



Salute della popolazione straniera

L'Italia sta vivendo una stagione di profonde trasformazioni sociali dettate, non in forma esclusiva, dai cambiamenti demografici e dal consolidamento del fenomeno migratorio che ha diverse componenti: alcune strutturali, ad esempio con l'inserimento sociale e lavorativo della gran parte dei 5 milioni di cittadini stranieri residenti (compresi quelli con nazionalità dei Paesi dell'UE), e altre contingenti, legate ai flussi migratori condizionati da situazioni globali di instabilità politica, ambientale ed economica.

Il Rapporto Osservasalute in questa Edizione riprende un'analisi del fenomeno migratorio in ambito sanitario cercando di affrontare gli aspetti strutturali e contingenti, utilizzando un pacchetto consolidato di indicatori demografici ed epidemiologici, di cui è possibile valutare le differenze a livello geografico e le tendenze in serie storica. Per la maggior parte delle analisi riportate di seguito, l'anno di riferimento più recente è il 2022, a eccezione dei dati di mortalità che sono aggiornati fino al 2021.

Per la parte strutturale del fenomeno migratorio in Italia, il Rapporto Osservasalute ha articolato un *focus* su indicatori demografici complessivi e in particolare ha valutato alcuni ambiti della salute delle donne immigrate e del comportamento riproduttivo declinato nell'analisi della qualità dell'assistenza in gravidanza, dei parti, dei nati vivi e del ricorso all'IVG.

Cerniera con la parte contingente è la consueta analisi dei ricoveri ospedalieri e un approfondimento su alcune malattie infettive che possono essere espressione sia di condizione di persistente marginalità sociale nel nostro Paese, sia evidenza di una migrazione forzata e condizionata spesso da violenza e disperazione.

Tutte le raccomandazioni evidenziano, direttamente o indirettamente, l'importanza di politiche attive di inclusione sociale e di tutele sanitarie in termini di garanzia di accesso ai servizi, anche in ambito di prevenzione e di capacità reale di presa in carico dei bisogni di salute di questa fascia di popolazione.

Gli indicatori demografici confermano il rallentamento e, in parte, la stasi già evidenziati negli ultimi anni: la popolazione straniera residente in Italia, infatti, ormai da tempo si attesta intorno ai 5 milioni (5,1 milioni al 1° gennaio 2023, pari all'8,7% del totale della popolazione residente in Italia). Romania, Albania e Marocco rappresentano i 3 Paesi di cittadinanza più rappresentativi per gli uomini, mentre le donne ucraine, in parte anche a seguito dei drammatici eventi bellici più recenti, si collocano al terzo posto. La distribuzione degli stranieri residenti sul territorio è abbastanza omogenea rispetto alle nazionalità, seppure con specificità importanti. Malgrado gli evidenti segnali di invecchiamento, la struttura per età degli stranieri ancora si differenzia da quella degli italiani, con una consistente presenza di donne in età fertile e di minori che mettono alla prova il sistema sanitario in termini di grado di accessibilità.

Se, almeno in un primo momento, il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti ha parzialmente influenzato i livelli di fecondità complessivi registrati in Italia, nel corso degli ultimi 10 anni il loro contributo alla natalità si è pressoché fermato. Dal 2012 al 2022 si assiste, infatti, a un generale calo delle nascite che ha interessato sia i nati da entrambi i genitori italiani, sia quelli con almeno un genitore straniero. Complessivamente, nel 2022 si sono verificati 387.835 parti, di cui 73.226 (18,9%) da donne dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp). Tale percentuale è più elevata nelle regioni del Centro-Nord, dove si concentrano anche le maggiori presenze. Di particolare rilievo, la tendenza registrata per le variazioni relative all'età modale al parto, aumentata da 29 a 30 anni per le donne dei Pfp e diminuita da 34 a 32 anni per le donne italiane, soprattutto in conseguenza del minor numero di parti negli ordini di nascita superiori. Queste tendenze risultano confermate anche dall'analisi dell'indicatore dell'età media al parto, per il quale si riduce il divario tra donne italiane e dei Pfp da 2,4 anni nel 2019 a 2,1 anni nel 2022.

Al fine di valutare la qualità dell'assistenza in gravidanza, inoltre, sono stati presi in considerazione i dati sulle visite, le ecografie e le indagini prenatali invasive. Il protocollo sanitario, infatti, raccomanda di eseguire durante la gravidanza almeno una visita per ciascun trimestre, a cui se ne aggiunge una finale. Per ciascuno dei quattro periodi si evidenzia una maggiore difficoltà di accesso e di ricorso agli accertamenti da parte delle donne straniere rispetto alle italiane. L'83,9% delle donne dei Pfp ha effettuato un numero di visite >4 vs il 92,7% delle donne italiane. Ben il 18,8% delle donne straniere ha effettuato tardivamente la prima visita vs il 5,5% delle italiane; infine, l'11,0% delle donne dei Pfp ha effettuato un numero insufficiente di ecografie, rispetto al 4,5% delle italiane. Con riferimento alle indagini prenatali invasive, le donne italiane vi hanno fatto ricorso nel 4,0% dei parti, mentre le straniere solo nel 2,7%.

Nel biennio 2021-2022, i nati vivi da donne dei Pfp hanno rappresentato il 18,7% del totale. La quota di nati vivi pretermine da donne italiane è stata pari al 6,7, di poco inferiore a quella delle donne dei Pfp (7,9%).



Con riferimento ai nati vivi gravemente pretermine, i valori registrati sono, rispettivamente, 0,8% e 1,2% e non risultano notevoli differenze neanche nella quota di nati vivi sottopeso (6,8% e 7,2%). La classe di punteggio APGAR a 5 minuti, utilizzata per individuare la percentuale di nati con sofferenza, con difficoltà e con valori normali, mostra valori elevati per quest'ultima modalità sia per le donne italiane (99,3%), sia per le donne dei Pfp (99,0%).

Nel 2022, in Italia le IVG sono nel complesso 65.528 e confermano il consolidato andamento temporale di lungo periodo, che registra una riduzione già a partire dal 1982. La percentuale di IVG effettuate dalle donne straniere residenti in Italia sul totale, fino agli anni 2010-2012, è aumentata in modo costante fino al 34,0%. Successivamente, ha iniziato lentamente a decrescere, raggiungendo il 27,4% nel 2022.

Per quanto riguarda l'ospedalizzazione della popolazione straniera, nel 2022 si sono registrati circa 7,6 milioni di ricoveri, il 4,5% in più rispetto al 2021, ma ancora il 12,1% in meno rispetto alla media del triennio 2017-2019. I ricoveri in regime diurno fanno registrare un recupero più rapido: +7,1% rispetto al 2021, -11,1% rispetto alla media 2017-2019. Il 6% circa dei ricoveri riguarda gli stranieri dei Pfp, senza variazioni significative negli anni. La ripresa dei ricoveri appare più veloce rispetto agli italiani, probabilmente per la struttura per età più giovane e per il numero più consistente di eventi legati alla gravidanza.

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute, torniamo a illustrare anche i *core indicators* relativi ad alcune malattie infettive (AIDS e HIV, tubercolosi, epatiti virali). Al di là della lettura puntuale dei dati, che mostrano una percentuale di diagnosi di malattia più marcata tra gli stranieri rispetto agli italiani per ogni patologia studiata, si è evidenziata nel tempo una riduzione dell'incidenza dei casi nell'ambito della popolazione di riferimento.

In particolare, si sottolinea come l'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia, testimoniato in precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, sia l'esempio di come il diritto di accesso alle cure, riconosciuto agli stranieri indipendentemente dallo *status* giuridico e dalle disponibilità economiche (avvenuto in Italia a partire dal 1995), possa migliorare sensibilmente le condizioni di salute, fino a invertire i trend epidemiologici nazionali. Per quanto riguarda l'infezione da HIV, l'aver avviato specifiche campagne di informazione sui comportamenti a rischio e sull'adozione di misure di prevenzione individuale, oltre al trattamento delle persone con HIV con riduzione della carica virale, ha ottenuto l'effetto della riduzione dei tassi di incidenza registrata nell'arco di 10 anni.

È possibile estendere anche alle epatiti e alla tubercolosi le considerazioni sull'effetto diretto delle politiche attive sull'offerta e sull'accessibilità dei servizi e sulla fruibilità delle prestazioni anche in termini di prevenzione. Importante è il riferimento a strategici strumenti di *governance* come le due Linee Guida frutto della collaborazione tra l'INMP, l'ISS e la SIMM (1; 2), assolutamente attuali considerato l'incremento degli sbarchi nel 2023 rispetto all'anno precedente (157.652 vs 105.140; +49,9%), con quasi 140 mila persone accolte nelle strutture di accoglienza italiane al 31 dicembre del 2023.

Sul versante della mortalità della popolazione con cittadinanza straniera, nel presente Capitolo sono illustrati i dati elaborati dall'Indagine dell'Istat su decessi e cause di morte, aggiornati per gli anni 2019-2021. Nel periodo 1992-2021, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 100.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua del +8,1% per i residenti, del +1,8% per i non residenti (+6,0% nel complesso). Con riferimento agli anni 2019, 2020 e 2021, sono stati presi in esame i consueti grandi gruppi di malattie e in aggiunta, a partire dal 2020, il gruppo COVID-19, definito seguendo le raccomandazioni dell'OMS. Con riferimento ai 3 anni del periodo 2019-2021, per gli stranieri di tutte le aree di cittadinanza, i Tumori seguiti dalle Malattie del sistema circolatorio (nell'ambito delle Cause naturali), e le Cause violente (in terza posizione) rappresentano le cause principali di morte, sia per gli uomini sia per le donne di età 18-64 anni. Per quanto concerne la mortalità da COVID-19, si registrano tassi decisamente più elevati per gli uomini dei Pfp e dei Paesi di più recente adesione all'UE (Pfp1), rispetto ai Paesi a sviluppo avanzato (Psa), ma con alcune differenziazioni tra i livelli registrati nel 2020 (rispettivamente, 2,1 per 10.000 per i Pfp e 0,8 per 10.000 per i Pfp1) e 2021 (2,2 per 10.000 vs 2,5 per 10.000). Per le donne i livelli del tasso sono più contenuti. Gli italiani registrano, infine, tassi di mortalità per COVID-19 pressoché analoghi per 2020 e 2021 pari a 1,7 per 10.000 per gli uomini e 0,6 per 10.000 per le donne nel 2020 e 1,7 e 0,7 per 10.000, rispettivamente, nel 2021.

Il 2023, sul piano politico, ha visto un'intensa produzione di norme e di indirizzi sul contrasto dell'immigrazione irregolare e sull'accoglienza degli immigrati, che a volte ha indebolito alcuni percorsi di inclusione già avviati. È stato anche previsto un progressivo ingresso regolare nel nostro territorio con una programmazione consistente di flussi per lavoro. In ogni caso, i dati riportati in questo Capitolo mostrano come non si possa prescindere, sul piano della tutela della salute individuale e collettiva, da politiche sanitarie attente e includenti come utile strumento di governo. L'immigrazione, infatti, è più vasta del fenomeno degli sbarchi su cui troppo spesso si concentra l'attenzione politica e mediatica, ed è certamente necessaria per lo sviluppo demografico, economico e sociale del nostro Paese.

**Riferimenti bibliografici**

- (1) Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà - INMP, Istituto Superiore di Sanità - ISS, e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM. 2017 (aggiornamento 2023). “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”. Linee Guida salute migranti. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/migranti/LGFrontiere.
- (2) Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà - INMP, Istituto Superiore di Sanità – ISS, e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM. 2018 (aggiornamento 2024). “Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia”. Linee Guida salute migranti. Disponibile sul sito: www.iss.it/documents/20126/0/LG_tubercolosi.pdf/25b23756-b119-2e08-012b-86d880734fa4?t=1582277492054.





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

Descrizione dei risultati

Dall'analisi dei dati della rilevazione Istat sulla "Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita" emerge che, al 1° gennaio 2023, i residenti in Italia con cittadinanza diversa da quella italiana sono poco più di 5,1 milioni di unità 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% ha nazionalità di un Paese comunitario e circa il 20% di un Paese europeo ma non facente parte dell'UE-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 22,4%, il 23,0% dei residenti proviene dall'area asiatica e solo il 7,6% 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: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi Europei, ad esempio, è particolarmente elevata nella PA di Bolzano (61,6%), in Friuli Venezia Giulia (62,2%) e in Abruzzo (60,9%), mentre la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi dell'America è decisamente più elevata in Liguria che nel resto d'Italia (19,3% vs valore nazionale del 7,6%).

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.

Rumeni, Albanesi e Marocchini costituiscono, ormai da anni, le tre comunità più presenti, per gli uomini. Le donne, invece, sono soprattutto Rumene, Albanesi e Ucraine. Le differenze regionali nella distribuzione degli stranieri residenti per Paese di cittadinanza non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge la forte presenza femminile della comunità tedesca nella PA di Bolzano, dall'altro spicca la presenza delle donne Ucraine specie in molte delle regioni del Mezzogiorno (prima collettività in Campania), delle straniere dell'Ecuador in Liguria, dei Tunisini in Sicilia e della comunità cinese in Toscana. Nel Lazio, la prima comunità per presenze è la Romania, sia per gli uomini sia 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 rappresentino una grossa fetta del totale degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si ravvisa una maggiore eterogeneità, ma sussistono delle differenze anche tra il segmento maschile e quello femminile. A livello nazionale, le prime tre nazionalità rappresentano il 35,9% del totale degli uomini stranieri residenti e il 38,6% delle donne straniere residenti. In Valle d'Aosta, le prime tre collettività straniere rappresentano oltre il 54% del totale degli stranieri residenti. In Campania le prime tre collettività di donne straniere rappresentano il 46,9% delle presenze contro solo il 31,4% degli uomini stranieri. Le albanesi, le rumene e le tedesche, pur essendo le tre comunità più importanti per numero di residenti, costituiscono "solo" il 28,6% delle straniere nella PA di Bolzano. Anche la Lombardia si caratterizza per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per Paese di cittadinanza: le





SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

361

prime tre comunità (rumeni, egiziani e marocchini per gli uomini e rumene, marocchine e albanesi per le donne) rappresentano, rispettivamente, “solo” il 32,1% e il 30,3% 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 2023

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	420,2	35,9	17,6	25,5	13,1	7,9	0,0	9,9
Valle d'Aosta	8,4	35,4	18,4	28,7	9,0	8,4	0,0	6,8
Lombardia	1.176,2	19,2	17,4	25,6	25,6	12,1	0,0	11,8
Bolzano-Bozen	52,6	31,1	30,5	13,8	19,8	4,7	0,0	9,9
Trento	45,6	30,0	29,4	17,6	16,5	6,3	0,0	8,4
Veneto	498,1	29,8	24,2	20,0	22,0	3,9	0,0	10,3
Friuli Venezia Giulia	116,3	32,2	30,0	13,3	19,8	4,6	0,1	9,7
Liguria	150,5	20,2	23,2	22,0	15,2	19,3	0,1	10,0
Emilia-Romagna	554,0	22,2	25,6	26,9	21,2	4,0	0,0	12,5
Toscana	415,2	23,7	22,8	16,1	30,5	6,8	0,1	11,3
Umbria	88,6	32,4	27,0	20,5	11,7	8,3	0,1	10,3
Marche	129,1	25,0	25,1	19,8	23,6	6,5	0,0	8,7
Lazio	634,0	38,2	12,6	13,1	28,1	7,9	0,1	11,1
Abruzzo	82,9	34,0	26,8	19,6	13,2	6,3	0,1	6,5
Molise	12,5	31,5	14,2	29,1	16,8	8,2	0,1	4,3
Campania	252,0	20,3	22,9	25,2	27,0	4,6	0,0	4,5
Puglia	142,1	28,4	20,0	26,6	21,7	3,2	0,1	3,6
Basilicata	24,2	34,9	16,9	25,5	18,6	4,0	0,0	4,5
Calabria	97,1	37,3	12,7	27,7	18,8	3,5	0,1	5,3
Sicilia	191,4	29,8	9,4	35,0	22,3	3,5	0,1	4,0
Sardegna	50,2	33,9	13,7	26,0	20,0	6,3	0,1	3,2
Italia	5.141,3	27,1	19,9	22,4	23,0	7,6	0,1	8,7

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat Anno 2023.

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 2023

Regioni	Stranieri residenti	Maschi						Femmine						
		Prima	Cittadinanza			Terza	Prima	Cittadinanza			Terza			
Piemonte	204,8	Rom.	28,3	Mar.	13,3	Alb.	9,9	215,5	Rom.	34,8	Mar.	12,1	Alb.	9,1
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	3,8	Rom.	22,6	Mar.	21,8	Alb.	10,0	4,6	Rom.	32,6	Mar.	16,5	Alb.	7,4
Lombardia	578,5	Rom.	13,1	Egitto	10,6	Mar.	8,4	597,6	Rom.	15,3	Mar.	7,6	Alb.	7,4
Bolzano-Bozen	25,3	Alb.	13,9	Pak.	9,1	Ger.	7,6	27,3	Alb.	11,1	Ger.	9,5	Rom.	8,0
Trento	21,9	Rom.	19,9	Alb.	11,9	Pak.	10,6	23,7	Rom.	24,2	Alb.	10,2	Ucr.	8,1
Veneto	242,0	Rom.	23,6	Mar.	10,5	Cin.	8,2	256,1	Rom.	27,1	Mar.	8,5	Mol.	8,2
Friuli Venezia Giulia	56,9	Rom.	19,8	Alb.	8,5	Ban.	6,2	59,4	Rom.	23,9	Alb.	8,1	Ucr.	7,4
Liguria	75,0	Alb.	15,5	Mar.	11,9	Rom.	11,0	75,5	Rom.	15,2	Alb.	13,7	Ecu.	12,2
Emilia-Romagna	266,5	Rom.	14,7	Mar.	12,1	Alb.	11,6	287,5	Rom.	19,2	Mar.	10,5	Alb.	9,9
Toscana	199,5	Cin.	19,0	Alb.	15,4	Rom.	14,1	215,7	Rom.	21,2	Cin.	16,6	Alb.	13,2
Umbria	39,9	Rom.	20,5	Alb.	15,5	Mar.	12,7	48,7	Rom.	29,9	Alb.	12,3	Mar.	9,4
Marche	60,7	Rom.	13,3	Alb.	12,0	Mar.	8,3	68,4	Rom.	22,4	Alb.	10,6	Mar.	7,5
Lazio	311,5	Rom.	27,3	Ban.	9,7	India	6,6	322,5	Rom.	33,4	Fil.	8,1	Ucr.	5,9
Abruzzo	39,0	Rom.	21,8	Alb.	14,3	Mar.	11,7	43,9	Rom.	29,8	Alb.	12,3	Mar.	8,1
Molise	6,5	Rom.	16,2	Mar.	12,4	Nig.	6,2	6,0	Rom.	31,1	Mar.	10,9	Ucr.	6,3
Campania	126,7	Mar.	12,0	Rom.	10,7	Ban.	8,7	125,3	Ucr.	24,3	Rom.	16,0	Sri	6,6
Puglia	72,8	Rom.	15,4	Alb.	15,1	Mar.	8,3	69,4	Rom.	26,8	Alb.	15,5	Mar.	6,5
Basilicata	12,6	Rom.	23,2	Alb.	9,6	Mar.	7,9	11,6	Rom.	39,9	Alb.	9,8	Mar.	7,8
Calabria	48,6	Rom.	21,7	Mar.	17,3	India	6,1	48,4	Rom.	31,6	Mar.	14,2	Ucr.	8,9
Sicilia	101,6	Rom.	17,7	Tun.	14,0	Mar.	8,8	89,8	Rom.	31,3	Tun.	8,0	Mar.	7,6
Sardegna	23,3	Sen.	15,9	Rom.	14,8	Mar.	10,5	26,9	Rom.	28,9	Ucr.	8,1	Mar.	6,9
Italia	2.517,5	Rom.	18,5	Mar.	8,9	Alb.	8,5	2.623,8	Rom.	23,5	Alb.	7,8	Ucr.	7,3

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; Tun = Tunisia; Ucr = Ucraina; SL = Sri Lanka; Ucr = Ucraina.

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.





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 (rumeni, albanesi e marocchini), da un altro si evidenzia la presenza di molte collettività e la composizione territoriale è particolarmente articolata. Occorre sottolineare che oltre alle caratteristiche socio-demografiche e a quelle specifiche legate alla cittadinanza di appartenenza, gli stra-

nieri 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 al paragrafo “Nati da cittadini stranieri” e al Capitolo “Popolazione”). È, quindi, opportuno che l’offerta di servizi sanitari a livello regionale tenga conto anche delle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore.



Nati da cittadini stranieri in Italia

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

Per ulteriori approfondimenti su questo tema si rimanda all'Indicatore "Fecondità 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 coloro che, pur se nati all'estero sono cittadini italiani dalla nascita, né coloro che, pur non essendo italiani dalla nascita, hanno, nel corso del tempo, acquisito la cittadinanza italiana per matrimonio o altro motivo. La "Rilevazione degli iscritti in Anagrafe per nascita" rileva, 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, comunque, bassi livelli di fecondità registrati in Italia. Negli ultimi anni, però, il contributo delle straniere alla natalità è andato scemando. Dal 2012 al 2022 si assiste a un generale calo delle nascite, che ha interessato sia i nati da entrambi i genitori italiani, sia quelli con almeno un genitore straniero (1). Nonostante tale diminuzione in valore assoluto, nel 2022, poco meno di 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 da almeno il padre straniero: nel 2022, tale valore si attesta al 15,7% vs il 6,1% del 2001. I nati da entrambi i genitori rappresentano, nel 2022, il 13,5% delle nascite. Si noti come tutti questi indicatori, dopo un periodo di forte crescita e poi di stazionarietà, hanno iniziato una fase decrescente.

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).

Le regioni dove la quota di nati stranieri sul totale delle nascite è più elevata sono quelle del Nord e, in particolare, Emilia-Romagna (21,8%), Lombardia (19,9%) e Liguria (19,7%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da genitori stranieri appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta. In particolare, tale indicatore raggiunge il suo minimo in Sardegna (4,1%).

A livello nazionale il 5,2% dei nati ha la madre straniera e il padre italiano, mentre più contenuta è la quota di nati da madre italiana e padre straniero (2,3%). Nella Tabella 2 è, invece, riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di cittadinanza. A livello nazionale, la nazionalità degli stranieri che contribuiscono maggiormente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 18,6% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE (Romania in testa), mentre il 18,8% dei nati

stranieri ha la cittadinanza di uno tra gli altri Paesi dell'Europa (soprattutto Albania). Anche l'apporto del Nord-Africa alle nascite registrate in Italia è notevole (20,5%), così come quello dell'Asia (23,9%). Il contributo alla natalità dei cittadini stranieri delle 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 (30,4%), 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 (15,5%), specie se confrontata con il dato nazionale (4,7%). Occorre sottolineare, inoltre, come i dati relativi alle macroaree geografiche di cittadinanza 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 cittadinanza afferisce a una stessa macroarea geografica.

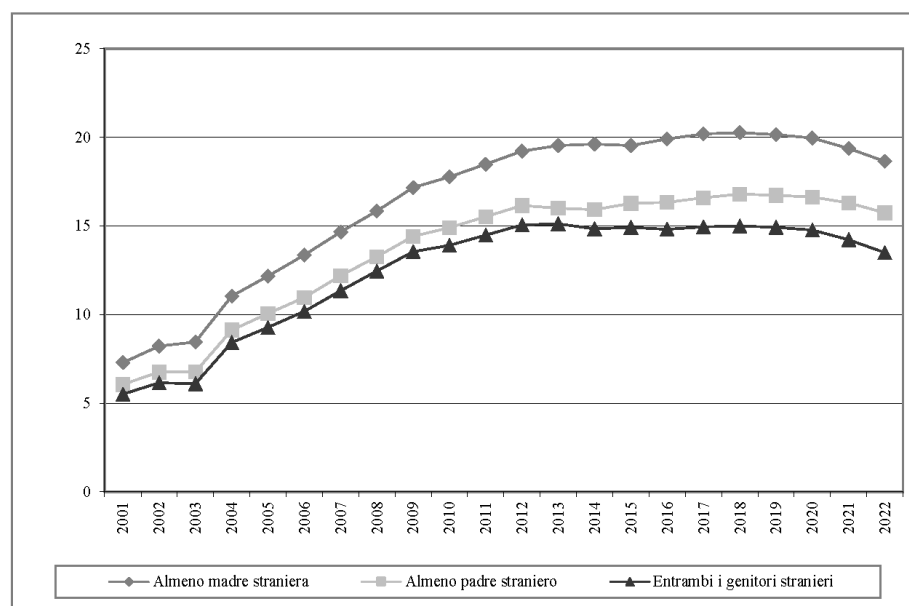
La Tabella 3 evidenzia il diverso contributo alla natalità delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano, da sole, il 63,5% di tutti gli stranieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 68,0% dei nati stranieri in Italia.

Poco meno di un nato straniero ogni cinque ha cittadinanza rumena: d'altra parte i residenti della Romania rappresentano la prima comunità per presenza sul territorio nazionale (21,0% del totale degli

stranieri). Al contrario, la comunità degli Ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati (1,7% del totale) se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio (4,9% del totale degli stranieri). Il 6,6% del totale dei nati stranieri hanno la cittadinanza del Bangladesh; tuttavia, questa collettività rappresenta solo il 3,4% del totale della popolazione straniera residente.

