

## Salute della popolazione straniera

Una nuova parola sta entrando nel lessico di chi si occupa di immigrazione nel nostro Paese: “mitigazione”.

Questa parola non si riferisce al fenomeno migratorio in sé, in cui il linguaggio è fin troppo polarizzato tra chi ne apprezza la novità necessaria e chi ne fa emergere ipotetici conflitti e tensioni, bensì al ruolo dei migranti nello spaccato demografico del nostro Paese. La situazione, ormai da tempo evidente, mostra bambini che non nascono, donne in età fertile in drammatica riduzione, ultra 65enni e persone di 85 anni ed oltre in rapida, progressiva e significativa crescita (1).

L’immigrazione diventa quindi un elemento che può mitigare, appunto, tale situazione e rappresenta un fenomeno necessario da governare attentamente per farlo crescere in modo sano e integrato, da gestire per equilibrare le richieste di un mercato del lavoro condizionato da nuove tecnologie ma anche da antichi bisogni, per tamponare le risorse previdenziali ormai sbilanciate sul dare piuttosto che sull’avere e, non ultimo, per sostenere i nuovi scenari demografici e sociali (2).

Con questa visione prospettica, l’impegno del Rapporto Osservasalute nel continuare l’approfondimento dell’analisi del fenomeno migratorio in ambito sanitario, utilizzando un insieme consolidato di indicatori demografici ed epidemiologici che valutano le differenze a livello geografico e le tendenze in serie storica, contribuisce senz’altro all’identificazione di ambiti da presidiare con scelte e azioni per la tutela della salute di questo segmento di popolazione ormai determinante per l’intero Paese.

Come negli anni passati, abbiamo identificato nella popolazione composta da oltre 5 milioni di cittadini stranieri residenti, inclusi quelli con nazionalità di Paesi dell’UE, una parte strutturale inserita in un processo di integrazione sociale e lavorativa e altre parti, per così dire, contingenti, legate ai flussi migratori condizionati da situazioni globali di instabilità politica, ambientale ed economica.

Per la maggior parte delle analisi riportate di seguito, l’anno di riferimento più recente è il 2023, a eccezione dei dati di mortalità, aggiornati fino al 2022. Per la parte strutturale del fenomeno migratorio in Italia, il Rapporto Osservasalute ha articolato un *focus* sugli indicatori demografici complessivi e, in particolare, ha valutato alcuni ambiti della salute delle donne con cittadinanza straniera e del comportamento riproduttivo, declinati nell’analisi della qualità dell’assistenza in gravidanza, dei parto, dei nati vivi e del ricorso all’IVG.

Cerniera con la parte contingente è la consueta analisi dei ricoveri ospedalieri, con un approfondimento su alcune malattie infettive che, in questa Edizione del Rapporto Osservasalute, si sofferma su HIV, AIDS e tubercolosi, che possono essere espressione sia di condizioni di persistente marginalità sociale nel nostro Paese, sia di una migrazione forzata e condizionata, spesso, da violenza e disperazione.

Ancora una volta tutte le raccomandazioni evidenziano, direttamente o indirettamente, l’importanza di politiche attive di inclusione sociale e di tutele sanitarie, in termini di garanzia dell’accesso ai servizi, anche in ambito di prevenzione e di capacità effettiva di presa in carico dei bisogni di salute di questa 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 (5,2 milioni al 1° gennaio 2024, pari all’8,9% della popolazione residente in Italia).

A livello nazionale, Romania, Marocco e Albania costituiscono ormai da anni le tre comunità più presenti tra gli uomini. Per le donne, invece, le cittadinanze più rappresentative sono la Romania, l’Ucraina e l’Albania, con un generale aumento della comunità ucraina in tutte le regioni, anche in parte a seguito dei drammatici eventi bellici più recenti.

La distribuzione degli stranieri residenti sul territorio è abbastanza omogenea per nazionalità, seppure con specificità rilevanti. Malgrado gli evidenti segnali di invecchiamento, la struttura per età degli stranieri si differenzia ancora da quella degli italiani, con una consistente presenza di donne in età fertile e di minori che mettono alla prova l’accessibilità del sistema sanitario.

Se almeno in un primo momento il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti ha influenzato in misura parziale i livelli complessivi di fecondità registrati in Italia, nel corso degli ultimi 10 anni il loro contributo alla natalità si è pressoché fermato. Dal 2012 al 2023, infatti, si registra una diminuzione generale delle nascite, che ha interessato sia i nati da entrambi i genitori italiani sia quelli con almeno un genitore straniero. Nonostante tale diminuzione, in valore assoluto, nel 2023 poco meno di un nato ogni cinque ha la madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre.

Complessivamente, nel 2023 si sono verificati 376.804 parti, di cui 71.571 (19,0%) da donne con cittadinanza dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). Tale percentuale è decisamente più elevata nelle regioni del

Centro-Nord, dove si concentrano anche le maggiori presenze di stranieri: in Emilia-Romagna e in Liguria è pari, rispettivamente, al 30,0% e al 29,5%, seguite dalla Lombardia (28,0%).

Dal confronto tra il 2019 e il 2023 emergono, sia per le donne italiane sia per quelle straniere, segni di un comportamento riproduttivo sempre più posticipato. Questo risultato è particolarmente evidente per le donne straniere dei Pfpm, che presentano un'età modale stabile e pari a 29 anni. L'età media al parto delle donne straniere è di 30,4 anni nel 2023, con un divario di 2,4 anni rispetto alle italiane, un valore che resta stabile rispetto al 2019. Se si considera la media delle età alla quale si diventa madri, il divario tra italiane e straniere sale a 3,2 anni, con un'età media alla nascita del primo figlio pari a 28,6 anni per le donne dei Pfpm nel 2023. Considerando i partì dopo i 34 anni, età in cui aumenta il rischio di pre-termine e di aborto spontaneo, per le donne straniere provenienti dai Pfpm tale quota è passata dal 23,2% nel 2019 al 26,4% nel 2023, mentre per le madri italiane arriva al 37,9%, dal 37,1% nel 2019.

Negli ultimi anni, dunque, si conferma un avvicinamento significativo tra i comportamenti riproduttivi delle donne straniere e quelli delle italiane.

Nel biennio 2022-2023, i nati vivi da donne dei Pfpm sono risultati pari al 19,0% del totale dei nati vivi. La percentuale di neonati pre-termine, che presentano un rischio più elevato di mortalità, morbilità e compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine, tra le donne con cittadinanza straniera dei Pfpm, è stata pari all'8,0%, mentre tra le donne italiane è stata pari al 6,6%. Per quanto riguarda i nati vivi gravemente pre-termine, i valori sono, rispettivamente, pari all'1,2% e allo 0,8%. Per il biennio 2022-2023, inoltre, si nota una lieve differenza nella quota di nati vivi sottopeso tra le donne italiane e quelle dei Pfpm: 6,8% per le prime e 7,0% per le seconde, in lieve miglioramento. Con riferimento ai nati vivi fortemente sottopeso, si osservano valori pari allo 0,8% per le italiane e all'1,0% per le straniere.

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 tra le donne italiane (99,3%) sia tra quelle con cittadinanza dei Pfpm (99,0%).

Nel 2023, in Italia le IVG sono nel complesso 65.493 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 rispetto al totale negli anni 2010-2012 è aumentata costantemente fino al 34,0%. Successivamente, ha iniziato a decrescere lentamente, fino a raggiungere il 24,5% nel 2023.

Negli ultimi 10 anni, l'aumento della presenza straniera in Italia ha registrato un rallentamento, ma la maggioranza delle donne straniere continua a essere di nazionalità dei Pfpm. La percentuale di IVG effettuate da queste donne è più elevata nel Nord e nel Centro, dove la loro presenza è maggiore rispetto al Meridione.

Nel 2023, si sono registrati quasi 8 milioni di ricoveri, in diminuzione dell'8,6% rispetto alla media del triennio 2017-2019. I ricoveri in regime ordinario, che rappresentano il 78,4% del totale, sono in calo del 9,4% rispetto al periodo prepandemico. Il 6% circa dei ricoveri totali è relativo agli stranieri con cittadinanza dei Pfpm, senza variazioni significative negli anni.

I tassi grezzi di ospedalizzazione, pur non consentendo un confronto diretto tra italiani e stranieri, poiché sono caratterizzati da strutture per età molto diverse, forniscono comunque un'informazione rilevante sull'intensità del ricorso all'Ospedale. Nel complesso, i tassi di ricovero dei cittadini dei Pfpm sono molto più bassi di quelli degli italiani (nel 2023, 79,9 per 1.000 residenti vs 132,3 per 1.000), ma presentano un'elevata variabilità tra i Paesi di cittadinanza: Cina e Filippine registrano i valori più bassi, rispettivamente, pari a 36,7 e 51,8 per 1.000; all'opposto, Albania e Marocco con valori, rispettivamente, pari a 114,6 e 98,3 per 1.000.

In questa Edizione del Rapporto Osservasalute si analizzano anche alcuni indicatori relativi alle malattie infettive (in particolare l'AIDS, l'HIV e la tubercolosi). Al di là della lettura puntuale dei dati, che mostrano una percentuale di diagnosi di malattia più elevata tra gli stranieri rispetto agli italiani per ogni patologia studiata, nel tempo si è evidenziata una riduzione dell'incidenza dei casi nella 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 gli andamenti epidemiologici nazionali. Per quanto riguarda l'infezione da HIV, l'avvio di campagne specifiche di informazione sui comportamenti a rischio e sull'adozione di misure di prevenzione individuale, oltre al trattamento delle persone con HIV e alla riduzione della carica virale, ha contribuito a ridurre i tassi di incidenza registrati nell'arco di 10 anni.

È possibile estendere anche alla tubercolosi le considerazioni sull'effetto diretto delle politiche attive sull'offerta, sull'accessibilità dei servizi e sulla fruibilità delle prestazioni, anche in termini di prevenzione. Importante è il riferimento a strumenti strategici di *governance*, come le due Linee guida frutto della collaborazione tra l'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle

malattie della Povertà, l’ISS e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (3, 4), 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 2023.

Sul versante della mortalità della popolazione con cittadinanza straniera, nel presente Capitolo sono illustrati i dati relativi all’Indagine dell’Istat sui decessi e sulle cause di morte per gli anni 1992-2022. Nell’intero arco temporale, l’ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 105 mila unità, con un andamento crescente degli eventi che registra una variazione percentuale media annua del +7,8% per i residenti, del +2,9% per i non residenti (+6,0% nel complesso). Tali aumenti sono decisamente più significativi per i decessi degli stranieri con nazionalità dei Pfpm. Nel 2022 si sono registrati 11.458 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 8.929 residenti (circa il 78% del totale) e 2.529 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei Pfpm rappresenta quasi l’84%, pari a 9.604 decessi, di cui 7.823 residenti e 1.781 non residenti.

Con riferimento agli anni 2020, 2021 e 2022, sono stati presi in esame i consueti grandi gruppi di malattie e, in aggiunta, a partire dal 2020, il gruppo COVID-19, definito secondo le raccomandazioni dell’OMS. Con riferimento ai 3 anni del periodo 2020-2022, per gli stranieri di tutte le aree di cittadinanza, i tumori, le malattie del sistema circolatorio (nell’ambito delle 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.

A differenza delle altre cause di morte, per i Paesi a sviluppo avanzato (Psa) si registra uno svantaggio delle donne nei tassi di mortalità per Tumore 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 2022, il tasso di mortalità per tumore torna a essere più elevato tra gli uomini (3,27 per 10.000 vs 2,94 per le donne). Nel 2020, sebbene i tassi di mortalità per tumore siano più elevati rispetto all’anno precedente, i valori risultano più elevati per gli uomini (5,1 vs 4,5 per 10.000 per le donne). Lo svantaggio femminile in termini di mortalità per tumore si registra nel 2022 anche tra i Paesi di più recente adesione all’UE (Pfpm1) con tassi, rispettivamente, pari a 6,13 e 7,59 per 10.000 per uomini e donne.

In generale, i cittadini dei Pfpm presentano tassi di mortalità più elevati rispetto a quelli dei Psa. Per i Pfpm e i Pfpm1, il gruppo delle malattie infettive e parassitarie si distingue per i tassi di mortalità più elevati 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. Per quanto concerne la mortalità da COVID-19, si registrano tassi decisamente più elevati per gli uomini dei Pfpm e dei Pfpm1 rispetto ai Psa, ma con alcune differenze tra i livelli registrati nel 2020 (rispettivamente, 2,1 per 10.000 per i Pfpm e 0,8 per 10.000 per i Pfpm1) e nel 2021 (2,2 per 10.000 vs 2,5 per 10.000).

Nel 2022, i tassi di mortalità per COVID-19 sono decisamente più bassi. Per i Pfpm e Pfpm1 si registrano, nel complesso, valori pari a 0,5 e 0,7 per 10.000 abitanti; analogamente, per i Psa si registrano circa 0,2 decessi per 10.000. Gli italiani mostrano tassi di mortalità per COVID-19 pressoché analoghi tra 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 a 1,7 e 0,7 per 10.000, rispettivamente, nel 2021. Nel 2022, anche per gli italiani, i tassi scendono a 0,9 per 10.000 per gli uomini e a 0,4 per 10.000 per le donne.

Sul piano politico, sia il 2023 sia il 2024 sono stati caratterizzati da un’intensa produzione di norme e indirizzi sul contrasto all’immigrazione irregolare e sull’accoglienza degli immigrati, non sempre bilanciate con l’assetto del diritto internazionale, il che ha provocato tensioni e arroccamenti ideologici, indebolendo alcuni percorsi di inclusione già avviati. Il dibattito è stato condizionato prima dalla “questione Albania” (*hotspot* nel porto di Shéngjin; un Centro di Trattenimento per Richiedenti Asilo, un Centro di Permanenza per il Rimpatrio e un minicarcere a Gjadër); successivamente, dalla legittimità e soprattutto dall’implementazione dei Centro di Permanenza per il Rimpatrio in Italia, con particolare riferimento alle condizioni sanitarie (di accesso e di gestione) (5).

La reazione della società civile (6, 7) si è manifestata con il coinvolgimento della Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri su aspetti deontologici (8, 9), nonché con sentenze della Corte Costituzionale e del Consiglio di Stato (10, 11), che ne hanno evidenziato i limiti e le criticità. In prospettiva, il nuovo Patto europeo su migrazione e asilo, che entrerà in vigore a metà del 2026, creerà un assetto normativo (con una Direttiva e nove Regolamenti) che certamente condizionerà l’ingresso di persone in fuga, mettendo a regime alcune prassi fortemente discutibili dal punto di vista del diritto, dell’organizzazione e anche del ruolo dei medici e della tutela sanitaria.

D’altra parte, l’ultimo periodo è stato caratterizzato anche da una programmazione finalmente lungimirante, che prevede un ingresso regolare nel nostro Paese, con una consistente previsione di flussi di immigrati per lavoro. Tuttavia, tale piano si è scontrato con meccanismi amministrativi e gestionali che hanno reso vani tali tentativi, con vari aggiustamenti in corso d’opera ancora non sufficienti, se non controproducenti, innescando percorsi irregolari e di sfruttamento.

L’immigrazione entra a pieno diritto nel Capitolo della “mitigazione” della crisi sociale e demografica

che stiamo vivendo, ma siamo consapevoli che se è necessaria, certamente non sarà comunque sufficiente; per tale motivo, non possiamo prescindere dal prestare attenzione alle politiche di ingresso, di integrazione e, anche, sul piano della tutela della salute individuale e collettiva, dalla promozione di politiche sanitarie attente e includenti come utile strumento di governo.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Maccheroni, C., N. Mignoli, R. Pace, and G. Venere. 2025. Older Adult Surge and Social Welfare Inequalities in Italy: The Impact of Population Ageing on Pensions and the Welfare System. *Populations*, 1, 9. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.3390/populations1020009>.
- (2) Arlotti, M., N. Dentico, S. Geraci, G. Maciocco, e E. Vischetti. 2025. Le sfide della demografia e le implicazioni per la salute e la sanità. Position Paper per le Giornate residenziali di politica sanitaria. Fiesole, Italia: LABOSS - Laboratorio su Salute e Sanità. Disponibile sul sito: [www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2025/10/LABOSS-2025\\_Paper-Demografia\\_RRR.pdf](http://www.saluteinternazionale.info/wp-content/uploads/2025/10/LABOSS-2025_Paper-Demografia_RRR.pdf).
- (3) Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2017 (aggiornato nel 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. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG\\_Migranti-web.pdf](http://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf).
- (4) Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2014 (aggiornato nel 2024). Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: [www.inmp.it/lg/LG\\_Tubercolosi.pdf](http://www.inmp.it/lg/LG_Tubercolosi.pdf).
- (5) Mazzalai, E., S. Caminada, D. Giannini, G. Marchetti, A. Angelozzi, F. Turatto, A. Jalja, C. De Marchi, A. Bellini, A. Gatta, S. Declich, M.L. Russo, and M. Marceca. 2025. A review of the living conditions in administrative detention centres for migrants in Italy from a public health perspective. *Discover Public Health*, Volume 22, N. 720. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1186/s12982-025-01039-x>.
- (6) Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI). 2025. Oltre la frontiera. L'accordo Italia-Albania e la sospensione dei diritti. Disponibile sul sito: [www.asgi.it/wp-content/uploads/2025/02/Rapporto-Albania\\_web\\_25-febbraio.pdf](http://www.asgi.it/wp-content/uploads/2025/02/Rapporto-Albania_web_25-febbraio.pdf).
- (7) Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM. 2024. Appello per una campagna di presa di coscienza dei medici sulla certificazione di idoneità delle persone migranti alla vita nei CPR. Disponibile sul sito: <https://old.simmweb.it/per-associarsi/2-simm/1188-appello-per-una-campagna-di-presa-di-coscienza-dei-medici-sulla-certificazione-di-idoneita-delle-persona-ne-migranti-allla-vita-nei-cpr>.
- (8) Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). 2024. Protocollo Italia-Albania sui migranti, il Comitato Centrale FNOMCeO: "La selezione dei migranti non è un processo di cura". E, nei percorsi che coinvolgono i medici, "prevedere la presenza di figure adeguatamente formate". Comunicato stampa. Disponibile sul sito: <https://portale.fnomceo.it/protocollo-italia-albania-sui-migranti-il-comitato-centrale-fnomceo-la-selezione-dei-migranti-non-e-un-processo-di-cura-e-nei-percorsi-che-coinvolgono-i-medici-preveder>.
- (9) Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri (FNOMCeO). 2025. La FNOMCeO accoglie l'appello della SIMM sui CPR e diritto alla salute. Disponibile sul sito: <https://portale.fnomceo.it/la-fnomceo-accoglie-lappello-della-simm-sui-cpr-e-diritto-allla-salute>.
- (10) Corte Costituzionale. Sentenza N. 96/2025. Disponibile sul sito: [www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/96](http://www.cortecostituzionale.it/scheda-pronuncia/2025/96).
- (11) Consiglio di Stato. 2025. Il Consiglio di Stato si pronuncia sui Centri di permanenza per il rimpatrio (Consiglio di Stato, sezione III, 7 ottobre 2025, n. 7839). Disponibile sul sito: <https://dirittifondamentali.it/2025/11/07/il-consiglio-di-stato-si-pronuncia-sui-centri-di-permanenza-per-il-rimpatrio-consiglio-di-stato-sezione-iii-7-ottobre-2025-n-7839>.

## Stranieri in Italia

**Significato.** Il ruolo della popolazione straniera nella determinazione dei principali indicatori demografici è stato significativo negli ultimi decenni, fino a diventare una componente strutturale della popolazione residente nel nostro Paese. L'analisi dei dati relativi ai cit-

tadini stranieri residenti consente, oltre a quantificare il peso di tale segmento di popolazione sul totale dei residenti, ad esaminare la distribuzione della popolazione straniera per area di provenienza nelle diverse regioni e nelle PA.

### *Popolazione straniera*

Numeratore	Popolazione straniera residente per macroarea di cittadinanza
Denominatore	Popolazione straniera residente

x 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 che vengono 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 incluse le seconde generazioni, ossia coloro che, seppure nati sul territorio nazionale, non hanno la cittadinanza italiana.

### *Descrizione dei risultati*

Dall'analisi dei dati della Rilevazione dell'Istat "Popolazione residente comunale straniera per sesso e anno di nascita" al 1° gennaio 2024 emerge che i residenti con cittadinanza diversa da quella italiana sono poco più di 5,2 milioni e rappresentano l'8,9% della popolazione residente.

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

A livello nazionale, il 26,5% ha la cittadinanza di un paese dell'UE e il 19,8% di un Paese europeo non appartenente all'UE; nel complesso, si evince che quasi un cittadino straniero su due ha la nazionalità di un Paese europeo. La quota di cittadini africani è pari al 22,7%; il 23,4% dei residenti ha la cittadinanza dell'area asiatica e solo il 7,6% di un Paese del continente americano.

La distribuzione degli stranieri residenti per macroarea di cittadinanza non è omogenea nelle diverse regioni: la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi europei, ad esempio, è particolarmente elevata in Friuli-Venezia Giulia (61,1% del totale degli stranieri residenti in questa regione), nella PA di Bolzano (61,6%) e in Abruzzo (59,6%), mentre la presenza di residenti con cittadinanza di Paesi dell'America è decisamente più elevata in Liguria rispetto al resto dell'Italia (18,7%, vs un 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, per ciascuna regione sono indicati le prime tre nazionalità per presenza e il relativo peso percentuale sul totale degli stranieri residenti.

A livello nazionale, rumeni, marocchini e albanesi costituiscono ormai da anni le tre comunità più presenti tra gli uomini. Per le donne, invece, le cittadinanze più rappresentative sono la Romania, l'Ucraina e l'Albania, con un generale aumento della comunità ucraina in tutte le regioni. Le differenze regionali nella distribuzione degli stranieri residenti per Paese di cittadinanza non sono particolarmente marcate, ma si rilevano comunque eccezioni. Da un lato emerge la forte presenza della comunità tedesca nella PA di Bolzano (7,5% degli stranieri residenti uomini e 9,3% delle donne); dall'altro spicca la presenza delle donne ucraine, soprattutto in molte regioni del Mezzogiorno (sono la prima nazionalità in Campania con il 24,8%), delle donne dell'Ecuador in Liguria (la terza nazionalità più rappresentata, con il 9,6%), della comunità cinese che è la più rappresentata in Toscana (17,2% degli stranieri residenti uomini e 15,3% delle donne) e dei tunisini in Sicilia (15,6% degli stranieri residenti uomini e 9,0% delle donne). Nel Lazio, la Romania è la prima nazionalità, sia per gli uomini sia per le donne; come seconda e terza, invece, si collocano, per gli uomini, Bangladesh e India, e, per le donne, Filippine e Ucraina.

Dalla Tabella 2 emerge anche che, in alcune regioni, le prime tre comunità rappresentano la maggioranza degli stranieri residenti, mentre in altre realtà territoriali si osserva un'eterogeneità più marcata. A livello nazionale, infatti, le prime tre nazionalità rappresentano il 34,8% del totale degli uomini stranieri residenti e il 38,3% di quello delle donne straniere residenti. In Valle d'Aosta, invece, le prime tre collettività degli uomini stranieri rappresentano il 51,5% del totale degli stranieri residenti. In Basilicata, per le donne straniere, le prime tre collettività rappresentano il 54,7%. Le albanesi, le tedesche e le rumene, pur essendo le tre comunità più numerose, rappresentano

il 28,7% delle straniere residenti nella PA di Bolzano. Anche la Lombardia si caratterizza per una spiccata eterogeneità nella presenza straniera per Paese di cittadinanza. Le prime tre nazionalità (Romania, Egitto e

Marocco per gli uomini; Romania, Ucraina e Marocco per le donne) rappresentano, rispettivamente, il 32,4% e il 30,2% 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 2024*

Regioni	Stranieri residenti	UE-28	Quota di stranieri per macroarea di cittadinanza					Stranieri residenti/ totale residenti
			Paesi europei non UE-28	Africa	Asia	America	Altro	
Piemonte	428,9	34,8	17,4	26,0	13,7	8,1	0,0	10,1
Valle d'Aosta	8,6	34,5	18,6	28,1	9,8	8,9	0,1	7,0
Lombardia	1.203,1	18,9	17,4	25,7	25,9	12,1	0,0	12,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>55,9</i>	<i>31,3</i>	<i>30,3</i>	<i>13,5</i>	<i>20,1</i>	<i>4,8</i>	<i>0,0</i>	<i>10,4</i>
<i>Trento</i>	<i>47,0</i>	<i>29,9</i>	<i>28,8</i>	<i>18,1</i>	<i>16,6</i>	<i>6,6</i>	<i>0,1</i>	<i>8,6</i>
Veneto	501,2	29,7	23,5	20,1	22,7	4,0	0,0	10,3
Friuli-Venezia Giulia	120,1	31,4	29,7	13,0	21,1	4,8	0,0	10,1
Liguria	155,6	19,5	23,1	22,5	16,2	18,7	0,1	10,3
Emilia-Romagna	561,0	22,0	25,2	27,0	21,7	4,1	0,0	12,6
Toscana	424,1	22,8	22,5	16,5	31,2	6,9	0,1	11,6
Umbria	88,6	32,0	26,7	20,9	12,0	8,4	0,1	10,4
Marche	132,0	24,3	24,9	20,4	23,7	6,7	0,0	8,9
Lazio	643,3	37,3	12,8	13,5	28,2	8,1	0,1	11,3
Abruzzo	85,8	32,6	27,0	20,2	13,7	6,4	0,1	6,8
Molise	13,2	29,1	13,6	30,3	17,7	9,2	0,1	4,6
Campania	263,7	19,1	22,9	25,9	27,5	4,6	0,0	4,7
Puglia	147,3	27,7	19,5	27,5	22,0	3,3	0,0	3,8
Basilicata	25,4	32,3	17,5	27,2	18,8	4,1	0,0	4,8
Calabria	99,9	35,8	13,1	27,7	19,1	4,3	0,0	5,4
Sicilia	196,9	28,9	9,5	35,6	22,3	3,7	0,1	4,1
Sardegna	52,0	33,1	13,7	25,1	21,9	6,1	0,2	3,3
<b>Italia</b>	<b>5.253,7</b>	<b>26,5</b>	<b>19,8</b>	<b>22,7</b>	<b>23,4</b>	<b>7,6</b>	<b>0,0</b>	<b>8,9</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

**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 2024*

Regioni	Stranieri residenti	Maschi						Femmine						
		Prima	Cittadinanza			Terza	Stranieri residenti	Prima	Cittadinanza			Terza		
			Seconda	Mar.	Alb.				Sec.	Mar.	Alb.			
Piemonte	212,2	Rom.	27,3	Mar.	12,4	Alb.	9,1 €	216,7	Rom.	33,4	Mar.	11,2	Alb.	8,5
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,0	Rom.	22,5	Mar.	19,7	Alb.	9,3 €	4,6	Rom.	30,1	Mar.	15,1	Ucr.	7,4
Lombardia	596,7	Rom.	13,1	Egi.	11,5	Mar.	7,7 €	606,5	Rom.	15,3	Ucr.	8,0	Mar.	7,0
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>27,1</i>	<i>Alb.</i>	<i>13,6</i>	<i>Pak.</i>	<i>9,4</i>	<i>Ger.</i>	<i>7,5 €</i>	<i>28,8</i>	<i>Alb.</i>	<i>11,2</i>	<i>Ger.</i>	<i>9,3</i>	<i>Rom.</i>	<i>8,2</i>
<i>Trento</i>	<i>22,9</i>	<i>Rom.</i>	<i>19,9</i>	<i>Alb.</i>	<i>11,6</i>	<i>Pak.</i>	<i>10,9 €</i>	<i>24,1</i>	<i>Rom.</i>	<i>24,3</i>	<i>Alb.</i>	<i>10,1</i>	<i>Ucr.</i>	<i>8,7</i>
Veneto	246,4	Rom.	23,3	Mar.	9,9	Cin.	7,5 €	254,8	Rom.	27,0	Mar.	8,2	Cin.	7,1
Friuli-Venezia Giulia	59,2	Rom.	19,0	Alb.	8,3	Ban.	8,0 €	61,0	Rom.	23,3	Ucr.	8,7	Alb.	7,9
Liguria	79,1	Alb.	14,0	Rom.	11,4	Mar.	11,2 €	76,6	Rom.	15,2	Alb.	12,6	Ecu.	9,6
Emilia-Romagna	273,3	Rom.	14,9	Mar.	11,1	Alb.	10,8 €	287,7	Rom.	19,1	Ucr.	10,1	Alb.	9,5
Toscana	206,1	Cin.	17,2	Alb.	14,1	Rom.	13,8 €	217,9	Rom.	19,6	Cin.	15,3	Alb.	12,4
Umbria	40,4	Rom.	20,9	Alb.	12,9	Mar.	11,4 €	48,2	Rom.	28,5	Alb.	10,7	Ucr.	8,8
Marche	63,4	Rom.	13,5	Alb.	11,4	Pak.	8,1 €	68,6	Rom.	21,3	Alb.	10,3	Ucr.	7,1
Lazio	317,4	Rom.	28,1	Ban.	10,0	India	6,4 €	326,0	Rom.	32,3	Fil.	7,6	Ucr.	6,1
Abruzzo	41,1	Rom.	21,5	Alb.	13,5	Mar.	11,1 €	44,8	Rom.	28,4	Alb.	12,1	Ucr.	8,3
Molise	7,1	Rom.	15,2	Mar.	10,4	Ban.	8,7 €	6,1	Rom.	28,9	Mar.	9,8	Ucr.	8,1
Campania	134,5	Mar.	12,1	Rom.	10,2	Ban.	9,6 €	129,2	Ucr.	24,8	Rom.	15,0	Mar.	7,0
Puglia	76,9	Rom.	14,8	Alb.	12,8	Mar.	8,9 €	70,3	Rom.	25,3	Alb.	14,3	Geo.	8,2
Basilicata	13,7	Rom.	20,6	Alb.	10,4	Ban.	8,5 €	11,7	Rom.	35,6	Alb.	11,8	Mar.	7,4
Calabria	50,7	Rom.	22,0	Mar.	16,4	India	5,5 €	49,2	Rom.	30,4	Mar.	13,6	Ucr.	10,6
Sicilia	105,7	Rom.	17,3	Tun.	15,6	Ban.	8,8 €	91,2	Rom.	29,7	Tun.	9,0	Mar.	7,0
Sardegna	24,9	Rom.	14,8	Sen.	13,7	Mar.	8,8 €	27,1	Rom.	27,4	Ucr.	9,5	Mar.	6,1
<b>Italia</b>	<b>2.602,7</b>	<b>Rom.</b>	<b>18,0</b>	<b>Mar.</b>	<b>8,6</b>	<b>Alb.</b>	<b>8,2 €</b>	<b>2.651,0</b>	<b>Rom.</b>	<b>22,9</b>	<b>Ucr.</b>	<b>7,8</b>	<b>Alb.</b>	<b>7,6</b>

**Legenda:** Alb.=Albania; Ban.=Bangladesh; Cin.=Repubblica Popolare Cinese; Ecu.=Ecuador; Egi=Egitto; Fil.=Filippine; Geo.=Georgia; Ger.=Germania; Mar.=Marocco; Pak.=Pakistan; Rom.=Romania; Sen.=Senegal; Tun.=Tunisia; Ucr.=Ucraina.

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

***Raccomandazioni di Osservasalute***

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

gli stranieri, nel complesso, presentano una struttura per età che si differenzia da quella dei residenti italiani, con evidenti conseguenze in termini di bisogni e di domanda di servizi sanitari (per approfondimenti si rimanda al paragrafo successivo “Nati da cittadini stranieri in Italia” e al Capitolo “Popolazione”). È opportuno, quindi, che l'offerta di servizi sanitari a livello regionale tenga conto anche delle esigenze di questo eterogeneo sottogruppo di popolazione.

## Nati da cittadini stranieri in Italia

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

### Nati da un solo genitore cittadino straniero

Numeratore	Iscritti in Anagrafe per nascita con un genitore straniero	x 100
Denominatore	Iscritti in Anagrafe per nascita	

### Nati con entrambi i genitori cittadini stranieri

Numeratore	Iscritti in Anagrafe per nascita con entrambi i genitori stranieri	x 100
Denominatore	Iscritti in Anagrafe per nascita	

**Validità e limiti.** Il genitore straniero è colui/colei che, al momento dell’iscrizione in Anagrafe della nascita del figlio, ha una cittadinanza diversa da quella italiana. Di conseguenza non fanno parte di questo collettivo coloro che, seppure 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 dell’Istat rileva, tra le altre informazioni demografiche, anche la cittadinanza del nato. Come conseguenza della legislazione vigente in Italia, che si fonda sul principio giuridico dello *ius sanguinis*, la cittadinanza risulta straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana): in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce sul suolo italiano, come avviene in altri Paesi, bensì chi è figlio di almeno un genitore italiano.

### Descrizione dei risultati

Negli ultimi decenni, il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti ha senz’altro contribuito a innalzare i livelli di fecondità, molto ridotti, registrati in Italia. Più di recente, tuttavia, il contributo delle straniere alla natalità si è progressivamente ridotto. Dal 2012 al 2023, infatti, si registra un calo generale 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 2023 poco meno di un nato ogni cinque ha la madre straniera, indipendentemente dalla cittadinanza del padre (Grafico 1). Quest’ultimo indi-

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.

catore era pari a meno di un nato ogni dieci (7,3%) nel 2001. È possibile osservare un ritmo di crescita analogo quando si considerano i nati con padre straniero; infatti, nel 2023 tale valore si attesta al 16,0% rispetto al 6,1% del 2001. I nati da entrambi i genitori stranieri rappresentano il 13,5% delle nascite. Tutti questi indicatori, dopo un periodo di forte crescita e poi di stazionarietà, hanno iniziato una fase decrescente, che tuttavia si è stabilizzata nel 2023.

A livello nazionale, nel 2023 il 5,3% dei nati ha la madre straniera e il padre italiano, mentre la quota di nati da madre italiana e da padre straniero è più contenuta (ma in crescita) e pari al 2,5% (Tabella 1). Le differenze regionali sono notevoli e ricalcano sostanzialmente la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia; di conseguenza, laddove la presenza straniera è più consistente, risulta più elevata anche l’incidenza dei nati da entrambi i genitori stranieri (o da un genitore straniero) sul totale degli iscritti in Anagrafe per nascita.

Le regioni in cui la quota di nascite da entrambi i genitori stranieri sul totale delle nascite è più elevata sono quelle del Nord, in particolare Emilia-Romagna (21,9%), Liguria (19,7%) e Lombardia (19,6%). Al contrario, nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati da entrambi i genitori stranieri risulta non solo inferiore al dato nazionale, ma anche molto contenuta (<10%), con un minimo in Sardegna (3,9%).

Nella Tabella 2, per ogni regione è riportata la composizione percentuale dei nati stranieri per macroarea geografica di cittadinanza. Nel complesso, nel 2023 la macroarea che contribuisce maggiormente alla natalità nel nostro Paese è quella europea: il 17,0% dei nati

stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE (la Romania in testa), mentre il 18,3% ha la cittadinanza di uno degli altri Paesi europei (soprattutto l'Albania). Anche l'apporto dell'Africa settentrionale alle nascite registrate in Italia è notevole (20,3% del totale dei nati stranieri), così come quello dell'Asia (25,5%) che risulta in aumento. All'opposto, il contributo alla natalità dei cittadini stranieri con nazionalità di altre macroaree è molto ridotto.

Il dato relativo all'Italia nel suo complesso, confrontato con i risultati a livello regionale, evidenzia la variabilità territoriale del fenomeno. Ad esempio, la quota di nati con cittadinanza dei Paesi dell'UE sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Lazio (27,0%), mentre in Liguria, confermando l'andamento degli anni precedenti, nel 2023 la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale è estremamente elevata (15,1%) e supera di oltre tre volte il dato nazionale (5,0%).

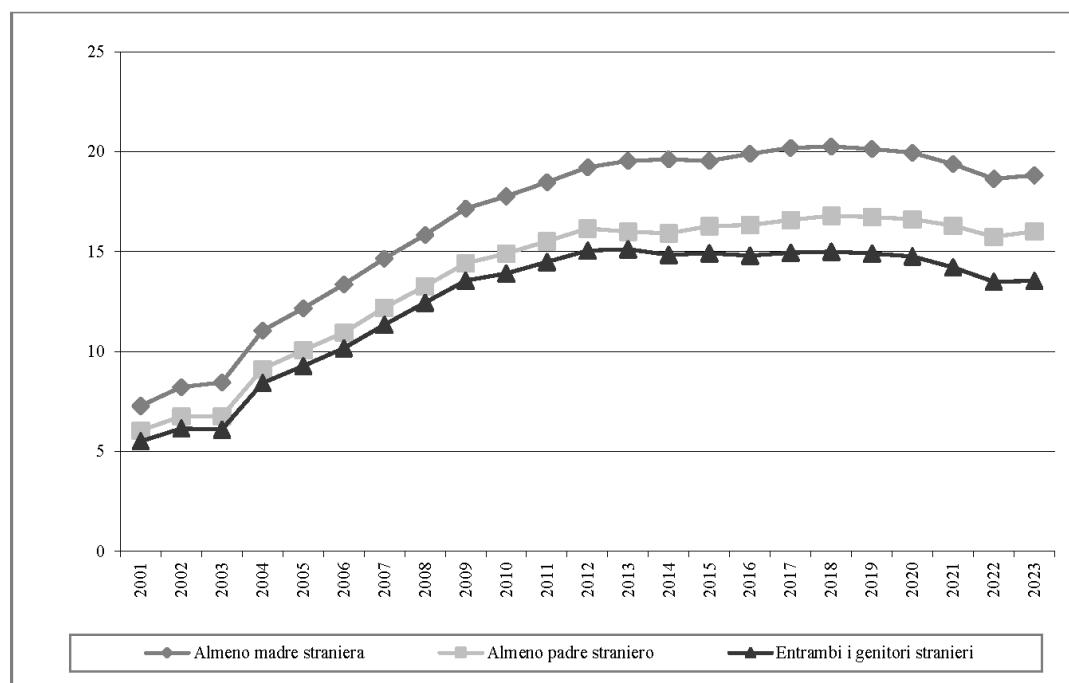
Occorre sottolineare, inoltre, che i dati aggregati per macroarea geografica di cittadinanza appiattiscono i comportamenti, spesso molto diversificati, delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si riscontrano comportamenti riproduttivi divergenti tra gli stranieri con il Paese di cittadinanza appartenente alla stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia i diversi contributi alla natalità delle nazionalità più presenti in Italia. Le prime dieci comunità rappresentano, da sole, il 63,3% di tutti gli

stranieri residenti e proprio a queste comunità è imputabile il 67,8% dei nati stranieri in Italia. Nel 2023, il 15,5% dei nati stranieri ha la cittadinanza rumena, che concentra il numero maggiore di residenti nel territorio nazionale (il 20,4% del totale degli stranieri). Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per un numero esiguo di nascite (1,8% del totale) rispetto a una percentuale più consistente tra i residenti in Italia (5,2% del totale degli stranieri). Il 7,0% dei nati stranieri ha la cittadinanza del Bangladesh; tuttavia, solo il 3,7% della popolazione straniera residente ha tale nazionalità. Tali differenze sono imputabili a una molteplicità di fattori: la struttura per età e genere delle singole comunità, la diversa propensione ad avere figli, la diversa diffusione dei matrimoni con cittadini italiani, i diversi progetti migratori. Negli ultimi anni, inoltre, questo indicatore è stato influenzato anche dalle naturalizzazioni. Se uno o entrambi i genitori hanno completato il relativo procedimento e ottenuto la cittadinanza italiana, i loro figli nati in Italia sono infatti esclusi automaticamente dal contingente degli stranieri, poiché sono italiani.

Nel 2023, oltre 213 mila stranieri hanno acquisito la cittadinanza italiana, un dato in forte crescita rispetto agli anni precedenti. Tale valore segna un incremento del 78,9% rispetto al 2021 ed è il più alto degli ultimi 13 anni. I nuovi cittadini italiani sono soprattutto albanesi e marocchini (2).

**Grafico 1 - Incidenza (valori per 100) di nati da cittadini stranieri - Anni 2001-2023**



**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

**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 2023

Regioni	Madre straniera e padre italiano	Madre italiana e padre straniero	Genitori entrambi stranieri	Genitori entrambi italiani
Piemonte	6,4	3,6	17,9	72,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	8,1	4,3	8,6	79,0
Lombardia	7,7	3,6	19,6	69,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	7,6	4,7	12,8	75,0
<i>Trento</i>	7,4	3,5	12,8	76,3
Veneto	7,0	3,2	18,6	71,2
Friuli-Venezia Giulia	7,5	3,9	17,9	70,7
Liguria	7,1	3,8	19,7	69,4
Emilia-Romagna	7,7	3,7	21,9	66,8
Toscana	6,6	3,0	18,1	72,3
Umbria	7,3	3,7	14,3	74,8
Marche	6,0	2,5	14,3	77,3
Lazio	4,9	2,3	14,2	78,7
Abruzzo	5,1	2,4	10,0	82,5
Molise	4,1	1,4	5,8	88,7
Campania	2,0	0,6	5,3	92,0
Puglia	2,3	0,9	5,4	91,5
Basilicata	2,7	1,1	7,0	89,2
Calabria	2,7	0,7	5,9	90,7
Sicilia	2,4	1,1	5,1	91,4
Sardegna	3,3	1,3	3,9	91,5
<b>Italia</b>	<b>5,3</b>	<b>2,5</b>	<b>13,5</b>	<b>78,7</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

**Tabella 2** - Quota (valori per 100) di nati stranieri per macroarea di cittadinanza per regione - Anno 2023

Regioni	Unione Europea	Altra Europa	Africa settentrionale	Altra Africa	Asia	America centro-meridionale	Altro
Piemonte	22,4	17,2	23,5	18,3	13,1	5,3	0,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	22,6	11,3	35,5	12,9	14,5	3,2	0,0
Lombardia	13,1	14,3	25,4	11,0	27,1	8,9	0,1
<i>Bolzano-Bozen</i>	10,3	36,3	10,3	10,0	29,1	4,0	0,0
<i>Trento</i>	16,7	28,5	13,0	16,5	21,9	3,5	0,0
Veneto	22,8	19,4	16,5	14,0	26,0	1,1	0,2
Friuli-Venezia Giulia	18,9	28,5	7,0	12,4	30,2	2,9	0,1
Liguria	9,1	22,1	22,1	10,8	20,7	15,1	0,1
Emilia-Romagna	15,2	21,1	21,6	17,1	23,0	1,8	0,1
Toscana	12,0	27,8	14,6	12,6	27,9	5,0	0,2
Umbria	21,5	23,4	20,3	17,9	9,9	7,1	0,0
Marche	11,0	24,5	14,2	16,1	30,9	3,3	0,0
Lazio	27,0	11,8	10,3	9,5	35,6	5,6	0,2
Abruzzo	20,2	27,9	22,5	14,2	12,5	2,5	0,1
Molise	12,5	11,5	26,0	26,0	18,8	5,2	0,0
Campania	11,9	15,7	21,5	16,3	31,9	2,7	0,0
Puglia	17,5	19,5	20,1	21,5	20,6	0,7	0,0
Basilicata	20,5	21,8	18,6	22,7	15,0	1,4	0,0
Calabria	24,4	6,9	32,4	15,2	20,1	0,9	0,1
Sicilia	15,7	12,3	31,4	13,0	26,4	0,9	0,2
Sardegna	17,8	11,7	18,5	21,0	28,1	1,8	1,1
<b>Italia</b>	<b>17,0</b>	<b>18,3</b>	<b>20,3</b>	<b>13,8</b>	<b>25,5</b>	<b>5,0</b>	<b>0,1</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

**Tabella 3** - Stranieri (valori per 100) residenti, stima (valori assoluti) di nati stranieri, nati (valori per 100) stranieri e differenza della stima del numero di nati stranieri (2015-2022) per le prime dieci cittadinanze - Anno 2023

Cittadinanze	Stranieri residenti (a)	Stima di nati stranieri	Nati stranieri (b)	Δ stranieri residenti e dei nati stranieri (b-a)
Romania	20,4	7.957	15,5	-5,0
Albania	7,9	5.822	11,3	3,4
Marocco	7,8	6.457	12,6	4,7
Cina	5,9	1.756	3,4	-2,5
Ucraina	5,2	901	1,8	-3,5
Bangladesh	3,7	3.610	7,0	3,3
India	3,3	2.786	5,4	2,2
Egitto	3,1	2.458	4,8	1,7
Pakistan	3,0	2.257	4,4	1,4
Filippine	3,0	901	1,8	-1,2
Altra	36,7	16.542	32,2	-4,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>51.447</b>	<b>100,0</b>	

**Fonte dei dati:** Elaborazione di dati Istat - IstatData. Anno 2025.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

Le nascite sono legate alla quota del numero di parti da donne di nazionalità diversa da quella italiana, che non può essere trascurata nella programmazione sanitaria. In diversi studi è emerso, infatti, che esistono differenze nelle prestazioni dell'assistenza in gravidanza e negli esiti alla nascita a seconda della cittadinanza o del Paese di nascita delle donne (3).

#### Riferimenti bibliografici

- (1) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2024. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2023. Statistiche Report. Disponibile sul sito: [www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2023](http://www.istat.it/comunicato-stampa/natalita-e-fecondita-della-popolazione-residente-anno-2023).
- (2) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2024. Cittadini non comunitari in Italia. Anno 2023. Statistiche Report. Disponibile sul sito: [www.istat.it/comunicato-stampa/cittadini-non-comunitari-in-italia-anno-2023](http://www.istat.it/comunicato-stampa/cittadini-non-comunitari-in-italia-anno-2023).
- (3) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2008. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005. Statistiche in breve.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'ospedalizzazione degli stranieri è tra gli ambiti di maggiore rilievo per l'assistenza sanitaria della popolazione immigrata. Il monitoraggio del fenomeno nel tempo e nel territorio, in particolare dopo l'emergenza sanitaria dovuta al COVID-19, consente di evidenziare le diseguaglianze tra cittadini di paesi diversi rispetto agli italiani e le differenze nel

recupero delle ospedalizzazioni riprogrammate dopo la pandemia.

Anche in questa Edizione del Rapporto si effettuano confronti tra i cittadini provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) e quelli italiani, con dati del 2023 valutati rispetto alla media del periodo pre-pandemico (2017-2019).

### *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 è la SDO del Ministero della Salute, che raccoglie i dati relativi a tutti i ricoveri avvenuti in Italia, sia presso strutture ospedaliere pubbliche sia private. La qualità di questa fonte è costantemente migliorata nel tempo; tuttavia, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri, presenta ancora alcune carenze evidenziate nella tabella con i dati regionali.

Le cittadinanze sono classificate in base sia all'insieme dei Pfpm sia alle prime dieci per numero di residenti nel nostro Paese.

I tassi di ospedalizzazione sono calcolati considerando le persone straniere iscritte nelle liste anagrafiche comunali (residenti in Italia). Sono pertanto esclusi gli stranieri presenti ma non residenti e coloro che non sono in regola con le norme di soggiorno. I residenti, comunque, sono la componente maggioritaria tra gli immigrati, ancorché la più stabile in termini di permanenza nel territorio.