Se si considera la variazione percentuale della stima del numero di nati stranieri nel periodo 2015-2022 emerge come la comunità che ha visto aumentare maggiormente le nascite è proprio quella del Bangladesh (+36,4%) seguita da quella egiziana (+6,7%). Al contrario, sono diminuite nei 7 anni considerati le nascite da cittadini della comunità cinese (-55,5%), rumena (-41,8%), filippina (-34,5%), marocchina (-33,1%) e albanese (-28,3%). 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 possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio, quelle dove la struttura per età è più invecchiata o la distribuzione per genere particolarmente sbilanciata) rispetto ad altre. Negli ultimi anni questo indicatore potrebbe risentire anche delle naturalizzazioni avvenute: se 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. Nel 2020, infatti, hanno acquisito la cittadinanza italiana oltre 109 mila stranieri. I nuovi cittadini italiani sono soprattutto albanesi e marocchini (2).

Grafico 1 - Incidenza (valori per 100) di nati da cittadini stranieri - Anni 2001-2022



Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.



SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

365

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 2022

Regioni	Padre italiano e madre straniera	Padre straniero e madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Genitori entrambi italiani
Piemonte	6,4	3,3	17,6	72,7
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	5,8	3,3	8,6	82,3
Lombardia	7,4	3,2	19,9	69,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>7,0</i>	<i>4,0</i>	<i>13,9</i>	<i>75,1</i>
<i>Trento</i>	<i>6,3</i>	<i>3,7</i>	<i>14,2</i>	<i>75,8</i>
Veneto	6,6	3,0	18,9	71,4
Friuli Venezia Giulia	7,2	3,2	17,5	72,1
Liguria	6,8	3,7	19,7	69,8
Emilia-Romagna	7,3	3,4	21,8	67,5
Toscana	6,5	2,8	17,3	73,3
Umbria	6,6	3,3	15,7	74,4
Marche	5,7	2,4	13,9	78,0
Lazio	4,8	2,0	13,9	79,3
Abruzzo	5,3	2,5	9,1	83,1
Molise	3,5	1,5	5,5	89,5
Campania	2,2	0,6	4,9	92,3
Puglia	2,2	0,8	5,3	91,7
Basilicata	3,6	0,5	6,9	89,0
Calabria	2,7	0,6	5,8	90,9
Sicilia	2,3	1,1	5,1	91,6
Sardegna	3,1	1,3	4,1	91,6
Italia	5,2	2,3	13,5	79,1

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.

Tabella 2 - Quota (valori per 100) di nati stranieri per macroarea di cittadinanza per regione - Anno 2022

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	25,0	17,0	24,7	17,1	11,7	4,5	0,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	14,9	11,9	44,8	11,9	7,5	9,0	0,0
Lombardia	13,9	14,8	26,0	10,7	25,9	8,5	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>10,8</i>	<i>35,6</i>	<i>11,2</i>	<i>9,4</i>	<i>29,3</i>	<i>3,6</i>	<i>0,0</i>
<i>Trento</i>	<i>22,1</i>	<i>27,1</i>	<i>12,3</i>	<i>14,2</i>	<i>21,0</i>	<i>3,2</i>	<i>0,2</i>
Veneto	24,0	20,9	16,7	13,1	23,6	1,6	0,1
Friuli Venezia Giulia	19,9	29,0	8,1	13,1	28,0	1,8	0,1
Liguria	10,4	20,4	23,8	11,3	18,6	15,5	0,1
Emilia-Romagna	15,7	22,0	21,7	17,5	21,5	1,5	0,1
Toscana	14,7	28,8	14,9	10,7	25,9	4,8	0,1
Umbria	20,8	24,8	20,1	16,0	11,5	6,5	0,3
Marche	13,7	21,6	14,5	16,0	30,9	3,3	0,0
Lazio	30,4	11,6	8,5	9,8	34,0	5,5	0,2
Abruzzo	20,2	30,7	21,4	14,6	11,0	2,0	0,1
Molise	12,0	17,4	16,3	34,8	18,5	0,0	1,1
Campania	13,7	15,9	22,2	16,4	28,9	2,8	0,1
Puglia	19,5	23,7	18,3	18,9	19,0	0,4	0,1
Basilicata	21,1	22,9	21,1	22,9	11,7	0,4	0,0
Calabria	26,3	9,3	32,2	14,7	17,2	0,3	0,1
Sicilia	17,2	11,4	30,9	13,3	26,8	0,2	0,2
Sardegna	15,1	11,0	18,3	24,3	29,7	1,6	0,0
Italia	18,6	18,8	20,5	13,4	23,9	4,7	0,1

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.

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 (2015-2022) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2022*

Cittadinanze	Stranieri residenti	Stima di nati stranieri	Nati stranieri	Δ % della stima del numero di nati stranieri (2015-2022)
Romania	21,0	9.051	17,1	-41,8
Albania	8,1	6.007	11,3	-28,3
Marocco	8,1	6.761	12,7	-33,1
Cina, Repubblica Popolare	6,0	1.796	3,4	-55,5
Ucraina	4,9	900	1,7	-27,4
Bangladesh	3,4	3.502	6,6	36,4
India	3,3	2.352	4,4	-17,8
Filippine	3,1	1.046	2,0	-34,5
Egitto	2,9	2.530	4,8	6,7
Pakistan	2,8	2.147	4,0	-4,4
Altra	36,5	16.987	32,0	-19,6
Totale	100,0	53.079	100,0	-26,4

Fonte dei dati: Elaborazione di dati Istat - I.Stat. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

La quota del numero di parti da donne con cittadinanza diversa da quella italiana non può essere trascurata in sede di programmazione sanitaria. In diversi studi è emerso, infatti, che sussistono delle differenze in termini di assistenza in gravidanza ed esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del luogo di nascita delle donne (3).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2022. Statistiche Report, 2023. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/289772.
- (2) Istat. Cittadini non comunitari in Italia - Anni 2021/2022. Statistiche Report, 2022. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/276508.
- (3) 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. Il ricorso alle cure ospedaliere ha subito profondi cambiamenti in conseguenza dell'emergenza sanitaria causata dal COVID-19. La drastica riduzione dei ricoveri ospedalieri osservata nel 2020 si è attenuata negli anni successivi. Tuttavia, i livelli di ospedalizzazione rimangono inferiori a quelli registrati prima della pandemia. In questo contesto è importante monitorare se le difficoltà di accesso prima e il recupero delle prestazioni riprogrammate dopo, abbiano

riguardato in modo differenziato i pazienti. In questa Edizione del Rapporto Osservasalute, la valutazione riguarda in particolare i cittadini dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) rispetto ai cittadini italiani. I dati di ospedalizzazione riferiti agli anni 2020, 2021 e 2022 confrontati con i dati del triennio pre-pandemico, consentono di valutare le conseguenze della pandemia e la velocità di recupero nei diversi gruppi di popolazione.

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 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, presenta ancora qualche carenza evidenziata nella Tabella 3 con i dati regionali.

Le cittadinanze sono classificate con riferimento sia ai 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 iscritte nelle liste anagrafiche comunali. Sono, pertanto, esclusi gli stranieri presenti ma non residenti e coloro che non sono in regola con le norme di soggiorno. I residenti sono la componente largamente maggioritaria tra gli immigrati ancorché la più stabile in termini di permanenza sul territorio, seppur con diversi livelli di integrazione nel tessuto socio-demografico del nostro Paese.

I dati dell'Istat 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, 2021 e 2022 è stato possibile calcolare la popolazione media. I tassi std 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

Nel 2022 si sono registrati circa 7,6 milioni di ricoveri,

il 4,5% in più rispetto al 2021, ma ancora il 12,1% in meno rispetto alla media del triennio 2017-2019 (Tabella 1). I ricoveri in regime diurno fanno registrare un recupero più rapido: +7,1% rispetto al 2021, -11,1% rispetto alla media 2017-2019.

Il 6% circa dei ricoveri è relativo a stranieri dei Pfp, senza variazioni significative negli anni.

La ripresa dei ricoveri per questi cittadini appare più veloce rispetto agli italiani, probabilmente per la struttura per età più giovane e il maggior numero di eventi legati alla gravidanza: nel 2022 si registra una diminuzione pari a -10,4% rispetto al triennio 2017-2019 (Tabella 1). Tuttavia, si osservano marcate differenze tra Paesi di provenienza: la diminuzione è più consistente per Cina (-22,6%) e Romania (-20,7%), molto più contenuta per Egitto (-1,6%), Albania (-6,8%) e Pakistan (-7,1%). Per contro, sono evidenti gli effetti del conflitto in Ucraina e la conseguente accoglienza di profughi in Italia, con un aumento dei ricoveri del 33,9%, oltre all'aumento già evidenziato negli anni passati del ricorso all'ospedalizzazione per i cittadini del Bangladesh (+18,3%).

I tassi grezzi di ospedalizzazione non consentono un confronto diretto tra i gruppi di popolazioni considerati, essendo caratterizzati da strutture per età molto diverse, ma forniscono comunque un'informazione riguardo l'intensità del ricorso alle strutture ospedaliere pubbliche e private. Nel complesso, i tassi di ricovero nel 2022 dei cittadini Pfp sono più bassi di quelli degli italiani (87,8 vs 133,3 per 1.000 abitanti, rispettivamente), ma considerando le prime dieci cittadinanze, si osserva, nel 2022, un range tra minimo e massimo pari a oltre 70 ricoveri per 1.000 residenti (Tabella 1): Cina e Filippine fanno registrare i valori più bassi, rispettivamente, 44,3 e 54,3 per 1.000 residenti, contrariamente ad Albania e Marocco con valori, rispettivamente, pari a 119,4 e 102,2 per 1.000 residenti.

Considerando i tassi std per età si riduce il divario tra



cittadini Pfp e italiani (Tabella 2): nel 2022 il tasso tra i Pfp per 1.000 residenti è pari a 103,6 vs 123,8 per 1.000 tra gli italiani. Questo gap, in tutti gli anni considerati, è ancora più contenuto per i ricoveri ordinari (nel 2022 Pfp 84,8 vs 96,4 per 1.000 italiani), mentre è più accentuato per i ricoveri in DH (nel 2022 Pfp 18,7 vs 27,4 per 1.000 italiani). Non si osservano cambiamenti significativi negli anni 2017-2022.

Sebbene rispetto al genere si osservino, nel 2022, divari molto contenuti nei tassi std in regime ordinario per le donne (Pfp 94,7 per 1.000 vs 96,8 per 1.000 italiane), la distribuzione dei tassi di ricovero per età mette in evidenza profonde differenze nelle classi di età feconda (15-49 anni), con valori più elevati e spostati verso le età più giovani per le donne straniere, per gli eventi connessi con la maternità; dai 50 anni e oltre, invece, i tassi di ricovero in regime ordinario delle donne italiane sono costantemente più alti (Grafico 1). Per gli uomini, il vantaggio dei cittadini Pfp (tasso std in regime ordinario nel 2022 pari a 82,2 per 1.000 vs 97,9 per 1.000 italiani) è dovuto a livelli di ospedalizzazione più contenuti rispetto agli italiani in tutte le età e soprattutto nelle età anziane (Tabella 2).

Nell'ambito delle prime dieci cittadinanze, gli uomini egiziani fanno registrare, nel 2022, un tasso std quasi doppio rispetto agli italiani (234,0 per 1.000 vs 124,6 per 1.000 italiani), mentre tra le donne valori più elevati delle italiane (125,2 per 1.000) si registrano per le cittadine di Egitto (209,2 per 1.000), Pakistan (150,3 per 1.000), Albania (141,2 per 1.000) e Bangladesh (135,3 per 1.000) (Tabella 2). Evidente l'effetto dell'accoglienza di profughi ucraini nel nostro Paese, per cui si registra un incremento eccezionale dei ricoveri ospedalieri nel 2022 rispetto agli anni precedenti (+73,0% per gli uomini tra 2021 e 2022, +41,2% per le donne), con valori dei tassi std che per la prima volta superano quelli degli italiani.

L'incidenza dei ricoveri di cittadini stranieri da Pfp sul totale dei ricoveri ospedalieri mostra un gradiente geografico che si mantiene piuttosto stabile nel tempo, con percentuali più elevate nelle regioni del Centro-Nord (in particolare in Emilia-Romagna, unica regione con valori superiori all'8%) e più basse nel Meridione (in particolare in Campania e Sicilia dove rimane su valori inferiori al 2%), in conseguenza della diversa distribuzione della popolazione straniera residente nel territorio (Tabella 3).

Il confronto dei tassi std di ospedalizzazione nel 2022 con il triennio pre-pandemia mostra velocità di recupero dei "mancati" ricoveri molto differenziati nelle

regioni. Sia per gli stranieri sia per gli italiani, nella maggior parte delle regioni, i valori si mantengono al di sotto di quelli precedenti all'emergenza sanitaria. Inoltre, il recupero in 12 regioni su 21 (distribuito in tutte le aree geografiche) appare più lento per gli italiani rispetto ai cittadini stranieri (Tabella 3). Si può ipotizzare che in alcune realtà l'effetto "contenimento" dei ricoveri sia in parte derivato dalla diffusione del virus e in parte dalla riduzione dei ricoveri inappropriati e, pertanto, non si tornerà nei prossimi anni ai livelli pre-pandemici.

La maggiore ospedalizzazione dei cittadini italiani rispetto ai cittadini Pfp accomuna tutte le regioni. Tuttavia, nel 2022, nelle regioni del Centro-Nord (con l'eccezione delle PA di Bolzano e Trento), il *gap* è più contenuto: il rapporto tra i tassi std varia da 1,0 nelle Marche a 1,3 in Valle d'Aosta, mentre nel Meridione da 1,1 in Abruzzo a 1,7 in Campania e Sicilia (Tabella 3). Per quanto riguarda le cause di ricovero, il confronto dei tassi di ricovero in regime ordinario di pazienti maggiorenni nel triennio 2017-2019 con il 2022 evidenzia un aumento per le malattie dell'apparato respiratorio solo negli stranieri Pfp (più consistente per gli uomini rispetto alle donne), mentre diminuiscono negli italiani (Tabella 4). Aumentano anche i tassi di ricovero per malattie infettive, sia per stranieri sia per italiani in entrambi i generi. Per le altre diagnosi le variazioni sono quasi sempre di segno negativo, spesso con variazioni percentuali più elevate per gli italiani. Le malattie del sistema circolatorio sono le diagnosi a più elevata ospedalizzazione, sia negli stranieri sia negli italiani, e nel 2022 si riduce la differenza di ospedalizzazione nei due gruppi. Si riduce leggermente il divario anche per i tumori nelle donne, per un aumento del 3,7% dei tassi nelle donne Pfp. Un avvicinamento dei tassi di ricovero si osserva anche per i disturbi psichici che, mentre continuano a diminuire tra gli italiani adulti, rimangono stabili per gli uomini Pfp e aumentano del circa 6% tra le donne Pfp.

Per quanto riguarda il regime diurno, si osservano analoghe dinamiche tra 2017-2019 e 2022 (Tabella 5). Come già osservato in precedenza, il recupero degli accessi in DH rispetto al periodo pre-pandemia è stato maggiore del regime ordinario.

Il ricorso all'ospedalizzazione tra gli uomini è più frequente negli italiani rispetto ai Pfp 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 IVG), anche per le malattie infettive.



SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

369

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, anni 2020-2022

Cittadinanza e regime di ricovero	Valori assoluti			Δ % rispetto media (2017-2019)			Tassi grezzi				
	Media (2017-2019)	2020	2021	2022	2020	2021	2022	Media (2017-2019)	2020	2021	2022
Totale	8.703.367	6.815.929	7.318.874	7.646.540	-21,7	-15,9	-12,1	144,4	113,9	123,9	129,5
Regime ordinario	6.888.879	5.535.660	5.813.192	6.033.506	-19,6	-15,6	-12,4	114,2	92,5	98,4	102,1
Regime diurno	1.814.488	1.280.269	1.505.682	1.613.034	-29,4	-17,0	-11,1	30,2	21,4	25,5	27,4
Italiani	8.138.012	6.363.619	6.842.929	7.137.896	-21,8	-15,9	-12,3	148,3	117,0	127,6	133,3
Regime ordinario	6.432.169	5.162.976	5.428.607	5.626.010	-19,7	-15,6	-12,5	117,2	95,0	101,2	105,1
Regime diurno	1.705.843	1.200.643	1.414.322	1.511.886	-29,6	-17,1	-11,4	31,1	22,1	26,4	28,2
Pfpm	518.356	417.491	437.656	464.351	-19,5	-15,6	-10,4	98,8	79,1	83,7	87,8
Regime ordinario	417.413	343.968	353.279	370.604	-17,6	-15,4	-11,2	79,3	65,0	67,3	69,6
Regime diurno	100.943	73.523	84.377	93.747	-27,2	-16,4	-7,1	19,5	14,1	16,4	18,2
<i>Prime 10 cittadinanze</i>											
Romania	104.819	79.329	81.409	83.167	-24,3	-22,3	-20,7	85,3	67,1	71,6	72,9
Albania	59.135	47.060	52.220	55.102	-20,4	-11,7	-6,8	125,0	100,2	112,7	119,4
Marocco	54.447	44.046	44.291	44.755	-19,1	-18,7	-17,8	128,3	100,0	100,1	102,2
Cina	18.787	13.519	14.318	14.548	-28,0	-23,8	-22,6	61,8	39,0	41,0	44,3
Ucraina	21.780	17.184	19.008	29.165	-21,1	-12,7	33,9	81,8	64,6	73,1	97,2
India	15.154	13.664	13.720	13.784	-9,8	-9,5	-9,0	99,7	83,0	81,3	80,8
Filippine	9.799	8.153	8.638	8.795	-16,8	-11,8	-10,2	60,6	49,3	52,1	54,3
Bangladesh	12.604	14.015	14.067	14.904	11,2	11,6	18,3	92,2	90,7	85,7	86,2
Egitto	12.551	11.042	11.381	12.346	-12,0	-9,3	-1,6	100,8	79,7	78,3	81,2
Pakistan	13.131	11.817	11.658	12.199	-10,0	-11,2	-7,1	107,2	87,4	82,2	83,5

Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Tabella 2 - Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per genere, cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anni 2020-2022

Cittadinanza e regime di ricovero	Media (2017-2019)			2020			2021			2022		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Totale	138,5	140,2	138,0	108,4	110,0	108,0	117,6	120,0	117,6	122,9	124,8	122,6
Regime ordinario	109,6	109,4	108,3	88,2	87,9	87,1	93,5	93,6	92,5	96,9	96,9	95,9
Regime diurno	29,0	30,8	29,7	20,2	22,1	21,0	24,0	26,4	25,0	26,0	27,9	26,7
Italiani	140,4	140,3	139,1	109,7	110,0	108,7	119,3	120,5	118,8	124,6	125,2	123,8
Regime ordinario	110,5	109,1	108,7	88,9	87,6	87,3	94,5	93,6	93,1	97,9	96,8	96,4
Regime diurno	29,8	31,3	30,3	20,8	22,4	21,4	24,8	26,9	25,7	26,8	28,4	27,4
Pfpm	103,2	126,7	111,1	82,5	102,1	88,8	91,1	109,1	96,3	98,5	117,0	103,6
Regime ordinario	86,7	103,4	91,7	70,8	84,9	74,8	77,0	89,0	79,6	82,2	94,7	84,8
Regime diurno	16,5	23,3	19,4	11,8	17,3	14,1	14,1	20,1	16,6	16,3	22,3	18,7
<i>Prime 10 cittadinanze</i>												
Romania	101,1	111,6	103,3	87,2	89,6	84,0	93,5	94,0	88,7	101,4	96,8	92,7
Albania	118,3	144,5	130,9	92,3	117,1	104,4	111,3	130,9	120,4	119,2	141,2	129,2
Marocco	98,1	149,4	122,8	78,0	118,8	97,5	83,7	118,5	100,0	87,1	122,6	104,0
Cina	51,1	81,8	67,0	34,5	53,3	44,3	43,8	56,0	50,2	52,7	68,4	61,0
Ucraina	95,3	102,5	95,9	71,3	81,4	74,8	87,7	91,5	85,6	151,8	129,2	125,5
India	93,8	124,5	104,6	75,1	109,8	89,0	81,6	103,1	88,4	87,8	104,2	92,9
Filippine	57,7	78,6	68,8	50,5	63,2	56,2	51,4	67,1	59,8	57,9	71,6	64,0
Bangladesh	89,9	128,6	96,6	78,9	130,5	94,9	79,2	143,7	98,7	71,2	135,3	90,9
Egitto	245,4	248,4	235,0	199,8	174,4	173,4	184,2	189,5	175,2	234,0	209,2	211,2
Pakistan	116,6	173,1	129,4	91,1	144,4	103,9	91,1	143,9	101,8	92,4	150,3	104,7

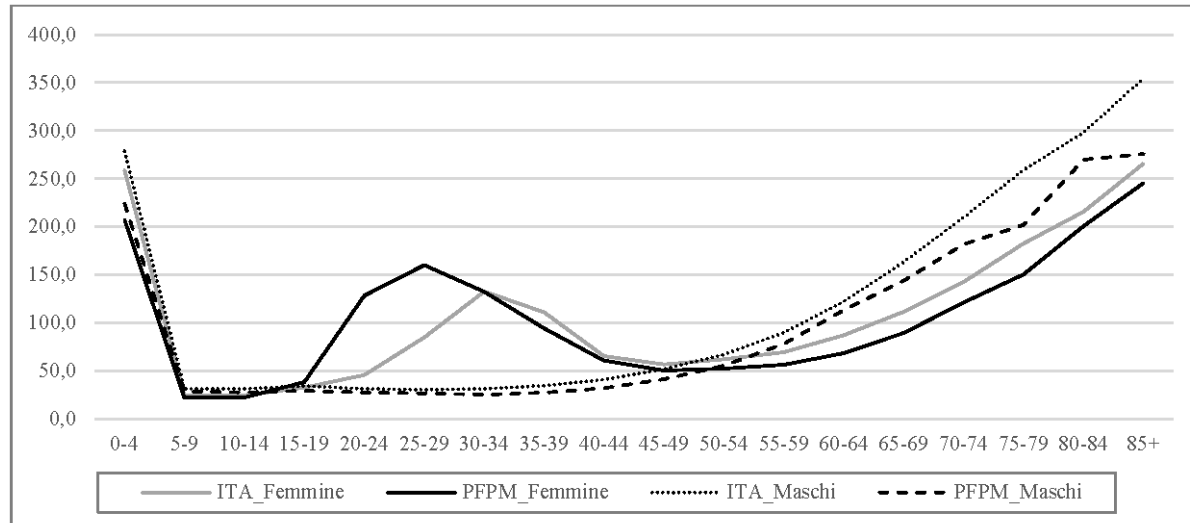
Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.





Grafico 1 - Dimissioni (tasso specifico per 1.000) ospedaliere di pazienti in regime di Ricovero Ordinario per genere e cittadinanza - Anno 2022



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

Tabella 3 - Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per cittadinanza e regione di residenza - Media 2017-2019, anni 2020-2022

Regioni	Media (2017-2019)			2020			2021			2022		
	Pfpm	Tassi std pfpm	Tassi std italiani	Pfpm	Tassi std pfpm	Tassi std italiani	Pfpm	Tassi std pfpm	Tassi std italiani	Pfpm	Tassi std pfpm	Tassi std italiani
Piemonte	7,1	116,5	131,5	7,4	96,3	104,5	7,2	103,3	114,9	7,3	113,5	121,6
Valle d'Aosta	4,8	142,4	157,9	4,7	117,6	121,0	5,1	130,6	136,3	4,0	110,6	145,4
Lombardia	7,7	104,4	131,5	7,9	82,6	102,0	7,6	86,3	110,5	7,5	94,5	117,8
Bolzano-Bozen	6,3	133,1	155,9	6,6	105,8	127,8	6,4	115,8	241,5	6,7	126,5	246,2
Trento	6,8	137,1	142,8	7,1	115,6	115,8	6,6	110,4	214,2	6,3	123,1	222,9
Veneto	7,7	112,6	126,8	7,8	96,0	106,7	7,7	97,9	110,3	7,8	108,6	114,8
Friuli Venezia Giulia	6,7	126,7	131,1	6,9	103,0	110,1	6,9	104,4	111,8	7,1	110,7	116,3
Liguria	6,0	129,1	153,9	6,7	103,7	119,0	6,8	117,8	134,2	7,1	133,2	140,0
Emilia-Romagna	8,5	119,5	141,2	8,6	97,8	116,1	8,8	107,8	125,0	8,6	111,2	128,7
Toscana	7,0	113,2	132,4	7,0	85,9	108,0	7,1	96,0	116,6	7,0	99,0	118,4
Umbria	7,2	126,9	142,4	7,1	95,5	112,1	7,2	110,1	123,0	7,1	119,7	127,6
Marche	6,8	136,0	140,8	6,8	109,9	112,5	7,1	125,6	118,7	6,4	120,6	125,6
Lazio	6,9	133,8	149,4	6,8	105,2	122,7	6,8	116,9	132,2	6,9	126,4	135,6
Abruzzo	4,3	121,7	145,7	4,3	95,3	114,1	4,3	111,9	125,3	4,2	116,2	130,1
Molise*	-	-	-	2,3	70,5	109,0	1,6	58,6	117,7	2,0	76,2	123,0
Campania	1,6	76,6	160,8	1,7	58,7	113,5	1,7	64,8	128,2	1,8	78,1	131,4
Puglia	1,9	91,9	129,6	2,0	69,0	95,3	2,0	76,5	102,4	2,1	84,2	107,7
Basilicata	2,1	89,6	137,4	2,1	66,3	100,0	2,2	84,0	113,9	2,3	93,9	120,9
Calabria	2,8	78,2	135,5	2,7	55,1	94,6	2,7	66,1	108,3	2,6	73,6	120,4
Sicilia	1,7	78,0	127,7	1,7	61,8	99,9	1,7	64,4	109,4	1,7	67,3	113,3
Sardegna*	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Italia*	5,7	112,4	138,8	5,9	88,8	108,5	5,8	97,3	118,5	5,8	104,7	123,6

*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.

Pfpm = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.





SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

371

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 2022

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Tassi std Pfp		Tassi std italiani		Tassi std Pfp		Tassi std italiani	
	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022
I - Malattie infettive e parassitarie	3,08	3,47	2,21	2,54	1,92	2,36	1,51	1,81
II - Tumori	9,16	8,33	12,96	11,40	8,68	9,00	11,97	11,46
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,66	1,39	2,02	1,60	2,02	1,88	3,04	2,77
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,74	0,72	0,89	0,65	0,87	0,72	0,85	0,60
V - Disturbi psichici	1,93	1,93	3,25	2,72	1,93	2,04	2,93	2,57
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	3,07	2,60	4,07	3,12	2,44	1,92	3,47	2,54
VII - Malattie sistema circolatorio	19,94	19,49	25,62	21,63	11,22	10,33	13,63	10,85
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	9,94	10,82	11,53	10,76	6,50	6,77	7,24	6,62
IX - Malattie apparato digerente	9,79	9,07	12,19	10,53	8,73	7,57	9,00	7,56
X - Malattie apparato genito-urinario	6,11	6,21	8,42	7,83	6,68	5,81	7,35	6,27
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	38,17	34,02	23,96	21,97
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,65	0,53	0,93	0,59	0,41	0,32	0,65	0,41
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	4,60	4,35	8,06	7,75	5,54	5,28	8,58	7,53
XIV - Malformazioni congenite	0,32	0,32	0,59	0,58	0,39	0,40	0,73	0,71
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,01	0,01	0,01	0,01	0,02	0,03	0,02	0,02
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	2,86	2,33	3,77	2,59	2,37	1,77	2,89	1,93
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	7,68	7,85	10,35	9,32	5,98	5,93	9,14	8,35
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	4,05	3,60	5,45	4,73	4,69	4,47	6,06	5,34
Totale	85,58	83,03	112,32	98,35	108,55	100,62	113,02	99,32

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.

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 2022

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Tassi std Pfp		Tassi std italiani		Tassi std Pfp		Tassi std italiani	
	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022	Media (2017-2019)	2022
I - Malattie infettive e parassitarie	0,33	0,37	0,42	0,50	0,29	0,35	0,23	0,29
II - Tumori	2,08	2,02	4,23	3,87	2,20	2,39	4,00	3,66
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	0,20	0,21	0,53	0,42	0,22	0,20	0,64	0,50
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,18	0,17	0,45	0,41	0,22	0,24	0,52	0,51
V - Disturbi psichici	0,08	0,08	0,27	0,22	0,12	0,12	0,34	0,27
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	1,89	2,11	3,26	2,97	1,55	1,65	2,94	2,75
VII - Malattie sistema circolatorio	1,32	1,20	2,54	2,21	1,23	1,13	1,63	1,33
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	0,49	0,49	1,07	0,96	0,39	0,39	0,75	0,66
IX - Malattie apparato digerente	2,56	2,31	4,32	3,73	0,99	0,85	1,79	1,41
X - Malattie apparato genito-urinario	0,96	0,93	2,17	1,72	4,11	3,98	6,67	6,35
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	8,30	7,44	3,82	3,65
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,32	0,31	0,94	0,74	0,21	0,19	0,54	0,41
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	1,21	1,10	2,87	2,76	1,63	1,42	3,42	2,91
XIV - Malformazioni congenite	0,08	0,09	0,23	0,22	0,14	0,13	0,30	0,30
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	-	-	-	0,00	0,01	0,00	0,00	0,00
XVI - Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	0,18	0,19	0,45	0,42	0,17	0,18	0,34	0,31
XVII - Traumatismi ed avvelenamenti	0,77	0,82	1,20	1,17	0,47	0,47	0,80	0,75
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	2,63	2,60	4,33	4,03	2,80	2,82	4,39	4,02
Totale	15,28	14,99	29,29	26,33	25,06	23,96	33,12	30,07

Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2023.





Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi delle SDO conferma come permanga nel tempo una minore ospedalizzazione degli immigrati rispetto agli italiani, fenomeno questo già ampiamente documentato negli anni precedenti e durante la pandemia. 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 (soprattutto in regime di DH).

L'impatto del COVID-19 in termini di riduzione dei

ricoveri sembra essere stato più contenuto per gli immigrati rispetto agli italiani, che tendenzialmente fanno uso dei servizi per condizioni maggiormente legati all'urgenza (come i parti per le donne e i traumi per gli uomini in regime ordinario) o solo parzialmente procrastinabili (come le IVG in DH).

Rispetto alla qualità dei dati SDO, la scarsa compilazione dei campi necessari all'identificazione degli stranieri non in regola con le norme di soggiorno impedisce di svolgere analisi sui bisogni sanitari di questo specifico sottogruppo di popolazione, che sarebbero particolarmente utili per finalità di salute pubblica.





Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

Significato. Monitorare il ricorso all'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 cittadinanza, rappresenta una sfida per i servizi e gli

operatori sanitari.

La percentuale di IVG delle 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 cittadinanza, 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, tenendo conto della disponibilità dei denominatori forniti dall'Istat, sono stati calcolati per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013-2022.

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 2022 l'Istat ha notificato 65.528 IVG rilevando una sottostima rispetto alle SDO per l'Emilia-Romagna e la Sicilia. Aggiungendo i casi identificati tramite le SDO, e a seguito del confronto con le Regioni, si stima un totale di 65.652 IVG. Il dato conferma il consolidato trend temporale di lungo periodo che vede una riduzione del numero di aborti volontari al partire dal 1982 (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 del 34,1%, ha iniziato lentamente a decrescere portandosi, dopo alcune "oscillazioni", al 27,4% nel 2022 (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 Pfp. La percentuale delle IVG effettuate da donne di tali Paesi è più elevata al Nord e al Centro dove è maggiore la loro presenza rispetto al Meridione (Tabella 1). Nel 2022, sono 9 le regioni che hanno una quota di IVG da donne dei Pfp >30%, tra queste l'Emilia-Romagna presenta il valore più elevato pari a 39,1%. In Campania e in Sardegna si osservano, invece, i valori più bassi, <10% (8,6%).

Gli indicatori sono calcolati separatamente per tre raggruppamenti in base alla cittadinanza: donne con cit-



tadinanza 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 2022 si osserva una riduzione del tasso di IVG tra le donne Pfp del 68%, rispetto all'inizio del periodo di osservazione (anno 2003). 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 5,2 IVG per 1.000 donne residenti, con una riduzione del 32% rispetto al 2003 quando i tassi erano già molto contenuti. Anche per le cittadine Psa si registra questa tendenza, 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 2022 tale differenza scende a 2,5.

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 consideriamo solo la seconda parte del periodo di osservazione (2013-2022) al fine di analizzare più nel dettaglio i cambiamenti recenti (Grafico 3).

Il ricorso all'IVG in entrambi i gruppi si è spostato a età più elevate: per le donne dei Pfp il valore più alto

del tasso passa dalla classe di età 20-24 nel 2013 (32,7 IVG per 1.000), alla classe 25-29 nel 2022 (22,1 IVG per 1.000). Tra le italiane il tasso di abortività volontaria nel 2013 presentava valori simili per le tre classi contigue 20-24, 25-29 e 30-34 anni, mentre nel 2022 il valore più elevato si riscontra nella classe di età 30-34 anni (7,6 per 1.000) (Grafico 3). Queste modifiche sono dovute, principalmente, 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 compresa tra 15-19 anni (-44% tra le straniere e -32% tra le italiane).

Le donne dei 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 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 al trend 2003-2022 (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 std è di notevole entità e pari all'88%, 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 66%, mentre per le marocchine e le albanesi, rispettivamente, del 53% e del 50%.

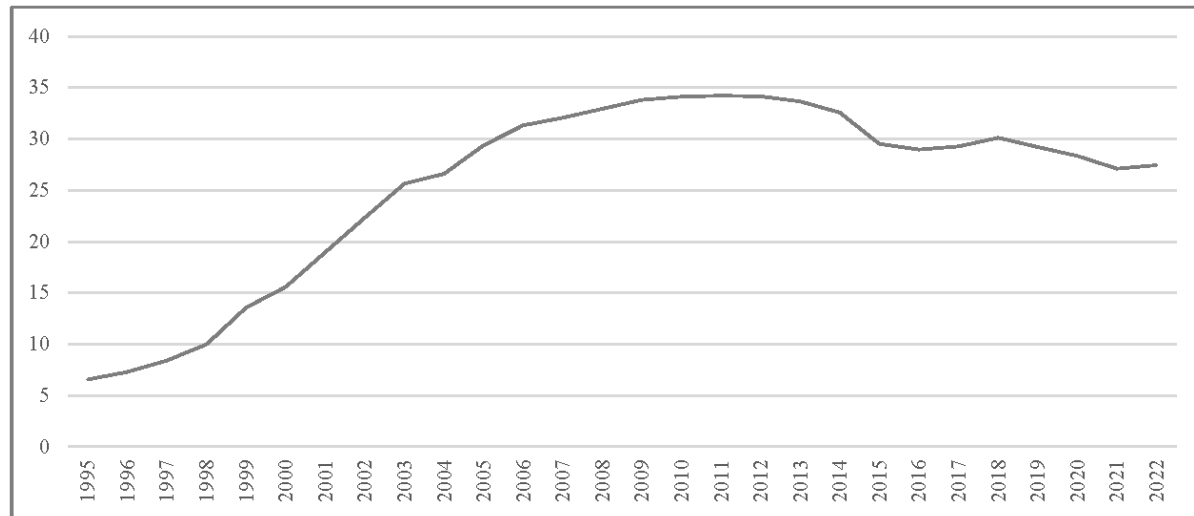
Focalizzando l'attenzione sul trend più recente (2017-2022) la graduatoria subisce delle modifiche: per la cittadinanza albanese e quella marocchina i tassi sono sostanzialmente stabili. La riduzione più marcata si presenta per la cittadinanza nigeriana (-62%), seguita da quella cinese (-36%) e rumena (-24%).



SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

375

Grafico 1 - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) effettuate da donne con cittadinanza straniera in Italia - Anni 1995-2022



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

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, 2013, 2018-2022

Regioni	2003	2013	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	23,2	37,4	35,2	33,6	33,8	32,1	33,8
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	23,2	24,3	19,0	22,0	19,5	18,4
Lombardia	33,7	39,5	39,0	36,9	36,1	35,4	35,5
Trentino-Alto Adige*	18,4	37,8	35,6	36,9	32,7	31,6	29,9
Veneto	30,6	43,8	36,6	37,5	32,9	33,6	33,0
Friuli Venezia Giulia	23,2	36,3	30,0	27,7	28,2	27,2	30,6
Liguria	26,4	38,6	37,0	34,3	31,4	35,1	34,5
Emilia-Romagna	29,7	43,1	40,4	39,0	38,7	38,4	39,1
Toscana	23,8	39,8	35,2	35,5	34,5	34,1	33,5
Umbria	34,9	44,5	35,1	39,3	35,9	31,1	35,6
Marche	28,0	37,9	40,7	35,8	35,6	34,9	31,8
Lazio	23,1	32,8	28,3	26,9	26,8	25,5	26,7
Abruzzo	15,5	27,2	21,8	20,2	21,0	18,9	19,1
Molise	5,1	18,0	4,0	18,1	16,3	15,6	18,5
Campania	12,0	13,2	10,6	10,2	8,9	8,7	8,6
Puglia	3,3	11,0	10,3	9,9	8,6	7,5	9,2
Basilicata	4,0	12,9	13,3	12,8	10,7	13,2	13,1
Calabria	7,9	17,6	18,2	16,3	22,0	13,1	12,5
Sicilia	5,0	15,3	13,1	12,1	11,6	10,4	9,5
Sardegna	4,0	13,1	14,7	11,3	12,6	9,3	8,6
Italia	21,2	31,1	28,0	26,9	26,2	25,6	25,8

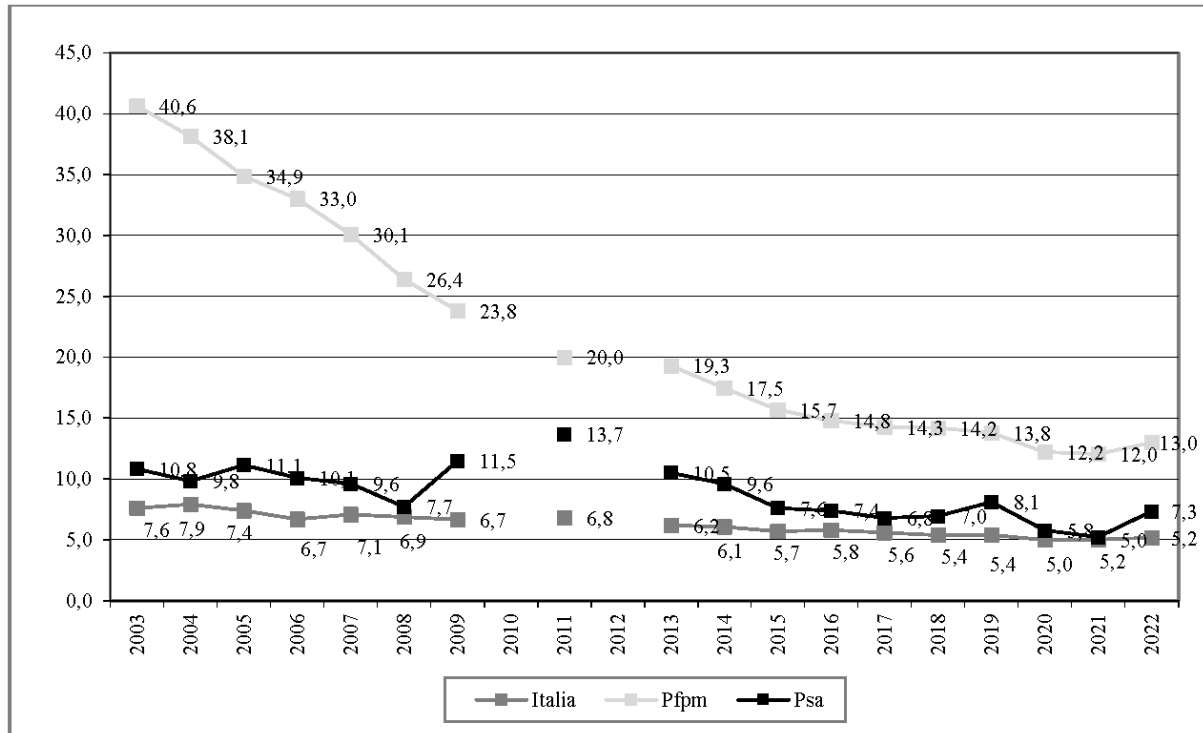
*I dati disaggregati per le PA di Bolzano e Trento non sono disponibili.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.





Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2022

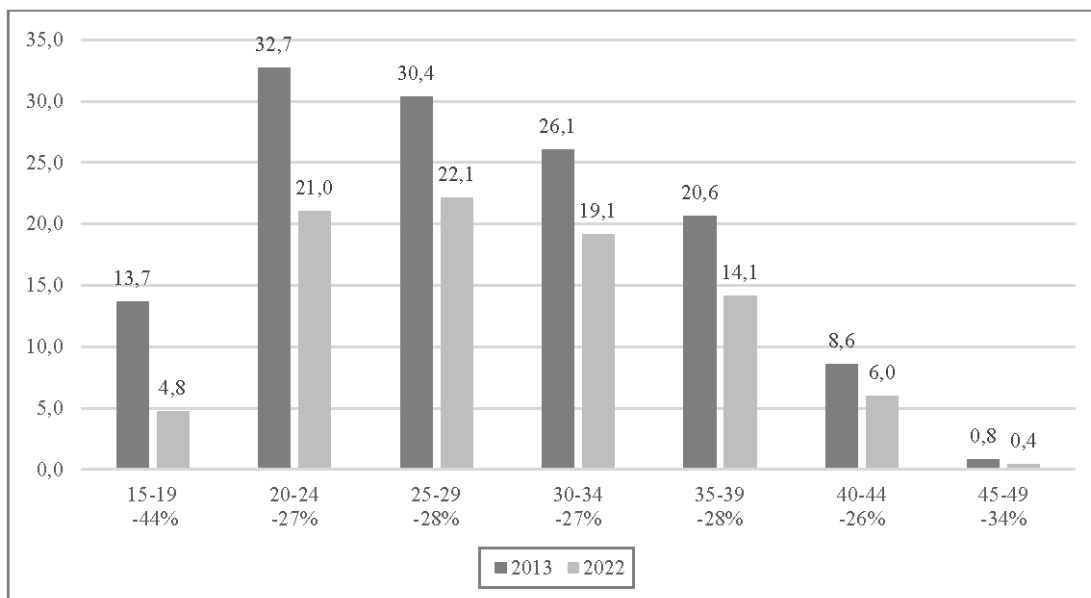


Pfp = Paesi a forte pressione migratoria.
Psa = Paesi a sviluppo avanzato.

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per classe di età e gruppo di cittadinanza - Anni 2013, 2022

Paesi a forte pressione migratoria

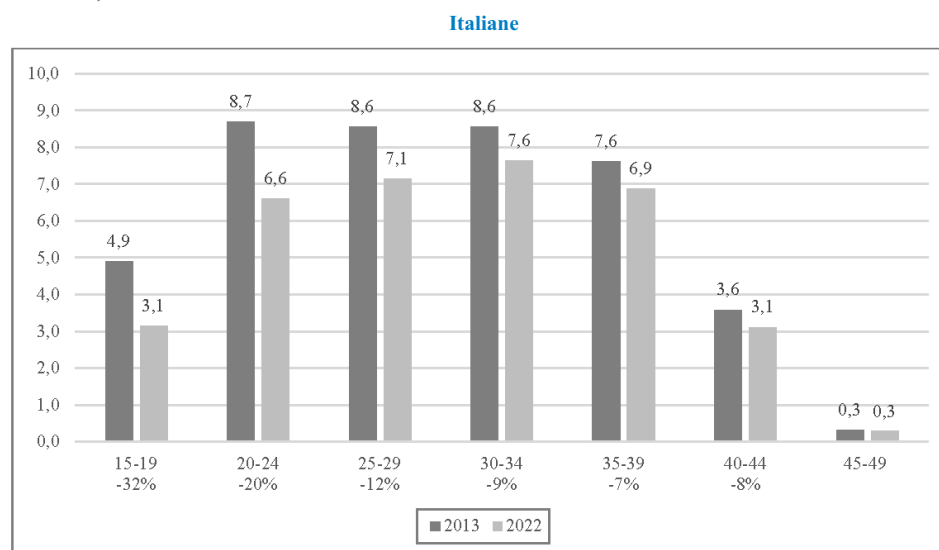




SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

377

Grafico 3 - (segue) Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per classe di età e gruppo di cittadinanza - Anni 2013, 2022



Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.

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, 2017-2022

Cittadinanze	Anni	IVG	IVG/Totale IVG di donne straniere	%IVG di donne non residenti	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
	2020	3.366	18,1	3,9	9,1
	2021	2.927	17,1	3,7	9,0
	2022	2.742	15,3	3,7	8,9
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
	2020	1.637	8,8	2,5	11,7
	2021	1.502	8,8	2,8	11,0
	2022	1.686	9,4	4,4	12,7
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
	2020	1.268	6,8	2,9	10,7
	2021	1.252	7,3	3,4	11,1
	2022	1.221	6,8	4,0	11,1
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
	2020	1.388	7,5	2,8	13,3
	2021	1.249	7,3	4,0	12,1
	2022	1.237	6,9	3,8	13,8
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
	2020	1.194	6,4	5,0	29,6
	2021	1.105	6,4	8,0	27,3
	2022	1.113	6,2	8,5	27,2

Fonte dei dati: Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2023.





Raccomandazioni di Osservasalute

Il decremento dei tassi di abortività tra le donne immigrate, osservato negli ultimi anni, 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'obiettivo prioritario per il contenimento del fenomeno e che le attività introdotte, specie dai Consultori familiari, per la pianificazione familiare siano 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.

Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute (2023), 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 2021. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/donna/dettaglioPubblicazioniDonna.jsp?lingua=italiano&id=3367.
- (2) Istat, L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2022. Disponibile sul sito: <http://dati.istat.it>.





Età al parto delle donne straniere in Italia

Significato. L'Italia negli ultimi 15 anni continua a essere caratterizzata da una progressiva denatalità (1). I dati 2022 diffusi dall'Istat certificano 393.333 nascite, quasi 7.000 in meno (-1,7%) rispetto al 2021 e oltre 183 mila in meno (-31,8%) rispetto al 2008.

Da un lato, è l'effetto di generazioni di donne, nate dopo il *baby-boom* (dalla seconda metà degli anni Sessanta alla prima metà dei Settanta), che sono meno numerose in conseguenza della decisa diminuzione

della fecondità dalla metà degli anni Settanta alla metà degli anni Novanta. Dall'altro, è andato scemando l'effetto positivo sulle nascite determinato dalla popolazione straniera, che sempre più assume comportamenti e stili di vita propri del nostro Paese.

Questi cambiamenti si possono leggere anche nei dati presentati in questo Rapporto Osservasalute, riferiti all'andamento dei parti per età della madre negli anni 2019-2022 a cavallo della pandemia da COVID-19.

Età media delle madri al parto per cittadinanza

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

Proporzione di parti per età della madre per cittadinanza

Numeratore	Parti da madri in età x per cittadinanza
Denominatore	$\frac{\text{Parti per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza}} \times 100$

Validità e limiti. Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei 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 e dal 2022 anche per il Molise è disponibile l'informazione relativa alla cittadinanza della madre, non compilata fino al 2021.

Da quest'anno l'analisi dei parti per età della madre è effettuata anche in riferimento alle prime 10 cittadinanze delle madri, selezionate in base al numero di donne residenti nel nostro Paese al 1° gennaio 2023.

Valore di riferimento/Benchmark. I valori degli indicatori riferiti alle donne straniere provenienti dai Pfpv vengono confrontati con quelli delle donne italiane.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 in Italia si sono verificati 387.835 parti, di cui 73.226 (18,9%) sono relativi a madri straniere con cittadinanza nei Pfpv. Tale percentuale è sensibilmente più elevata nelle regioni del Centro-Nord, dove vi è una maggiore presenza straniera: in Emilia-Romagna e Liguria è pari al 29,8%, in Lombardia 28,0%, in Veneto 26,4% e in Piemonte 25,6% (Tabella 1).

Il Grafico 1, relativo alla distribuzione percentuale dei parti per età della madre, mostra due risultati rilevanti: da un lato, la curva relativa alle donne Pfpv è distri-

buita su un range di età più ampio rispetto alle italiane, in conseguenza del maggior numero medio di figli per donna (nel 2022 il tasso di fecondità totale del complesso di donne straniere è pari a 1,86 vs 1,18 delle italiane); dall'altro, dal confronto tra 2019 e 2022, emerge per entrambi i gruppi di popolazione uno spostamento della curva verso le età più avanzate. Mentre questo risultato è noto per le donne italiane e nel grafico risulta appena evidente tra i 25-30 anni, per le donne straniere è più accentuato e si osservano percentuali dei parti nel 2022 più elevate dei valori nel 2019 soprattutto dopo i 30 anni di età. Interessanti anche le variazioni relative all'età modale, aumentata da 29 a 30 anni dal 2019 al 2022 per le donne Pfpv e diminuita da 34 a 32 anni per le italiane, in conseguenza del minor numero di parti negli ordini di nascita superiori (Grafico 1).

Queste tendenze risultano confermate anche dall'analisi dell'indicatore dell'età media al parto, per il quale si riduce il divario tra italiane e Pfpv da 2,4 anni nel 2019 a 2,1 anni nel 2022, per l'aumento dell'età media al parto delle donne straniere da 30,1 nel 2019 a 30,6 anni nel 2022, mentre il valore per le italiane varia da 32,5 anni nel 2019 a 32,7 anni nel 2022 (Tabella 1). Nel 2022, nelle regioni l'età media al parto delle donne Pfpv ha un *range* di 1,6 anni, da 29,9 anni in Puglia a 31,5 anni in Sardegna. Valori superiori ai 31 anni si registrano solo in Valle d'Aosta, Lazio e Sardegna. Le donne italiane hanno un'età media al parto di 2,1 anni più elevata rispetto alle donne Pfpv, ma in Valle d'Aosta, Campania e Sicilia è poco superiore a 1 anno.



Questo indicatore è influenzato dal diverso numero di figli per donna. Difatti, confrontando l'età media delle madri alla nascita del primo figlio il divario tra italiane e Pfpfm aumenta a 3,1 anni (rispettivamente, 31,7 anni vs 28,6 anni, nel 2022) (Tabella 1). Anche questo indicatore conferma una posticipazione della maternità più accentuata per le donne Pfpfm (nel 2019 l'età media alla nascita del primo figlio era pari a 28,1 anni vs 31,4 anni per le italiane). Nelle regioni il divario tra italiane e straniere è più elevato in Toscana (32,6 anni italiane vs 28,1 anni Pfpfm), Liguria (32,2 anni vs 28,1 anni) ed Emilia-Romagna (32,3 anni vs 28,3 anni), mentre si riduce a circa 2 anni in Campania (30,8 anni vs 28,9 anni) e in Valle d'Aosta (31,1 anni vs 29,1 anni). I valori più bassi dell'età media alla nascita del primo figlio per le donne Pfpfm si registrano nella PA di Bolzano e in Basilicata (27,8 anni), in Puglia e Sicilia (27,7 anni). Il Lazio è la regione con i valori più alti sia per le donne Pfpfm (30,0 anni), sia per le italiane (32,8 anni).