I dati dell'Istat relativi alla popolazione residente, utilizzati come denominatore, derivano dal Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni: i dati riferiti al 31 dicembre 2018 sono stati utilizzati per i tassi 2017-2019, mentre per i tassi 2023 è stata utilizzata 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 dei Pfpm, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dei cittadini italiani residenti.

### *Descrizione dei risultati*

Nel 2023, si sono registrati quasi 8 milioni di ricoveri, in diminuzione dell'8,6% rispetto alla media del triennio 2017-2019 (Tabella 1). I ricoveri in regime di RO, che rappresentano il 78,4% del totale, sono in calo del 9,4% rispetto al periodo pre-pandemico. Il 6% circa

dei ricoveri totali è relativo agli stranieri dei Pfpm, senza variazioni significative negli anni.

I tassi grezzi di ospedalizzazione, pur non consentendo un confronto diretto tra italiani e stranieri, poiché caratterizzati da strutture per età molto diverse, forniscono comunque un'informazione rilevante sull'intensità del ricorso all'Ospedale. Nel complesso, i tassi di ricovero dei cittadini dei Pfpm sono molto più bassi di quelli degli italiani (nel 2023, 79,9 per 1.000 vs 132,3 per 1.000), ma presentano un'elevata variabilità tra le prime dieci cittadinanze, con un range tra minimo e massimo pari a circa 78 ricoveri per 1.000 residenti: Cina e Filippine fanno registrare i valori più bassi, rispettivamente pari a 36,7 e 51,8 per 1.000; all'opposto Albania e Marocco con valori, rispettivamente, pari a 114,6 e 98,3 per 1.000.

Il confronto con i dati del triennio 2017-2019 mostra una diminuzione dei tassi grezzi di ospedalizzazione per i cittadini dei Pfpm più marcata rispetto agli italiani (-19,1% vs -10,8%), in particolare per i cittadini della Cina, del Pakistan, dell'Egitto, dell'India e del Marocco (Tabella 1). Solo in corrispondenza dei ricoveri di cittadini dell'Ucraina si registra un aumento del valore assoluto dei ricoveri pari al 26,4% e del tasso riferito ai residenti pari all'1,9%.

Considerando i tassi std per età, si riduce il divario tra i cittadini dei Pfpm e gli italiani (Tabella 2): nel 2023, il tasso dei primi è pari a 97,0 per 1.000 vs 127,4 per 1.000 degli italiani. La distanza si riduce ulteriormente per i RO con tassi rispettivamente pari a 78,9 e 98,5 per 1.000, mentre si accentua per i ricoveri in DH (18,1 vs 28,9 per 1.000). Non si osservano cambiamenti significativi rispetto al periodo pre-pandemico.

Le donne dei Pfpm hanno tassi std di ospedalizzazione più simili a quelli delle italiane (109,4 vs 128,0 per 1.000), anche a causa dell'elevato numero di ricoveri legati alla gravidanza e al parto. Per le cittadine dell'Albania, del Bangladesh, dell'Egitto e del Pakistan i valori sono più alti rispetto a quelli delle donne italiane (Tabella 2). Al contrario, gli uomini dei

Pfpm si ricoverano meno (92,3 vs 129,0 per 1.000), con l'eccezione dei cittadini dell'Ucraina (131,5 per 1.000) e dell'Egitto, che, con un tasso di 185,7 per 1.000, registrano il valore più elevato del 2023, quasi 1,5 volte quello degli italiani.

I tassi std di ospedalizzazione nel 2023 confermano, inoltre, la maggiore diminuzione rispetto alla media 2017-2019 tra i cittadini stranieri (-12,7% vs -8,4% tra gli italiani), in particolare tra le donne (-13,7% vs -8,8%). 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 in poi, invece, i tassi di ricovero in regime di RO delle donne italiane sono costantemente più alti (Grafico 1). Per gli uomini, il vantaggio dei cittadini dei Pfpm (tasso std in RO nel 2023 pari a 76,4 per 1.000, rispetto a 100,6) è dovuto a livelli di ospedalizzazione più contenuti rispetto a quelli degli italiani a tutte le età, soprattutto nelle classi più elevate (Tabella 2).

Nelle regioni, nel 2023 l'incidenza dei ricoveri di cittadini stranieri dei Pfpm sul totale dei ricoveri ospedalieri varia da un minimo del 1,7% in Sicilia a un massimo dell'8,7% in Emilia-Romagna, con un gradiente geografico che si è mantenuto piuttosto stabile nel tempo. La minore ospedalizzazione dei cittadini dei Pfpm rispetto agli italiani è comune a tutte le regioni. Tuttavia, nelle regioni del Centro-Nord il divario è più

contenuto, mentre nel Mezzogiorno si osserva un divario molto ampio, con tassi std di ospedalizzazione degli stranieri pari a oltre la metà di quelli degli italiani in Molise, Campania, Calabria e Sicilia. Il confronto con la media 2017-2019 mostra tassi inferiori rispetto a quelli precedenti l'emergenza sanitaria in tutte le regioni e, sebbene con intensità diversa, sia per gli stranieri sia per gli italiani (Tabella 3).

Tra gli adulti, nel 2023 le diagnosi principali più frequenti nei ricoveri in regime di RO dei cittadini dei Pfpm e dei cittadini italiani appartengono al gruppo delle malattie del sistema circolatorio, sia per gli uomini sia per le donne (escludendo i ricoveri per gravidanza e parto) (Tabella 4). Per gli uomini dei Pfpm, la seconda causa di ricovero è rappresentata dalle malattie del sistema respiratorio, seguite da quelle dell'apparato digerente, dai tumori, dai traumatismi e dagli avvelenamenti. La seconda causa per gli italiani è rappresentata dai tumori, seguiti dalle malattie dell'apparato digerente, da quelle dell'apparato respiratorio, dai traumatismi e dagli avvelenamenti. Per le donne dei Pfpm, escludendo gli eventi riproduttivi e le malattie del sistema circolatorio, le patologie più frequenti riguardano i tumori e le malattie dell'apparato digerente; per le italiane, invece, oltre ai tumori, si riscontra un'elevata ospedalizzazione per traumatismi e avvelenamenti. Rispetto al triennio 2017-2019, si osserva una generale riduzione dei tassi di ricovero per entrambe le cittadinanze.

**Tabella 1** - Dimissioni (valori assoluti e tasso per 1.000) ospedaliere di pazienti e variazione (valori per 100) per cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anno 2023

Regime di ricovero e Cittadinanza	Valori assoluti		Tassi grezzi		Δ % rispetto media 2017-2019	
	Media (2017-2019)	2023	Media (2017-2019)	2023	Valori assoluti	Tassi grezzi
<b>Totale</b>	<b>8.703.367</b>	<b>7.958.907</b>	<b>144,4</b>	<b>132,7</b>	<b>-8,6</b>	<b>-8,1</b>
Regime ordinario	6.888.879	6.242.335	114,2	104,0	-9,4	-8,9
Regime diurno	1.814.488	1.716.572	30,2	28,7	-5,4	-4,9
<b>Italiani</b>	<b>8.138.012</b>	<b>7.424.107</b>	<b>148,3</b>	<b>132,3</b>	<b>-8,8</b>	<b>-10,8</b>
Regime ordinario	6.432.169	5.815.793	117,2	104,3	-9,6	-11,0
Regime diurno	1.705.843	1.608.314	31,1	28,0	-5,7	-9,8
<b>Pfpm</b>	<b>518.356</b>	<b>486.732</b>	<b>98,8</b>	<b>79,9</b>	<b>-6,1</b>	<b>-19,1</b>
Regime ordinario	417.413	386.521	79,3	63,3	-7,4	-20,1
Regime diurno	100.943	100.211	19,5	16,5	-0,7	-15,3
<b>Prime 10 cittadinanze</b>						
Romania	104.819	85.583	85,3	71,3	-18,4	-16,4
Albania	59.135	58.247	125,0	114,6	-1,5	-8,3
Marocco	54.447	46.751	128,3	98,3	-14,1	-23,4
Cina	18.787	13.979	61,8	36,7	-25,6	-40,7
Ucraina	21.780	27.520	81,8	83,4	26,4	1,9
India	15.154	16.067	99,7	74,9	6,0	-24,9
Filippine	9.799	9.356	60,6	51,8	-4,5	-14,6
Bangladesh	12.604	17.087	92,2	73,6	35,6	-20,2
Egitto	12.551	13.201	100,8	72,7	5,2	-27,9
Pakistan	13.131	13.404	107,2	71,0	2,1	-33,8

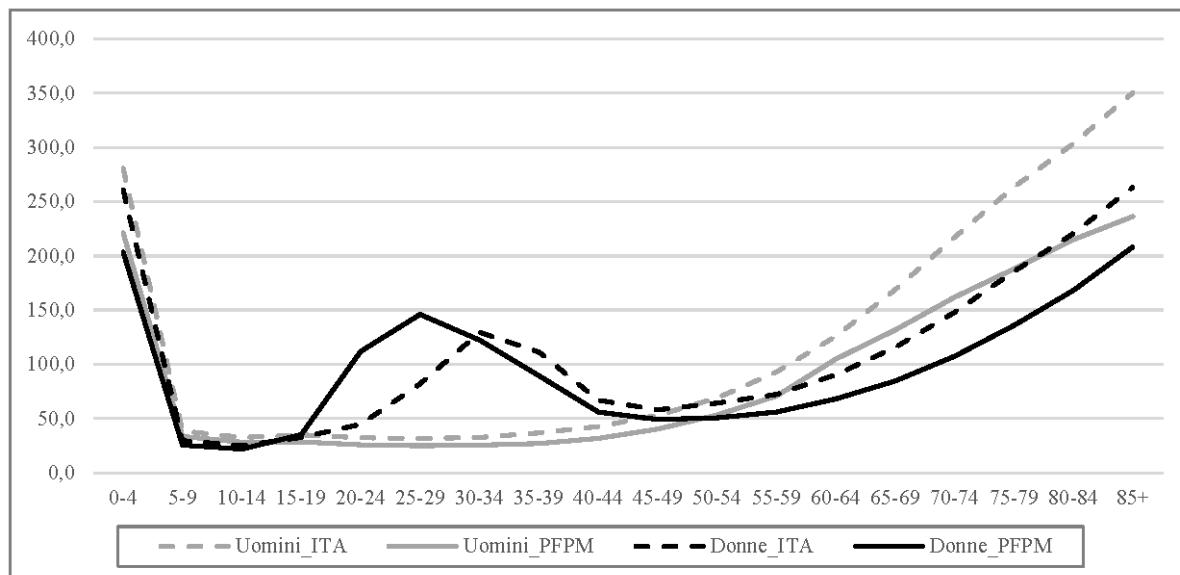
**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

**Tabella 2** - *Dimissioni (tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per genere, cittadinanza e regime di ricovero - Media 2017-2019, anno 2023*

Regime di ricovero e Cittadinanza	Media 2017-2019			2023		
	M	F	Totale	M	F	Totale
<b>Totale</b>	<b>138,5</b>	<b>140,2</b>	<b>138,0</b>	<b>126,6</b>	<b>126,7</b>	<b>125,4</b>
Regime ordinario	109,6	109,4	108,3	99,1	97,7	97,4
Regime diurno	29,0	30,8	29,7	27,4	29,0	28,0
<b>Italiani</b>	<b>140,4</b>	<b>140,3</b>	<b>139,1</b>	<b>129,0</b>	<b>128,0</b>	<b>127,4</b>
Regime ordinario	110,5	109,1	108,7	100,6	98,3	98,5
Regime diurno	29,8	31,3	30,3	28,4	29,7	28,9
<b>Pfpm</b>	<b>103,2</b>	<b>126,7</b>	<b>111,1</b>	<b>92,3</b>	<b>109,4</b>	<b>97,0</b>
Regime ordinario	86,7	103,4	91,7	76,4	87,9	78,9
Regime diurno	16,5	23,3	19,4	15,9	21,4	18,1
<b>Prime 10 cittadinanze</b>						
Romania	101,1	111,6	103,3	95,1	96,7	92,3
Albania	118,3	144,5	130,9	117,4	140,4	127,9
Marocco	98,1	149,4	122,8	87,1	121,0	103,2
Cina	51,1	81,8	67,0	40,0	51,2	45,7
Ucraina	95,3	102,5	95,9	131,5	110,1	107,9
India	93,8	124,5	104,6	85,1	110,2	93,7
Filippine	57,7	78,6	68,8	57,8	67,6	61,9
Bangladesh	89,9	128,6	96,6	74,4	150,6	98,5
Egitto	245,4	248,4	235,0	185,7	165,8	165,7
Pakistan	116,6	173,1	129,4	82,7	138,8	94,5

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

**Grafico 1** - *Dimissioni (tasso specifico per 1.000) ospedaliere di pazienti in regime di Ricovero Ordinario per genere e cittadinanza - Anno 2023*



**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

**Tabella 3** - *Dimissioni (valori per 100 e tasso standardizzato per 1.000) ospedaliere di pazienti per cittadinanza e regione di residenza - Media 2017-2019, anno 2023*

Regioni	Media 2017-2019			2023		
	% Pfpm sul totale	Tassi std Pfpm	Tassi std italiani	% Pfpm sul totale	Tassi std Pfpm	Tassi std italiani
Piemonte	7,1	116,5	131,5	7,5	112,7	125,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	4,8	142,4	157,9	4,7	123,4	152,6
Lombardia	7,7	104,4	131,5	7,5	89,8	121,4
Bolzano-Bozen	6,3	133,1	155,9	6,7	114,8	144,2
Trento	6,8	137,1	142,8	6,1	103,4	133,6
Veneto	7,7	112,6	126,8	7,8	103,6	117,3
Friuli-Venezia Giulia	6,7	126,7	131,1	6,8	92,5	121,8
Liguria	6,0	129,1	153,9	7,1	123,5	143,8
Emilia-Romagna	8,5	119,5	141,2	8,7	108,9	130,7
Toscana	7,0	113,2	132,4	7,4	89,0	123,4
Umbria	7,2	126,9	142,4	6,9	100,9	133,5
Marche	6,8	136,0	140,8	6,6	112,9	129,3
Lazio	6,9	133,8	149,4	7,0	114,3	141,4
Abruzzo	4,3	121,7	145,7	4,4	104,5	134,0
Molise*	-	-	-	2,0	62,7	121,1
Campania	1,6	76,6	160,8	2,0	72,6	134,5
Puglia	1,9	91,9	129,6	2,1	78,9	114,0
Basilicata	2,1	89,6	137,4	2,5	85,8	126,5
Calabria	2,8	78,2	135,5	2,6	67,8	128,7
Sicilia	1,7	78,0	127,7	1,7	61,7	120,4
Sardegna*	-	-	-	-	-	-
<b>Italia*</b>	<b>5,7</b>	<b>112,4</b>	<b>138,8</b>	<b>5,9</b>	<b>96,9</b>	<b>127,0</b>

\*I dati del Molise 2017-2019 e della Sardegna sono stati esclusi dalla tabella per problemi di qualità della variabile "cittadinanza".

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

**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 2023*

Diagnosi principale alla dimissione	Maschi				Femmine			
	Tassi std Media (2017-2019)	Tassi std Pfpm		Tassi std italiani Media (2017-2019)	Tassi std Media (2017-2019)	Tassi std Pfpm		Tassi std italiani Media (2017-2019)
		2023	2023			2023	2023	
II - Malattie infettive e parassitarie	3,1	3,0	2,2	2,3	1,9	1,8	1,5	1,6
II - Tumori	9,2	7,8	13,0	11,6	8,7	8,3	12,0	11,7
III - Malattie endocrine, metaboliche e immunitarie	1,7	1,3	2,0	1,6	2,0	1,8	3,0	2,8
IV - Malattie sangue e organi ematopoietici	0,7	0,6	0,9	0,6	0,9	0,6	0,9	0,6
V - Disturbi psichici	1,9	1,7	3,3	2,8	1,9	1,9	2,9	2,7
VI - Malattie sistema nervoso e organi di senso	3,1	2,5	4,1	3,2	2,4	1,9	3,5	2,7
VII - Malattie sistema circolatorio	19,9	17,6	25,6	22,2	11,2	9,3	13,6	11,0
VIII - Malattie dell'apparato respiratorio	9,9	9,0	11,5	10,3	6,5	5,6	7,2	6,6
IX - Malattie apparato digerente	9,8	8,6	12,2	11,1	8,7	7,4	9,0	8,0
X - Malattie apparato genito-urinario	6,1	6,0	8,4	8,4	6,7	5,6	7,4	6,5
XI - Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	38,2	30,5	24,0	21,2
XII - Malattie cute e tessuto sottocutaneo	0,7	0,6	0,9	0,7	0,4	0,3	0,7	0,4
XIII - Malattie sistema osteomuscolare e connettivo	4,6	4,0	8,1	8,2	5,5	5,2	8,6	8,0
XIV - Malformazioni congenite	0,3	0,3	0,6	0,6	0,4	0,4	0,7	0,7
XV - Condizioni generate in epoca perinatale	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
XVI - Sintomi, segni e stati morbosì mal definiti	2,9	2,1	3,8	2,7	2,4	1,6	2,9	2,0
XVII - Traumatismi e avvelenamenti	7,7	7,2	10,4	9,6	6,0	5,6	9,1	8,6
XVIII - Fattori che influenzano lo stato di salute	4,1	3,4	5,5	5,0	4,7	4,5	6,1	5,6
<b>Totale</b>	<b>85,6</b>	<b>75,6</b>	<b>112,3</b>	<b>101,0</b>	<b>108,6</b>	<b>92,2</b>	<b>113,0</b>	<b>100,7</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. SDO. Anno 2025.

### ***Raccomandazioni di Osservasalute***

L'analisi dei ricoveri di cittadini dei Pfpm conferma la minore ospedalizzazione degli stranieri residenti rispetto agli italiani, già documentata nelle precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute. Da un lato, i tassi di ospedalizzazione più bassi tra gli stranieri, anche al netto della diversa struttura per età, fanno ritenerre che il cosiddetto effetto “migrante sano” (collettivo selezionato di persone che emigrano) persista. Tuttavia, va tenuto presente che gli indicatori si riferiscono esclusivamente agli stranieri residenti. Pur rappresentando la maggioranza, non si può escludere che, qualora fossero calcolabili per gli immigrati non residenti, gli stessi indicatori evidenzierebbero un quadro diverso, poiché la popolazione straniera non residente è un collettivo caratterizzato da elevata

instabilità, minore integrazione, maggiore presenza di situazioni di fragilità ed esposizione al disagio sociale ed economico.

L'analisi ha anche evidenziato una diminuzione dei tassi grezzi di ospedalizzazione rispetto al periodo pre-pandemico, più marcata tra i cittadini dei Pfpm rispetto agli italiani. Ciò può essere la conseguenza di maggiori difficoltà di accesso ai servizi ospedalieri o di una maggiore diffusione di ricoveri a rischio di gestione inappropriata (ridotti durante e dopo la pandemia).

Infine, l'approfondimento del fenomeno per singolo Paese di cittadinanza evidenzia un'elevata variabilità degli indicatori, indicando una spiccata eterogeneità all'interno del gruppo degli stranieri dei Pfpm e fornendo informazioni utili per finalità di salute pubblica.

## Abortività volontaria delle donne straniere in Italia

**Significato.** Monitorare il ricorso all'IVG da parte delle donne straniere permette di disporre di dati utili alla definizione di politiche volte a promuovere la prevenzione delle gravidanze indesiderate nella popolazione di nazionalità non italiana, che, a causa di aspetti socio-culturali diversi in base al Paese di cittadinanza, rappresenta una sfida per i servizi e gli operatori sanitari.

La percentuale di IVG tra le donne straniere indica il loro contributo al fenomeno complessivo, mentre il tasso di abortività volontaria permette di stimarne l'incidenza e di descriverne la variabilità (andamento nel tempo, differenze per area di provenienza, per età etc.).

### *Interruzioni Volontarie di Gravidanza effettuate da donne con cittadinanza straniera*

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

### *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	x 1.000
Denominatore	Popolazione media femminile residente in Italia con cittadinanza straniera	

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

In questo Rapporto, i tassi di abortività sono stati calcolati considerando la cittadinanza per gli anni 2003-2009, 2011 e 2013-2023, tenendo conto della disponibilità dei denominatori forniti dall'Istat.

Per migliorare la confrontabilità dei tassi di abortività tra le donne di diverse cittadinanze, i tassi sono stati standardizzati per eliminare le differenze dovute alle diverse strutture di età della popolazione.

Per approfondire gli aspetti generali dell'indagine sull'abortività volontaria, si rimanda al Capitolo "Salute materno-infantile", in particolare all'Indicatore "Abortività volontaria".

**Valore di riferimento/Benchmark.** I valori di riferimento relativi alla percentuale di IVG tra le donne straniere non sono disponibili, poiché la proporzione dipende in gran parte 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 dif-

ferenze nel ricorso ai servizi sanitari tra i due gruppi di donne.

### **Descrizione dei risultati**

Nel 2023, l'Istat ha notificato 65.493 IVG, rilevando una sottostima rispetto alle SDO per Liguria, Abruzzo, Calabria e Sicilia. Il dato conferma il consolidato andamento temporale di lungo periodo, che registra una riduzione del numero di aborti volontari a partire dal 1982 (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 34,0%, ha iniziato a decrescere lentamente, fino a raggiungere, dopo alcune oscillazioni, il 24,5% nel 2023. Negli ultimi 10 anni, l'aumento della presenza straniera in Italia ha registrato un rallentamento, ma la maggioranza delle donne straniere continua a essere di nazionalità dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm). La percentuale delle IVG effettuate da queste donne è più elevata nel Nord e nel Centro, dove la loro presenza è maggiore rispetto al Mezzogiorno (Tabella 1). Nel 2023, sono 6 le regioni che hanno una quota di IVG effettuate da donne dei Pfpm superiore al 30,0% (nel 2022 erano 8): Emilia-Romagna, Liguria, Lombardia, Toscana, Veneto e Piemonte. In Sardegna, Campania, Puglia e Sicilia si osservano invece i valori più bassi (inferiori al 10,0%).

Gli indicatori sono calcolati separatamente per tre raggruppamenti in base al Paese di cittadinanza delle donne: Pfpm, Paesi a sviluppo avanzato (Psa) e Italia. Questo consente di approfondire il fenomeno per

alcuni sottogruppi, disaggregando i tassi anche per le classi di età.

Come riportato nel Grafico 1, la diminuzione dei tassi di abortività volontaria prosegue in tutti i gruppi presi in esame; in particolare, nel 2023 si osserva una riduzione generale del 69,6% del tasso di IVG rispetto all'inizio del periodo di osservazione (2003) nel gruppo delle donne Pfpm. Nonostante questo forte decremento, le donne dei Pfpm mantengono livelli dell'indicatore significativamente più elevati rispetto a quelli degli altri due gruppi.

Per le donne italiane si conferma una riduzione dei tassi di abortività volontaria, assestati a 5,2 per 1.000 nel 2023, con un'ulteriore diminuzione del 31,0% rispetto al 2003, quando i livelli erano già molto contenuti. Anche per le cittadine dei Psa si registra questa tendenza, ma con un andamento più irregolare nel tempo, dovuto ai valori molto bassi.

La forbice tra i valori delle donne straniere dei Pfpm e quelli delle donne italiane si è notevolmente ridotta nel tempo; nel 2003 le prime presentavano un valore 5,4 volte superiore a quello delle italiane; nel 2023 tale differenza scende a 2,4.