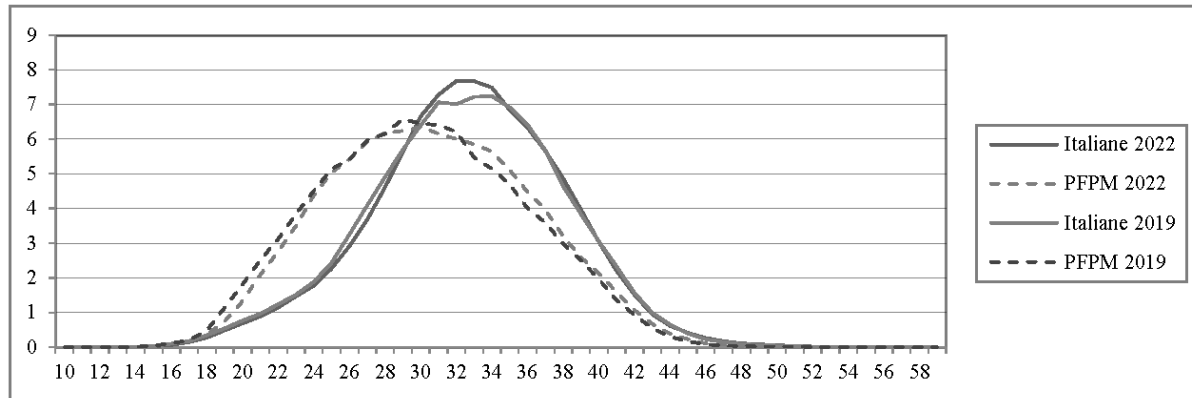
Considerando le classi di età estreme (<20 anni e ≥ 35 anni), in cui aumentano i rischi di parti pretermine e di possibili problemi di salute per il neonato, per le donne straniere dei Pfpfm la quota di parti è aumentata dal 25,2% nel 2019 al 27,1% nel 2022, mentre tra le madri italiane è rimasta stabile al 38,2% (anche in questo caso in conseguenza della riduzione delle nascite di ordine superiore). I parti prima dei 20 anni costituiscono una quota residuale per entrambe le cittadinanze (nel 2022 1,4% Pfpfm vs 1,0% italiane), mentre partoriscono a una età ≥ 35 anni il 25,7% delle donne Pfpfm e il 37,2% delle italiane, nel 2022 (Tabella 1). Si conferma un significativo cambiamento dei comportamenti riproduttivi delle donne straniere negli ultimi anni, sempre più simili a quelli delle donne italiane: i parti da madri di 35 anni e oltre erano il 23,2% nel 2019. Nelle regioni la percentuale di parti

di donne straniere Pfpfm prima dei 20 anni è >3% in Sicilia (3,4%), Puglia (3,3%) Campania e Calabria (3,1%); la quota di parti in età 35 anni e oltre è, invece, prossima o superiore al 30% in Sardegna (33,8%), Valle d'Aosta (30,3%) e Lazio (29,5%). Per le italiane le regioni con la maggior frequenza di parti in età 35 anni e oltre sono Lazio (43,4%), Toscana e Sardegna (43,0%) (Tabella 1).

In corrispondenza delle prime 10 cittadinanze, nel 2022 si concentra il 60% circa dei parti da madri Pfpfm e il 40% è di madri rumene, albanesi e marocchine (Tabella 2). Le classi di età dove si concentra la maggior quota dei parti sono 25-29 anni e 30-34 anni; solo per la Polonia la percentuale più elevata di parti si osserva nella classe 35-39 anni. Tali differenze dipendono anche dall'ordine di nascita dei figli partoriti nel 2022. Infatti, le donne polacche risultano avere un'età media elevata anche per la nascita del primo figlio (33,1 anni). Per le altre cittadinanze l'età media al primo figlio varia da un minimo di 26,8 anni per l'Albania a un massimo di 29,9 anni per il Perù. Nella maggior parte dei casi i valori sono comunque superiori al dato medio Pfpfm (28,6 anni). Lo stesso vale per l'età media al parto, <30 anni solo per le madri albanesi (28,8 anni), superiore alla media Pfpfm in 7 delle 10 cittadinanze e superiore al valore delle donne italiane (32,7 anni) per le madri polacche (34,2 anni). La quota di donne che partorisce prima dei 20 anni è più alta tra le rumene (2,7%) e le donne del Perù (1,8%); partorisce dopo i 35 anni oltre la metà delle donne polacche (51,7%) e il (38,0%) delle donne filippine, percentuali superiori al valore delle italiane (37,2%). Valori superiori al dato medio Pfpfm (25,7%) si registrano anche per le donne di Perù (35,6%), Marocco (29,1%), Ucraina (28,9%), Romania (27,3%) e Moldavia (26,8%).



Grafico 1 - Parti (valori per 100) delle donne straniere dei Paesi a Forte Pressione Migratoria e delle italiane per età - Anni 2019, 2022



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 2023.

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 2019-2022

Regioni	% Parti da madri straniere	Età media al parto		Età media al primo figlio		% Parti da madri <20 anni		% Parti da madri ≥35 anni	
		Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane
Piemonte	25,6	30,6	32,9	28,5	31,8	1,2	0,6	25,8	37,1
Valle d' Aosta	14,8	31,1	32,2	29,1	31,1	1,8	0,6	30,3	32,7
Lombardia	28,0	30,7	33,3	28,6	32,3	1,2	0,6	26,5	40,4
Bolzano-Bozen	19,8	30,2	31,8	27,8	30,3	1,2	0,7	23,0	28,0
Trento	21,9	30,9	32,7	28,6	31,5	0,7	0,4	26,6	35,5
Veneto	26,4	30,4	33,1	28,1	31,9	1,0	0,4	24,4	38,7
Friuli Venezia Giulia	23,9	30,0	33,0	28,3	32,1	1,3	0,4	22,1	38,7
Liguria	29,8	30,1	33,1	28,1	32,2	1,7	0,9	22,0	39,2
Emilia-Romagna	29,8	30,5	33,2	28,3	32,3	1,1	0,5	24,8	39,9
Toscana	24,0	30,4	33,6	28,1	32,6	1,5	0,5	25,0	43,0
Umbria	19,4	30,4	33,0	29,0	32,2	0,8	0,4	24,0	38,6
Marche	21,0	30,6	33,2	28,6	32,2	1,2	0,6	27,2	40,4
Lazio	19,3	31,2	33,5	30,0	32,8	1,4	0,6	29,5	43,4
Abruzzo	14,6	30,5	33,1	28,7	32,2	1,6	0,7	25,6	40,3
Molise	6,5	30,2	32,6	28,7	31,7	1,2	1,2	21,4	36,5
Campania	7,0	30,6	31,8	28,9	30,8	3,1	1,4	25,7	31,0
Puglia	6,9	29,9	32,2	27,7	31,1	3,3	1,4	23,8	35,0
Basilicata	10,3	30,3	32,9	27,8	31,6	1,4	0,5	24,3	39,3
Calabria	8,4	30,3	32,1	28,5	31,0	3,1	1,1	25,9	33,2
Sicilia	5,1	30,0	31,3	27,7	30,3	3,4	2,6	23,9	30,2
Sardegna	6,4	31,5	33,2	29,5	32,3	1,3	1,0	33,8	43,0
Italia 2022	18,9	30,6	32,7	28,6	31,7	1,4	1,0	25,7	37,2
Italia 2021*	18,6	30,5	32,7	28,5	31,7	1,4	1,0	25,2	37,7
Italia 2020*	19,7	30,2	32,6	28,2	31,5	1,7	1,1	23,9	36,9
Italia 2019*	20,0	30,1	32,5	28,1	31,4	2,0	1,2	23,2	37,1

*Dal 2019 al 2021 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 2023.



Tabella 2 - Età media (valori in anni) delle madri al parto e parti (valori per 100) per le prime dieci cittadinanze della madre - Anno 2022

Cittadinanza	% Parti da madri straniere	% Parti per età della madre						Totale	Età media	
		<2 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni	≥40 anni		al parto	al primo figlio
Romania	2,9	2,7	11,6	24,2	34,2	21,1	6,2	100,0	30,9	29,2
Albania	2,3	1,6	19,8	35,3	28,8	12,1	2,5	100,0	28,8	26,8
Ucraina	0,8	1,0	10,9	26,6	32,6	21,9	7,0	100,0	31,3	29,5
Marocco	2,3	0,7	15,8	27,5	26,9	20,2	8,9	100,0	30,8	28,2
Cina	0,5	0,7	10,9	34,3	33,7	15,5	4,8	100,0	30,3	28,2
Filippine	0,3	1,0	9,6	23,5	27,9	28,0	10,0	100,0	32,1	29,5
Moldova	0,5	1,1	13,7	29,7	28,6	21,6	5,2	100,0	30,6	28,5
India	0,7	0,1	5,8	30,0	41,3	19,5	3,3	100,0	31,2	29,6
Perù	0,4	1,8	10,7	21,7	30,1	23,7	11,9	100,0	32,0	29,9
Polonia	0,2	0,7	4,5	15,7	27,4	34,6	17,1	100,0	34,2	33,1
Pfpm	18,9	1,4	14,1	28,8	30,0	19,3	6,4	100,0	30,6	28,6
Italiane	80,0	1,0	6,0	19,1	36,8	27,7	9,5	100,0	32,7	31,7

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel nostro Paese il processo di denatalità e posticipazione della maternità proseguono senza segnali di cambiamenti significativi. Questi fenomeni coinvolgono sempre di più anche le donne straniere, che assumono nel tempo comportamenti e stili di vita simili a quelli delle donne italiane. Le conseguenze di tali trend sono sia il rapido invecchiamento della popolazione, sia l'aumento di parti a rischio di complicazioni. Gli indicatori presentati in questa Edizione del Rapporto Osservasalute, evidenziano come si riducono sempre più i divari tra straniere e italiane, nella direzione più sfavorevole per le dinamiche demografiche e accentuando i problemi per i servizi sanitari, che devono assicurare la salute materno-infantile e

prevenire, per quanto possibile, le complicazioni della gravidanza e del parto.

In questo contesto, gli indicatori presentati forniscono utili informazioni a chi deve 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 2022, Comunicato stampa, 26 ottobre 2023. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/archivio/289772.
- (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=3346.



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 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, 2).

Percentuale di madri straniere che hanno effettuato un numero di visite in gravidanza >4

Numeratore $\frac{\text{Madri che hanno effettuato più di 4 visite in gravidanza per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza della madre}} \times 100$

Denominatore

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

Numeratore $\frac{\text{Madri che hanno effettuato la 1ª visita in gravidanza tardivamente (>10 settimane di gestazione) per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza della madre}} \times 100$

Denominatore

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

Numeratore $\frac{\text{Madri che hanno effettuato un numero insufficiente di ecografie in gravidanza (<3) per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza della madre}} \times 100$

Denominatore

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

Numeratore $\frac{\text{Madri che hanno effettuato almeno 1 indagine prenatale invasiva (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi) per cittadinanza}}{\text{Parti per cittadinanza della madre}} \times 100$

Denominatore

Validità e limiti. La fonte informativa considerata per il calcolo degli indicatori è il Certificato di Assistenza al Parto (CedAP) (3). 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. Il CedAP costituisce una fonte ricca di informazioni sulla gravidanza, il parto e il neonato. La fonte mostra un progressivo miglioramento della qualità nel tempo, sia in termini di copertura territoriale sia di coerenza interna delle informazioni, tuttavia, permangono problemi di inaccuratezza nella compilazione delle singole variabili oggetto di questa analisi, che presentano una quota elevata di non indicato.

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 con-

tributo sono state considerate le Linee Guida prodotte dal Ministero della Salute, in collaborazione con l'ISS (1, 2), in cui vengono individuati i valori di riferimento per gli indicatori presentati. Le raccomandazioni prevedono di eseguire durante la gravidanza almeno una visita per ciascun trimestre e una finale (per un totale quindi di 4 visite), di eseguire la prima visita entro la 10ª settimana di gestazione e di effettuare almeno 3 ecografie.

Descrizione dei risultati

Nel 2022 in Italia si sono verificati 387.835 parti in totale, di cui 310.422 da donne di cittadinanza italiana e 73.226 (18,9%) da donne provenienti da Pfp. Rispetto al 2021 i parti sono diminuiti del 2%, della stessa misura si riducono i parti da madri italiane mentre restano stabili i parti delle donne Pfp. Una diminuzione consistente era stata già registrata tra il 2019 e il 2020 (-4%), per poi arrestarsi tra il 2020 e il





2021 (-1%), anni segnati dalla pandemia COVID-19. Nel 2022, la fase di decrescita continua il suo trend ormai storico: rispetto al 2019, i parti delle donne italiane si riducono del 5% e quelle delle donne dei Pfp_m del 12% (dati non presenti in tabella).

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 e 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 rispetto alle italiane: a livello nazionale l'83,9% delle donne Pfp_m ha effettuato un numero di visite >4, vs il 92,7% delle donne italiane; il 18,8% ha effettuato tardivamente la 1^a visita vs il 5,5% delle italiane; l'11,0% delle straniere Pfp_m ha effettuato un numero insufficiente di ecografie vs il 4,5% delle italiane. Infine, con riferimento alle indagini prenatali invasive, le italiane vi hanno fatto ricorso nel 4,0% dei parti mentre le straniere solo nel 2,7% (Tabella 1).

La variabilità territoriale che si registra, sia per le donne italiane sia per le donne Pfp_m, non sempre è riconducibile a un gradiente Nord-Sud e Isole. In entrambi i gruppi di donne, valori elevati si registrano nella PA di Bolzano (italiane 96,6% vs 92,6% Pfp_m) e valori più bassi si osservano in Umbria (italiane 46,8% vs 40,4% Pfp_m) e in Calabria (italiane 77,7% vs 67,5% Pfp_m). Per entrambi i gruppi di donne, dopo i 20 anni si registra una maggiore propensione a effettuare più visite di quelle raccomandate (Grafico 1).

Con riferimento agli altri indicatori, in tutte le regioni si registra uno svantaggio delle straniere rispetto alle italiane.

Relativamente ai tempi di effettuazione della prima visita, come detto, le italiane tendono a tardare meno la prima visita rispetto alle donne Pfp_m: il 5,5% delle italiane vs il 18,8% delle Pfp_m. Per entrambi i gruppi di donne, valori più elevati si registrano nella PA di Trento (italiane 15,3% vs 32,7% Pfp_m) e nella PA di Bolzano (italiane 14,7% vs 29,4% Pfp_m). I valori più

bassi si osservano nel Lazio (italiane 2,1% vs Pfp_m 6,6%) e in Puglia (italiane 2,1% vs Pfp_m 8,5%). Le donne più giovani sotto i 20 anni, sia italiane sia Pfp_m, tendono a ritardare la prima visita di più delle donne di età oltre i 20 anni.

In Italia sono il 4,5% le donne italiane che hanno effettuato <3 ecografie, le donne Pfp_m sono invece l'11,0%. La distribuzione regionale relativa alla percentuale di parti con un numero insufficiente di ecografie non rispecchia quella delle visite: in questo caso sono la Liguria, con il 18,5% di italiane, e il Piemonte, con il 29,0% di Pfp_m, ad avere i valori più alti della media nazionale.

Il ricorso a indagini prenatali, in genere, è subordinato, oltre che all'età della donna, anche 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 al 7,9% ha effettuato almeno una delle indagini prenatali considerate; per le straniere Pfp_m, invece, la percentuale più elevata si osserva in Piemonte ed è pari al 4%. Inoltre, in Umbria si osserva lo svantaggio maggiore delle donne straniere rispetto alle italiane nel ricorso ad accertamenti prenatali. Negli ultimi anni tale indicatore ha subito una notevole diminuzione, infatti, rispetto al 2019, anno precedente alla pandemia da SARS-CoV-2, le donne italiane ricorrono a una delle indagini prenatali invasive il 41% in meno, le donne Pfp_m il 25% in meno. Questa diminuzione potrebbe trovare giustificazione nel ricorso a una nuova tecnica, non invasiva e considerata altamente efficace nell'individuare possibili alterazioni del feto, ovvero il test del DNA fetale. Questo esame non rientra nella rilevazione del CedAP, pertanto non si hanno dati a supporto, ma ci sono realtà, come la regione Valle d'Aosta (3), che ha inserito il test del DNA fetale nei livelli essenziali aggiuntivi regionali, consentendo a tutte le donne in gravidanza residenti nella regione, indipendentemente dall'età e dai fattori di rischio della madre, di accedere gratuitamente a questa nuova tipologia di test.





SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

385

Tabella 1 - Donne (valori per 100 parti) che hanno effettuato accertamenti in gravidanza (numero di visite >4, 1ª visita tardivamente, numero di ecografie <3 e almeno 1 indagine prenatale invasiva) per cittadinanza e regione di evento - Anno 2022

Regioni	N visite >4		1ª visita tardivamente (>10 settimane di gestazione)		N ecografie <3		Almeno 1 indagine prenatale invasiva	
	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm	Italiane	Pfpm
Piemonte	92,7	86,5	7,0	18,8	16,9	29,0	4,7	4,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	92,8	87,2	14,4	24,8	5,1	11,9	1,6	0,9
Lombardia	94,5	85,8	6,8	21,1	1,3	7,8	4,9	2,8
Bolzano-Bozen	96,6	92,6	14,7	29,4	3,4	7,8	1,4	1,1
Trento	92,5	88,2	15,3	32,7	4,9	9,0	4,5	3,5
Veneto	93,6	83,4	11,2	26,1	2,3	9,1	6,0	2,8
Friuli Venezia Giulia	87,5	84,9	7,9	18,4	0,9	3,9	5,6	3,8
Liguria	81,2	74,6	2,7	12,4	18,5	20,4	4,6	3,8
Emilia-Romagna	95,5	88,7	5,9	19,7	2,8	8,7	4,9	2,4
Toscana	90,5	80,0	8,7	27,8	2,3	10,3	4,0	2,3
Umbria	46,8	40,4	4,3	14,2	0,4	4,5	7,9	2,8
Marche	96,6	84,1	4,6	16,8	0,4	6,4	4,0	2,4
Lazio*	-	-	2,1	6,6	16,6	16,4	3,4	2,0
Abruzzo	96,0	87,4	3,1	10,0	3,4	5,6	2,3	1,5
Molise	91,7	79,8	6,5	22,6	2,0	3,6	1,3	1,2
Campania	97,2	83,9	2,9	10,6	0,5	7,8	4,6	2,8
Puglia	94,3	79,5	2,1	8,5	0,5	5,6	1,7	1,0
Basilicata	94,8	77,7	3,7	17,1	0,9	4,9	3,3	1,7
Calabria	77,7	67,5	2,8	11,5	0,6	4,7	1,6	1,6
Sicilia	92,8	84,0	5,6	15,5	5,4	9,7	2,5	2,5
Sardegna	98,3	89,9	3,8	8,8	0,7	3,5	3,6	3,5
Italia	92,7	83,9	5,5	18,8	4,5	11,0	4,0	2,7

*Il totale Italia non include i dati del Lazio dove mancanti.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Grafico 1 - Donne (valori per 100 parti) che hanno effettuato accertamenti in gravidanza per cittadinanza e classe di età - Anno 2022

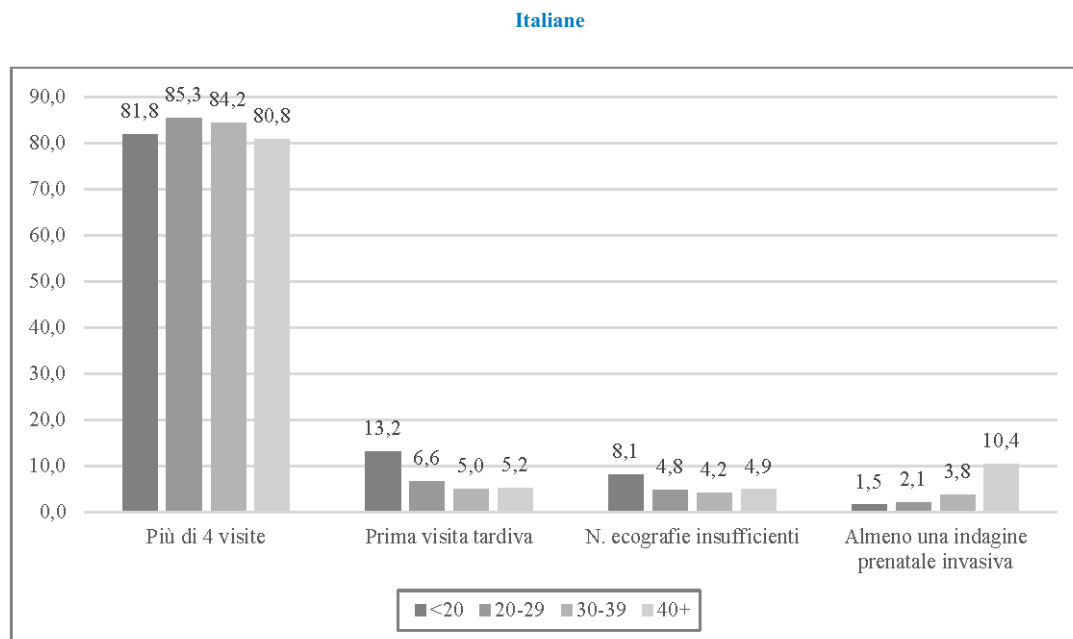
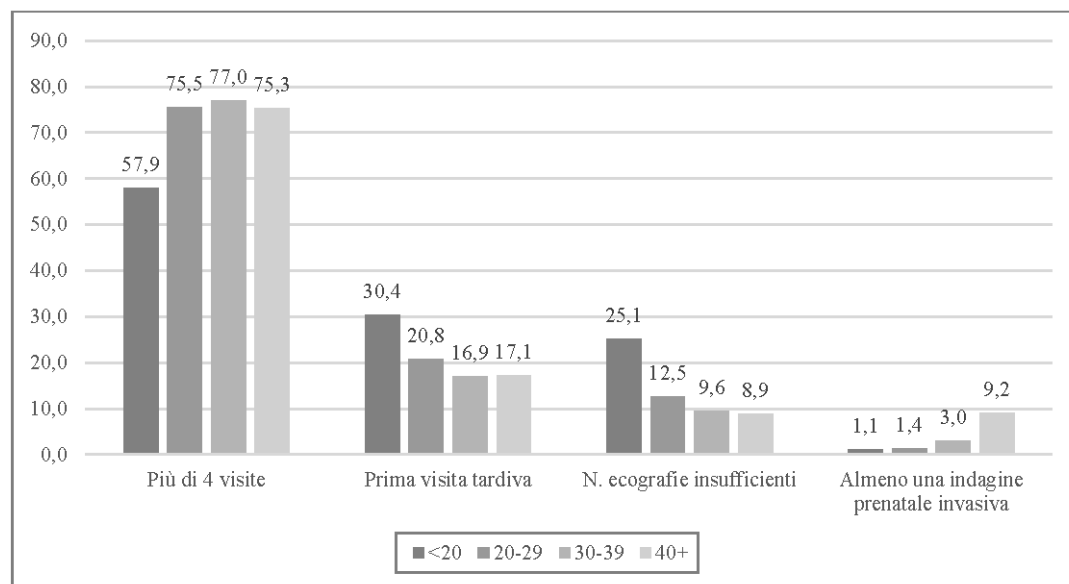


Grafico 1 - (segue) Donne (valori per 100 parti) che hanno effettuato accertamenti in gravidanza per cittadinanza e classe di età - Anno 2022

Paesi a forte pressione migratoria



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il ricorso a visite mediche periodiche e a controlli ecografici durante la gravidanza consente 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 alcol 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) Istituto Superiore di Sanità, Gravidanza fisiologica Prima parte. 2023. Linee Guida 1/2023 SNLG. Disponibile sul sito: www.iss.it/-/iss-aggiornate-le-linee-guida-sulla-gravidanza-fisiologica-nuove-raccomandazioni-su-informazioni-screening-per-le-malattie-infettive.
- (3) Ministero della Salute, Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Anni vari. Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/portale/temi/p2_6.jsp?lingua=italiano&id=3837&area=statisticheSSN&menu=pubb.
- (4) Regione Autonoma Valle d'Aosta, Dalla Giunta: approvato l'inserimento del Test del DNA fetale gratuito a tutte le donne in stato di gravidanza residenti in Valle d'Aosta. Disponibile sul sito: <https://appweb.regione.vda.it/dbweb/Comunicati.nsf/VediNewsi/0a87be495c695757c1258abb0037059c!OpenDocument&Click=>.



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 difficoltà 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

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

Percentuale di nati vivi sottopeso e fortemente sottopeso da madri straniere

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

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

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

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 2022 nella selezione dei casi sono stati esclusi 8 nati con vitalità non indicata. Non sono state considerate valide le nascite con settimane di gestazione mancanti, ≤ 22 o > 42 (pari allo 0,32% dei nati totali), con peso mancante, < 500 o > 5.000 grammi (0,12%), con punteggio Apgar non compreso tra 1-10 (0,79%).

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 da Pfp sono confrontate con quelle delle donne italiane di pari età. Per ovviare alla scarsa numerosità delle nascite da donne straniere in alcune regioni, viene considerato il biennio 2021-2022.

Descrizione dei risultati

Nel biennio 2021-2022 i nati vivi da donne dei Pfp sono il 18,7% dei nati vivi.

I neonati pretermine sono a più alto rischio di mortalità, morbilità e compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine.

Nel Grafico 1 vengono riportati i nati vivi per settimane 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 grave-



mente pre-termine. La quota di nati vivi pre-termine da donne italiane, nel biennio 2021-2022, è stata pari al 6,7%, di poco inferiore a quella riferita alle donne straniere Pfp (7,9%); 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 nelle Marche (5,4%) e il valore massimo in Sardegna (8,8%). Per le donne straniere, invece, si va dal 5,7% della PA di Bolzano al 14,4% del Molise (dato probabilmente inficiato dai piccoli numeri).

La condizione di nato morto è più spesso associata a una gravidanza patologica e a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: il 67,0% dei nati morti presenta un'età gestazionale <37 settimane e oltre un terzo (36,7%) <32 settimane (dati non presenti in tabella). Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano essere, rispettivamente, 69,7% e 39,1% per le straniere Pfp, 66,2% e 35,7% per le italiane, rilevando un lieve svantaggio per il primo gruppo di donne. 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.

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 notevoli differenze nella quota di nati vivi sottopeso tra le donne italiane e le donne Pfp nel biennio 2021-2022: 6,8% per le prime e 7,2% per le seconde. Con riferimento ai nati vivi fortemente sottopeso si hanno i valori 0,8% per le italiane e 1,0% per le straniere. La distribuzione regionale della percentuale dei nati vivi sottopeso vede molte regioni

meridionali con percentuali superiori alla media nazionale, sia per le italiane (5 regioni meridionali con valore massimo della Sardegna 8,3%) sia per le straniere (6 regioni meridionali ma il valore massimo pari a 9,1% è riferito alla Valle d'Aosta).

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 62,0% dei nati morti presenta un peso alla nascita <2.500 grammi e un 32,3% al di sotto dei 1.500 grammi (dati non presenti in tabella). Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano essere, rispettivamente, 66,2% e 34,6% per le straniere Pfp, 60,4% e 31,3% per le italiane.

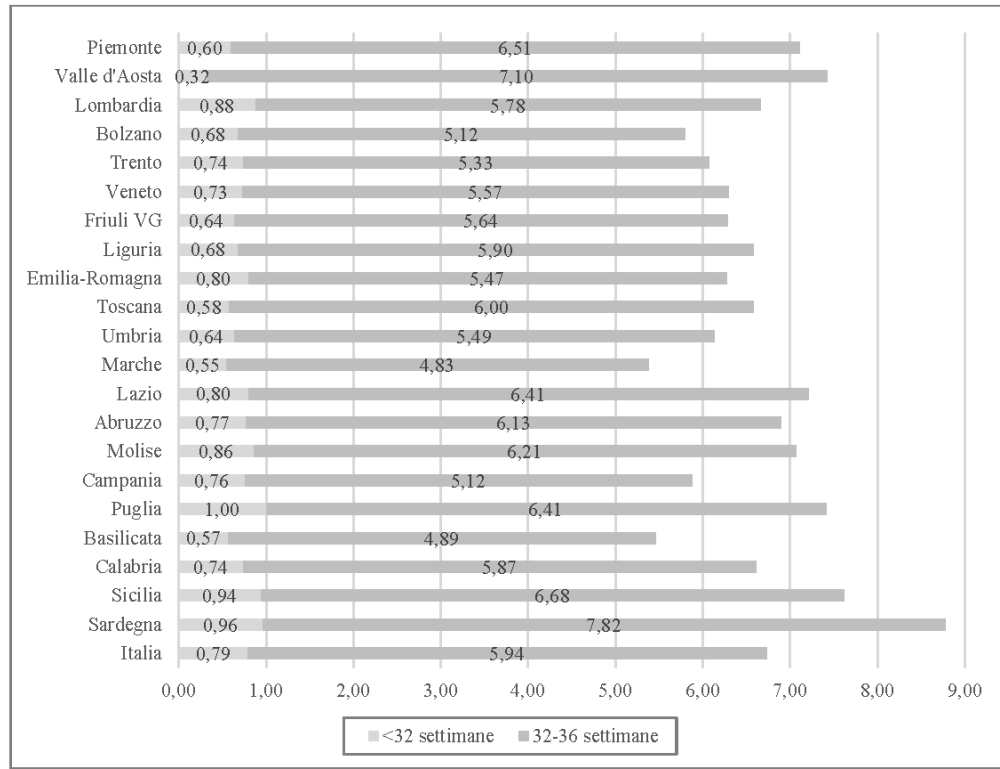
Così come per l'età gestazionale, la differenza tra i due sottogruppi si manifesta, principalmente, in caso di nati-mortalità: tra le donne Pfp che danno alla luce un nato sottopeso o precoce, è più frequente un evento con esito negativo (nato morto) piuttosto che positivo (nato vivo) rispetto alle donne 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 (99,3%) sia per le straniere Pfp (99,0%), 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 4: PA di Trento (1,4%), Valle d'Aosta (1,4%), Liguria (1,4%) e PA di Bolzano (1,3%). Tra le straniere, invece, risultano esserci ben 10 regioni: Sardegna (1,8%), PA di Bolzano e PA di Trento (1,6%), Lazio (1,4%), Piemonte, Friuli Venezia Giulia e Liguria (1,3%), Veneto, Campania e Basilicata (1,1%).

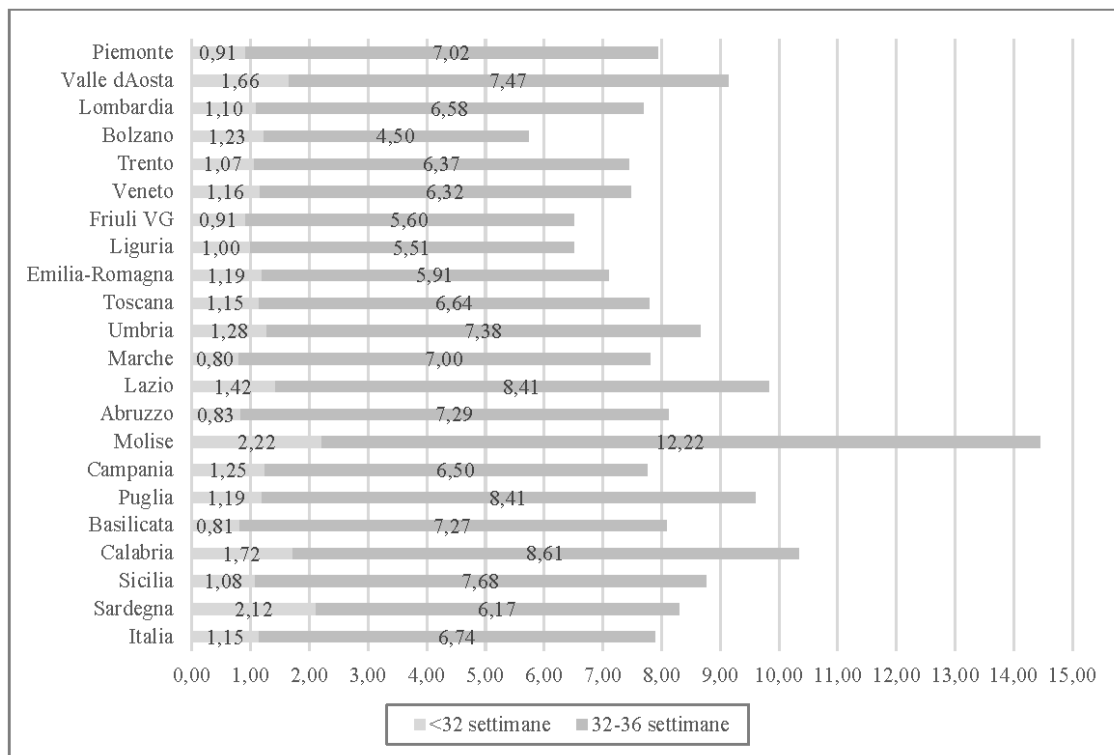


SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

Grafico 1 - Nati vivi (valori per 100) per settimane di gestazione, cittadinanza e regione - Anni 2021-2022
Italiane



Paesi a forte pressione migratoria

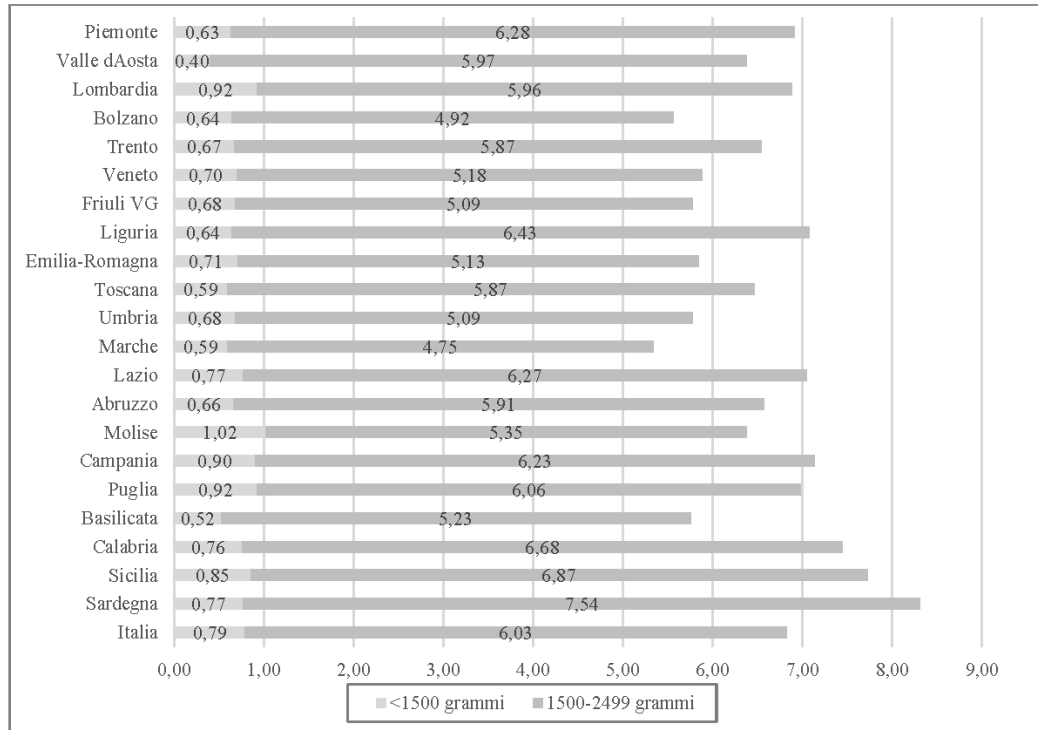


Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

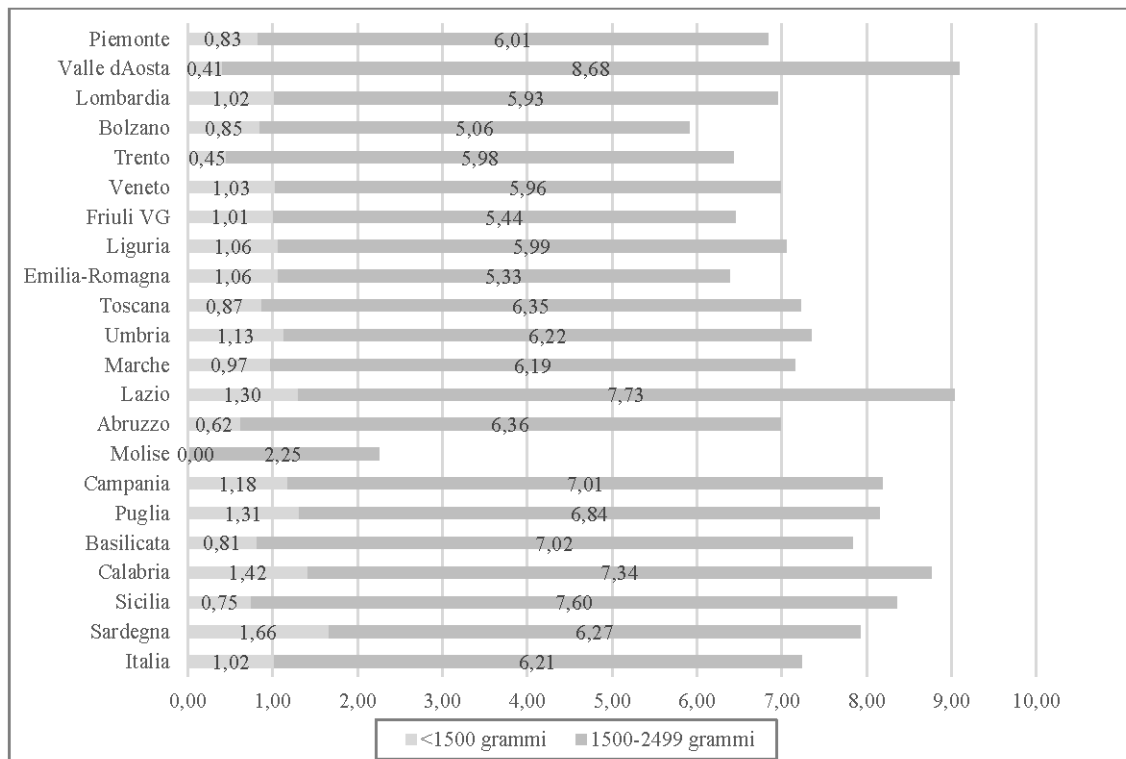


Grafico 2 - Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita, cittadinanza e regione - Anni 2021-2022

Italiane



Paesi a forte pressione migratoria



Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

**Tabella 1** - Nati vivi (valori per 100) per cittadinanza, Classe di punteggio Apgar e regione - Anni 2021-2022

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

*Per il Molise non è disponibile la variabile cittadinanza.

Fonte dei dati: Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le condizioni di salute del neonato non dovrebbero differire a seconda della diversa cittadinanza 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 a 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.





AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia

Significato. L'AIDS e l'HIV continuano ancora oggi a destare allarme nell'opinione pubblica e a sollevare interrogativi su possibili focolai epidemici sostenuti dagli immigrati in arrivo nel nostro Paese. Per tale ragione, è necessario continuare a monitorare i trend di HIV e AIDS tra gli stranieri presenti in Italia, nonostante da anni venga segnalata una progressiva riduzione dell'incidenza dell'infezione e della malattia conclamata: questo al fine di fornire agli operatori sanitari e alla popolazione generale la misura effettiva della loro diffusione, evitando inutili suggestioni, ma anche facili banalizzazioni delle problematiche a esse correlate.

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

In particolare, per l'AIDS il numeratore del tasso è calcolato utilizzando i dati del Registro Nazionale AIDS (RAIDS) gestito dal Centro Operativo AIDS dell'ISS (1); tale registro raccoglie i dati sulle nuove diagnosi di AIDS a livello nazionale, riportando anche la nazionalità delle persone con nuova diagnosi AIDS. Il denominatore è costruito sui dati anagrafici relativi agli stranieri residenti in Italia: ai fini del calcolo, è

stata considerata la media tra la popolazione residente al 1° gennaio dell'anno t e quella al 1° gennaio dell'anno $t+1$ (2). Limitatamente al 2011 sono stati utilizzati i dati del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (ottobre 2011) che fornisce la popolazione straniera residente per genere, età e singolo Paese di cittadinanza.

Per il periodo anteriore al 2006, erano già stati pubblicati in Edizioni precedenti del Rapporto Osservasalute, i tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri presenti (residenti e non), considerando al denominatore il numero dei permessi di soggiorno rilasciati dalle Questure e archiviati presso le banche dati del Ministero dell'Interno. Nell'analisi che mostriamo di seguito, i tassi antecedenti al 2005 vengono riproposti insieme ai tassi sui residenti, al fine di restituire una fotografia più completa dei trend temporali 1992-2022.

I dati HIV, invece, provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (3), che nel corso degli anni ha incrementato la sua copertura territoriale, passando dal 41% nel 2006 al 100% nel 2012. I denominatori, pertanto, sono stati calcolati tenendo conto della diversa copertura territoriale lungo l'arco temporale considerato (2006-2022) (2).

Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri in Italia

$$\text{Numeratore} \quad \text{Nuovi casi di AIDS diagnosticati tra i cittadini stranieri di età } \geq 18 \text{ anni residenti in Italia in 1 anno} \\ \text{Denominatore} \quad \text{Popolazione straniera media residente di età } \geq 18 \text{ anni} \quad \times 100.000$$

Tasso di incidenza di HIV tra gli stranieri in Italia

$$\text{Numeratore} \quad \text{Nuovi casi di HIV diagnosticati tra i cittadini stranieri di età } \geq 18 \text{ anni residenti in Italia in 1 anno} \\ \text{Denominatore} \quad \text{Popolazione straniera media residente di età } \geq 18 \text{ anni} \quad \times 100.000$$

Validità e limiti. Il principale punto di forza dei dati sull'AIDS è rappresentato dal Sistema di sorveglianza nazionale, oramai consolidato e caratterizzato da un elevato livello di copertura territoriale. Il limite principale deriva dalla difficoltà di quantificare il denominatore con assoluta precisione, ossia la popolazione straniera presente (in maniera regolare o irregolare) in Italia, per il calcolo dei tassi: infatti, essa può essere ricavata soltanto attraverso stime (4). La nostra scelta è stata quella di restringere l'analisi dal 2005 in poi alla sola popolazione residente.

Per quanto riguarda il sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, la copertura geografica regionale del sistema di sorveglianza è aumentata rapidamente a partire dal 2006, perché il Decreto

del Ministero della Salute 31 marzo 2008 che stabiliva l'attivazione di tale sorveglianza in tutte le regioni (3) prevedeva il recupero dei dati a partire da tale anno; tuttavia, la copertura di tutto il territorio nazionale è stata raggiunta solo nel 2012. Pertanto, le stime di incidenza delle nuove diagnosi HIV prima del 2012 potrebbero non essere rappresentative della situazione nazionale per la mancanza dei dati relativi ad alcune regioni.

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





Descrizione dei risultati

AIDS

In Italia nel periodo 1992-2022, tra le nuove diagnosi di AIDS in persone maggiorenni, 7.937 hanno riguardato cittadini stranieri. La percentuale di stranieri presenti sul totale dei casi segnalati è passata dal 3% nel 1992 al 37% nel 2022.

Il Grafico 1 riporta il numero di nuovi casi di AIDS (in valore assoluto), per genere e anno di diagnosi. Il numero degli stranieri di genere maschile, dopo un iniziale aumento dal 1992 al 1995, si è pressoché stabilizzato intorno ai 170 casi/anno fino al 2004, per poi risalire nel periodo successivo con due picchi nel 2008 e del 2012 (anni in cui si sono registrati, rispettivamente, 212 e 205 casi); a partire dal 2018, i casi sono progressivamente diminuiti e dal 2020 sono rimasti al di sotto di 100 l'anno.

Per contro, il numero di donne straniere è gradualmente cresciuto, raggiungendo nel 2012 il picco di 142 casi, per poi diminuire negli ultimi anni, assestandosi nel 2022 su 58 casi/anno.

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

Si evidenzia, inoltre, come, a fronte della diminuita incidenza dell'AIDS nel tempo, persista ancora nel 2022 una marcata differenza tra i tassi di incidenza degli stranieri (residenti) e quelli degli italiani: rispettivamente, 3,8 vs 0,9 per 100.000 tra gli uomini (RR = 4,2) e 2,0 vs 0,2 per 100.000 tra le donne (RR = 10,3). Riguardo alle aree geografiche di cittadinanza, negli ultimi 10 anni la maggioranza delle persone straniere con AIDS ha nazionalità dell'Africa Sub-sahariana (39%), dell'Europa centro-orientale (24%) e dell'America Latina (19%). Tuttavia, si osservano cambiamenti significativi nel tempo. Infatti, le persone dell'Africa sub-sahariana e dell'America Latina con AIDS sono diminuite dal 2012 al 2022 passando, rispettivamente, dal 41% al 28% e dal 19% al 10%; mentre quelle dell'Europa centro-orientale, nello stesso periodo, sono aumentate dal 21% al 36% (dati non mostrati nei grafici).

HIV

Tra il 2006 e il 2022 sono state segnalate al Sistema di sorveglianza HIV poco più di 49.000 nuove diagnosi tra i maggiorenni residenti, di cui 14.203 a carico di stranieri (circa il 30%). Tra questi ultimi, si è osservato un andamento crescente nel numero assoluto di diagnosi HIV fino al 2016: in particolare, le diagnosi per gli uomini sono passate da 322 a 733 casi; quelle tra le donne da 251 a 482 casi. Tale aumento può essere spiegato sia dall'aumento della copertura territoriale da parte del sistema di sorveglianza (che nel 2012 raggiunge la piena copertura nazionale) sia dall'incremento della presenza degli stranieri in Italia. A partire dal 2017, il numero si è progressivamente ridotto fino al 2020 (268 maschi e 139 femmine), con un lieve rialzo nel biennio 2021-2022, analogamente a quanto osservato per i casi di AIDS (probabilmente per ritardi nella diagnosi e/o nella notifica dovuti alla pandemia). Per quanto riguarda i tassi di incidenza, si osserva una diminuzione tra gli stranieri (Grafico 3), tra il 2006 e il 2013 (da 51,3 per 100.000 nel 2006 a 32,7 nel 2009 e 23,9 nel 2013), poi un leggero rialzo con picco nel 2016 (30,5) e infine una nuova riduzione fino al 2020 (10,0). L'ultimo dato disponibile, relativo al 2022, mostra un livello di incidenza intorno a 13 per 100.000 stranieri residenti.

L'incidenza dell'HIV tra gli italiani ha continuato invece a ridursi, scendendo negli ultimi anni al di sotto della soglia del 3 per 100.000 italiani residenti.

Il RR per gli stranieri rispetto alla popolazione italiana è risultato nel 2022 pari a 4,7.

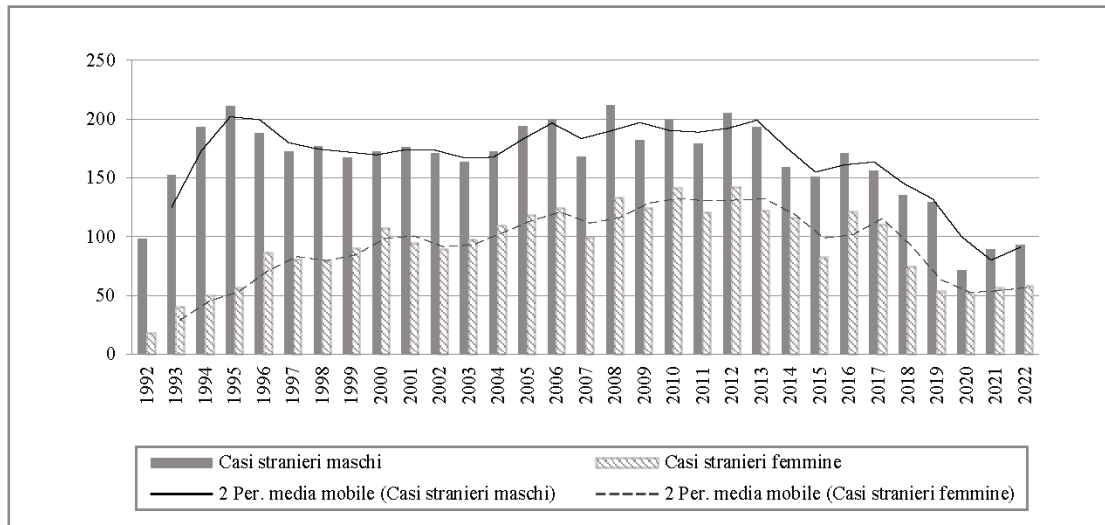
Si evidenziano, infine, importanti differenze di genere, con tassi nettamente più elevati tra gli uomini, sia stranieri sia italiani (Grafico 4). Occorre, tuttavia, sottolineare come il RR delle donne straniere rispetto alle italiane sia molto più elevato (RR = 12,7) rispetto a quello evidenziato a carico degli uomini stranieri (RR = 3,5).

Negli ultimi 10 anni la maggioranza degli stranieri con nuova diagnosi HIV proviene dall'Africa Sub-sahariana (41%), dall'America Latina (24%) e dall'Europa centro-orientale (21%). Tuttavia, le diagnosi in persone dell'Africa sub-sahariana sono diminuite nel tempo passando dal 41% nel 2012 al 33% nel 2022, mentre le diagnosi in persone dell'America Latina e dell'Europa centro-orientale sono aumentate passando, rispettivamente, dal 22% al 27% e dal 23% al 25% nello stesso periodo (dati non mostrati nei grafici).



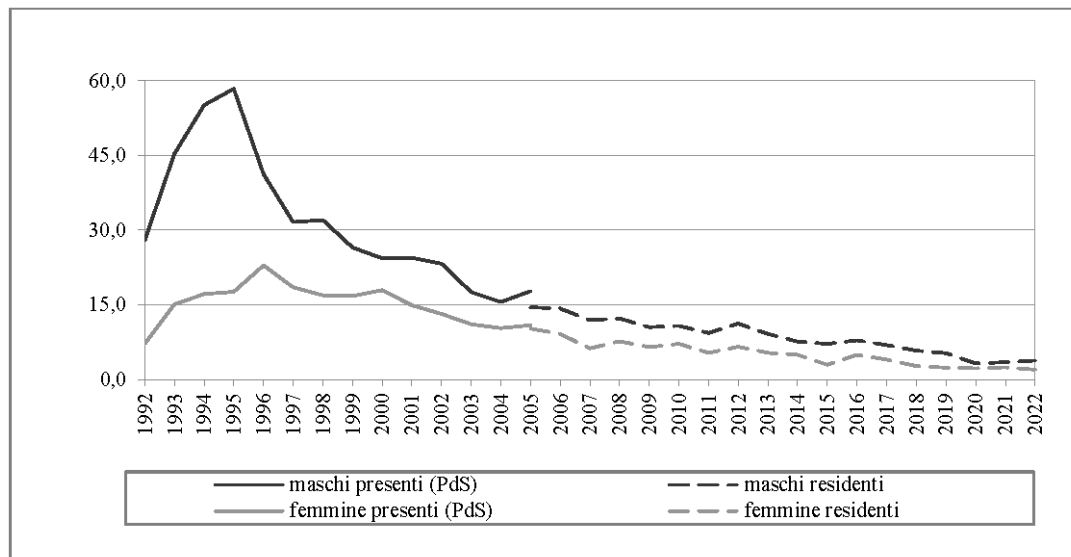


Grafico 1 - Casi (valori assoluti) di AIDS tra i cittadini stranieri di età 18 anni ed oltre presenti in Italia per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2022



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2023.