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

Il ricorso all'IVG si è spostato a età più elevate sia per le donne dei Pfpm sia per le donne italiane: per le donne dei Pfpm, il valore più alto del tasso passa dalla classe di età 20-24 anni nel 2013 (32,7 per 1.000) a quella 25-29 anni nel 2023 (20,4 per 1.000). Tra le italiane, nel 2013 il tasso di abortività volontaria presentava valori simili per le tre classi di età contigue: 20-24 (8,7 per 1.000), 25-29 e 30-34 anni (pari merito 8,6 per 1.000), mentre nel 2023 il valore più elevato si riscontra nella classe di età 30-34 anni (7,6 per 1.000). Queste differenze sono dovute principalmente al minore ricorso all'IVG nel tempo da parte delle donne più giovani, che mostrano un calo più significativo dei tassi, soprattutto tra le donne di età compresa tra 15-19 anni (-64,0% tra le straniere e -33,0% tra le italiane). Nel corso degli anni, a partire dal 2003, nelle prime cinque posizioni della classifica delle IVG per nazionalità delle donne si sono alternate diverse cittadinanze: la Romania, l'Albania e il Marocco hanno avuto una presenza continua, cui si sono aggiunte la Cina e, a partire dal 2016, la Nigeria (Rapporto Osservasalute 2023).

Con riferimento all'andamento 2003-2023 (non disponibile per la Nigeria), si conferma la decrescita dei livelli di abortività tra le donne rumene, albanesi, marocchine e cinesi. Per le prime, la riduzione del tasso std è di notevole entità, pari all'87,0%, anche se il

loro tasso iniziale era notevolmente superiore a quello stimato per le altre cittadinanze. Per le donne cinesi il tasso di abortività diminuisce del 73,0%, mentre per le marocchine e le albanesi rispettivamente del 56,0% e del 53,0%.

Prendendo in esame il periodo 2017-2023, è possibile considerare anche la variazione del tasso relativo alle donne nigeriane (Grafico 2): sono queste a presentare un considerevole decremento (-65,7%), spiegato anche dal fatto che il valore di partenza risulta molto elevato (71,5 per 1.000 nel 2017), praticamente uguale a quello delle donne rumene del 2003 (72,0 per 1.000). Dato che nel calcolo del tasso sono state considerate solo le IVG delle donne residenti in Italia, per omogeneità con il denominatore, che si riferisce alla popolazione femminile residente, si riscontra inevitabilmente il mancato conteggio delle IVG delle donne straniere non residenti, che si differenziano in base alla cittadinanza. Per le donne cinesi, ad esempio, questa quota risulta la più elevata, pari al 9,1% di tutte le IVG da loro effettuate nel 2023; seguono le nigeriane (7,6%), le marocchine (5,5%), le rumene (5,0%) e, infine, le albanesi (4,8%).

La nazionalità, italiana o straniera, comporta anche un accesso diverso ai servizi di IVG (Tabella 2). Mentre tra le donne italiane il 47,5% che effettua una IVG è senza figli, tra le straniere tale valore risulta notevolmente più basso (27,2%) in tutte le regioni. Ciò è dovuto almeno in parte al fatto che, tra le straniere, c'è una maggiore proporzione di donne con figli rispetto alle italiane.

Differenze per cittadinanza si riscontrano anche considerando le IVG precedenti: le donne straniere presentano valori percentuali molto superiori a quelli delle italiane (nel complesso, 30,8% vs 20,3%), in tutte le regioni, fatta eccezione per il Molise, dove le donne italiane superano le straniere (+2,2 p.p.). Nonostante tale percentuale sia diminuita nel tempo, è possibile intervenire per un'ulteriore riduzione, lavorando sulla prevenzione secondaria quando le donne si presentano per un'IVG. Le regioni che presentano almeno un terzo di IVG ripetute tra le donne straniere sono il Piemonte (33,1%), l'Umbria (33,3%), l'Emilia-Romagna (33,9%), la Valle d'Aosta (34,4%), la PA di Bolzano (35,7%), la Sardegna (36,3%), la Toscana (36,3%), la Liguria (36,4%) e, infine, la Puglia (37,2%).

Il ricorso alla procedura farmacologica dipende dalla sua disponibilità sul territorio, ma anche la conoscenza dei servizi e la loro accessibilità possono fare la differenza. Le donne straniere hanno più difficoltà a muoversi all'interno dei servizi sanitari, come dimostrano sia il minore utilizzo dell'IVG farmacologica (56,1% vs 59,4% tra le italiane), sia la minore quota di IVG effettuate precocemente (74,5% vs 76,2%), sia il maggiore ricorso al Consultorio per il rilascio della certificazione (53,9% vs 42,5%).

Analizzando la situazione delle regioni, si segnalano alcune problematiche meritevoli di attenzione. L'accesso alle IVG farmacologiche da parte delle donne straniere è inferiore di oltre 7 p.p. rispetto a quello delle italiane nelle seguenti regioni: Lazio, Campania, Marche, Valle d'Aosta e Lombardia. Questa distribuzione territoriale non è omogenea a quella della percentuale di IVG eseguite nelle prime nove settimane di gestazione. Le regioni in cui le straniere hanno livelli inferiori rispetto a quelli delle donne italiane di almeno 3 p.p. sono: Molise, Campania, Umbria e Toscana. Il ricorso al consultorio per ottene-

re la certificazione è superiore tra le donne straniere quasi ovunque; poche regioni fanno eccezione: la Toscana, la Valle d'Aosta, il Lazio, l'Abruzzo e la PA di Bolzano.

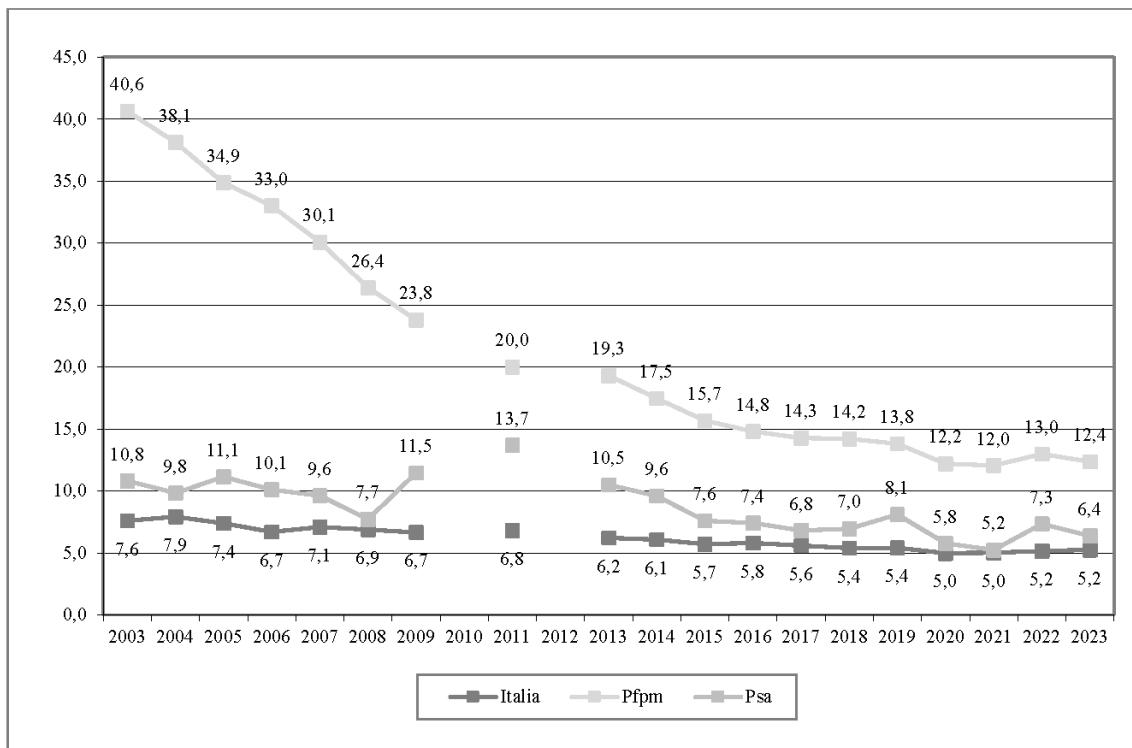
A livello nazionale, non risultano differenze nei tempi di attesa tra le cittadinanze: sia tra le italiane sia tra le straniere, poco più dell'80% delle IVG è stato effettuato entro 14 giorni dal rilascio della certificazione. Tuttavia, emergono differenze a svantaggio delle donne straniere (oltre 1 p.p.) soprattutto nelle seguenti regioni: la PA di Bolzano, la Puglia, la Toscana, le Marche e il Lazio.

**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 2013, 2023

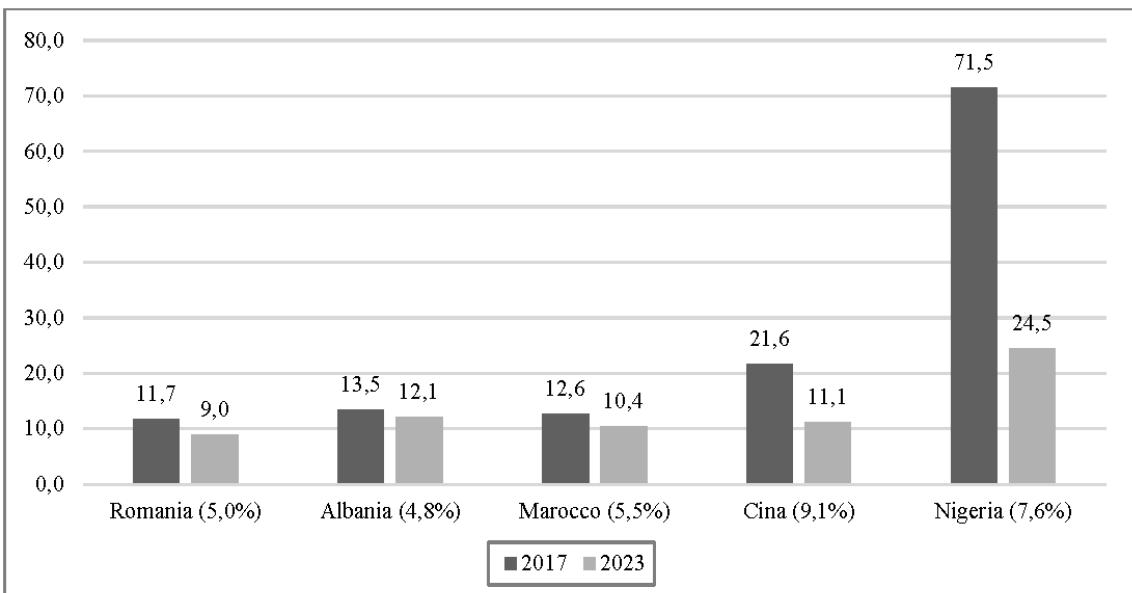
Regioni	2013	2023
Piemonte	37,4	32,0
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	23,2	20,6
Lombardia	39,5	34,3
Trentino-Alto Adige*	37,8	25,9
Veneto	43,8	32,4
Friuli-Venezia Giulia	36,3	27,7
Liguria	38,6	35,1
Emilia-Romagna	43,1	36,1
Toscana	39,8	32,8
Umbria	44,5	27,6
Marche	37,9	29,4
Lazio	32,8	25,7
Abruzzo	27,2	18,8
Molise	18,0	15,2
Campania	13,2	8,3
Puglia	11,0	8,9
Basilicata	12,9	10,4
Calabria	17,6	11,6
Sicilia	15,3	9,9
Sardegna	13,1	6,5
Italia	31,1	24,5

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

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

**Grafico 1** - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per gruppo di cittadinanza - Anni 2003-2023

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

**Grafico 2** - Tasso (standardizzato per 1.000) di abortività volontaria per alcuni Paesi - Anni 2017, 2023

**Nota:** la percentuale tra parentesi indica la quota di IVG effettuate nell'anno 2023 da donne non residenti in Italia e, pertanto, escluse dal computo del tasso.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

**Tabella 2** - Interruzioni Volontarie di Gravidanza (valori per 100) per cittadinanza, numero di figli e di Interruzioni Volontarie di Gravidanza precedenti, tipo di metodo, settimane di amenorrea, certificazioni in Consultorio e giorni di attesa per regione - Anno 2023

Regioni	Senza figli	IVG ripetute	Farmacologico	Entro 9 settimane settimane di amenorrea	Certificazione in Consultorio	Attesa fino a 14 giorni
<b>Italiane</b>						
Piemonte	53,0	21,3	75,4	79,7	61,3	90,3
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	60,6	15,2	70,3	87,7	21,2	81,2
Lombardia	53,6	18,1	50,5	70,0	47,4	70,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	52,6	19,8	49,4	66,7	2,8	80,9
<i>Trento</i>	52,7	18,7	73,8	77,6	75,2	80,6
Veneto	51,5	16,3	52,6	67,8	49,0	69,0
Friuli-Venezia Giulia	52,1	20,5	64,9	75,2	41,7	85,8
Liguria	52,3	26,0	77,7	80,6	52,2	79,8
Emilia-Romagna	53,4	21,5	76,9	83,5	71,0	92,7
Toscana	55,7	19,4	65,6	77,1	60,6	84,7
Umbria	49,1	19,4	70,2	74,0	52,6	77,9
Marche	52,1	18,8	40,0	72,9	69,8	76,4
Lazio	54,7	19,4	64,0	76,6	33,2	87,3
Abruzzo	44,8	23,4	53,4	81,5	46,0	82,4
Molise	49,5	18,9	82,5	92,5	15,1	91,0
Campania	36,9	19,9	47,9	78,4	33,8	76,6
Puglia	37,8	27,8	58,7	82,0	26,0	85,7
Basilicata	35,3	17,9	77,6	75,8	14,0	83,7
Calabria	37,0	19,3	78,3	83,6	42,7	86,1
Sicilia	34,5	18,2	45,1	70,2	20,3	74,6
Sardegna	46,8	18,6	51,2	70,5	12,4	84,6
<b>Italia</b>	<b>47,5</b>	<b>20,3</b>	<b>59,4</b>	<b>76,2</b>	<b>42,5</b>	<b>80,9</b>
<b>Straniere</b>						
Piemonte	30,1	33,1	74,8	79,5	69,6	92,3
Valle d'Aosta- Vallée d' Aoste	46,9	34,4	62,5	85,0	18,8	93,8
Lombardia	26,7	27,8	43,4	68,1	55,0	69,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	27,5	35,7	44,8	66,5	1,7	76,9
<i>Trento</i>	21,1	26,5	70,7	77,6	84,4	86,1
Veneto	25,5	25,4	48,3	68,0	50,7	68,6
Friuli-Venezia Giulia	26,0	27,6	62,9	79,8	46,2	85,9
Liguria	24,1	36,4	76,1	81,2	60,8	83,3
Emilia-Romagna	27,6	33,9	70,4	82,1	75,2	92,9
Toscana	32,2	36,3	58,8	73,6	55,0	82,0
Umbria	25,9	33,3	64,0	69,9	63,7	81,4
Marche	26,1	29,8	31,2	76,1	78,0	73,9
Lazio	33,0	29,9	54,6	74,2	31,7	86,3
Abruzzo	21,6	30,8	50,2	79,7	45,8	83,3
Molise	16,7	16,7	77,1	87,5	20,8	93,8
Campania	17,9	28,6	38,6	73,6	40,2	76,4
Puglia	20,8	37,2	57,9	80,5	37,1	81,7
Basilicata	18,9	24,5	73,6	80,8	15,1	83,0
Calabria	16,3	26,5	74,4	84,7	55,4	90,6
Sicilia	21,1	26,5	41,4	72,3	28,7	74,0
Sardegna	27,4	36,3	54,0	78,8	16,8	85,7
<b>Italia</b>	<b>27,2</b>	<b>30,8</b>	<b>56,1</b>	<b>74,5</b>	<b>53,9</b>	<b>80,6</b>

**Nota:** il numero di figli è determinato dal quesito “Numero di nati vivi precedenti”. Le percentuali sono state calcolate escludendo i casi in cui l'informazione mancava.

**Fonte dei dati:** Istat. Indagine sulle Interruzioni Volontarie di Gravidanza. Anno 2025.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Il decremento dei tassi di abortività tra le donne straniere, osservato negli ultimi anni, riduce il divario riscontrato in precedenza rispetto alle donne italiane. L'ulteriore diminuzione del tasso di abortività, anche tra le donne italiane, induce a pensare che la rivoluzione contraccettiva nel nostro Paese abbia registrato un avanzamento, soprattutto tra le più giovani, che hanno registrato la maggiore diminuzione dell'abortività volontaria. 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, tenendo conto delle diverse nazionalità e culture di origine, evidenziando i differenti comportamenti riproduttivi e valutando l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi sanitari.

Nell'ambito del Progetto “Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza” (CCM 2022) (3), finanziato dal Ministero della Salute, coordinato dall'ISS e conclu-

sosi ad aprile 2025, è stato redatto un documento di sintesi destinato ai decisori e alle organizzazioni sanitarie. Questo comprende raccomandazioni per migliorare l'accesso e la fruizione dell'assistenza sanitaria da parte delle persone con un passato migratorio. È stato, inoltre, effettuato un censimento delle organizzazioni e delle reti nazionali dell'associazionismo e del terzo settore di riferimento per la popolazione straniera.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Ministero della Salute. 2024. Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (Legge 194/1978). Dati 2022. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3493\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/new/sites/default/files/imported/C_17_pubblicazioni_3493_allegato.pdf).
- (2) Istituto Nazionale di Statistica. 2024. L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2023. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (3) Istituto Superiore di Sanità, EpiCentro - L'epidemiologia per la sanità pubblica. 2025. Interventi per migliorare la qualità dei dati, la prevenzione e l'appropriatezza delle procedure per l'IVG: il progetto CCM 2022. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/ivg/progetto-ccm-2022](http://www.epicentro.iss.it/ivg/progetto-ccm-2022).

## Età al parto delle donne straniere in Italia

**Significato.** L'effetto positivo della popolazione straniera sulla natalità si riduce progressivamente nel tempo (1). Le cause alla base di questa contrazione sono diverse: cambiano i motivi di ingresso, dettati negli ultimi anni sempre più dall'emergenza, e, in generale, la popolazione straniera con una storia

migratoria più lunga tende nel tempo ad adottare comportamenti e stili di vita propri del Paese di arrivo. Il grado di maturazione della migrazione, inoltre, come testimoniato dall'aumento delle acquisizioni di cittadinanza, rende più complessa l'analisi della popolazione con *background* migratorio.

### Età media delle madri al parto per cittadinanza

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

### Proporzione di parti per età della madre per cittadinanza

Numeratore	Parti da madri in età $x$ per cittadinanza	$\times 100$
Denominatore	Parti per cittadinanza	

**Validità e limiti.** Gli indicatori sono calcolati a partire dai dati dei CedAP del Ministero della Salute (2). Il CedAP viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti di 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, per il Molise è disponibile anche l'informazione relativa alla cittadinanza della madre, non presente fino al 2021.

L'analisi dei parti per età della madre è effettuata anche in riferimento alle prime dieci cittadinanze delle madri, selezionate in base al dato dell'Istat relativo alle donne residenti nel nostro Paese al 1° gennaio 2024.

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

### Descrizione dei risultati

Nel 2023, in Italia, su 376.804 parti, 71.571 (19,0%) sono riferibili a donne con cittadinanza dei Pfpm. Tale percentuale è sensibilmente più elevata nelle regioni del Centro-Nord, dove la presenza straniera è maggiore: in Emilia-Romagna e in Liguria è pari, rispettivamente, al 30,0% e al 29,5%, seguite dalla Lombardia (28,0%) (Tabella 1).

La distribuzione percentuale dei parti per età della madre (Grafico 1), mostra due risultati rilevanti: da un lato, la curva relativa alle donne dei Pfpm è distribuita su un range di età più ampio rispetto alle italiane; dall'altro, dal confronto tra 2019 e 2023, emerge per entrambi i gruppi di popolazione uno spostamento della curva verso le età più avanzate, segno di un com-

portamento riproduttivo sempre più posticipato. Tra il 2019 e il 2023, questo risultato è particolarmente evidente per le donne straniere dei Pfpm, a partire dai 30 anni, che presentano un'età modale stabile e pari a 29 anni.

L'età media al parto delle donne straniere è di 30,4 anni, con un divario di 2,4 anni rispetto alle italiane, un valore stabile rispetto al 2019 (Tabella 1). Tale età media è più alta in Sardegna (31,4 anni), nel Lazio e nel Molise (entrambe 31,2 anni), e più bassa in Basilicata (30,0 anni), seguita dalla Lombardia (30,7 anni), dalla Puglia e dalla PA di Bolzano (entrambe 30,2 anni).

Se si considera la media delle età in cui si diventa madri, il divario tra italiane e straniere sale a 3,2 anni, con un'età media alla nascita del primo figlio pari a 28,6 anni per le donne dei Pfpm nel 2023.

In Basilicata, Toscana e Liguria, la media delle età alla nascita del primo figlio delle italiane è superiore di oltre 4 anni rispetto a quella delle straniere.

Considerando i parti dopo i 34 anni, età in cui aumenta il rischio di parto pre-termine e di abortività spontanea, per le donne straniere provenienti dai Pfpm tale quota è passata dal 23,2% nel 2019 al 26,4% nel 2023, mentre per le madri italiane arriva al 37,9%, in aumento rispetto al 37,1% del 2019.

Si conferma un significativo cambiamento dei comportamenti riproduttivi delle donne straniere negli ultimi anni, che si avvicinano sempre di più a quelli delle donne italiane. La quota di parti dopo i 34 anni tra le donne straniere è superiore al 30% in Sardegna (33,0%), in Molise (31,8%), in Valle d'Aosta (30,8%) e nel Lazio (30,4%).

I parti prima dei 20 anni costituiscono, invece, una quota residuale per entrambe le cittadinanze (nel

2023: 1,5% Pfpm, 1,0% italiane). A livello regionale, la percentuale di parti di donne straniere dei Pfpm prima dei 20 anni è superiore al 4% solo in Puglia (4,2%) (Tabella 1).

In corrispondenza delle prime dieci cittadinanze, nel 2023 si concentra il 10,6% di tutti i parti avvenuti in Italia; il 7,2% di tutti i parti riguarda le madri rumene, albanesi e marocchine, e rappresenta il 37,9% dei parti da donne straniere dei Pfpm (Tabella 2).

Le classi di età in cui si concentra la quota più elevata di parti sono quelle 25-29 e 30-34 anni; solo per le polacche 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 2023. Tuttavia, le donne polacche risultano avere

un'età media elevata anche alla nascita del primo figlio (32,3 anni). Tra le prime dieci cittadinanze, escludendo le donne polacche, l'età media al primo figlio varia dal valore più basso di 27,1 anni delle albanesi, a 30,3 anni delle ucraine. Nella maggior parte dei casi i valori sono comunque superiori al dato medio del complesso dei Pfpm. L'età media al parto è inferiore alla media di 30,6 anni solo per le madri albanesi (29,1 anni) e superiore per le altre nove cittadinanze. La quota di donne che partoriscono prima dei 20 anni è più alta tra le rumene (3,1%) e le peruviane (2,0%); tra le donne polacche e filippine, invece, partoriscono dopo i 34 anni, rispettivamente, il 46,3% e il 37,9%, percentuali superiori a quelle delle italiane (37,8%).