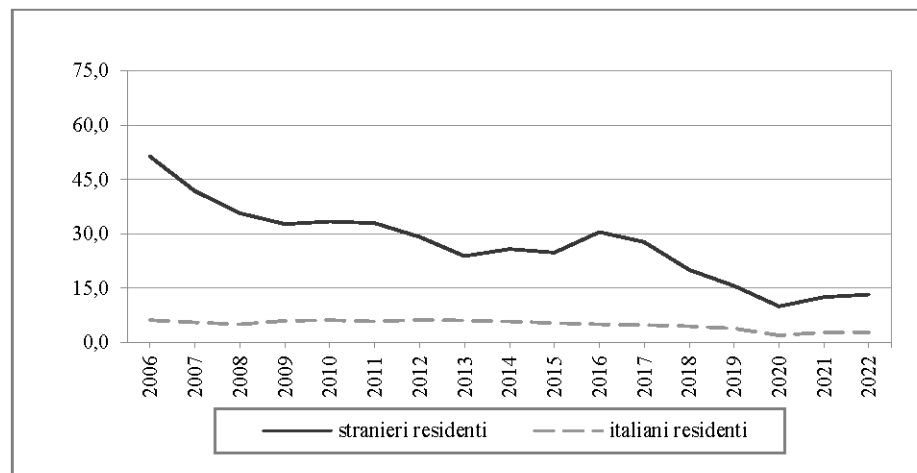
Grafico 2 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza annuale di AIDS tra i cittadini stranieri di età 18 anni ed oltre presenti e residenti in Italia per genere e anno di diagnosi - Anni 1992-2022



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2023.

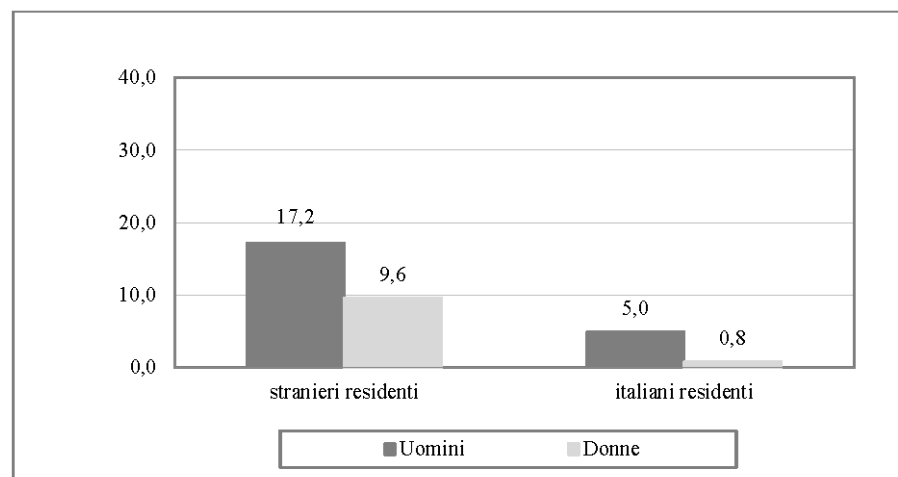


Grafico 3 - Tasso (valore per 100.000) di incidenza annuale di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti e i cittadini italiani di età 18 anni ed oltre per anno di diagnosi - Anni 2006-2022



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2023.

Grafico 4 - Tasso (valori per 100.000) di incidenza annuale di infezione da HIV tra i cittadini stranieri residenti e i cittadini italiani di età 18 anni ed oltre per genere - Anno 2022



Fonte dei dati: ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia viene riportato in letteratura quale esempio emblematico di come il diritto di accesso alle cure, riconosciuto agli immigrati indipendentemente dallo status giuridico e dalle disponibilità economiche, possa migliorare sensibilmente le condizioni di salute, fino a invertire i trend epidemiologici nazionali (5). La progressiva attenuazione dell'occorrenza della malattia tra gli stranieri, successiva al 1995, dopo un primo vertiginoso aumento registrato nel quadriennio precedente, appare riconducibile alla concomitanza di due fattori: l'innovazione terapeutica con l'arrivo di trattamenti farmacologici altamente efficaci e la possibilità per gli immigrati di usufruire di tali trattamenti, grazie a una normativa che, proprio a partire dal

1995 (anno di emanazione del DL n.489/1995, cosiddetto "Decreto Dini") e successivamente con la Legge n. 40 del 6 marzo 1998 (Legge Turco-Napolitano), ha permesso anche agli immigrati non regolarmente presenti di accedere alle cure essenziali, con particolare riguardo alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive.

Tutto ciò porta a riaffermare la centralità del tema dell'accesso in seno alle strategie di promozione e tutela della salute collettiva.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la riduzione dei tassi di incidenza registrata nell'arco di 10 anni si deve, probabilmente, alle campagne di informazione sui comportamenti a rischio e all'adozione di misure di prevenzione individuale, oltre che al trattamento delle persone con HIV con riduzione della carica vira-



le e, conseguentemente, della probabilità di contagio. Nell'Edizione del Rapporto di Osservasalute 2019 avevamo, però, segnalato una lieve ripresa nei livelli di incidenza dell'HIV tra gli stranieri (ma non tra gli italiani) nel 2016, rispetto agli anni precedenti. Tale incremento si è in parte ridimensionato: nel 2017, il tasso è diminuito rispetto all'anno precedente, pur rimanendo più elevato in confronto al 2015. Tale fenomeno è, molto probabilmente, attribuibile a un maggior livello di attenzione per le malattie infettive tra stranieri negli ultimi anni, anche in conseguenza del fenomeno degli sbarchi: questo potrebbe aver determinato un maggiore ricorso allo screening per l'HIV, ad esempio nei Centri di accoglienza per richiedenti protezione internazionale. Si tratterebbe, dunque, di lievi aumenti dovuti a un'efficace e tempestiva azione di emersione del bisogno più che a una ripresa dell'infezione tra gli stranieri.

A tal proposito, si richiama quanto raccomandato dalle Linee Guida italiane sui controlli sanitari per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza, adottate in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni nel maggio 2018: offrire il test HIV a tutti i soggetti di età ≥ 16 anni dei Paesi a elevata endemia (ossia con prevalenza stimata di HIV $> 1\%$), alle donne in gravidanza e durante l'allattamento, e a quanti, nell'ambito del counselling, riferiscano di essere stati esposti a fattori di rischio (pregresse trasfusione di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali) o presentino concomitante Infezione Sessualmente Trasmessa (IST) o infezione tubercolare; il test HIV viene, altresì, offerto ai soggetti di età < 16 anni, in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, storia di abusi/violenze sessuali) e/o di coinfezioni quali altra IST o infezione tubercolare (6). Le suddette Linee Guida non prevedono di effettuare screening di massa sui migranti all'arrivo, ma più propriamente di garantire, in fase di seconda accoglienza, la ricerca attiva dell'infezione HIV a tutti coloro che, nell'ambito della presa in carico sanitaria da parte del proprio medico curante, soddisfino specifici criteri epidemiologici e/o di esposizione a fattori di rischio.

È, inoltre, opportuno sottolineare che le strutture sanitarie del territorio offrono il test HIV gratuito e anonimo a tutti coloro che lo richiedono, compresi gli stranieri non in regola con le norme relative al soggiorno, cercando di agevolare l'accesso al test, ove possibile, con orari di apertura adeguati e la presenza di mediatori culturali. Il test dell'HIV in gravidanza,

inoltre, ha consentito negli ultimi anni di scoprire una quota di donne straniere HIV positive, tra quelle a cui era stato prescritto come accertamento di routine. Infine, la gratuità dell'assistenza e delle terapie antivirali per tutte le persone HIV positive presenti nel nostro Paese (inclusi gli stranieri non regolarmente presenti) costituisce uno strumento prezioso per curare efficacemente queste persone e ridurre la diffusione dell'epidemia.

Il numero delle nuove diagnosi HIV e dei casi di AIDS, a partire dal 2020, può essere sottostimato a causa delle ripercussioni dell'epidemia di COVID-19. La diminuzione dei casi osservata in questi anni potrebbe essere dipesa da più fattori come il ridotto numero di test effettuati (minore accesso spontaneo al test, minore offerta del test da parte dei servizi sanitari, minor numero di iniziative di screening), il maggior ritardo di notifica e, infine, la reale diminuzione dell'incidenza da HIV dovuta alle restrizioni governative per contrastare l'epidemia da COVID-19.

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

Riferimenti bibliografici

- (1) Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Inserimento nell'elenco delle malattie infettive e diffusive sottoposte a notifica obbligatoria, dell'AIDS (SIDA), della rosolia congenita, del tetano neonatale e delle forme di epatite distinte in base alla loro etiologia. Gazzetta Ufficiale n.288 del 12 dicembre 1986.
- (2) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Disponibile sul sito: www.demo.istat.it.
- (3) Decreto del Ministero della Salute 31 marzo 2008. Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV. Gazzetta Ufficiale n.175 del 28 luglio 2008.
- (4) Fondazione ISMU ETS. Ventottesimo Rapporto sulle migrazioni 2022. Milano: FrancoAngeli 2023.
- (5) Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortunio A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev* 2017; 41 (3-4) Suppl. 1: 57-63.
- (6) Baglio G, Tosti ME, Marceca M (coordinatori). I controlli alla frontiera / La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza - Linea guida. Roma: Eurolit s.r.l. giugno 2017 (ISBN 9788898544189).



Epatite virale acuta tra gli stranieri in Italia

Significato. Le epatiti virali sono tra le malattie del fegato più diffuse e costituiscono, tuttora, un rilevante problema di Sanità Pubblica a livello globale e locale. Si tratta di processi infiammatori a carico del fegato che possono essere dovuti a diversi agenti etiologici, tra questi i più comuni sono i cosiddetti virus epatici maggiori, ovvero i virus A (Hepatitis A Virus-HAV), B (Hepatitis B Virus-HBV), C (Hepatitis C Virus-HCV), Delta (Hepatitis D Virus-HDV) ed E (Hepatitis E Virus-HEV). Tuttavia, in circa il 10-20% dei casi l'agente responsabile dell'epatite resta ignoto. Le epatiti virali sono malattie globalmente diffuse e presentano una distribuzione a livello geografico diversa per virus, correlata principalmente alle condizioni igienico-sanitarie, economiche e ambientali. Nel corso degli ultimi 30 anni, la circolazione dei

virus epatici in Italia è progressivamente diminuita, a eccezione di periodiche epidemie, principalmente di epatite A, legate a peculiari fattori di rischio o in aree geografiche specifiche (1). Gli andamenti in decrescita e il concomitante aumento in Italia della popolazione dei Paesi ad alta/media endemia di epatite rendono l'attività di sorveglianza ancor più importante per l'identificazione di possibili aree di intervento e per favorire la prevenzione e l'assistenza sanitaria nell'interesse della Sanità Pubblica.

Per questa rilevazione, che riguarda l'incidenza delle epatiti virali acute nella popolazione straniera in Italia, l'indicatore utilizzato è il tasso annuale standardizzato di incidenza calcolato per le principali tipologie di epatite virale (A, B, C), relativamente agli anni 2004-2023.

Tasso di incidenza di Epatite virale tra i cittadini stranieri

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

Validità e limiti. Il numero di nuovi casi di epatite acuta in cittadini stranieri in Italia, per anno, sono quelli prodotti dal sistema di sorveglianza SEIEVA (2) (Sistema Epidemiologico Integrato dell'Epatite Virale Acuta), istituito nel 1985 presso l'ISS, a integrazione della sorveglianza obbligatoria gestita dal Ministero della Salute. A partire dal 2004, attraverso il SEIEVA vengono raccolte anche informazioni sulla cittadinanza del caso, che consentono di analizzare l'occorrenza di epatite virale acuta nella popolazione immigrata. Il tasso di incidenza è calcolato limitatamente alle 10 regioni che, durante l'intero periodo di osservazione, hanno partecipato alla sorveglianza SEIEVA con il totale delle ASL: Valle d'Aosta, Piemonte, Veneto, Liguria, Emilia-Romagna, Toscana, Marche, Umbria, Lazio e Puglia.

L'analisi è stata effettuata separatamente per gli stranieri provenienti dai Pfm e di quelli provenienti da Psa¹.

I tassi sono stati standardizzati per età, utilizzando come standard la popolazione italiana nelle regioni selezionate (relativa all'anno 2014).

La validità dello studio e la trasferibilità dei risultati sono garantite dal fatto che la sorveglianza SEIEVA è un sistema strutturato e consolidato che fornisce dati sui casi di epatite virale acuta in Italia da oltre 30 anni, senza modifiche sostanziali. Inoltre, nonostante l'adesione sia su base volontaria, la partecipazione al

SEIEVA è molto elevata e circa l'86% della popolazione nazionale risulta, a oggi, sotto sorveglianza. Ciò costituisce un importante punto di forza dello studio e permette di ottenere stime consistenti.

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

Valore di riferimento/Benchmark. Lo studio propone un confronto dei tassi di incidenza standardizzati di epatite virale acuta nella popolazione straniera in Italia con i tassi nella popolazione di nazionalità italiana, in base ai casi segnalati al SEIEVA. Come popolazione standard è stata utilizzata la popolazione italiana relativa all'anno 2014.

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



Descrizione dei risultati

Nel periodo compreso tra il 2004 e il 2023 sono stati notificati al SEIEVA 17.519 casi di epatite virale acuta: il 15,0% (2.623 casi) riguardava cittadini di nazionalità non italiana (Psa + Pfp). Questa percentuale è progressivamente aumentata negli anni, passando dall'11,0% nel 2004 al 19,5% nel 2012, con un andamento altalenante dal 2013 in poi. La percentuale di stranieri tra i casi varia per i diversi tipi di epatite: la più elevata si riscontra per l'epatite NonA-NonC/non nota (22,0%), mentre per le epatiti A, B e C le percentuali di cittadini stranieri sono, rispettivamente, 13,4%, 17,2% e 8,4%. Nel complesso, la maggior parte dei casi di epatite virale acuta osservati in stranieri ha riguardato cittadini dei Pfp (97%), mentre solo 80 casi sono stati diagnosticati in cittadini dei Psa; 59 di questi erano epatiti A. Per quanto riguarda l'area geografica di cittadinanza, la maggior parte delle diagnosi tra la popolazione straniera ha riguardato cittadini dell'Europa dell'Est (37,0%) e dell'Africa (32,5%), aree dalle quali è più forte la pressione migratoria verso l'Italia. Oltre il 50% dei casi di epatite B e C è stato riscontrato in persone dell'Europa orientale, dove si registra il livello endemico più alto in Europa e tra i più alti nel mondo, specialmente per quanto riguarda l'epatite B (3). La principale nazionalità dei casi di epatite A è stata l'Africa, mentre tra i casi NonA-NonC o con eziologia non nota per circa il 46% l'Asia.

Un'informazione interessante riguarda il periodo di permanenza in Italia, dato raccolto dalla sorveglianza SEIEVA a partire dal 2009. Degli 805 casi in stranieri per i quali è nota l'informazione, l'86% erano presenti in Italia da più di 1 anno, indice del fatto che l'infezione è stata contratta durante il periodo di residenza in Italia (permanenza mediana 7 anni).

In questo elaborato vengono presentati i dati separatamente per tipo di epatite. In particolare, si riporta il confronto dei tassi di incidenza standardizzati relativi ai cittadini italiani e quelli dei cittadini stranieri dei Pfp. Sono esclusi, invece, da questo confronto i casi riferiti a soggetti dei Psa, in quanto i tassi sono poco stabili a causa dell'esiguità del numero di casi osservati in questo gruppo di popolazione.

Epatite A

I casi di epatite A acuta notificati tra il 2004 e il 2023 sono stati 9.242, di questi il 13,4% (1.239) è insorto nella popolazione straniera. Quasi la metà di questi casi era di origine africana, in particolare 455 casi erano di origine marocchina. Cinquantanove casi sono stati diagnosticati in persone dei Psa e costituiscono circa il 74% del complesso dei casi di epatite virale acuta diagnosticati in questo gruppo (dati non presenti nei grafici).

Nel Grafico 1 si osserva il confronto tra tassi di incidenza nei cittadini italiani e negli stranieri dei Pfp

tra il 2004 e il 2023.

Nel 2013 e nel 2017 si sono verificati due episodi epidemici, in entrambi i casi l'innalzamento dei tassi d'incidenza ha riguardato principalmente la popolazione italiana; l'epidemia del 2013 è stata ricondotta al consumo di frutti di bosco (4), mentre nell'anno 2017 l'epidemia aveva riguardato maggiormente le comunità omosessuali maschili. A esclusione dei due episodi epidemici descritti, durante il periodo di osservazione i tassi registrati tra gli stranieri risultano costantemente più alti di quelli tra gli italiani.

Dopo l'ultimo picco epidemico, si è verificato un evidente calo dei casi notificati con il raggiungimento nel 2020 di tassi d'incidenza minori di quelli registrati nel periodo pre-epidemico sia nella popolazione italiana sia in quella straniera, anche grazie alle campagne vaccinali implementate a seguito dell'epidemia degli anni precedenti. La diminuzione dell'incidenza nel 2020 è verosimilmente riconducibile all'impatto della pandemia da SARS-CoV-2, le misure di contenimento in atto per il COVID-19 hanno ridotto anche la trasmissione di altre malattie infettive, allo stesso tempo la grande attenzione per la pandemia ha probabilmente determinato una riduzione delle diagnosi e delle notifiche di patologia. Dal 2021 al 2023 si registra un lieve incremento dell'incidenza sia nella popolazione italiana (0,49 per 100.000 nel 2023 vs 0,25 per 100.000 nel 2021) sia straniera (0,83 per 100.000 nel 2023 vs 0,56 per 100.000 nel 2021).

Epatite B

Per quanto riguarda l'epatite B acuta, sono stati notificati al SEIEVA 5.357 casi, di questi il 17,2% (919 casi) in cittadini stranieri. Il 52,0% degli stranieri aveva nazionalità dell'Europa dell'Est, in particolare 229 casi erano rumeni e 70 albanesi (60 casi del Marocco; 48 casi della Cina).

Confrontando le due curve dei tassi di incidenza si può notare come il divario di incidenza tra italiani e stranieri (dei Pfp) sia in riduzione nell'ultimo quinquennio (2019-2023) rispetto al periodo precedente (Grafico 2). Entrambe le curve mostrano un trend in calo e nel periodo 2019-2023 la differenza media di incidenza tra italiani e residenti dei Pfp era 0,29, in calo rispetto alla differenza media di 0,72 nel periodo 2014-2018. Nel 2023 italiani e stranieri presentavano un'incidenza di 0,27 e 0,64 per 100.000, rispettivamente.

Considerando il 2015 come baseline nei successivi 8 anni gli stranieri hanno evidenziato una riduzione complessiva del 48,7% nell'incidenza di infezione da HBV rispetto al 59,9% degli italiani. Questo è un dato importante da mantenere monitorato alla luce della Strategia Globale per il Settore Sanitario (*Global Health Sector Strategy-GHSS*) sull'epatite virale adottata dall'OMS nel 2016 (5); nel documento si richiama all'eliminazione dell'infezione da epatite

virale B e C come problema di salute pubblica, definendo come obiettivo la riduzione del 90% della loro incidenza (95% per HBV e 80% per HCV) entro il 2030, rispetto al valore di riferimento del 2015. Su questo indicatore l'Italia sta progredendo positivamente essendo passata da una riduzione rispetto al 2015 del 20% e 14% per italiani e stranieri nel biennio 2016-2017 a una riduzione del 60% e 56%, rispettivamente, nel biennio 2022-2023. Nel 2020, l'Italia è diventata il primo Paese in Europa a raggiungere alcuni degli obiettivi regionali dell'OMS in materia di epatite B (6).

La riduzione netta di incidenza tra gli immigrati Pfp dopo il 2008 può essere almeno parzialmente attribuibile al fatto che, nel 2007, la Romania e la Bulgaria sono entrate a far parte dell'UE. Questo ha portato un aumento del flusso migratorio da questi Paesi che ha coinvolto persone tendenzialmente giovani e con una copertura vaccinale più alta di quella dei flussi migratori degli anni precedenti. Un altro fattore contribuente la riduzione dell'incidenza negli anni successivi potrebbe essere stata l'adozione come Linee Guida Nazionali nel maggio 2018 delle raccomandazioni evidence-based sulla valutazione della salute dei migranti e dei richiedenti asilo al loro arrivo in Italia (7).

Questi fattori possono, quindi, aver contribuito a favorire l'andamento convergente delle due curve nel periodo osservato.

Epatite C

Nel periodo 2004-2023 sono stati notificati al SEIEVA 1.305 casi di epatite C acuta, di cui 110 (8,4%) relativi a stranieri. Il 60,0% dei casi in soggetti stranieri di nazionalità dell'Europa dell'Est, mentre il 21,8% (24 casi) dell'Africa: i Paesi più rappresentati sono stati la Romania (26 casi) e il Marocco (15 casi) (dati non presenti nei grafici).

La percentuale di stranieri tra i casi di epatite C acuta è in linea con la percentuale di stranieri residenti in Italia (8), indice del fatto che questi ultimi non sembrano maggiormente a rischio degli italiani di contrarre l'epatite C.

Come mostrato nel Grafico 3, le curve di incidenza di cittadini italiani e stranieri dei Pfp sono pressoché sovrapponibili nei periodi compresi tra il 2004 e il

2007 e tra il 2015 e il 2020. Dal 2008 al 2014 si è, invece, verificato un andamento altalenante dei tassi std relativi agli stranieri, questo è probabilmente dovuto al basso numero di casi di epatite C acuta registrati in questa popolazione che ha reso le stime dei tassi poco stabili; allo stesso modo può essere interpretato l'aumento di incidenza rilevato nel 2021. Alla luce di queste considerazioni si può affermare che non è emerso nel periodo considerato un rischio maggiore di contrarre epatite C per gli stranieri rispetto agli italiani.

Come nel caso delle altre epatiti si è evidenziato nel 2020 un calo dell'incidenza di epatite C (0,05 per 100.000 nella popolazione italiana e 0,12 per 100.000 in quella straniera) probabilmente dovuto alla pandemia da COVID-19. Successivamente, dal 2020 al 2022, si è registrato un lieve aumento di incidenza con un tasso std che ha raggiunto nella popolazione italiana nel 2022 livelli simili a quelli registrati tra il 2015-2016.

Epatiti NonA-NonC e di origine sconosciuta

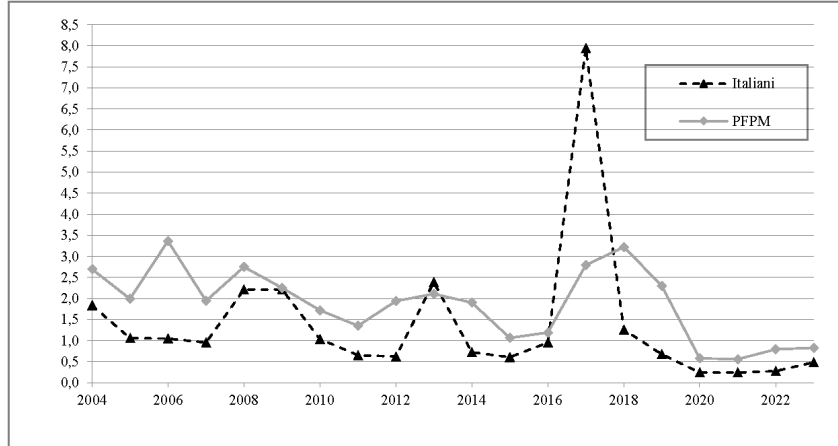
Dal 2004 al 2023, sono state notificate 355 epatiti acute negative ai test per la ricerca dei virus dell'epatite A, B e C (NonA-NonC) o di origine ignota, a carico di cittadini stranieri. Poiché si tratta di un gruppo disomogeneo, non sono stati calcolati i tassi std di incidenza.

I casi attribuibili al virus dell'epatite E (HEV) risultano un numero rilevante (pari al 25,5%) e per la quasi totalità i casi sono stati notificati in soggetti del Sud-Est asiatico (Bangladesh, India e Pakistan), ovvero la zona con la più alta endemia da HEV nel mondo. Considerato che ancora non tutti i centri clinici italiani eseguono indagini sierologiche specifiche per l'HEV, è verosimile una sottostima dei casi NonA-NonC attribuibili nella realtà a questo virus. La nazionalità di molti dei casi segnalati, avvalora questa ipotesi. In particolare, 21 casi di epatite NonA-NonC (non testati per HEV) e 26 casi a eziologia non nota erano di provenienza da Bangladesh, India e Pakistan.

Nel periodo considerato sono stati segnalati, inoltre, 21 casi di epatite acuta di tipo Delta in stranieri Pfp, 14 dei quali dell'Europa dell'Est (Romania, Moldavia e Albania).