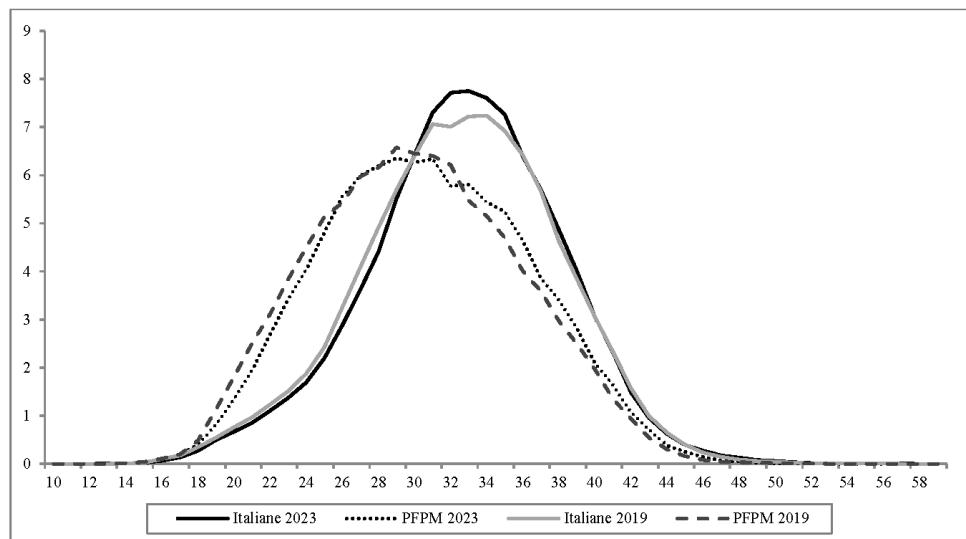
**Tabella 1** - Età media (valori in anni) delle madri al parto e al primo figlio e parti (valori per 100) per cittadinanza della madre e regione di evento - Periodo 2019-2023

Regioni	% Parti da madri dei Pfpm	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	26,0	30,6	32,9	28,5	32,0	1,2	0,7	26,5	37,6
Valle d'Aosta	15,1	30,9	32,6	29,1	31,6	2,9	0,2	30,8	33,6
Lombardia	28,0	30,7	33,3	28,6	32,3	1,4	0,5	27,0	40,4
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>19,3</i>	<i>30,2</i>	<i>31,8</i>	<i>28,0</i>	<i>30,5</i>	<i>1,0</i>	<i>0,6</i>	<i>22,7</i>	<i>28,9</i>
<i>Trento</i>	<i>22,5</i>	<i>30,7</i>	<i>32,7</i>	<i>28,3</i>	<i>31,4</i>	<i>1,5</i>	<i>0,4</i>	<i>25,4</i>	<i>35,6</i>
Veneto	26,3	30,6	33,1	28,4	32,0	0,9	0,6	25,6	39,1
Friuli-Venezia Giulia	24,3	30,5	32,9	28,4	31,8	1,0	0,5	24,5	37,9
Liguria	29,5	30,2	33,2	28,1	32,3	1,8	0,7	23,7	39,7
Emilia-Romagna	30,0	30,6	33,2	28,5	32,2	1,1	0,6	24,9	40,1
Toscana	24,5	30,3	33,6	28,2	32,6	1,4	0,4	23,9	42,8
Umbria	19,4	30,9	33,2	29,8	32,4	1,6	0,5	27,1	40,3
Marche	20,6	30,6	33,4	28,7	32,3	1,2	0,5	25,7	41,2
Lazio	19,5	31,2	33,5	29,9	32,8	1,7	0,7	30,4	43,5
Abruzzo	15,6	30,9	33,0	28,8	32,1	1,5	0,8	28,1	39,7
Molise	7,3	31,2	32,7	28,4	31,5	1,2	1,3	31,8	39,1
Campania	7,3	30,6	32,0	28,6	30,8	2,9	1,5	27,7	32,6
Puglia	7,1	30,2	32,4	28,0	31,2	4,2	1,4	26,5	36,2
Basilicata	9,2	30,0	32,9	27,3	31,7	1,9	0,7	25,6	39,9
Calabria	8,5	30,4	32,3	28,0	31,1	3,2	0,9	27,1	34,9
Sicilia	5,1	30,1	31,6	28,2	30,6	3,2	2,6	26,0	31,8
Sardegna	6,4	31,4	33,5	29,2	32,6	1,3	0,8	33,0	44,0
<b>Italia 2023</b>	<b>19,0</b>	<b>30,6</b>	<b>32,8</b>	<b>28,6</b>	<b>31,8</b>	<b>1,5</b>	<b>1,0</b>	<b>26,4</b>	<b>37,9</b>
<b>Italia 2022</b>	<b>18,9</b>	<b>30,6</b>	<b>32,7</b>	<b>28,6</b>	<b>31,7</b>	<b>1,4</b>	<b>1,0</b>	<b>25,7</b>	<b>37,2</b>
<b>Italia 2021</b>	<b>18,6</b>	<b>30,5</b>	<b>32,7</b>	<b>28,5</b>	<b>31,7</b>	<b>1,4</b>	<b>1,0</b>	<b>25,2</b>	<b>37,7</b>
<b>Italia 2020</b>	<b>19,7</b>	<b>30,2</b>	<b>32,6</b>	<b>28,2</b>	<b>31,5</b>	<b>1,7</b>	<b>1,1</b>	<b>23,9</b>	<b>36,9</b>
<b>Italia 2019</b>	<b>20,0</b>	<b>30,1</b>	<b>32,5</b>	<b>28,1</b>	<b>31,4</b>	<b>2,0</b>	<b>1,2</b>	<b>23,2</b>	<b>37,1</b>

\*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 2025.

**Grafico 1** - Parti (valori per 100) delle donne straniere dei Paesi a Forte Pressione Migratoria e delle italiane per età - Anni 2019, 2023



**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

**Tabella 2** - Età media (valori in anni) delle madri al parto e alla nascita del primo figlio e parti (valori per 100) per le prime dieci cittadinanze della madre - Anno 2023

Cittadinanza	% Parti sul totale	% Parti per età della madre					Totale	Età media	
		<20 anni	20-24 anni	25-29 anni	30-34 anni	35-39 anni		Al parto	Al primo figlio
Romania	2,6	3,1	12,0	23,7	31,4	23,5	6,3	100,0	31,0
Albania	2,3	1,7	17,5	35,7	29,2	13,1	2,8	100,0	29,1
Ucraina	0,6	1,1	9,1	24,4	30,9	25,4	9,0	100,0	31,9
Marocco	2,3	0,7	14,9	27,9	27,6	20,7	8,2	100,0	30,9
Cina	0,5	0,5	10,1	32,6	34,7	16,7	5,5	100,0	30,7
Filippine	0,3	1,3	7,5	25,7	27,6	26,8	11,1	100,0	32,3
Moldova	0,5	1,3	14,7	27,6	27,5	23,0	6,1	100,0	30,7
India	0,9	0,0	6,4	29,2	40,0	20,0	4,4	100,0	31,3
Perù	0,5	2,0	11,5	22,4	27,9	24,5	11,7	100,0	31,8
Polonia	0,1	1,1	5,3	17,7	29,4	30,3	16,0	100,0	33,7
<b>Pfpm</b>	<b>19,0</b>	<b>1,5</b>	<b>13,5</b>	<b>28,9</b>	<b>29,6</b>	<b>20,0</b>	<b>6,5</b>	<b>100,0</b>	<b>30,6</b>
<b>Italia</b>	<b>80,0</b>	<b>1,0</b>	<b>5,7</b>	<b>18,6</b>	<b>36,8</b>	<b>28,2</b>	<b>9,6</b>	<b>100,0</b>	<b>32,8</b>
									<b>31,8</b>

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Nel nostro Paese il processo di denatalità e la posticipazione della maternità proseguono senza segnali di cambiamento significativo. Questi fenomeni coinvolgono sempre di più anche le donne straniere, che nel tempo assumono comportamenti e stili di vita simili a quelli delle donne italiane. Le conseguenze di tali andamenti 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 i divari tra le donne straniere e italiane si riducano sempre più, 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 complica-

zioni della gravidanza e del parto.

In questo contesto, gli indicatori presentati forniscono utili indicazioni a chi deve intervenire con politiche di sostegno della natalità e di contrasto dei determinanti della posticipazione della maternità.

### Riferimenti bibliografici

(1) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2024. Natalità e fecondità della popolazione residente. Anno 2023. Statistiche Report.

Disponibile sul sito:  
[www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf](http://www.istat.it/wp-content/uploads/2024/10/Natalita-in-Italia-Anno-2023.pdf).

(2) Ministero della Salute. Anni vari. Certificato di assistenza al parto (CedAP). Analisi dell'evento nascita.

Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dell-evento-nascita](http://www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dell-evento-nascita).

## Salute del neonato nato da donne straniere in Italia

**Significato.** Gli indicatori proposti consentono di monitorare le condizioni di salute del neonato, che possono essere ricondotte anche all'accessibilità dei servizi sanitari. Le donne straniere, più spesso in condizioni di deprivazione socio-economica, risultano avere maggiori difficoltà a interagire con i servizi

sanitari; ciò può riflettersi in esiti diversi della gravidanza e del parto (1). Un nato pre-termine 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

Numeratore	Nati vivi pre-termine (<37 settimane di gestazione)	x 100
	Nati vivi gravemente pre-termine (<32 settimane di gestazione) per cittadinanza	

### Percentuale di nati vivi sottopeso e fortemente sottopeso da madri straniere

Numeratore	Nati vivi sottopeso (<2.500 grammi)	x 100
	Nati vivi fortemente sottopeso (<1.500 grammi) per cittadinanza	

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

Numeratore	Nati vivi per Classe di punteggio Apgar per cittadinanza	x 100
Denominatore	Nati vivi per cittadinanza	

**Validità e limiti.** Gli indicatori sono calcolati a partire dai dati CedAP del Ministero della Salute (2). Il certificato viene compilato per ogni parto avvenuto in Italia presso i punti di 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, per il Molise è disponibile anche l'informazione relativa alla cittadinanza della madre, non presente fino al 2021.

Gli indicatori sono stati calcolati considerando solo i nati vivi. Il numero dei nati morti per regione mostra, in alcuni casi, valori troppo bassi, che danno luogo a indicatori poco stabili e quindi difficilmente confrontabili tra loro. Pertanto, la percentuale sui nati morti è riportata a livello nazionale solo nel testo, a fini descrittivi, e non è inserita nella tabella.

Per rendere più stabili i risultati, vengono analizzati due anni congiuntamente. Per il biennio 2022-2023, nella selezione dei casi sono stati esclusi quelli relativi a 22 nati con vitalità non indicata. Non sono state considerate valide le nascite con settimane di gestazione mancanti, inferiori a 22 o superiori a 42 (pari allo 0,30% dei nati totali), con peso mancante, inferiore a 500 o superiore a 5.000 grammi (0,11%), con punteggio Apgar non compreso tra 1 e 10 (0,77%).

**Valore di riferimento/Benchmark.** La definizione condivisa dalla letteratura scientifica internazionale identifica le nascite pre-termine come eventi precedenti le 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, i fortemente sottopeso sono quelli con peso <1.500 grammi.

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

Le proporzioni calcolate per le donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) sono confrontate con quelle delle donne italiane di pari età. Per ovviare alla scarsa natalità tra le donne straniere nelle piccole regioni, si considera il biennio 2022-2023.

### Descrizione dei risultati

Nel biennio 2022-2023, i nati vivi da donne dei Pfpm sono risultati pari al 19,0% del totale dei nati vivi. I neonati pre-termine presentano un rischio più elevato di mortalità, morbilità e di compromissione dello sviluppo motorio e cognitivo nell'infanzia rispetto ai neonati nati a termine.

Nel Grafico 1 sono riportati i nati vivi per settimane di gestazione, suddivisi in eventi al di sotto delle 32 settimane e tra 32 e 36 settimane; la somma delle due classi comprende tutti i casi pre-termine, mentre il primo gruppo evidenzia solo i casi gravemente pre-termine. Nel biennio 2022-2023, la quota di nati vivi pre-termine da donne italiane è stata pari al 6,6%, inferiore a quella delle donne straniere dei Pfpm (8,0%); per quanto riguarda i nati vivi gravemente pre-termine si hanno, rispettivamente, i valori 0,8% e 1,2%. La variabilità regionale tra le donne italiane è minima in Basilicata (5,2%) e massima in Sardegna (9,0%). Per le donne straniere, invece, si va dal 4,2% della Valle d'Aosta al 12,9% del Molise (dati caratterizzati da una numerosità particolarmente ridotta).

La condizione di nato morto è più spesso associata a una gravidanza patologica e a una durata gestazionale inferiore al termine fisiologico: il 67,4% dei nati morti presenta un'età gestazionale  $<37$  settimane e oltre un terzo (37,1%)  $<32$  settimane (dati non riportati in Tabella). Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano, rispettivamente, 66,5% e 38,2% per le straniere dei Pfpm e 67,9% e 36,6% per le italiane.

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 inclusa in molti sistemi di dati nazionali e internazionali.

Nel Grafico 2 sono riportati i nati vivi per peso alla nascita, suddivisi in due classi:  $<1.500$  grammi e 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. Risulta una lieve differenza nella quota di nati vivi sottopeso tra le donne italiane e quelle dei Pfpm nel biennio 2022-2023: 6,8% per le prime e 7,0% per le seconde. Con riferimento ai nati vivi fortemente sottopeso, si osservano valori pari a 0,8% per le italiane e a 1,1% per le straniere. La distribuzione regionale della per-

centuale dei nati vivi sottopeso rileva un gradiente Nord-Sud ed Isole: tra le italiane, 5 regioni meridionali hanno percentuali superiori alla media nazionale (con il valore massimo della Sardegna, 8,8%), mentre tra le straniere le regioni sono sette (praticamente tutte, eccetto il Molise) con il valore massimo sempre in Sardegna (9,5%).

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: quasi il 60,0% dei nati morti presenta un peso alla nascita  $<2.500$  grammi e il 29,9%  $<1.500$  grammi. Distinguendo per cittadinanza, tali valori risultano, rispettivamente, pari a 58,9% e 30,1% per le straniere dei Pfpm e a 56,4% e 29,8% per le italiane.

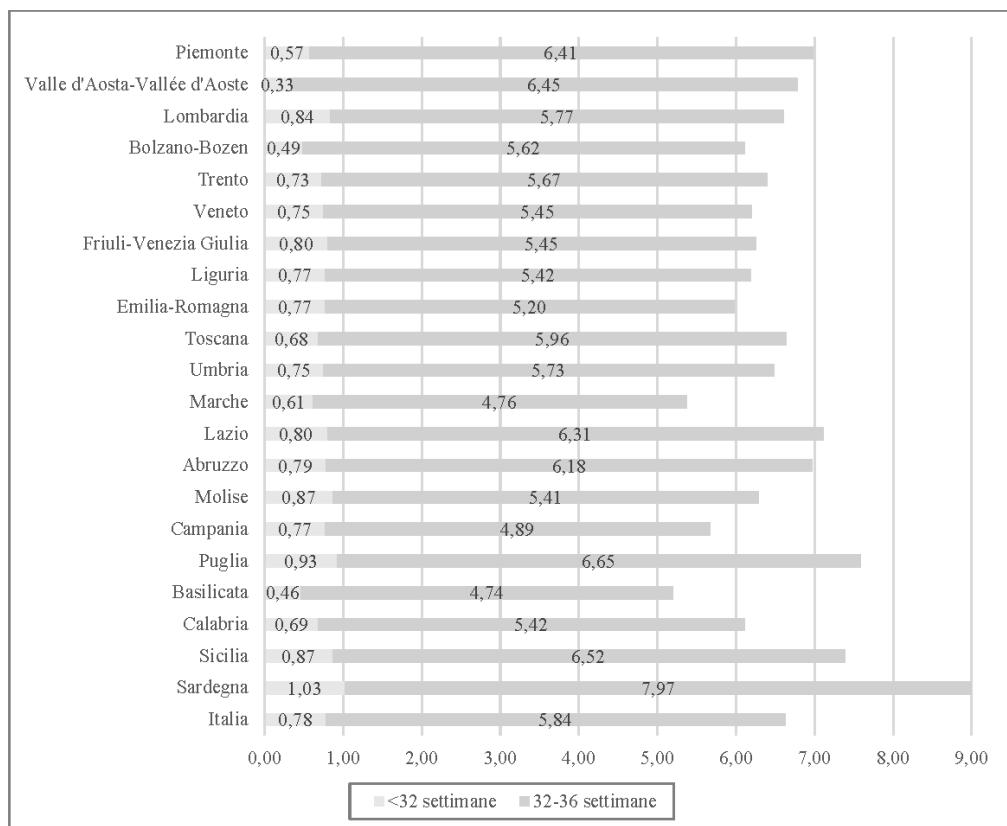
Così come per l'età gestazionale, la differenza tra i due sottogruppi si manifesta principalmente in caso di nati-mortalità: tra le donne dei Pfpm che danno alla luce un nato sottopeso o precoce, è più frequente un esito negativo (nato morto) che positivo (nato vivo) rispetto a quanto osservato tra le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

Considerando, ovviamente, i soli nati vivi, si riporta 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 (punteggio 7-10) (Tabella 1).

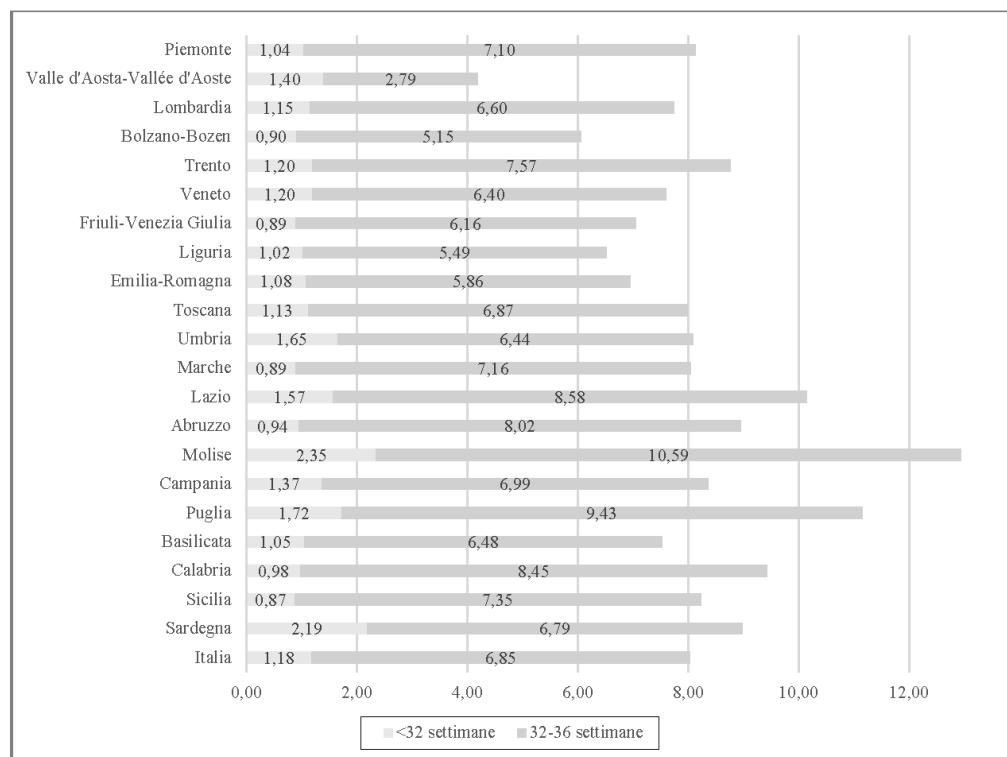
Quest'ultima classe riporta valori elevati sia per le italiane (99,3%) sia per le straniere dei Pfpm (99,0%), con un lieve vantaggio per le prime. Le regioni in cui si registra una percentuale superiore all'1% di nati con punteggio  $<7$  tra le italiane sono: Friuli-Venezia Giulia (1,1%), PA di Trento (1,2%), PA di Bolzano (1,3%), Liguria (1,4%) e Valle d'Aosta (1,5%).

Tra le straniere, invece, risultano ben undici regioni: Campania, Molise e Sardegna (pari merito: 1,2%); Friuli-Venezia Giulia (1,3%); Piemonte e PA di Trento (entrambi 1,4%); Lazio (1,5%); Liguria (1,6%); PA di Bolzano (2,0%).

**Grafico 1 - Nati vivi (valori per 100) per settimane di gestazione, cittadinanza e regione - Biennio 2022-2023**  
**Italiane**

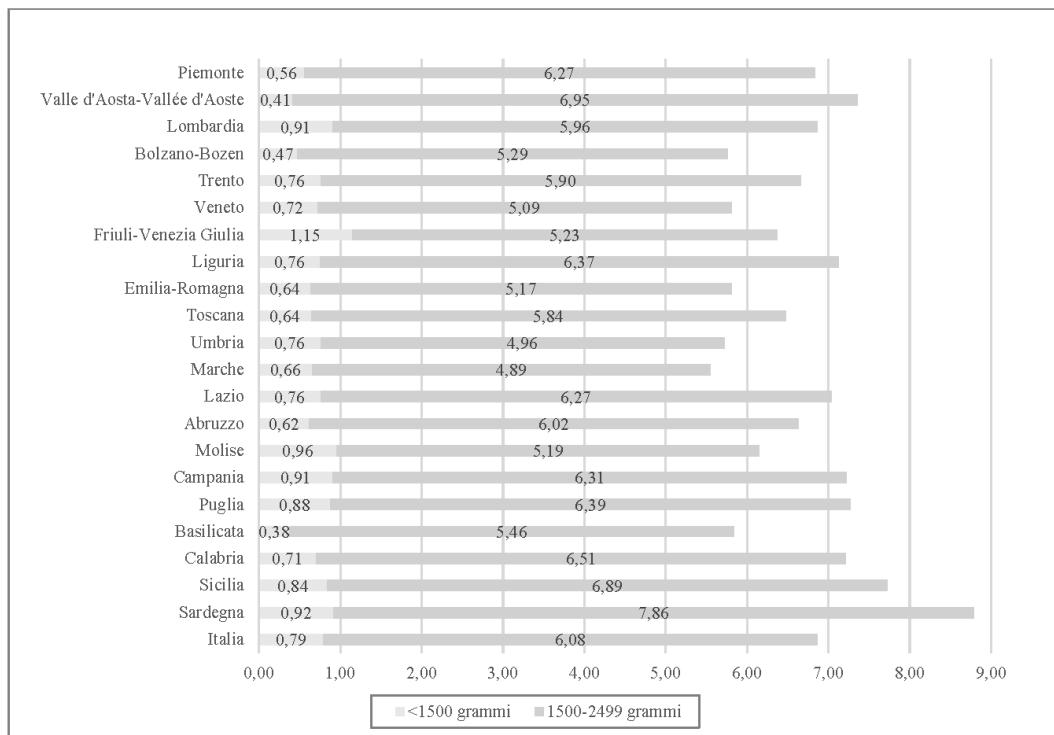


**Paesi a forte pressione migratoria**

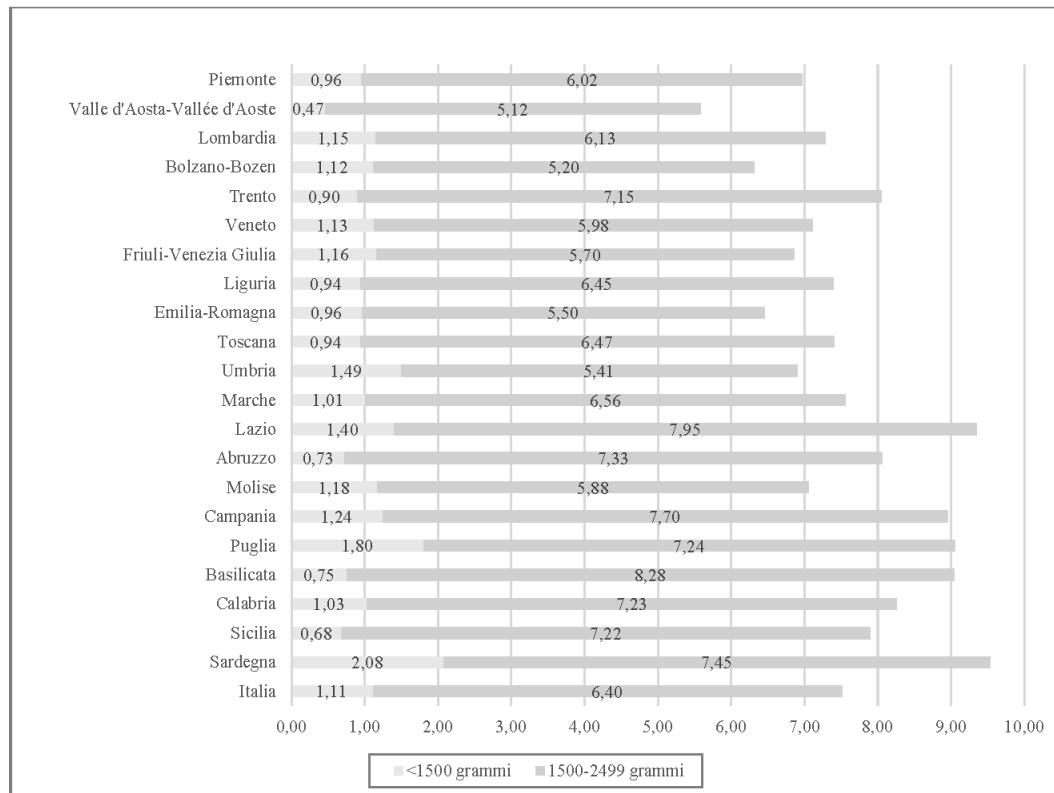


**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

**Grafico 2 - Nati vivi (valori per 100) per peso alla nascita, cittadinanza e regione - Biennio 2022-2023**  
**Italiane**



**Paesi a forte pressione migratoria**



**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025.

**Tabella 1** - *Nati vivi (valori per 100) per cittadinanza, Classe di punteggio Apgar e regione - Biennio 2022-2023*

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

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. 2025.

### Raccomandazioni di Osservasalute

Le condizioni di salute del neonato non dovrebbero differire a seconda del Paese di cittadinanza della madre, soprattutto se la gestazione avviene in Italia, per entrambi i gruppi di donne (italiane e straniere). La presenza di differenze rilevate, pertanto, fornisce indicazioni per analisi più approfondite sui bisogni di salute della popolazione immigrata e per individuare 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 un'età media al parto più avanzata delle madri italiane rispetto a quelle straniere (Indicatore “Età al parto delle donne straniere in Italia”), il che comporta un maggiore rischio per la salute del neonato.

### Riferimenti bibliografici

(1) Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà - INMP. 2019. Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016. Quaderni di epidemiologia. Disponibile sul sito:

[www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Sistema-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-assistenza-sanitaria-allapopolazione-immigrata-risultati-anno-2016-Scarica-il-secondo-numero-della-collana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia](http://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Sistema-di-monitoraggio-dello-stato-di-salute-e-di-assistenza-sanitaria-allapopolazione-immigrata-risultati-anno-2016-Scarica-il-secondo-numero-della-collana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia).

(2) Ministero della Salute. Anni vari. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita](http://www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-dellevento-nascita).

(3) Euro-Peristat Project. 2025. European Perinatal Health Report. Core indicators of the health and care of pregnant women and babies in Europe from 2015 to 2019. Disponibile sul sito:

[www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report-2015-2019](http://www.europeristat.com/publications/european-perinatal-health-report-2015-2019).

## AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia

**Significato.** L'AIDS e l'HIV continuano a suscitare allarme nell'opinione pubblica, alimentando interrogativi sull'eventuale presenza di focolai epidemici associati ai flussi migratori in arrivo nel nostro Paese. Alla luce di ciò, risulta fondamentale proseguire nell'attività di sorveglianza degli andamenti dell'AIDS e dell'HIV tra gli stranieri in Italia, nonostante, da anni, si osservi una progressiva diminuzione dell'incidenza dell'infezione e della malattia conclamata. Tale monitoraggio è volto a fornire agli operatori sanitari e alla popolazione generale una rappresentazione accurata della diffusione del fenomeno, evitando al contempo sia allarmismi infondati, sia sottovalutazioni delle problematiche connesse.

Gli indicatori utilizzati sono i tassi annuali di incidenza delle nuove diagnosi di AIDS e di HIV tra gli stranieri residenti in Italia, di età  $\geq 18$  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, 2); tale registro raccoglie i dati sulle nuove diagnosi di AIDS a livello nazionale e riporta anche la nazionalità delle persone con tale diagnosi. 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  $t+1$  (3). Limitatamente al 2011, sono stati utilizzati i dati del Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (ottobre 2011), che forniscono la popolazione straniera residente per genere, età e singolo Paese di cittadinanza.

Per il periodo antecedente al 2006, i tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri presenti (residenti e non) erano già stati pubblicati in precedenti Edizioni del Rapporto Osservasalute, considerando come denominatore il numero dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure e archiviati presso le banche dati del Ministero dell'Interno. Nell'analisi illustrata di seguito, i tassi antecedenti al 2005 vengono riproposti insieme a quelli sui residenti, per offrire una fotografia più completa degli andamenti temporali dal 1992 al 2023. I dati HIV, invece, provengono dal Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (2, 4), che nel corso degli anni ha ampliato la 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 (2006-2023).

### Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri in Italia

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

### Tasso di incidenza di HIV tra gli stranieri in Italia

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

**Validità e limiti.** Il principale punto di forza dei dati sull'AIDS è rappresentato dal Sistema di sorveglianza nazionale, oramai consolidato e caratterizzato da un elevato livello di copertura territoriale. Il limite principale deriva dalla difficoltà di quantificare con precisione il denominatore, ossia la popolazione straniera presente in Italia (regolarmente o irregolarmente) ai fini del calcolo dei tassi; tale quantità, infatti, può essere ricavata soltanto mediante stime (5).

Per tale ragione, ai fini del Rapporto Osservasalute la 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 sua copertura geografica regionale è aumentata rapidamente a parti-

re dal 2006, poiché il Decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008, che attivava tale sorveglianza in tutte le regioni (4), prevedeva il recupero dei dati a partire da quell'anno. Tuttavia, la copertura di tutto il territorio nazionale è stata raggiunta solo nel 2012; pertanto, le stime di incidenza delle nuove diagnosi di HIV precedenti al 2012 rischiano di non essere rappresentative della situazione nazionale per la mancanza di dati relativi ad alcune regioni.

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

### Descrizione dei risultati

Per quanto riguarda l'AIDS, in Italia nel periodo 1992-2023, tra le nuove diagnosi in persone di età  $\geq 18$  anni, 8.112 sono state rilevate tra i cittadini stranieri. La percentuale di stranieri tra i casi segnalati è passata dal 3% nel 1992 al 33% nel 2023.

Il Grafico 1 illustra il numero di nuovi casi di AIDS (in valore assoluto) per genere e anno di diagnosi. Il numero degli uomini stranieri, 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 nel 2012 (anni in cui si sono registrati, rispettivamente, 212 e 204 casi); a partire dal 2018, i casi sono progressivamente diminuiti.

Negli anni della pandemia da COVID-19 si è registrata una drastica riduzione delle segnalazioni, con il minimo storico di 71 casi nel 2020 e, successivamente, si è osservato un progressivo riallineamento all'andamento pre-pandemico, con 113 casi nel 2023. Per contro, il numero di donne straniere è cresciuto gradualmente, raggiungendo i valori più elevati nel 2010 e nel 2012 (141 e 140 casi), per poi diminuire negli ultimi anni, fino ad assestarsi attorno a 60 casi/anno. L'analisi dei tassi, certamente più interessante dal punto di vista epidemiologico in quanto tiene conto della crescita della popolazione straniera nel nostro Paese, evidenzia come a partire dal 1996, anno in cui cominciano a essere disponibili le nuove terapie efficaci, l'incidenza si sia costantemente ridotta tra gli stranieri, sia uomini sia donne, con un andamento che si conferma anche sui residenti per gli anni successivi al 2005 (Grafico 2).

Si evidenzia, peraltro, come, a fronte della diminuita incidenza dell'AIDS nel tempo, persista ancora nel 2023 una marcata differenza tra i tassi di incidenza tra gli stranieri residenti e quelli tra gli italiani: rispettivamente 4,5 vs 1,4 per 100.000 tra gli uomini (RR=3,4) e 2,2 vs 0,2 per 100.000 tra le donne (RR=10,4).

Riguardo alle aree geografiche di cittadinanza, nel periodo 2012-2023, la maggioranza delle persone straniere con AIDS ha nazionalità dei Paesi dell'Africa subsahariana (39%), dell'Europa Centro-orientale (25%) e dell'America Latina (19%). Tuttavia, si osservano cambiamenti significativi nel tempo. Ad esempio, le persone con AIDS in Africa subsahariana sono diminuite dal 2012 al 2022, passando dal 41% al 33%, mentre quelle dell'Europa Centro-orientale, nello stesso periodo, sono cresciute in proporzione, dal 21% al 28% (dati non mostrati nei grafici).

Passando all'HIV, tra il 2006 e il 2023 sono state segnalate al Sistema di sorveglianza circa 52 mila nuove diagnosi tra i maggiorenni residenti, di cui poco più di 15.000 a carico di stranieri (29,1%). Tra questi ultimi, si è osservato un andamento crescente nel numero assoluto di diagnosi di HIV fino al 2016: in particolare, le diagnosi sono passate da 573 a 1.216 casi. Tale crescita può essere spiegata sia dall'allargamento della copertura territoriale del Sistema di sorveglianza (che nel 2012 raggiunge la piena copertura nazionale), sia dall'aumento della presenza di stranieri in Italia.

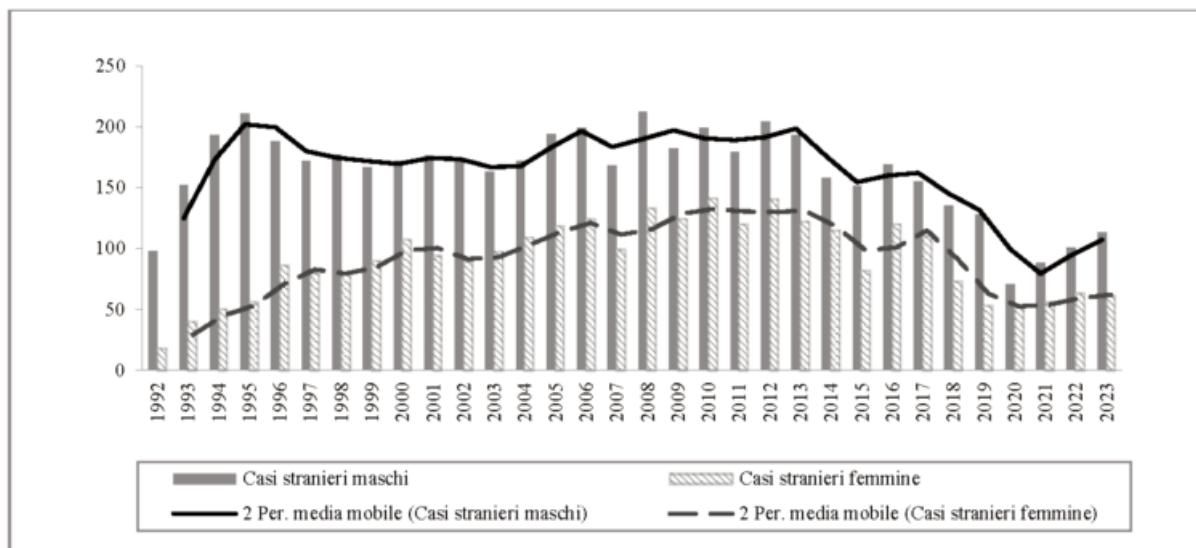
A partire dal 2017, il numero si è ridotto fino al minimo storico nel 2020 (418 casi), con un lieve rialzo negli anni successivi, analogamente a quanto osservato per i casi di AIDS, dovuto ai ritardi nella diagnosi e/o nella notifica durante la pandemia.

Per quanto riguarda i tassi di incidenza (Grafico 3), tra il 2006 e il 2013 si è osservata una diminuzione tra gli stranieri (da 51,3 per 100.000 nel 2006 a 32,7 per 100.000 nel 2009 e a 23,9 per 100.000 nel 2013), seguita da un leggero rialzo con un picco nel 2016 (30,5 per 100.000) e, infine, da una nuova riduzione fino al 2020 (10,3 per 100.000). Nel 2023 il valore in risalita si è attestato al 17,6 per 100.000 stranieri residenti. Per contro, l'incidenza dell'HIV tra gli italiani ha continuato a ridursi, rimanendo negli ultimi anni intorno a 3 per 100.000 residenti. Il RR per gli stranieri rispetto alla popolazione italiana è risultato nel 2023 pari a 5,8.

Persistono, infine, importanti differenze di genere, con tassi nettamente più elevati tra gli uomini, sia stranieri sia italiani (Grafico 4). Occorre, tuttavia, sottolineare che il rischio relativo delle donne straniere rispetto alle italiane è molto più elevato (RR=16,7) rispetto a quello a carico degli uomini stranieri (RR=4,0).

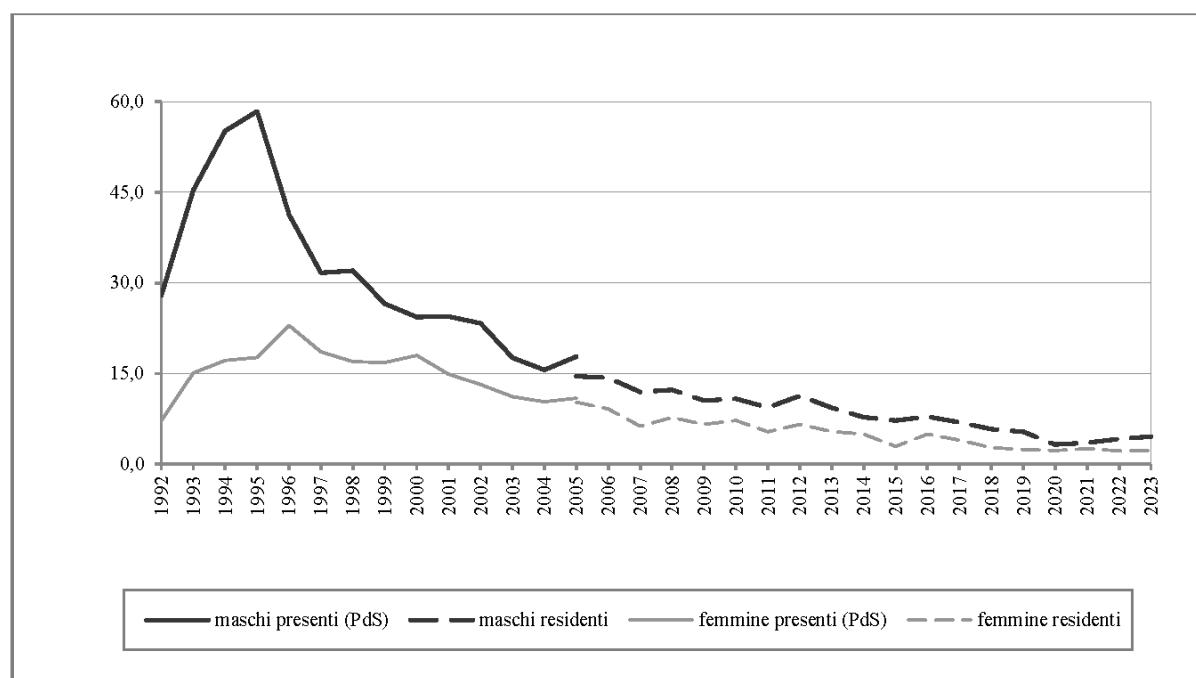
Riguardo alle aree geografiche di provenienza, nel periodo 2012-2023, la maggioranza degli stranieri con una nuova diagnosi di HIV proviene dall'Africa subsahariana (40%), dall'America Latina (24%), dall'Europa centrale (13%) e dall'Europa orientale (8%). Tuttavia, le diagnosi in persone provenienti dall'Africa subsahariana sono diminuite nel tempo, passando dal 41% nel 2012 al 35% nel 2023, mentre le diagnosi in persone provenienti dall'America Latina e dall'Europa orientale sono aumentate in proporzione passando, rispettivamente, dal 23% al 25% e dal 7% al 13% 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 1992-2023



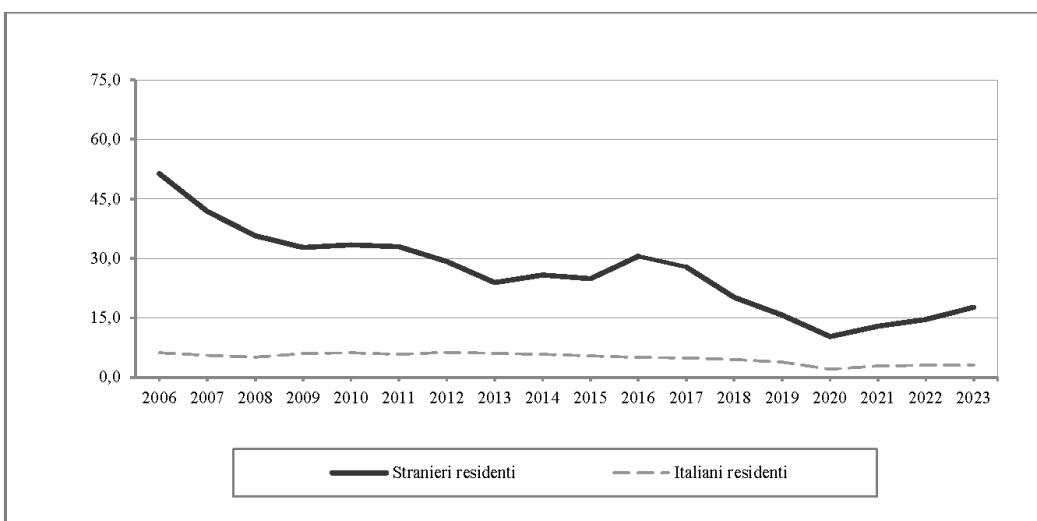
**Fonte dei dati:** ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2025.

**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 1992-2023



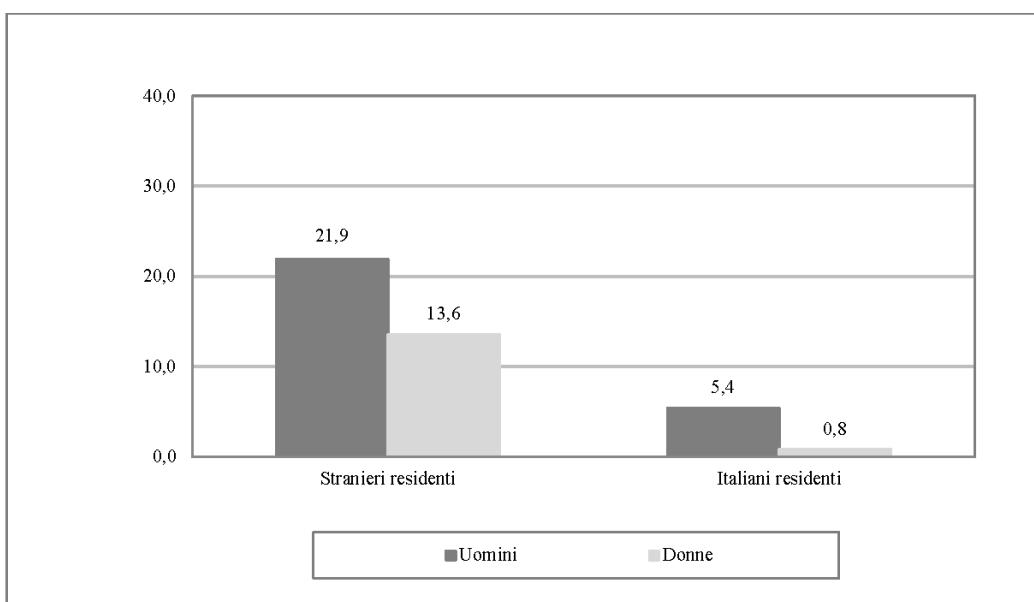
**Fonte dei dati:** ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2025.

**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 2006-2023



**Fonte dei dati:** ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2025.

**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 2023



**Fonte dei dati:** ISS. Centro Operativo AIDS. Anno 2025.

#### Raccomandazioni di Osservasalute

L'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia è riportato in letteratura come 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 gli andamenti epidemiologici nazionali (6). 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: da una parte, l'innovazione terapeutica con l'arrivo di trattamenti farmacologici altamente efficaci; dall'altra, 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 irregolari di accedere alle cure essenziali, in particolare alla profilassi, alla diagnosi e alla cura delle malattie infettive. Tutto ciò porta a riaffermare la centralità dell'accesso alle cure nell'ambito

delle strategie di promozione e di tutela della salute collettiva.

Per quanto riguarda l'infezione da HIV, la riduzione dei tassi di incidenza registrata nell'arco degli 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, che riduce la carica virale e, di conseguenza, la probabilità di trasmissione del virus. Nelle passate Edizioni del Rapporto Osservasalute era stata messa in evidenza la lieve ripresa, nel 2016, dei livelli di incidenza dell'HIV tra gli stranieri (ma non tra gli italiani) rispetto agli anni precedenti. Tale incremento si è successivamente ridimensionato e probabilmente è da attribuire a un maggiore livello di attenzione alle malattie infettive tra gli stranieri, in conseguenza del fenomeno degli sbarchi: ciò ha determinato un maggiore ricorso allo screening per l'HIV, ad esempio presso i Centri di accoglienza per richiedenti protezione internazionale. Si è trattato, dunque, di un lieve aumento dovuto a un'efficace e tempestiva azione di emergenza del bisogno, più che a una reale ripresa dell'infezione tra gli stranieri.

A tale 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 e attualmente vigenti: offrire il test HIV a tutti i soggetti dai 16 anni e oltre, provenienti da 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 (trasfusioni di sangue o di emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali), o presentino concomitante Infezione Sessualmente Trasmessa (IST) o infezione tubercolare. Il test HIV è altresì offerto ai minori di 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 IST o infezioni tubercolari (7). Le suddette Linee Guida non prevedono di effettuare screening di massa sui migranti all'arrivo, bensì, più propriamente, di garantire, in fase di seconda accoglienza, la ricerca attiva dell'infezione da HIV per 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, per agevolare l'accesso al test, ove possibile, con orari di apertura adeguati e la presenza di mediatori culturali. Il test HIV in gravidanza, inoltre, ha consentito

negli ultimi anni di rilevare una quota di donne straniere positive all'HIV tra quelle a cui era stato prescritto come accertamento di routine. La gratuità dell'assistenza e delle terapie antivirali per tutte le persone HIV positive presenti nel nostro Paese (inclusi gli stranieri irregolari) rappresenta senz'altro uno strumento di cura prezioso ed efficace per contribuire alla riduzione della diffusione dell'epidemia. Durante l'emergenza pandemica, la marcata diminuzione del numero di nuove diagnosi di HIV e di casi di AIDS conclamato può essere stata legata sia a un ridotto numero di test effettuati (minore accesso spontaneo al test, ridotta offerta del test da parte dei servizi sanitari, basso numero di iniziative di screening), sia a un effettivo decremento dell'incidenza da HIV a seguito delle restrizioni governative messe a punto per il contrasto del COVID-19.