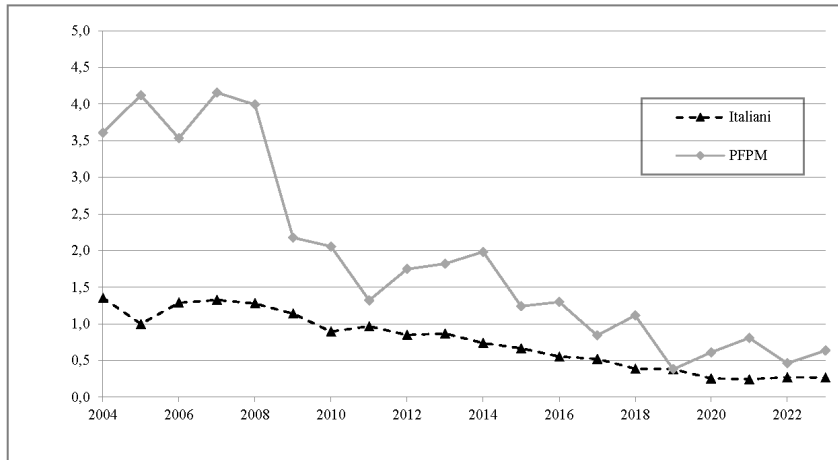


Grafico 1 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale A tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 2004-2023



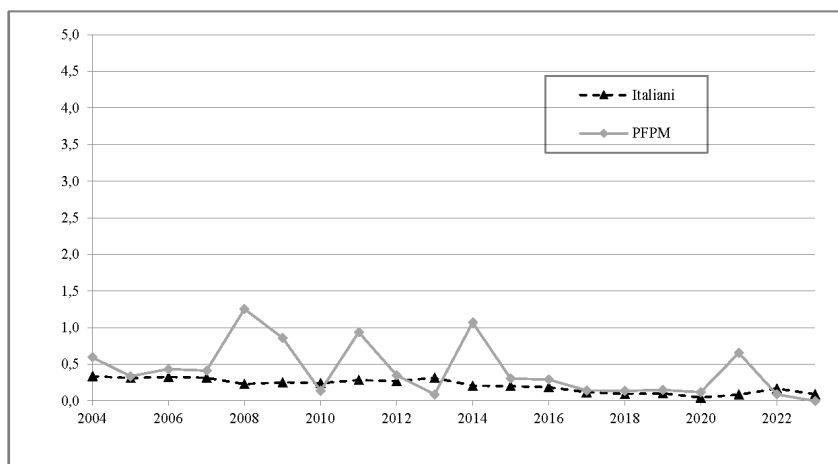
Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

Grafico 2 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale B tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 2004-2023



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.

Grafico 3 - Tasso (standardizzato per 100.000) di incidenza di epatite virale C tra gli italiani e i cittadini stranieri provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 2004-2023



Fonte dei dati: Elaborazioni su dati SEIEVA. Anno 2023.



Raccomandazioni di Osservasalute

In Italia, negli ultimi anni si è mantenuto costante il trend di incidenza in diminuzione per tutti i tipi di epatite e in entrambi i gruppi, sia italiani sia stranieri dei Pfp. Va osservato che se per le epatiti a trasmissione parenterale la diminuzione è stata costante, per quanto riguarda l'epatite A si osserva un andamento altalenante con diversi picchi epidemici sebbene dal 2018 non se ne siano più evidenziati, probabilmente anche come effetto indiretto della pandemia da COVID-19.

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

I dati provenienti dalla sorveglianza SEIEVA hanno evidenziato un eccesso di rischio di contrarre l'epatite B tra gli stranieri (in particolare quelli dei Pfp), anche se la distanza tra i tassi di incidenza sembra in diminuzione; non risultano, invece, differenze significative tra italiani e stranieri per quanto riguarda il rischio di epatiti A e C.

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

Nonostante il positivo calo dell'incidenza delle epatiti B e C in Italia nella popolazione migrante, è importante mantenere alta l'attenzione e continuare a lavorare per garantire l'accesso allo screening, alla vaccinazione e alle cure per questa popolazione a rischio. Una recente revisione sistematica ha evidenziato, infatti, come la prevalenza di epatite B tra la popolazione migrante risulti in aumento dello 0,9% nell'UE e nello Spazio Economico Europeo confrontando il periodo prima e dopo il 2017 (da 4,9; IC 95%: 1,9-8,4 a 5,8; IC 95%: 2,5-9,9) (9).

Promuovere, quindi, la corretta applicazione delle

linee Guida sui "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei Centri di accoglienza" (7) concorrerebbe a diminuire le nuove infezioni da virus B e C dell'epatite e ad avvicinare ulteriormente i tassi di incidenza nelle due popolazioni a confronto. In tale documento si raccomanda di offrire, nell'ambito della presa in carico sanitaria, il test di screening per l'infezione da HBV e HCV agli stranieri dei Paesi a prevalenza di HBV >2% e di HCV >3% e, indipendentemente dalla provenienza, a soggetti con fattori di rischio specifici. Si raccomanda, inoltre, la vaccinazione anti-epatite B per tutti coloro che risultano non immuni. Lo screening per HBV è raccomandato anche alle donne migranti in gravidanza. Infatti, la conoscenza dello stato di portatore dei virus B e C favorisce un'azione di prevenzione soprattutto grazie alla vaccinazione anti-epatite B nei contatti, visto che la quasi totalità dei nuovi casi osservati negli stranieri dei Pfp sono plausibilmente contratti in Italia, in base al tempo di residenza nel nostro Paese.

Riferimenti bibliografici

- (1) EpiCentro. Epatite virale Epidemiologia - dati SEIEVA. Disponibile sul sito: www.epicentro.iss.it/epatite/seieva.
- (2) Tosti ME, Longhi S, de Waure C, Mele A, Franco E, Ricciardi W, Filia A. Assessment of timeliness, representativeness and quality of data reported to Italy's national integrated surveillance system for acute viral hepatitis (SEIEVA). *Public Health* 2015; 129 (5): 561-8.
- (3) World Health Organization. Hepatitis B. Disponibile sul sito: www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b.
- (4) Severi E, Verhoef L, Thornton L, et al. Large and prolonged food-borne multistate hepatitis A outbreak in Europe associated with consumption of frozen berries, 2013 to 2014. *Eurosurveillance* 2015; 20 (29): 21192.
- (5) World Health Organization. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Towards ending viral hepatitis. No. WHO/HIV/2016.06. World Health Organization, 2016.
- (6) Stroffolini T, Stroffolini G. Vaccination Campaign against Hepatitis B Virus in Italy: A History of Successful Achievements. *Vaccines* (Basel). 2023 Sep 27;11(10):1531. doi: 10.3390/vaccines11101531. PMID: 37896935; PMCID: PMC10610604.
- (7) SNLG - Linee Guida Salute Migranti. I controlli alla frontiera La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Linea Guida n. 1, giugno 2017.
- (8) IDOS. Dossier Statistico Immigrazione 2022. 2022. Disponibile sul sito: <https://integrazioneimmigranti.gov.it/it-it/Ricerca-news/Dettaglio-news/id/2876/Dossier-Statistico-Immigrazione-2022-IDOS>.
- (9) Bivegese S, McNaughton AL, Trickey A, et al. Estimates of hepatitis B virus prevalence among general population and key risk groups in EU/EEA/UK countries: a systematic review. *Euro Surveill.* 2023; 28 (30): 2200738. doi: 10.2807/1560-7917.ES.2023.28.30.2200738.

Tubercolosi tra gli stranieri in Italia

Significato. Le fonti dei dati per il monitoraggio dell'andamento dei casi di Tubercolosi (TBC) in Italia sono due: il sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute (DM 15 dicembre 1990 e DM 29 luglio 1998) e il sistema informativo PREMAL, inserito nell'ambito del NSIS, che rappresenta il flusso informativo ufficiale attuale per la sorveglianza delle malattie infettive e per le attività di Sanità Pubblica dei diversi livelli del SSN, come da Decreto del Ministro della Salute del 7 marzo 2022. I

dati qui riportati, prodotti nell'ambito dell'attività del CCM sono stati estratti dal sistema nazionale di notifica dei casi di malattia infettiva con l'obiettivo di descrivere l'andamento temporale della TBC nel nostro Paese nel periodo 2009-2021(1)¹. La distribuzione dei casi è stata rappresentata per macroarea geografica. I dati di notifica nazionali sono annualmente segnalati al Sistema di sorveglianza europeo (TESSy) dell'ECDC) di Stoccolma (2).

Casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

$$\text{Numeratore} \quad \text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Casi di tubercolosi totali}}{\text{Casi di tubercolosi totali}} \times 100$$

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

$$\text{Numeratore} \quad \text{Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero} \\ \text{Denominatore} \quad \frac{\text{Popolazione residente straniera}}{\text{Popolazione residente straniera}} \times 100.000$$

Validità e limiti. Nel Sistema di Segnalazione delle Malattie Infettive (PREMAL) la cittadinanza è disponibile, così come il Paese di nascita. Tuttavia, non essendo ancora un sistema di notifica consolidato tale dato risulta solo parzialmente compilato, ragione per cui in questo rapporto la condizione di "straniero" si rileva dal "Paese di nascita"; 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'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 2006-2022.

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. Si ricorda, infine, che la segnalazione delle malattie infettive in Italia per gli anni 2020 e 2021 ha risentito dell'impatto della pandemia sulla sanità italiana, con conseguente sottodiagnosi e sottonotifica. Da rammentare anche l'impatto sui Servizi Igiene e Sanità Pubblica impegnati nella gestione del COVID-19.

¹Disponibile sul sito: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3387_allegato.pdf.

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

In Tabella 1 è riportato il numero di casi di TBC in Italia in persone nate all'estero nel periodo in esame: il numero assoluto e relativo di casi di TBC notificati è stato oscillante, mostrando un trend inverso per i nati in Italia rispetto ai nati all'estero. La percentuale di casi di TBC in stranieri ha superato quella registrata per le persone nate in Italia dal 2010. La percentuale del numero dei casi di TBC, relativa ai cittadini nati all'estero ha registrato valori più elevati, vicini al 60%, negli anni 2016-2018 e 2020-2021 (Grafico 1). Nel complesso, nel periodo considerato, la maggior

parte dei casi di TBC in persone nate all'estero è stata notificata in pazienti nati in Romania. I Paesi di origine con tasso di incidenza tubercolare ≥ 100 casi per 100.000 sono stati: Somalia, Gambia, Guinea, Costa d'Avorio, Senegal, Nigeria, e Pakistan.

Nel periodo 2006-2022 il tasso di notifica nei nati in Italia è diminuito, passando da 4,26 casi per 100.000 nel 2006a un minimo di 1,75 casi per 100.000 nel 2020. Complessivamente, il tasso di notifica di malattia tubercolare nel 2022 è risultato pari a 4,13 casi per 100.000 residenti. Si evidenziano, negli anni 2020 e 2021, i valori più bassi di tasso di notifica registrati tra gli italiani (1,75 e 1,93 per 100.000 residenti, rispettivamente nel 2020 e nel 2021) (Tabella 2).

Da evidenziare l'evidente incremento, nel corso del periodo considerato, degli stranieri residenti (da 2.938.922 nel 2006 fino a 5.141.341 nel 2022), a fronte di una sostanziale e costante riduzione del tasso di incidenza negli stranieri (da 71,73 nel 2006 fino a 25,60 per 100.000 nel 2022).

Tabella 1 - Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2022

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Piemonte	207	152	203	239	237	242	222	225	184	184	227	210	202	154	181	225	226
Valle d'Aosta	1	3	1	0	0	0	0	4	1	2	2	1	1	0	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	585	589	723	619	695	640	530	n.d.	n.d.	n.d.	667	443	497	437	416	591	423
Bolzano	9	15	24	20	36	21	17	31	32	28	16	25	25	14	6	2	4
Trento	7	18	10	23	20	16	12	13	21	12	8	16	17	16	10	8	3
Veneto	267	n.i.	n.i.	n.i.	227	238	229	184	223	237	210	198	196	155	128	15	43
Friuli Venezia Giulia	13	29	27	39	35	40	38	29	33	42	48	75	61	26	26	42	49
Liguria	37	61	47	62	58	67	58	60	64	54	48	50	70	35	20	18	20
Emilia-Romagna	264	268	253	283	321	286	336	289	292	256	280	288	278	259	333	322	291
Toscana	171	170	182	196	225	192	181	170	177	175	186	171	164	113	25	33	42
Umbria	23	31	12	n.d.	11	26	10	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.	n.i.	n.i.	n.i.	n.d.	n.d.	n.d.
Marche	40	43	59	42	65	21	27	39	58	57	25	63	65	28	3	9	7
Lazio	332	396	345	335	375	422	393	382	389	368	378	381	388	321	25	48	168
Abruzzo	8	11	n.d.	0	1	0	19	19	13	8	16	14	13	22	4	9	4
Molise	3	0	2	1	2	0	0	0	3	2	3	7	7	3	n.d.	n.d.	n.d.
Campania	68	83	72	46	126	68	64	96	100	123	78	83	84	75	5	12	11
Puglia	25	36	34	47	43	64	58	35	34	28	62	68	62	26	102	60	n.d.
Basilicata	1	6	1	n.d.	3	2	3	12	6	4	4	2	2	4	1	n.d.	n.d.
Calabria	15	9	18	30	34	21	11	25	27	46	22	20	21	13	17	1	1
Sicilia	30	64	11	63	53	70	102	127	157	167	95	165	166	90	36	40	22
Sardegna	2	6	3	8	8	8	nd	0	2	1	44	9	10	6	1	2	2
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	1.339	1.437	1.316

n.d. = non disponibile.

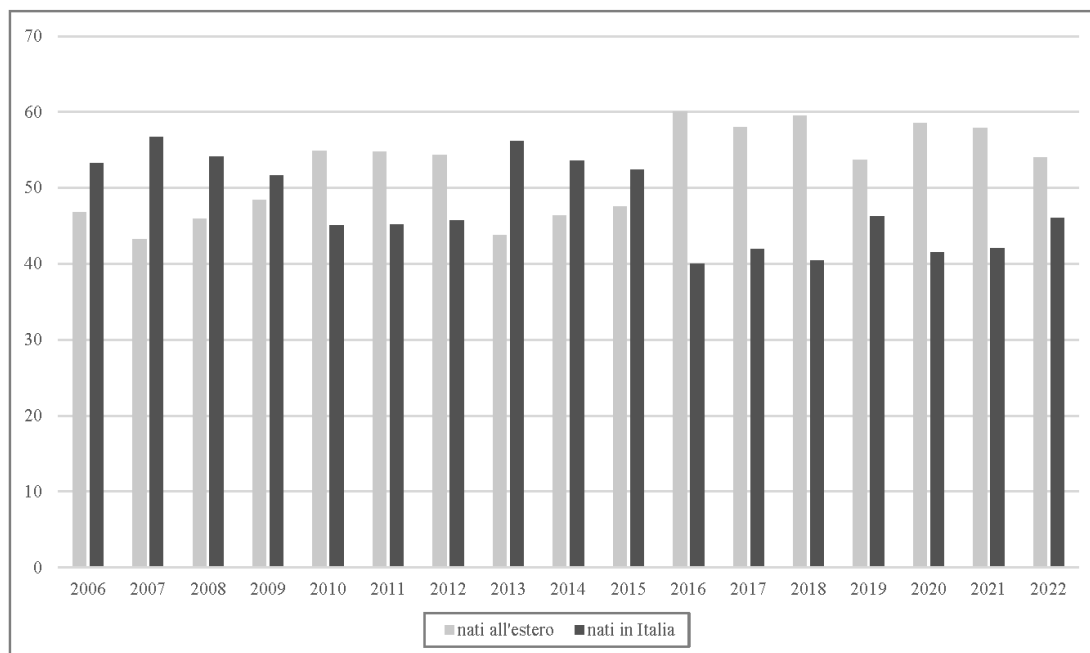
n.i. = non indicato.

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2023.

Tabella 2 - Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2022

Anni	Popolazione residente totale	Stranieri residenti	Italiani residenti	TBC casi totali	TBC nati	TBC nati in Italia	Incidenza totale	Incidenza stranieri	Incidenza italiani
2006	59.131.287	2.938.922	56.192.365	4.503	2.108	2.395	7,62	71,73	4,26
2007	59.619.290	3.432.651	56.186.639	4.525	1.960	2.565	7,59	57,10	4,57
2008	60.045.068	3.891.295	56.153.773	4.418	2.027	2.391	7,36	52,09	4,26
2009	60.340.328	4.235.059	56.105.269	4.244	2.053	2.191	7,03	48,48	3,91
2010	60.626.442	4.570.317	56.056.125	4.692	2.575	2.117	7,74	56,34	3,78
2011	59.433.744	4.029.145	55.404.599	4.461	2.444	2.017	7,51	60,66	3,64
2012	59.685.227	4.387.721	55.297.506	4.252	2.310	1.942	7,12	52,65	3,51
2013	60.782.668	4.922.085	55.860.583	3.973	1.740	2.233	6,54	35,35	4,00
2014	60.795.612	5.014.437	55.781.175	3.916	1.816	2.100	6,44	36,22	3,76
2015	60.665.551	5.540.000	55.125.551	3.769	1.794	1.975	6,21	32,38	3,58
2016	60.589.445	5.047.028	55.542.417	4.032	2.419	1.613	6,65	47,93	2,90
2017	60.483.973	5.144.440	55.339.533	3.944	2.289	1.655	6,52	44,49	2,99
2018	60.359.546	5.255.503	55.104.043	3.912	2.329	1.583	6,48	44,32	2,87
2019	60.244.639	5.306.548	54.938.091	3.346	1.797	1.549	5,55	33,86	2,82
2020	59.236.213	5.171.894	54.064.319	2.287	1.339	948	3,86	25,89	1,75
2021	58.983.122	5.030.716	53.952.406	2.480	1.437	1.043	4,20	28,56	1,93
2022	58.997.201	5.141.341	53.855.860	2.439	1.316	1.123	4,13	25,60	2,09

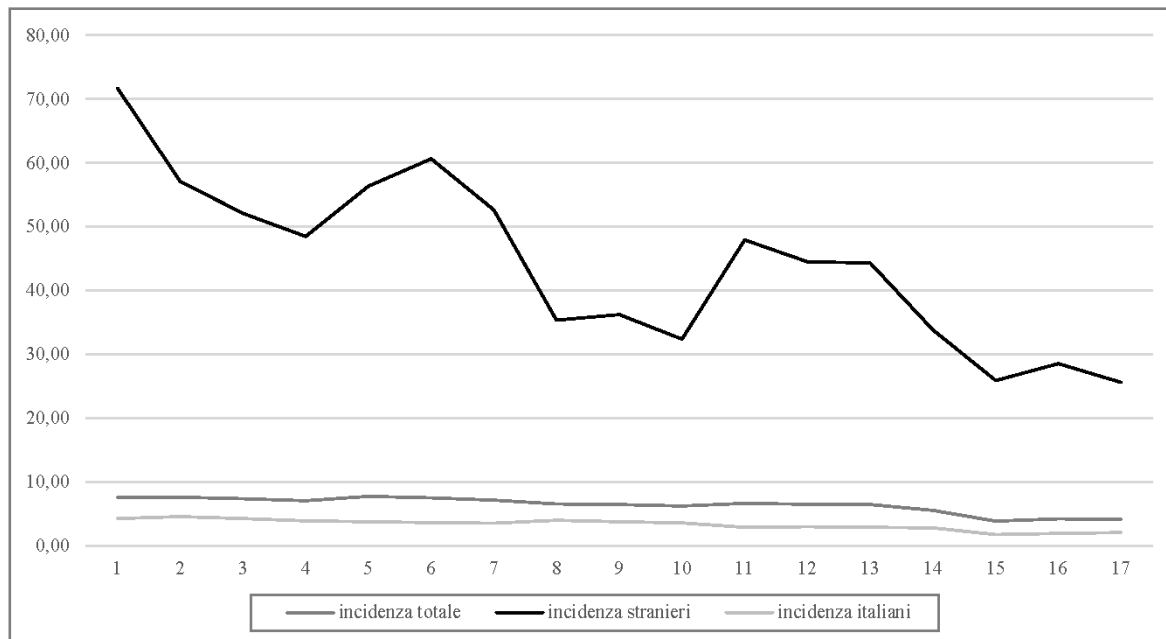
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Istat. Popolazione residente. Anno 2023.

Grafico 1 - Casi (valori per 100) di tubercolosi tra gli italiani e le persone nate all'estero - Anni 2006-2022

Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2023.



Grafico 2 - Tasso di notifica (per 100.000 residenti) dei casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero e nella popolazione totale - Anni 2006-2022



Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio 05 - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2023.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nel corso degli anni il Ministero della Salute ha predisposto diversi documenti e Linee Guida, condivisi con le regioni e le PA, al fine di garantire il controllo della 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 PNP 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'OMS e dall'ECDC di Stoccolma per i Paesi a bassa incidenza di TBC. Per quanto il nostro sia un Paese a bassa endemia per TBC e 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 ivi compresa una attenzione alle condizioni di vita di questa specifica popolazione in Italia. Dal 2010, il Ministero della Salute ha pubblicato, d'intesa con le Autorità Sanitarie Regionali e con le PA, alcune raccomandazioni per l'attività di controllo della malattia tubercolare nella popolazione immigrata; esse sono

volte a implementare diagnosi e sorveglianza, 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 e 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, le Linee 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 TBC tra gli immigrati in Italia.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. 2023. I casi di Tubercolosi in Italia - Periodo 2009-2021. Disponibile sul sito:

www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3387_allegato.pdf.

(2) Sistema di sorveglianza europeo (TESSy) dell'ECDC di Stoccolma. Disponibile sul sito:

<http://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>.





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. Al fine di raggiungere un livello di comparabilità adeguato a fronte di un universo di riferimento così forte-

mente differenziato, tutti i tassi prodotti sono stati standardizzati con il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella Popolazione mondiale totale del 1976 (1), e sono stati calcolati sia considerando tutte le età oltre il primo 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 std anche per genere, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di morte (2).

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'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 disponibile in modo continuativo il complesso della popolazione presente, le elaborazioni dei tassi di mortalità sono state circoscritte al sottogruppo dei residenti, per i quali sono disponibili i denominatori di riferimento con periodicità annuale. A partire dalle analisi dei dati riferiti all'anno 2008, per i denominatori è stata utilizzata la stima della popolazione straniera media residente, dettagliata per singolo anno di età, genere e Paese di cittadinanza, predisposta *ad hoc* da un gruppo di lavoro di esperti.

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.

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 1992-2021, l'ammontare

complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia è pari a oltre 100.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua¹ del +8,1% per i residenti, del +1,8% per i non residenti, del +6,0% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi per i decessi degli stranieri dei Pfp: +10,9% tra i residenti, +4,5% tra i non residenti, +8,9% per il totale (Tabella 1). Nel 2021 si sono verificati 10.682 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 8.876 residenti (circa l'83% del totale) e 1.806 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei Pfp rappresenta quasi l'87%, pari a 9.249 decessi, di cui 7.850 residenti e 1.399 non residenti. Tra i decessi, la proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto ai residenti per tutto il decennio 1992-2002, con un'inversione a partire dal 2003. Da qui, la quota dei decessi degli stranieri residenti comincia a registrare un aumento costante, seppur con una lieve battuta di arresto nel 2013, fino al 2021 quando raggiunge nel complesso l'83%, che sale a quasi l'85% per i Pfp. In generale, tale cambiamento si spiega con l'allargamento dell'UE e l'entrata di 10 nuovi Paesi nel 2004, di Romania e di Bulgaria nel 2007, della Croazia nel 2013. Il Regno Unito è uscito ufficialmente dall'UE a partire dal 31 gennaio 2020, proprio alle soglie dell'inizio della diffusione del COVID-19. Gli anni 2020 e 2021 rappresentano, infatti, il periodo in cui la pandemia ha raggiunto la sua fase più acuta e sono caratterizzati da un aumento consistente dei decessi, in particolare per gli stranieri residenti in Italia, rispetto al 2019. La variazione percentuale è stata pari al +27,6%, tra il 2020 e il 2019 e al +34,8%, tra il 2021 e il 2019. Tali percentuali salgono, rispettivamente, a +30,5% e a +38,6%, per i deceduti residenti dei Pfp. Per i decessi

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





dei non residenti, invece, si assiste a una tendenza inversa, ossia a una diminuzione del loro numero rispetto al 2019, di circa il 20% nel 2020 e 2021. Con riferimento ai soli Pfp, le variazioni percentuali ammontano, invece, a -3,8% (2020 vs 2019) e -7,7% (2021 vs 2019). Tale situazione è sicuramente legata a un eccesso di mortalità rilevato anche tra i residenti italiani e stranieri negli anni della pandemia, poiché le politiche di contenimento della malattia e di confinamento, attuate a livello nazionale nel 2020 e 2021, hanno limitato fortemente gli spostamenti dal nostro Paese. Gli stranieri non residenti diminuiscono in termini di numero di decessi, ma durante gli anni della fase acuta della pandemia si sono ridotte anche le possibilità di spostarsi liberamente dai Paesi di origine. Escludendo la situazione peculiare degli anni 2020 e 2021, a ogni modo, l'allargamento dell'UE, nei primi anni 2000 e fino al 2013, ha favorito e incrementato i flussi migratori verso l'Italia, dando anche origine a un effetto moltiplicatore, attraverso un passaggio 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 dei 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 (3).