Rimane a tutt'oggi la distanza nel carico di infezioni/malattie tra gli italiani e gli immigrati, con rischi relativi per questi ultimi molto superiori all'unità. Questo dimostra come HIV e AIDS rappresentino ancora un'area critica per la salute della popolazione straniera e richiedano sforzi costanti da parte degli operatori sanitari per garantire azioni preventive più efficaci, l'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 del Ministro della Sanità del 28 novembre 1986. "Inserimento nell'elenco delle malattie infettive e diffuse 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, Serie Generale, N. 288 del 12 dicembre 1986.
- (2) Regine, V., L. Pugliese, M. Ferri, M. Santaquilani, e B. Suligoi. 2024. "Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2023". Notiziario dell'Istituto Superiore di Sanità, Volume 37, N. 11: 3-59. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/aids/pdf/coa-2024.pdf](http://www.epicentro.iss.it/aids/pdf/coa-2024.pdf).
- (3) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. IstatData. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (4) Decreto del Ministro della Salute del 31 marzo 2008. "Istituzione del sistema di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezioni da HIV". Gazzetta Ufficiale, Serie Generale, N. 175 del 28 luglio 2008.
- (5) Fondazione ISMU ETS. 2023. Ventottesimo Rapporto sulle migrazioni 2022. Milano: FrancoAngeli. Disponibile sul sito: <https://series.francoangeli.it/index.php/oa/catalog/view/938/789/5396>.
- (6) Baglio, G., R. Di Palma, E. Eugeni, e A. Fortino. 2017. "Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute?". Epidemiologia & Prevenzione, Volume 41, N. 3-4, Suppl. 1: 57-63. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.19191/EP17.3-4S1.P057.066>.
- (7) Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2017 (aggiornato nel 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. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG\\_Migranti-web.pdf](http://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf).

## Tubercolosi tra gli stranieri in Italia

**Significato.** La fonte dei dati per il monitoraggio dell’andamento dei casi di Tubercolosi (TB) in Italia è il Sistema nazionale di notifica delle malattie infettive (PREMAL), istituito con DPCM del 3 marzo 2017 e regolamentato con DM del 7 marzo 2022 (1). I dati qui riportati sono stati estratti da PREMAL e, per il periodo 2009-2021, sono inclusi nel Rapporto “I casi di Tubercolosi in Italia - Periodo 2009-2021”, prodot-

to nell’ambito dell’attività del CCM (2). I dati di notifica nazionali sono annualmente segnalati al Sistema di Sorveglianza Europeo (*European Surveillance System*) dell’ECDC e sono disponibili sulla piattaforma di consultazione “Surveillance Atlas of Infectious Diseases” (3) e nel Rapporto annuale “Tuberculosis surveillance and monitoring report in Europe 2025 (2023 data)” (4).

### Casi di tubercolosi tra le persone nate all'estero

Numeratore	Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero	x 100
Denominatore	Casi di tubercolosi totali	

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

Numeratore	Casi di tubercolosi notificati in persone nate all'estero	x 100.000
Denominatore	Popolazione residente straniera	

**Validità e limiti.** Nel PREMAL sono disponibili informazioni sia sulla cittadinanza sia sul Paese di nascita; tuttavia, tali dati risultano parzialmente compilati. Di conseguenza, per gli indicatori qui illustrati, si è scelto di identificare gli stranieri in base al Paese di nascita: i casi di TB attribuiti a persone straniere si riferiscono quindi agli individui nati all'estero. Per la costruzione degli indicatori nel periodo 2006-2023, invece, come denominatore è stato utilizzato il numero di cittadini stranieri residenti in Italia, secondo i dati dell’Istat, definiti in base al Paese di cittadinanza. Il principale limite di questo approccio risiede, pertanto, nell’impossibilità di costruire un indicatore di incidenza basato su un numeratore e un denominatore perfettamente omogenei tra loro. Pur consapevoli che l’indicatore così ottenuto non rappresenti un tasso di incidenza in senso stretto, si è ritenuto utile fornire comunque una misura capace di descrivere l’andamento del fenomeno nel tempo. Un’ulteriore criticità riguarda, per definizione, l’esclusione dal denominatore delle persone non residenti e di quelle temporaneamente presenti (con o senza permesso di soggiorno), che possono invece essere incluse nel numeratore. Per tali motivi, le frequenze calcolate devono essere considerate a titolo indicativo.

Infine, si segnala che, a partire dal 2020, la notifica delle malattie infettive in Italia ha subito gli effetti della pandemia da COVID-19, con conseguenti fenomeni di sotto-diagnosi e sotto-notifica, probabilmente legati alla difficoltà di accesso ai servizi sanitari. A partire dal 2023, si osserva una ripresa progressiva della numerosità dei casi notificati dal Sistema di sorveglianza.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Per i confronti si fa riferimento al valore dell’indicatore calcolato sulla popolazione totale, valutando la tendenza, o meno, alla riduzione nel periodo considerato. I dati regionali, inoltre, vengono confrontati con quelli nazionali per evidenziare eventuali differenze nella distribuzione territoriale.

### Descrizione dei risultati

L’Italia è classificata dall’OMS come Paese a bassa endemia di TB, poiché registra un’incidenza inferiore a 10 casi per 100.000 abitanti. Nel 2023, nel complesso sono stati notificati 2.893 casi di TB, pari a un tasso totale di 4,9 per 100.000 residenti in Italia. Il 73% dei casi ha interessato le forme polmonari, una proporzione stabile dal 2009. La Tabella 1 riporta il numero di casi di TB notificati in Italia tra le persone nate all'estero nel periodo 2006-2023, per ciascuna regione in cui è stato possibile attribuirli. L’andamento del numero assoluto e relativo di casi è stato variabile, con una tendenza opposta tra i nati in Italia e quelli all'estero (Tabella 2). A partire dal 2010, la quota di casi notificati tra le persone nate all'estero ha superato quella dei nati in Italia. In particolare, negli anni 2016-2018, 2020 e 2021, la percentuale di casi attribuibili alle persone nate all'estero ha raggiunto valori prossimi al 60,0% e, nel 2023, ha superato tale percentuale (60,3%; Grafico 1).

Nel 2023, le notifiche di TB sono state più frequenti negli uomini rispetto alle donne in tutte le classi di età, a eccezione della classe di età 0-4 anni, con un rapporto complessivo uomini/donne pari a 2,2. Le classi di età più rappresentate in termini assoluti sono state: 25-

34 anni (19,3%),  $\geq 65$  anni (18,6%), 35-44 anni (16,1%) e 15-24 anni (15,9%) (Grafico 2).

La maggiore parte delle notifiche di TB ha riguardato persone nate all'estero (60,3%). Questa prevalenza si è osservata soprattutto nelle classi di età tra i 15-54 anni; al contrario, nelle restanti classi di età prevalgono le persone nate in Italia.

Nel periodo 2006-2023, il tasso di incidenza totale ha mostrato una tendenza a diminuire, passando da 7,62 casi per 100.000 residenti nel 2006 a un minimo di 3,86 nel 2020. Successivamente, si è registrata una lieve ripresa, con valori pari a 4,20 nel 2021, 4,13 nel 2022 e 4,77 nel 2023. Tra i nati in Italia, valori più bassi si sono osservati negli anni della pandemia da COVID-19 (nel 2020 e nel 2021) con tassi, rispettivamente, pari a 1,75 e 1,93 per 100.000 residenti (Tabella 2, Grafico 3).

In generale, si osserva l'aumento della popolazione straniera residente in Italia, da 2.938.922 nel 2006 a 5.235.658 nel 2023, controbilanciato da una significativa e costante riduzione del tasso di incidenza della TB tra gli stranieri, da 71,73 casi per 100.000 nel 2006 a 32,28 per 100.000 nel 2023, con un valore minimo di 25,60 per 100.000 nel 2022 (Tabella 2, Grafico 3).

Nel complesso, nel 2023, la maggiore parte dei casi notificati tra i nati all'estero ha riguardato i nati in Romania (7,8%). Nel 2023, i principali Paesi di nascita con un tasso di incidenza della TB  $\geq 100$  casi per 100.000 abitanti sono stati: Somalia (335,69 casi), Gambia (329,88 casi), Guinea (279,57 casi), Eritrea (154,83 casi), Pakistan (152,79 casi), Costa d'Avorio (147,07 casi), Camerun (115,21 casi), Afghanistan (105,94 casi), Burkina Faso (104,62 casi) e Mali (103,27 casi) (Tabella 3).

**Tabella 1 - Casi (valori assoluti) di tubercolosi tra le persone nate all'estero per regione - Anni 2006-2023**

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Piemonte	207	152	203	239	237	242	222	225	184	184	227	210	202	154	181	225	226	182
Valle d'Aosta	1	3	1	0	0	0	4	1	2	2	1	0	1	0	n.d.	n.d.	n.d.	n.d.
Lombardia	585	589	723	619	695	640	530	n.d.	n.d.	667	443	497	437	416	591	423	299	
Bolzano-Bozen	9	15	24	20	36	21	17	31	32	28	16	25	14	6	2	4	17	
Trento	7	18	10	23	20	16	12	13	21	12	8	16	17	16	10	8	3	19
Veneto	267	n.i.	n.i.	227	238	229	184	223	237	210	198	196	155	128	15	43	136	
Friuli-Venezia Giulia	13	29	27	39	35	40	38	29	33	42	48	75	61	26	42	49	52	
Liguria	37	61	47	62	58	67	58	60	64	54	48	50	70	35	20	18	20	46
Emilia-Romagna	264	2688	253	283	321	286	336	289	292	256	280	288	278	259	333	322	291	244
Toscana	171	170	182	196	225	192	181	170	177	175	186	171	164	113	25	33	42	153
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.	16	
Marche	40	43	59	42	65	21	27	39	58	57	25	63	28	3	9	7	37	
Lazio	332	396	345	335	375	422	393	382	389	368	378	381	388	321	25	48	168	216
Abruzzo	8	11	n.d.	0	1	0	19	19	13	8	16	14	13	22	4	9	4	17
Molise	3	0	2	1	2	0	0	0	3	2	3	7	7	3	n.d.	n.d.	0	
Campania	68	83	72	46	126	68	64	96	100	123	78	83	75	5	12	11	113	
Puglia	25	36	34	47	43	64	58	35	34	28	62	68	62	26	102	60	n.d.	51
Basilicata	1	6	1	n.d.	3	2	3	12	6	4	4	2	2	4	1	n.d.	6	
Calabria	15	9	18	30	34	21	11	25	27	46	22	20	21	13	17	1	1	9
Sicilia	30	64	11	63	53	70	102	127	157	167	95	165	166	90	36	40	22	74
Sardegna	2	6	3	8	8	8	n.d.	0	2	1	44	9	10	6	1	2	2	9
<b>Italia</b>	<b>2.108</b>	<b>1.990</b>	<b>2.027</b>	<b>2.053</b>	<b>2.575</b>	<b>2.444</b>	<b>2.310</b>	<b>1.740</b>	<b>1.816</b>	<b>1.794</b>	<b>2.419</b>	<b>2.289</b>	<b>2.329</b>	<b>1.797</b>	<b>1.339</b>	<b>1.437</b>	<b>1.316</b>	<b>1.696</b>

n.d. = non disponibile.

n.i. = non indicato.

**Nota:** Sono esclusi i casi di tubercolosi per i quali non è nota la regione di competenza.**Fonte dei dati:** Ministero della Salute, Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

**Tabella 2** - Popolazione (valori assoluti) residente, casi (valori assoluti) e tasso (valori per 100.000) di incidenza di tubercolosi tra le persone nate all'estero e in Italia per regione - Anni 2006-2023

Anni	Popolazione residente totale	Stranieri residenti	Italiani residenti	TBC casi totali	TBC nati all'estero	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	4.555	1.990	2.565	7,64	57,97	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
<b>2023</b>	<b>58.971.230</b>	<b>5.253.658</b>	<b>53.717.572</b>	<b>2.814</b>	<b>1.696</b>	<b>1.118</b>	<b>4,77</b>	<b>32,28</b>	<b>2,08</b>

**Nota:** sono esclusi i dati per i quali non è nota la regione di competenza.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

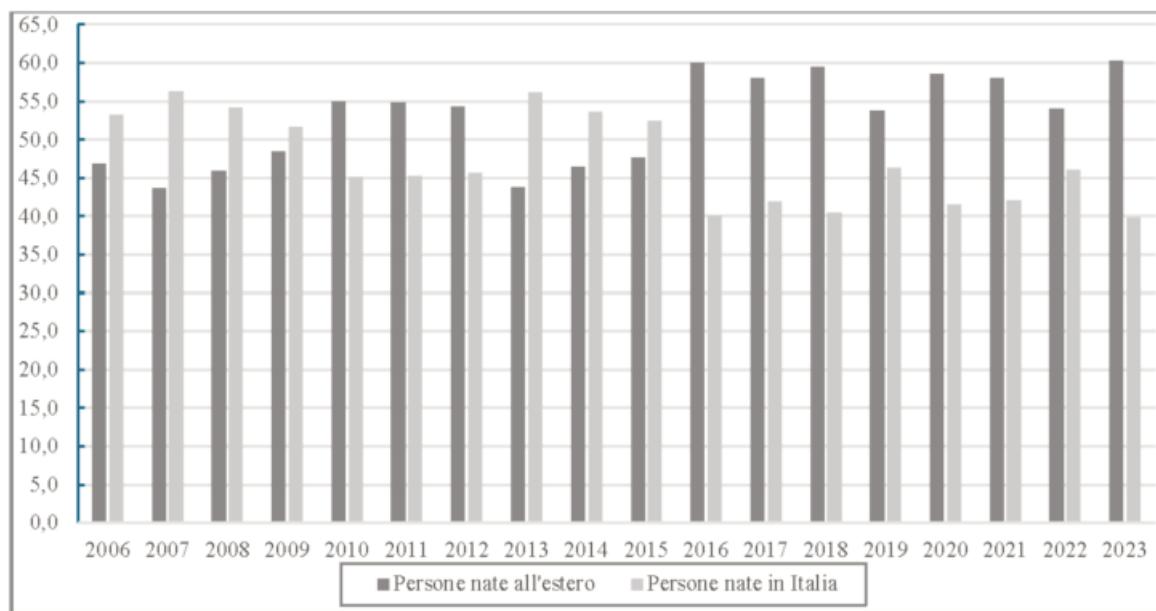
**Tabella 3** - Casi (valori assoluti e per 100) e tasso (valori per 100.000) di tubercolosi per Paese di nascita (con almeno 10 notifiche) - Anno 2023

Paese di nascita	Notifiche TB	Sul totale delle notifiche TB (%)	Notifiche TB/100.000*
<b>Italia</b>	<b>1.118</b>	<b>39,73</b>	<b>2,11</b>
Romania	219	7,78	24,31
Pakistan	206	7,32	152,79
Marocco	161	5,72	35,30
India	112	3,98	65,81
Perù	93	3,30	79,48
Senegal	87	3,09	74,21
Bangladesh	77	2,74	51,87
Gambia	71	2,52	329,88
Costa d'Avorio	48	1,71	147,07
Filippine	44	1,56	30,50
Nigeria	36	1,28	36,34
Somalia	39	1,39	335,69
Guinea	33	1,17	279,57
Cina	32	1,14	14,00
Ucraina	30	1,07	12,51
Albania	27	0,96	5,32
Non noto	27	0,96	n.d.
Tunisia	22	0,78	19,73
Moldavia	21	0,75	10,28
Mali	20	0,71	103,27
Camerun	17	0,60	115,21
Sri Lanka	16	0,57	17,57
Ecuador	14	0,50	18,13
Burkina Faso	15	0,53	104,62
Eritrea	15	0,53	154,83
Afghanistan	14	0,50	105,94
Brasile	13	0,46	10,75
Ghana	12	0,43	24,86

**Nota:** sono esclusi i casi di TB per i quali non è nota la regione di competenza. I tassi di incidenza sono calcolati sui residenti in Italia, classificati per Paese di nascita.

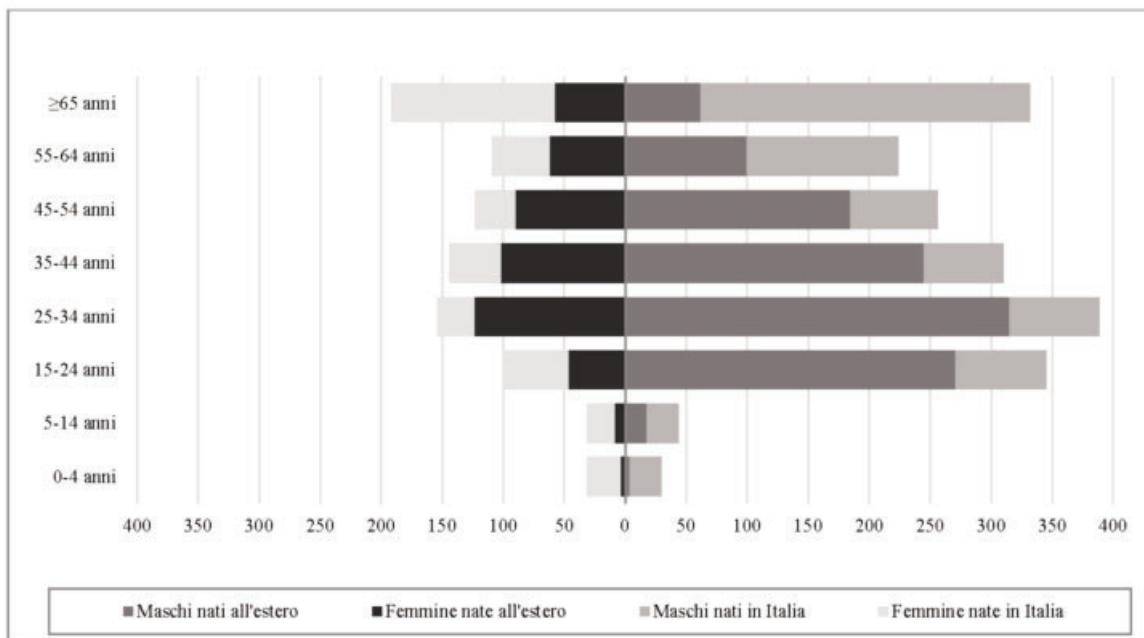
n.d.: non disponibile, poiché non è possibile attribuire il Paese di nascita e, di conseguenza, individuare il denominatore di riferimento.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

**Grafico 1** - Casi (valori per 100) di tubercolosi tra gli italiani e le persone nate all'estero - Anni 2006-2023

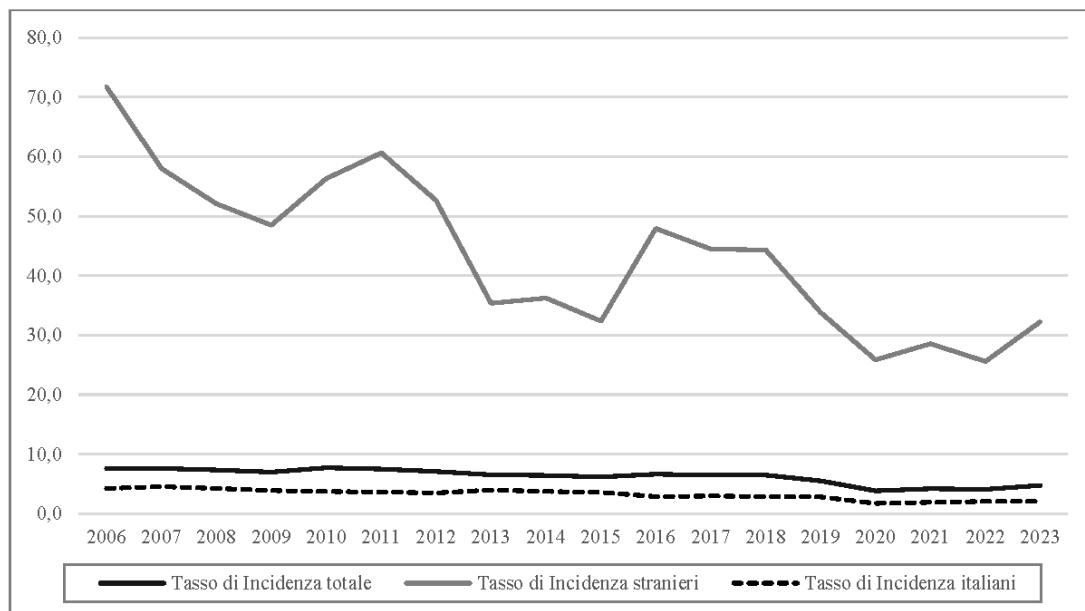
**Nota:** sono esclusi i casi di TB per i quali non è nota la regione di competenza.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

**Grafico 2** - Casi (valori assoluti) di tubercolosi per genere, età e Paese di nascita - Anno 2023

**Nota:** sono esclusi i casi di TB per i quali non è nota la regione di competenza.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

**Grafico 3** - *Tasso (valori per 100.000) di incidenza di tubercolosi totale e per Paese di nascita - Anni 2006-2023*

**Nota:** sono esclusi i casi di TB per i quali non è nota la regione di competenza.

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. Direzione Generale delle Emergenze Sanitarie, Ufficio 2 - Prevenzione e profilassi delle malattie trasmissibili. Anno 2025.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'Italia aderisce alla strategia globale *End TB*, che, per i Paesi a bassa endemia, prevede una fase di forte riduzione (meno di 10 casi per milione entro il 2035) e di eliminazione (meno di 1 caso per milione entro il 2050), attraverso il rafforzamento della prevenzione, della diagnosi e del controllo, soprattutto tra i gruppi di popolazione più vulnerabili. La sorveglianza e la gestione della TB rientrano tra gli Obiettivi strategici del PNP 2020-2025. In questo contesto, la proporzione di casi di TB polmonare persi al *follow-up* costituisce un indicatore rilevante per il monitoraggio dell'attuazione delle Linee strategiche adottate.

Nel corso degli anni, il Ministero della Salute ha elaborato diversi documenti e Linee Guida in modo armonizzato con le raccomandazioni dell'OMS e del ECDC, indirizzate ai Paesi a bassa incidenza di TB. In particolare, a partire dal 2010, è stata pubblicata, in collaborazione con le Autorità Sanitarie Regionali e le amministrazioni pubbliche, una serie di raccomandazioni per il controllo della TB nella popolazione immigrata, con l'obiettivo di rafforzare le attività di diagnosi e sorveglianza, anche attraverso campagne di sensibilizzazione e iniziative formative. Tra gli obiettivi prioritari vi sono il miglioramento del trattamento e della gestione dei casi, il rafforzamento dell'aderenza terapeutica, nonché la promozione dell'integrazione tra i servizi sanitari territoriali e altri attori istituzionali e del terzo settore (Enti pubblici, Enti del privato sociale e organizzazioni di volontariato). Tali azioni mirano a facilitare l'accesso ai servizi sanitari per la popolazione

immigrata e per altri gruppi sociali vulnerabili.

In questo contesto si inserisce la pubblicazione di due Linee guida di particolare rilievo: nel 2017, con aggiornamento nel 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" (5); nel 2018, con aggiornamento nel 2024, "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia" (6).

### Riferimenti bibliografici

- Ministero della Salute. 2025. Sistema nazionale di notifica delle malattie infettive (PREMAL). Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/new/it/tema/malattie-infettive/modalita-di-segnalazione-delle-malattie-infettive](http://www.salute.gov.it/new/it/tema/malattie-infettive/modalita-di-segnalazione-delle-malattie-infettive).
- Ministero della Salute, Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. 2023. I casi di Tubercolosi in Italia - Periodo 2009-2021. Disponibile sul sito: [www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1702890250.pdf](http://www.quotidianosanita.it/allegati/allegato1702890250.pdf).
- European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC. 2023. Surveillance Atlas of Infectious Diseases. Disponibile sul sito: <https://atlas.ecdc.europa.eu/public/index.aspx>.
- European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC, and World Health Organization - WHO, European Region. 2025. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2025 (2023 data). Disponibile sul sito: [www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TB-2025-Surveillance-report.pdf](http://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/TB-2025-Surveillance-report.pdf).
- Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2017 (aggiornato nel 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. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: [www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG\\_Migranti-web.pdf](http://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf).
- Baglio, G., M. Marceca, e M.E. Tosti (coordinatori). 2014 (aggiornato nel 2024). Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia. Linea Guida Salute Migranti. Disponibile sul sito: [www.inmp.it/lg/LG\\_Tubercolosi.pdf](http://www.inmp.it/lg/LG_Tubercolosi.pdf).