Esaminando i tassi std di mortalità degli stranieri per regione di residenza, anche per gli anni 2019, 2020 e 2021 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, nella presente Edizione del Rapporto Osservasalute si ripropone il tasso std di mortalità medio per il triennio 2019-2021, per genere: il dato per l'Italia è pari, nel complesso, a 18,3 per 10.000 residenti, 24,4 per 10.000 per gli uomini e 14,4 per 10.000 per le donne. La Valle d'Aosta e il Molise sono state scorporate dalla fusione, rispettivamente con il Piemonte e con l'Abruzzo, presentata in alcune Edizioni precedenti. I valori più alti si registrano in particolare per Sicilia, Friuli Venezia Giulia, Molise, Puglia, Basilicata e PA di Trento, e variano (in ordine decrescente per il totale dei due generi) tra 20,7 e 19,6 per 10.000 residenti. I tassi più bassi 2019-2021 si rilevano in Valle d'Aosta, Umbria, Sardegna, Emilia-Romagna, Toscana e Marche (compresi, in ordine crescente, tra 14,6 e 17,3 per 10.000) (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, con le morti sul lavoro, ancora

oggi elemento che connota negativamente i cittadini stranieri, soprattutto gli uomini, che rappresentano il 54,6% del totale dei decessi nel periodo 2019-2021 e il 13% circa dei decessi attribuibile a Cause violente. Per poter condurre analisi più robuste, stabili e con una copertura affidabile, utilizzando un maggior dettaglio delle variabili per la costruzione dei tassi di mortalità standardizzati (genere, aree di cittadinanza e cause di morte), la popolazione di interesse è stata circoscritta agli stranieri residenti in età 18-64 anni (3, 4). Sono stati, inoltre, calcolati anche i tassi std di mortalità per gli italiani e i Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza come rapporto tra tassi specifici, prendendo come riferimento quelli degli italiani. Il confronto tra gli anni del quinquennio 2017-2021 mette in luce il netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza ma più contenuto per i Psa, e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati (Tabella 3). Gli uomini dei Pfp sono nel complesso caratterizzati da una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità, il valore più basso nel 2017 pari a 15,8 per 10.000, quello più alto nel 2021 (18,8 per 10.000; variazione percentuale media annua 2017/2021 pari a +4,4%). Separando il gruppo dei Paesi di più recente adesione all'UE (Pfp1) dagli altri Pfp, si riscontra un aumento complessivo (+7,2%), dovuto soprattutto all'aumento nel 2021 (+23,6 per 10.000). Gli uomini con nazionalità dei Psa presentano un andamento non costante del valore dei tassi, dovuto al numero di decessi particolarmente esiguo in questa area di cittadinanza, la cui popolazione risulta nel complesso più protetta per le migliori condizioni sociali ed economiche sperimentate in Italia e nei Paesi di origine. Il tasso di mortalità degli uomini dei Psa residenti in Italia passa da 11,5 per 10.000 tra il 2017 e il 2019, a 13,2 per 10.000 nel 2020, riducendosi a 9,8 per 10.000 nel 2021. I tassi di mortalità degli uomini italiani rimangono stabili, pari a circa 18 decessi per 10.000 abitanti tra il 2017 e il 2019, e aumentano nel 2020 e 2021 (19,3 e 19,5) (+1,6% la variazione percentuale media annua nel periodo 2017-2021). Per quanto riguarda le donne, nel quinquennio considerato i tassi registrano variazioni percentuali positive per i Pfp (+5,6%), più contenute per il sottogruppo dei Pfp1 (+4,1%), e negative per i Psa (-3,0%). I tassi di mortalità delle donne italiane sono pressoché stabili (+0,5%). Dal confronto con gli italiani, attraverso RR calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge come i tassi di mortalità dei cittadini stranieri, sia per gli uomini sia per le donne, siano quasi sempre al di sotto dell'unità, confermando un vantaggio consolidato, fatta eccezione per gli uomini di nazionalità dei Pfp1 che nel 2014 arrivano a 1,1 attestandosi poi, negli anni successivi, su livelli di prossimità.

Con riferimento agli anni 2019, 2020 e 2021 sono sta-





ti presi in esame i consueti grandi gruppi di malattie ai quali è stato aggiunto, a partire dal 2020, il gruppo COVID-19, definito seguendo le raccomandazioni dell'OMS per le statistiche sulle cause di morte in Italia prodotte dall'Istat². Per gli stranieri di tutte le aree di cittadinanza i Tumori seguiti dalle Malattie del sistema circolatorio, per le Cause naturali, e le Cause violente rappresentano le cause principali di morte, sia per gli uomini sia per le donne di età 18-64 anni (Tabella 4). Per i Psa si registra, a differenza delle altre cause di morte, uno svantaggio delle donne nei tassi di mortalità per Tumore nel 2019 e 2021, con livelli e differenze più elevati nel 2021, anno in cui la pandemia ha registrato una fase molto acuta (nel 2019, 3,1 e 3,2 per 10.000, rispettivamente, per uomini e donne; nel 2021, 3,6 e 4,3 per 10.000). Nel 2020, seppure i tassi di mortalità per tumore siano più elevati rispetto all'anno precedente, i valori sono più alti per gli uomini (5,1 vs 4,5 per 10.000 per le donne). Ciò non si riscontra per le altre nazionalità, anche se i tassi di mortalità per Tumore registrano valori molto elevati, in particolare per gli uomini dei Pfp_m e Pfp_{m1}. In generale, i cittadini dei Pfp_m si caratterizzano per tassi di mortalità più elevati rispetto ai Psa. Per i Pfp_m e i Pfp_{m1}, 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 particolarmente a rischio rispetto a queste cause di morte. Nel 2021 ciò si traduce in un RR pari a 1,5 per entrambi i generi. Le donne e gli uomini dei Pfp_m, inoltre, registrano spesso una mortalità più elevata per Cause esterne (accidentali e violente) rispetto agli italiani, i livelli del RR sono pari a 1,1 per entrambi i generi per il 2021, e a 1,5 e 1,3, rispettivamente, per

uomini e donne per i Pfp_{m1}. Dal sottoinsieme dei Pfp_{m1} rispetto ai Pfp_m si evince, inoltre, una generale maggiore fragilità degli uomini, con tassi di mortalità per Tumore particolarmente elevati (nel 2019, 6,7 per 10.000; il valore è pari a 4,2 per 10.000 per le donne; nel 2020, 6,6 e 4,1 per 10.000; nel 2021, 6,4 e 4,3 per 10.000). 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.

Per quanto riguarda i casi di decesso attribuibili al COVID-19, si registrano tassi decisamente più elevati per gli uomini dei Pfp_m e Pfp_{m1}, rispetto ai Psa, ma con alcune differenziazioni tra i livelli registrati nel 2020 e 2021. Nel 2020 tra gli uomini dei Pfp_m nel complesso si osserva un tasso pari a 2,1 per 10.000 e a 0,8 per 10.000 per i Pfp_{m1}. Nel 2021, la situazione è ribaltata, con livelli pari, rispettivamente, a 2,2 e 2,5 per 10.000. Per le donne i livelli del tasso sono più contenuti: per Pfp_m e Pfp_{m1} 0,7 e 0,3 per 10.000 nel 2020 e 0,8 e 0,6 per 10.000 nel 2021 (Tabella 4).

Gli italiani registrano tassi di mortalità per COVID-19 pressoché analoghi per il 2020 e il 2021, pari a 1,7 per 10.000 per gli uomini e 0,6 per 10.000 per le donne nel 2020 e 1,7 e 0,7 per 10.000, rispettivamente, nel 2021. Infine, il ruolo del gruppo residuale delle "Altre malattie" è molto rilevante per gli italiani: nel 2020 e 2021, per le donne rappresenta addirittura la seconda causa di morte (1,9 per 10.000), superando le Malattie del sistema circolatorio (1,2 per 10.000). Per gli uomini, invece, con valori pari a 3,5, 4,1 e 4,3 per 10.000, rispettivamente, nel 2019, 2020 e 2021, questo tasso di mortalità si colloca al terzo posto, subito dopo le Malattie cardiovascolari e con valori più elevati rispetto alle Cause esterne.

²A partire dai dati del 2020 l'Istat ha adottato la versione ICD10 del 2019. Uno dei principali cambiamenti consiste nell'introduzione dei codici per il COVID-19 (U07.1, U07.2, U09.9, U10.9). Cfr. Disponibile sul sito: www.istat.it/it/files/2023/05/Report_Cause-di-morte-2020.pdf.





SALUTE DELLA POPOLAZIONE STRANIERA

409

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, 2014-2021*

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	Totale	Residenti	Non residenti	Residenti	Non residenti	Totale	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	
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	
2019	6.583	2.227	8.810	74,72	25,28	5.663	1.515	7.178	78,89	21,11	
2020	8.397	1.790	10.187	82,43	17,57	7.393	1.458	8.851	83,53	16,47	
2021	8.876	1.806	10.682	83,09	16,91	7.850	1.399	9.249	84,87	15,13	

*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 Pfm 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'UE, 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 nuova adesione 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 2024.

Tabella 2 - Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 10.000, Media 2019-2021) di mortalità oltre il primo anno di vita degli stranieri residenti in Italia per genere, regione e macroarea - Anni 2019-2021*

Regioni/Macroaree	Decessi di stranieri residenti (2019)			Decessi di stranieri residenti (2020)			Decessi di stranieri residenti (2021)			Tassi std di mortalità (media 2019-2021)		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale
Piemonte	316	246	562	422	340	762	384	359	743	26,1	14,8	19,2
Valle d'Aosta	4	6	10	7	5	12	8	6	14	20,3	10,5	14,6
Lombardia	698	551	1.249	1.024	807	1.831	888	798	1.686	24,1	14,1	18,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>32</i>	<i>34</i>	<i>66</i>	<i>63</i>	<i>44</i>	<i>107</i>	<i>54</i>	<i>51</i>	<i>105</i>	<i>22,8</i>	<i>14,7</i>	<i>18,1</i>
<i>Trento</i>	<i>37</i>	<i>31</i>	<i>68</i>	<i>53</i>	<i>39</i>	<i>92</i>	<i>46</i>	<i>40</i>	<i>86</i>	<i>28,9</i>	<i>14,4</i>	<i>19,6</i>
Veneto	346	262	608	368	344	712	402	363	765	23,6	14,3	17,8
Friuli Venezia Giulia	86	74	160	127	98	225	130	116	246	27,8	15,6	20,5
Liguria	117	107	224	140	120	260	142	137	279	23,1	15,5	18,5
Emilia-Romagna	354	296	650	447	385	832	469	387	856	23,7	12,6	16,6
Toscana	279	259	538	337	301	638	408	346	754	21,6	13,6	16,7
Umbria	63	58	121	82	76	158	99	93	192	21,3	12,7	15,7
Marche	88	101	189	124	121	245	130	124	254	22,8	14,2	17,3
Lazio	446	395	841	607	464	1071	742	569	1311	25,4	14,2	18,6
Abruzzo	61	71	132	80	86	166	81	89	170	23,6	16,3	19,1
Molise	9	12	21	10	10	20	15	9	24	24,9	17,1	20,5
Campania	186	132	318	190	177	367	241	187	428	24,0	14,3	18,0
Puglia	83	74	157	120	114	234	152	114	266	24,1	17,4	20,2
Basilicata	22	13	35	13	12	25	13	14	27	26,9	16,2	19,9
Calabria	58	59	117	77	73	150	106	80	186	22,1	16,7	19,0
Sicilia	161	103	264	182	120	302	206	131	337	25,6	16,2	20,7
Sardegna	44	31	75	34	37	71	37	53	90	17,0	14,9	15,9
Regione non indicata	133	45	178	93	24	117	44	13	57	-	-	-
<i>Nord-Ovest</i>	<i>1.135</i>	<i>910</i>	<i>2.045</i>	<i>1.593</i>	<i>1.272</i>	<i>2.865</i>	<i>1.422</i>	<i>1.300</i>	<i>2.722</i>	<i>18,6</i>	<i>9,7</i>	<i>13,2</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>855</i>	<i>697</i>	<i>1.552</i>	<i>1.058</i>	<i>910</i>	<i>1.968</i>	<i>1.101</i>	<i>957</i>	<i>2.058</i>	<i>18,6</i>	<i>9,0</i>	<i>12,6</i>
<i>Centro</i>	<i>876</i>	<i>813</i>	<i>1.689</i>	<i>1.150</i>	<i>962</i>	<i>2.112</i>	<i>1.379</i>	<i>1.132</i>	<i>2.511</i>	<i>18,5</i>	<i>9,3</i>	<i>12,9</i>
<i>Sud</i>	<i>419</i>	<i>361</i>	<i>780</i>	<i>490</i>	<i>472</i>	<i>962</i>	<i>608</i>	<i>493</i>	<i>1101</i>	<i>19,0</i>	<i>10,6</i>	<i>14,0</i>
<i>Isole</i>	<i>205</i>	<i>134</i>	<i>339</i>	<i>216</i>	<i>157</i>	<i>373</i>	<i>243</i>	<i>184</i>	<i>427</i>	<i>18,7</i>	<i>10,2</i>	<i>14,2</i>
Macroarea non indicata	133	45	178	93	24	117	44	13	57	-	-	-
Italia	3.623	2.960	6.583	4.600	3.797	8.397	4.797	4.079	8.876	24,4	14,4	18,3

*Nel caso di un numero di decessi troppo esiguo o di impossibilità di eseguire il calcolo del tasso std è stato utilizzato il segno convenzionale "-".

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 2023.





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 2017-2021

Aree di cittadinanza*	2017	2018	2019	2020	2021	2017	2018	2019	2020	2021
	Tassi std					Rischi Relativi				
Maschi										
Paesi a sviluppo avanzato	11,5	11,7	11,5	13,2	9,8	0,6	0,6	0,6	0,7	0,5
Paesi a forte pressione migratoria	15,8	14,9	16,1	18,6	18,8	0,9	0,8	0,9	1,0	1,0
<i>Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE</i>	<i>17,9</i>	<i>17,1</i>	<i>18,2</i>	<i>18,0</i>	<i>23,6</i>	<i>1,0</i>	<i>0,9</i>	<i>1,0</i>	<i>0,9</i>	<i>1,2</i>
Italia	18,3	18,1	18,3	19,3	19,5	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Femmine										
Paesi a sviluppo avanzato	8,7	6,7	7,2	7,7	7,7	0,8	0,7	0,7	0,7	0,7
Paesi a forte pressione migratoria	7,0	7,1	7,0	8,4	8,7	0,7	0,7	0,7	0,8	0,8
<i>Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE</i>	<i>7,5</i>	<i>6,9</i>	<i>7,4</i>	<i>7,5</i>	<i>8,8</i>	<i>0,7</i>	<i>0,7</i>	<i>0,7</i>	<i>0,7</i>	<i>0,8</i>
Italia	10,4	10,3	10,6	10,6	10,6	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0
Totale										
Paesi a sviluppo avanzato	9,9	8,6	8,9	10,0	8,6	0,7	0,6	0,6	0,7	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	10,6	10,3	10,7	12,6	13,1	0,7	0,7	0,7	0,8	0,9
<i>Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE</i>	<i>10,8</i>	<i>10,3</i>	<i>10,8</i>	<i>10,9</i>	<i>13,7</i>	<i>0,8</i>	<i>0,7</i>	<i>0,8</i>	<i>0,7</i>	<i>0,9</i>
Italia	14,3	14,2	14,4	14,9	15,0	1,0	1,0	1,0	1,0	1,0

*Per il dettaglio dei Pfp e il di cui dei Paesi di più recente adesione all'UE, cfr. Nota ** 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'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2024.





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 - Anni 2019-2021

Area di cittadinanza*Causa di decesso**		2019			2020			2021			Rischi Relativi (rif: tasso degli italiani 2021)	
		M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F
<i>Paesi a sviluppo avanzato</i>	Malattie infettive	0,21	0,11	0,15	0,11	0,06	0,08	0,21	0,05	0,11	0,5	0,3
	Tumori	3,09	3,24	3,24	5,14	4,51	4,88	3,58	4,32	4,10	0,6	0,8
	Malattie del Sistema Circolatorio	2,53	1,22	1,71	1,80	0,88	1,21	1,34	0,89	1,07	0,4	0,8
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,34	0,23	0,27	0,20	0,20	0,21	0,29	0,00	0,12	0,5	0,0
	Cause esterne di mortalità	2,13	0,95	1,37	2,42	0,52	1,38	1,74	0,67	1,10	0,6	1,0
	Altre malattie	3,18	1,40	2,15	2,61	1,35	1,78	2,11	1,31	1,62	0,5	0,7
	COVID-19	-	-	-	0,91	0,16	0,45	0,48	0,43	0,44	0,3	0,6
	Tasso std totale	11,48	7,16	8,89	13,20	7,68	10,01	9,76	7,68	8,56	0,5	0,7
<i>Paesi a forte pressione migratoria</i>	Malattie infettive e parassitarie	0,48	0,22	0,33	0,61	0,23	0,40	0,61	0,25	0,41	1,5	1,5
	Tumori	5,52	3,67	4,29	5,39	4,15	4,56	4,83	4,03	4,29	0,8	0,7
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,87	1,13	2,22	3,47	1,05	2,03	3,98	1,11	2,32	1,1	0,9
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,71	0,17	0,39	0,65	0,22	0,40	0,51	0,16	0,30	0,9	0,6
	Cause esterne di mortalità	2,68	0,66	1,63	2,58	0,65	1,59	2,88	0,72	1,78	1,1	1,1
	Altre malattie	2,86	1,13	1,85	3,77	1,45	2,43	3,79	1,64	2,56	0,9	0,8
	COVID-19	-	-	-	2,11	0,68	1,23	2,23	0,84	1,40	1,3	1,2
	Tasso std totale	16,13	6,98	10,71	18,58	8,42	12,63	18,84	8,75	13,06	1,0	0,8
<i>Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE</i>	Malattie infettive e parassitarie	0,39	0,18	0,26	0,26	0,13	0,18	0,53	0,25	0,35	1,3	1,5
	Tumori	6,70	4,16	4,81	6,57	4,09	4,77	6,43	4,27	4,87	1,0	0,7
	Malattie del Sistema Circolatorio	4,53	1,13	2,16	3,46	0,95	1,73	4,60	1,07	2,20	1,3	0,9
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,65	0,20	0,33	0,54	0,15	0,27	0,51	0,14	0,26	0,9	0,5
	Cause esterne di mortalità	2,96	0,67	1,57	2,52	0,63	1,37	3,96	0,85	2,06	1,5	1,3
	Altre malattie	2,92	1,06	1,64	3,92	1,21	2,06	5,05	1,66	2,77	1,2	0,9
	COVID-19	-	-	-	0,76	0,34	0,46	2,54	0,61	1,18	1,5	0,9
	Tasso std totale	18,15	7,39	10,78	18,02	7,49	10,86	23,61	8,84	13,69	1,2	0,8
Italia	Malattie infettive e parassitarie	0,40	0,19	0,29	0,39	0,17	0,28	0,40	0,17	0,28	1,0	1,0
	Tumori	6,95	6,24	6,59	6,56	5,86	6,20	6,42	5,72	6,05	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,91	1,40	2,65	3,54	1,22	2,37	3,48	1,18	2,30	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,61	0,34	0,48	0,71	0,32	0,51	0,56	0,26	0,41	1,0	1,0
	Cause esterne di mortalità	2,87	0,69	1,79	2,39	0,60	1,50	2,68	0,65	1,67	1,0	1,0
	Altre malattie	3,54	1,74	2,64	4,05	1,87	2,96	4,27	1,94	3,09	1,0	1,0
	COVID-19	-	-	-	1,70	0,57	1,13	1,71	0,68	1,19	1,0	1,0
	Tasso std totale	18,29	10,60	14,40	19,34	10,61	14,94	19,51	10,60	14,99	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 decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD 10: Malattie infettive e parassitarie (A00-B99), Tumori (C00-D48), Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99); Covid 19 (U071-U072; U099; U109).

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 2024.

Raccomandazioni di Osservasalute

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

Riferimenti bibliografici

- (1) 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.
- (2) Maccheroni, C. 2018. La standardizzazione dei tassi grezzi in campo demografico e degli indicatori delle condizioni di salute. Torino, Italia: Pathos Edizioni.
- (3) 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).
- (4) 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.
- (5) Meslé, F., et V. Hertrich. 1997. "Évolution de la mortalité en Europe : la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest": 479-508. In Congrès international de la population UIESP/IUSSP, Beijing.





Equità negli esiti e nell'accesso alle prestazioni da parte dei cittadini stranieri: un'analisi condotta nell'ambito del Programma Nazionale Esiti

Dott.ssa Erica Eugeni, Dott. Marcello Cuomo, Dott.ssa Alessandra Burgio, Dott.ssa Barbara Giordani, Dott.ssa Emma Guagneli, Dott.ssa Elisa Guglielmi, Dott.ssa Giorgia Duranti, Dott. Giovanni Baglio

Introduzione

Il PNE garantisce una panoramica nazionale sulla variabilità degli esiti e dei processi assistenziali tra soggetti erogatori e tra gruppi di popolazione. A partire dal 2021, è stata introdotta una specifica sezione volta a valutare e monitorare nel tempo l'equità nell'accesso alle prestazioni e negli esiti di salute, tra persone di diversa cittadinanza residenti nel nostro Paese.

Dati e metodi

Le valutazioni del PNE si basano sulle SDO relative agli Istituti di ricovero italiani pubblici e privati accreditati, integrate con il sistema informativo per il monitoraggio dell'Assistenza in Emergenza-Urgenza e con l'Anagrafe Tributaria per la verifica dello stato in vita dei pazienti.

Per la realizzazione delle valutazioni inerenti al tema dell'equità non sono state costruite misure specifiche, ma è stata condotta un'analisi stratificata di alcuni indicatori PNE già esistenti per i quali la letteratura medicoscientifica riporta significative differenze nell'accesso ai servizi e nell'erogazione delle prestazioni tra stranieri e italiani (ad esempio in termini di tempestività, appropriatezza e ospedalizzazione potenzialmente evitabile). Allo scopo di rendere i risultati più facilmente fruibili, le cittadinanze sono state distinte in Psa, inclusa l'Italia, e in Pfp.

Descrizione dei risultati

Per quanto riguarda i dati relativi al 2022 (1), l'analisi condotta ha mostrato come i ricoveri di cittadini stranieri siano stati circa il 6,5% delle ospedalizzazioni totali, e si siano concentrati soprattutto in Lombardia, Emilia-Romagna, Lazio e Veneto, in linea con il dato demografico. Con specifico riferimento alla cittadinanza, lo studio ha evidenziato significative differenze nel ricorso ai servizi sanitari tra gli stranieri dei Pfp e gli italiani/stranieri dei Psa, con valori variabili a seconda della tipologia di indicatore.

Tra gli indicatori di processo/esito considerati ai fini dell'equità, tutti afferenti all'area perinatale, vi è quello relativo alla percentuale di TC primari. Rispetto al ricorso a tale pratica, l'OMS ha evidenziato come proporzioni >15% possano essere indice di inappropriata clinica (2). I risultati del PNE 2023 evidenziano un ricorso al TC primario significativamente minore tra le donne straniere dei Pfp al netto dell'età e delle comorbidità (17% vs 24% tra le italiane/Psa; $p < 0,05$), in linea con quanto già evidenziato nelle precedenti Edizioni (3, 4). Tale differenza può in parte associarsi a una minore sorveglianza prenatale nelle donne immigrate che, riducendo la possibilità di programmare un TC, diminuisce presumibilmente anche una quota di ricorso inappropriato.

Emerge, peraltro, un rischio di riammissione durante il puerperio (entro 42 giorni dal parto) a seguito di TC più elevato per le donne dei Pfp rispetto alle italiane/Psa (1,0% vs 0,8%; $RR = 1,34$; $p < 0,05$), con differenze che si ripropongono in pressoché tutti i contesti regionali. È possibile ipotizzare che il maggior rischio di riospedalizzazione sia attribuibile almeno in parte a complicanze derivanti da condizioni di vita precarie e da una minore presenza di tutele sociali e lavorative (precarità abitativa, minore supporto di reti familiari/sociali etc.).

Infine, gli indicatori di ospedalizzazione evitabile mostrano una tendenza da parte delle persone dei Pfp a presentare tassi superiori a quelli della popolazione italiana o dei Psa in molte regioni per infezioni del tratto urinario, complicanze del diabete a medio e lungo termine, amputazione degli arti inferiori in pazienti diabetici e ipertensione arteriosa, anche se non sempre si raggiunge la significatività statistica a causa dell'esiguità dei numeri. Questi risultati possono dipendere da un minore accesso degli stranieri all'assistenza territoriale, ma anche da una diversa prevalenza di condizioni morbose quali diabete e ipertensione in alcuni gruppi presenti nel nostro Paese.

Raccomandazioni

A tutt'oggi gli stranieri rappresentano una delle fasce più vulnerabili della popolazione, in quanto maggiormente esposti ai fattori di rischio per la salute associati alle condizioni di povertà e marginalità sociale. Al rafforzamento degli interventi di prossimità sanitaria utili a sostenere l'accesso ai servizi e alle prestazioni (5, 6) si rende, pertanto, necessario affiancare trasformazioni organizzative strutturali e politico-normative che vadano oltre il solo ambito sanitario e mirino a intervenire più ampiamente anche su altri determinanti della salute, quali l'occupazione, l'alloggio e l'istruzione (7, 8).



**Riferimenti bibliografici**

- (1) Agenas. Programma Nazionale Esiti. Edizione 2023. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2023.pdf. (Ultimo accesso 15 gennaio 2024).
- (2) World Health Organization. Appropriate technology for birth. *The Lancet* 1985;326(8452):436-7.
- (3) Agenas. Programma Nazionale Esiti. Edizione 2022. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2022.pdf. (Ultimo accesso 15 gennaio 2024).
- (4) Agenas. Programma Nazionale Esiti. Edizione 2021. Disponibile sul sito: https://pne.agenas.it/assets/documentation/report/agenas_pne_report_2021.pdf. (Ultimo accesso 15 gennaio 2024).
- (5) Baglio G, Eugeni E, et al. Piano di intervento sociosanitario per immigrati e persone in condizione di fragilità socioeconomica presenti negli insediamenti abusivi ed edifici occupati, pp. 380-381, in Rapporto Osservasalute 2018, Edizione italiana. 2019.
- (6) Baglio G, Eugeni E. Medicina di prossimità: un modello di sanità pubblica per i gruppi hard to reach, pp 77-84. In Maciocco G. (a cura di) *Cure primarie e servizi territoriali*. Roma: Carocci editore. 2019.
- (7) Baglio G, Eugeni E, Geraci S. Salute globale e prossimità: un framework per le strategie di accesso all'assistenza sanitaria da parte dei gruppi hard to reach. *Recenti Prog Med* 2019: 159-64.
- (8) Baglio G, Eugeni E. Ripensare la sanità pubblica in chiave di prossimità: un obiettivo condiviso, pp. 49-51. In *Salute globale e determinanti sociali, ambientali, economici. Una nuova consapevolezza dopo la pandemia da Covid-19. Quaderni dell'ASviS*, n.6. 2022.