## 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, in questo caso, 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 fortemente 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 questo modo è stato possibile condurre valutazioni comparate calcolando i tassi std anche per genere, per aree di cittadinanza e per i 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	x 10.000
Denominatore	Popolazione media straniera residente in Italia oltre il 1° anno di vita o in età 18-64 anni	

**Validità e limiti.** La principale fonte di riferimento per la costruzione degli indicatori è l'Indagine sui decessi e sulle cause di morte, condotta correntemente dall'Istat e basata sulle informazioni raccolte tramite 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 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 relative all'anno 2008, per i denominatori è stata utilizzata la stima della popolazione straniera residente media, disaggregata per singolo anno di età, genere e Paese di cittadinanza, predisposta ad hoc da un gruppo di lavoro di esperti dell'Istat fino al 2018. Successivamente, sono stati utilizzati il Censimento permanente della popolazione e delle abitazioni e i dati del Registro degli individui. È opportuno segnalare, inoltre, che l'ammontare dei cittadini stranieri deceduti in Italia comprende solo i casi in cui è indicata la cittadinanza straniera (o apolide) e non include né i decessi privi di tale 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 1992-2022, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo

anno di vita in Italia ha superato le 105.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che registra una variazione percentuale media annua del +7,8% per i residenti, del +2,9% per i non residenti e del +6,0% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi per i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm): +10,5% tra i residenti, +5,4% tra i non residenti, +8,7% per il totale (Tabella 1). Nel 2022 si sono registrati 11.458 decessi di cittadini stranieri in Italia, di cui 8.929 residenti (circa il 78% del totale) e 2.529 non residenti. Di questi, la quota di cittadini dei Pfpm rappresenta quasi l'84%, pari a 9.604 decessi, di cui 7.823 residenti e 1.781 non residenti. Tra i decessi, la proporzione di non residenti risulta più consistente rispetto a quella dei 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, seppure con una lieve battuta di arresto nel 2013 e con valori oscillanti fino al 2022, quando raggiunge nel complesso il 77,9%, che sale all'81,5% per i Pfpm. In generale, tale cambiamento si spiega con l'allargamento dell'UE e con l'ingresso di 10 nuovi Paesi nel 2004, di Romania e di Bulgaria nel 2007 e della Croazia nel 2013. Il Regno Unito è uscito ufficialmente dall'UE a partire dal 31 gennaio 2020, proprio all'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 tra gli stranieri residenti in Italia, rispetto al 2019. La variazione percentuale è stata pari al +30,1% tra il 2022 e il 2019 (anno benchmark precedente alla pandemia) e al +7,3% tra il 2022 e il 2021.

Tali percentuali sono, rispettivamente, pari a +33,8% (2022 vs 2019) e a +3,8% (2022 vs 2021) per i deceduti dei Pfpm residenti in Italia. Per i decessi dei non residenti, invece, si osserva una tendenza diversa: mentre

la variazione 2022-2019 risulta più contenuta (+13,6%; +17,6% per gli stranieri dei Pfpm), quella annuale tra 2022 e 2021 mostra un aumento più marcato, pari al +40% (+27,3% per gli stranieri dei Pfpm). Tale situazione è sicuramente legata a un eccesso di mortalità riscontrato 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 fortemente limitato gli spostamenti dal nostro Paese. Gli stranieri non residenti diminuiscono in termini di proporzione rispetto al totale dei 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 Pfpm. 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 contribuiscono al 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 2020, 2021 e 2022, 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 nelle regioni con la più esigua numerosità di casi, nella presente Edizione del Rapporto Osservasalute si ripropone il tasso std di mortalità medio per genere relativo al triennio 2020-2022. Il dato per l'Italia è, nel complesso, pari a 15,5 per 10.000 residenti, 20,1 per 10.000 per gli uomini e 12,3 per le donne. I valori più alti si registrano in particolare per PA di Bolzano, PA di Trento, Molise, Puglia, Marche e Piemonte, e variano (in ordine decrescente per il totale) tra 21,9 e 17,2 per 10.000 residenti. I tassi più bassi nel 2020-2022 si rilevano in Basilicata, Campania, Valle d'Aosta, Sardegna, Emilia-Romagna, Toscana e Lombardia (tra 11,5 e 14,7 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 circa il 54% del totale dei decessi nel periodo 2020-2022 e il 13% dei decessi attribuibile alle cause violente.

Per portare avanti analisi più robuste e stabili, con una

copertura affidabile e un maggiore dettaglio delle variabili nella 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 compresa tra 18 e 64 anni (3, 4). Sono stati inoltre calcolati i tassi std di mortalità per gli italiani e i Rischi Relativi (RR) per ciascuna area di cittadinanza, come rapporti tra i tassi specifici, con riferimento ai tassi degli italiani. Il confronto tra gli anni del quinquennio 2018-2022 mette in luce il netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, ma più contenuto per i cittadini dei Paesi a sviluppo avanzato (Psa), e un andamento differenziato dei tassi di mortalità standardizzati (Tabella 3). Gli uomini dei Pfpm, nel complesso, presentano una tendenza all'aumento dei tassi di mortalità, con una lieve diminuzione registrata nel 2022 (17,6 per 10.000). Il valore più basso nel 2018 è pari a 14,9 per 10.000; quello più alto nel 2021 è pari a 18,8 per 10.000. La variazione percentuale media annua 2022-2018 è pari a +4,3%. Separando il gruppo dei Paesi di più recente adesione all'UE (Pfpm1) dagli altri Pfpm, si riscontra un aumento complessivo del 5,3%, dovuto soprattutto alla forte crescita del 2021 (23,6 per 10.000). Gli uomini con nazionalità dei Psa presentano un andamento non costante dei tassi, dovuto al numero di decessi particolarmente esiguo in questa area di cittadinanza, la cui popolazione risulta, nel complesso, più protetta grazie alle 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 11,7 per 10.000 nel 2018 a 13,2 per 10.000 nel 2020, per poi ridursi a 9,8 per 10.000 nel 2021; nel 2022 il tasso è infine pari a 11,9 per 10.000. 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 nel 2021 (19,3 e 19,5 per 10.000, rispettivamente), per poi tornare al livello di 18,4 per 10.000 nel 2022 (+0,4% la variazione percentuale media annua nel periodo 2018-2022). Per quanto riguarda le donne, nel quinquennio considerato i tassi registrano variazioni percentuali positive per le cittadine dei Pfpm (+4,3%), particolarmente elevate per il sottogruppo Pfpm1 (+21,0%). La variazione percentuale 2022-2018 è negativa per i Psa (-1,5%). I tassi di mortalità tra le donne italiane restano stabili. Dal confronto con gli italiani, attraverso i RR calcolati per ciascuna area di cittadinanza, emerge che i tassi di mortalità dei cittadini stranieri, sia per gli uomini sia per le donne, sono quasi sempre inferiori all'unità, confermando un vantaggio ormai consolidato. I cittadini dei Pfpm1 fanno eccezione: nel 2021 e nel 2022 hanno registrato RR, rispettivamente, pari a 1,2 e 1,1 per gli uomini e 1,4 per le donne nel 2022.

Con riferimento agli anni 2020, 2021 e 2022, sono stati presi in esame i consueti grandi gruppi di malattie, ai

quali è stato aggiunto, a partire dal 2020, il gruppo COVID-19, definito secondo le raccomandazioni dell'OMS per le statistiche sulle cause di morte in Italia prodotte dall'Istat. 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 rappresentano le cause principali di morte, sia per gli uomini sia per le donne di età 18-64 anni (Tabella 4).

A differenza delle altre cause di morte, per i Psa si registra uno svantaggio delle donne rispetto agli uomini nei tassi di mortalità per tumore 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 2022, il tasso di mortalità per tumore torna a essere più elevato tra gli uomini (3,27 per 10.000 vs 2,94 per le donne). Nel 2020, seppure i tassi di mortalità per tumore siano più elevati rispetto all'anno precedente, i valori risultano più elevati per gli uomini (5,1 vs 4,5 per 10.000 per le donne). Lo svantaggio femminile in termini di mortalità per tumore si registra nel 2022 anche tra i Pfpm1, con tassi rispettivamente, pari a 6,13 e 7,59 per 10.000 per gli uomini e le donne. In generale, i cittadini dei Pfpm presentano tassi di mortalità più elevati rispetto a quelli dei Psa. Per i Pfpm e i Pfpm1, 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 2022, per i Pfpm, ciò si traduce in un RR pari a 1,4 per gli uomini e a 1,3 per le donne. Le donne e gli uomini dei Pfpm registrano, inoltre, spesso una mortalità più elevata per Cause esterne (accidentali e violente) rispetto a quella degli italiani. I livelli del RR sono, nel 2022, pari a 1,1 per gli uomini e 1,0 per le donne, e a 1,4 e 2,1, rispettivamente, per gli uomini e le donne, per i Pfpm1. L'analisi della mortalità relativa a questi gruppi di cau-

se rimanda sia allo stile di vita, legato soprattutto al pregresso di alcuni Paesi di origine, sia alle condizioni particolarmente critiche di alcuni settori del mercato del lavoro in Italia, più pericolosi e a maggiore rischio di incidenti.

Per quanto riguarda i casi di decesso attribuibili al COVID-19, si registrano tassi decisamente più elevati per gli uomini dei Pfpm e dei Pfpm1 rispetto ai Psa, ma con alcune differenze tra i livelli registrati nel 2020 e nel 2021. Nel 2020, tra gli uomini dei Pfpm, nel complesso, si osserva un tasso di 2,1 per 10.000, mentre per i Pfpm1 è pari a 0,8 per 10.000. 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 Pfpm e Pfpm1, 0,7 e 0,3 per 10.000 nel 2020 e 0,8 e 0,6 per 10.000 nel 2021. Nel 2022 i tassi di mortalità per COVID-19 sono decisamente più contenuti. Per i Pfpm e Pfpm1 si registrano, nel complesso, valori pari a 0,5 e 0,7 per 10.000 abitanti; anche per i Psa si attestano circa 0,2 decessi per 10.000 abitanti (Tabella 4).

Gli italiani registrano tassi di mortalità per COVID-19 pressoché analoghi tra 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 a 1,7 e 0,7 per 10.000, rispettivamente, nel 2021. Nel 2022, anche per gli italiani, i tassi scendono a 0,9 per 10.000 per gli uomini e a 0,4 per 10.000 per le donne.

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); anche nel 2022 il tasso di mortalità per Altre malattie è pari a 2,0 per 10.000 per le donne, contro 1,2 delle malattie del sistema circolatorio. Per gli uomini, infine, con valori pari a 4,1, 4,3 e 4,2 per 10.000, rispettivamente, nel 2020, 2021 e 2022, questo tasso std di mortalità si colloca al secondo posto, subito dopo le malattie cardiovascolari, e presenta valori più elevati rispetto alle cause esterne.

**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, 2014-2022\**

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	Totale	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		
<b>2022</b>	<b>8.929</b>	<b>2.529</b>	<b>11.458</b>	<b>77,93</b>	<b>22,07</b>	<b>7.823</b>	<b>1.781</b>	<b>9.604</b>	<b>81,46</b>	<b>18,54</b>		

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

\*\*Il gruppo dei Pfpm include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi di più recente adesione all'UE, entrati a far parte dell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 e, quindi, Malta, Cipro, 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 della Città del Vaticano e gli apolidi non sono stati inclusi nelle analisi.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati Istat "Indagine sui decessi e sulle cause di morte". Anno 2025.

**Tabella 2** - *Decessi (valori assoluti) e tasso (standardizzato per 10.000) di mortalità oltre il primo anno di vita degli stranieri residenti in Italia per genere, regione e macroarea - Anni 2020-2022\**

Regioni/Macroaree	Decessi di stranieri residenti (2020)			Decessi di stranieri residenti (2021)			Decessi di stranieri residenti (2022)			Tassi std di mortalità (media 2020-2022)		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totali	M	F	Totale
Piemonte	422	340	762	384	359	743	416	341	757	22,0	14,0	17,2
Valle d'Aosta	7	5	12	8	6	14	7	6	13	19,5	7,9	12,8
Lombardia	1.024	807	1.831	888	798	1.686	936	790	1.726	19,0	11,7	14,7
<i>Bolzano-Bozen</i>	63	44	107	54	51	105	73	58	131	29,4	16,4	21,9
<i>Trento</i>	53	39	92	46	40	86	45	49	94	26,5	14,7	19,1
Veneto	368	344	712	402	363	765	440	382	822	19,0	13,0	15,4
Friuli-Venezia Giulia	127	98	225	130	116	246	139	94	233	24,5	11,5	16,7
Liguria	140	120	260	142	137	279	173	126	299	20,6	11,9	15,7
Emilia-Romagna	447	385	832	469	387	856	453	404	857	19,2	10,9	14,1
Toscana	337	301	638	408	346	754	386	353	739	18,6	11,5	14,3
Umbria	82	76	158	99	93	192	100	85	185	20,5	13,0	15,7
Marche	124	121	245	130	124	254	143	114	257	23,5	13,7	17,3
Lazio	607	464	1071	742	569	1311	692	519	1.211	20,9	11,8	15,7
Abruzzo	80	86	166	81	89	170	83	93	176	20,9	13,7	16,8
Molise	10	10	20	15	9	24	15	8	23	27,3	13,2	18,2
Campania	190	177	367	241	187	428	216	175	391	16,4	10,2	12,7
Puglia	120	114	234	152	114	266	160	120	280	21,7	14,7	17,9
Basilicata	13	12	25	13	14	27	19	15	34	15,4	9,1	11,5
Calabria	77	73	150	106	80	186	84	95	179	18,1	14,3	15,9
Sicilia	182	120	302	206	131	337	184	167	351	17,5	14,3	16,1
Sardegna	34	37	71	37	53	90	52	45	97	15,0	11,5	13,2
<i>Regione non indicata</i>	93	24	117	44	13	57	48	26	74	-	-	-
<i>Nord-Ovest</i>	1.593	1.272	2.865	1.422	1.300	2.722	1.532	1.263	2.795	14,0	8,0	10,5
<i>Nord-Est</i>	1.058	910	1.968	1.101	957	2.058	1.150	987	2.137	14,6	8,1	10,8
<i>Centro</i>	1.150	962	2.112	1.379	1.132	2.511	1.321	1.071	2.392	15,1	7,9	11,0
<i>Sud</i>	490	472	962	608	493	1101	577	506	1.083	14,5	9,0	11,5
<i>Isole</i>	216	157	373	243	184	427	236	212	448	13,7	9,2	11,4
<i>Macroarea non indicata</i>	93	24	117	44	13	57	48	26	74	-	-	-
<b>Italia</b>	<b>4.600</b>	<b>3.797</b>	<b>8.397</b>	<b>4.797</b>	<b>4.079</b>	<b>8.876</b>	<b>4.864</b>	<b>4.065</b>	<b>8.929</b>	<b>20,1</b>	<b>12,3</b>	<b>15,5</b>

\*Nel caso di un numero di decessi troppo esiguo o di impossibilità di calcolare il tasso standardizzato, è stato utilizzato il segno convenzionale "-".

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati Istat "Indagine sui decessi e sulle cause di morte". Stima del numero di stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi), fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2025.

**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 2018-2022*

Area di cittadinanza*	2018	2019	2020	2021	2022	2018	2019	2020	2021	2022
	Tassi std					Rischi Relativi				
<b>Maschi</b>										
Paesi a sviluppo avanzato	11,7	11,5	13,2	9,8	11,9	0,6	0,6	0,7	0,5	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	14,9	16,1	18,6	18,8	17,6	0,8	0,9	1,0	1,0	1,0
<i>Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE</i>	17,1	18,2	18,0	23,6	21,0	0,9	1,0	0,9	1,2	1,1
<b>Italia</b>	<b>18,1</b>	<b>18,3</b>	<b>19,3</b>	<b>19,5</b>	<b>18,4</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
<b>Femmine</b>										
Paesi a sviluppo avanzato	6,7	7,2	7,7	7,7	6,3	0,7	0,7	0,7	0,7	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	7,1	7,0	8,4	8,7	8,4	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8
<i>Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE</i>	6,9	7,4	7,5	8,8	14,8	0,7	0,7	0,7	0,8	1,4
<b>Italia</b>	<b>10,3</b>	<b>10,6</b>	<b>10,6</b>	<b>10,6</b>	<b>10,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>
<b>Totale</b>										
Paesi a sviluppo avanzato	8,6	8,9	10,0	8,6	8,2	0,6	0,6	0,7	0,6	0,6
Paesi a forte pressione migratoria	10,3	10,7	12,6	13,1	12,4	0,7	0,7	0,8	0,9	0,9
<i>Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE</i>	10,3	10,8	10,9	13,7	17,5	0,7	0,8	0,7	0,9	1,2
<b>Italia</b>	<b>14,2</b>	<b>14,4</b>	<b>14,9</b>	<b>15,0</b>	<b>14,3</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

\*Per il dettaglio dei Pfpm e del di cui dei Paesi di più recente adesione all'UE, cfr. Nota \*\* della Tabella 1.

I Paesi a sviluppo avanzato includono quelli dell'UE15, gli altri Paesi europei, il Giappone, Israele, l'Australia e la Nuova Zelanda, il Canada e gli Stati Uniti d'America.

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati Istat “Indagine sui decessi e sulle cause di morte”. Stima del numero di stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi), fornita dall'Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2025.

**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 2020-2022

Area di cittadinanza* Causa di decesso**	2020			2021			2022			Rischi Relativi (rif: tasso degli italiani 2022)		
	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	Totale	M	F	
Paesi a sviluppo avanzato	Malattie infettive	0,11	0,06	0,08	0,21	0,05	0,11	0,63	0,00	0,21	1,6	0,0
	Tumori	5,14	4,51	4,88	3,58	4,32	4,10	3,27	2,94	3,03	0,5	0,5
	Malattie del Sistema Circolatorio	1,80	0,88	1,21	1,34	0,89	1,07	2,11	0,88	1,38	0,6	0,8
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,20	0,20	0,21	0,29	0,00	0,12	0,60	0,00	0,21	1,1	0,0
	Cause esterne di mortalità	2,42	0,52	1,38	1,74	0,67	1,10	2,75	0,87	1,47	1,0	1,3
	Altre malattie	2,61	1,35	1,78	2,11	1,31	1,62	2,43	1,33	1,72	0,6	0,7
	COVID-19	0,91	0,16	0,45	0,48	0,43	0,44	0,09	0,25	0,18	0,1	0,6
	<b>Tasso standardizzato totale</b>	<b>13,20</b>	<b>7,68</b>	<b>10,01</b>	<b>9,76</b>	<b>7,68</b>	<b>8,56</b>	<b>11,88</b>	<b>6,27</b>	<b>8,21</b>	<b>0,6</b>	<b>0,6</b>
Paesi a forte pressione migratoria	Malattie infettive e parassitarie	0,61	0,23	0,40	0,61	0,25	0,41	0,54	0,22	0,36	1,4	1,3
	Tumori	5,39	4,15	4,56	4,83	4,03	4,29	4,90	4,25	4,43	0,8	0,8
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,47	1,05	2,03	3,98	1,11	2,32	3,67	1,12	2,21	1,1	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,65	0,22	0,40	0,51	0,16	0,30	0,51	0,17	0,32	0,9	0,6
	Cause esterne di mortalità	2,58	0,65	1,59	2,88	0,72	1,78	3,16	0,70	1,94	1,1	1,0
	Altre malattie	3,77	1,45	2,43	3,79	1,64	2,56	3,99	1,59	2,65	0,9	0,8
	COVID-19	2,11	0,68	1,23	2,23	0,84	1,40	0,78	0,32	0,50	0,9	0,7
	<b>Tasso standardizzato totale</b>	<b>18,58</b>	<b>8,42</b>	<b>12,63</b>	<b>18,84</b>	<b>8,75</b>	<b>13,06</b>	<b>17,55</b>	<b>8,38</b>	<b>12,41</b>	<b>1,0</b>	<b>0,8</b>
Di cui: Paesi di più recente adesione all'UE	Malattie infettive e parassitarie	0,26	0,13	0,18	0,53	0,25	0,35	0,43	0,27	0,35	1,1	1,6
	Tumori	6,57	4,09	4,77	6,43	4,27	4,87	6,13	7,59	6,68	1,0	1,4
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,46	0,95	1,73	4,60	1,07	2,20	4,10	1,76	2,78	1,2	1,5
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,54	0,15	0,27	0,51	0,14	0,26	0,44	0,20	0,30	0,8	0,7
	Cause esterne di mortalità	2,52	0,63	1,37	3,96	0,85	2,06	3,75	1,41	2,61	1,4	2,1
	Altre malattie	3,92	1,21	2,06	5,05	1,66	2,77	5,24	2,89	4,00	1,2	1,4
	COVID-19	0,76	0,34	0,46	2,54	0,61	1,18	0,88	0,66	0,74	1,0	1,5
	<b>Tasso standardizzato totale</b>	<b>18,02</b>	<b>7,49</b>	<b>10,86</b>	<b>23,61</b>	<b>8,84</b>	<b>13,69</b>	<b>20,97</b>	<b>14,78</b>	<b>17,47</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>
Italia	Malattie infettive e parassitarie	0,39	0,17	0,28	0,40	0,17	0,28	0,39	0,17	0,28	1,0	1,0
	Tumori	6,56	5,86	6,20	6,42	5,72	6,05	6,13	5,57	5,84	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,54	1,22	2,37	3,48	1,18	2,30	3,43	1,15	2,28	1,0	1,0
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,71	0,32	0,51	0,56	0,26	0,41	0,56	0,28	0,42	1,0	1,0
	Cause esterne di mortalità	2,39	0,60	1,50	2,68	0,65	1,67	2,77	0,69	1,74	1,0	1,0
	Altre malattie	4,05	1,87	2,96	4,27	1,94	3,09	4,22	2,01	3,11	1,0	1,0
	COVID-19	1,70	0,57	1,13	1,71	0,68	1,19	0,86	0,44	0,65	1,0	1,0
	<b>Tasso standardizzato totale</b>	<b>19,34</b>	<b>10,61</b>	<b>14,94</b>	<b>19,51</b>	<b>10,60</b>	<b>14,99</b>	<b>18,36</b>	<b>10,30</b>	<b>14,32</b>	<b>1,0</b>	<b>1,0</b>

\*Per il dettaglio delle aree di cittadinanza, cfr. Nota \*\* della Tabella 1 e Nota \* 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 sui dati Istat “Indagine sui decessi e sulle cause di morte”. Stima del numero di stranieri residenti per età e cittadinanza (per i denominatori dei tassi), fornita dall’Istituto Nazionale di Statistica - Istat. Anno 2025.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L’analisi della mortalità della popolazione straniera in Italia ha evidenziato le specificità dei diversi gruppi, spesso riconducibili a condizioni pregresse già riscontrate nei Paesi di origine. Tuttavia, una parte significativa delle disuguaglianze di salute osservate è determinata dalle difficoltà incontrate nel Paese di arrivo, come la discriminazione, l’esclusione dal mercato del lavoro e la scarsa integrazione sociale ed economica. Questi fattori rappresentano determinanti cruciali dello stato di salute degli stranieri, contribuendo ad accrescere il rischio di mortalità per alcune cause specifiche, in particolare per le malattie infettive e gli eventi accidentali o violenti.

Tali vulnerabilità non sono soltanto indicatori di disa-

gio individuale, ma anche segnali di un sistema di accoglienza e di welfare che fatica a rispondere in modo equo e inclusivo. Le problematiche legate al riconoscimento dei diritti sociali dei cittadini stranieri rappresentano, infatti, veri e propri segnali di politiche sanitarie e sociali non sempre efficaci. È, dunque, fondamentale rafforzare gli strumenti di accesso ai servizi e migliorare la capacità del sistema di prendersi cura, in modo mirato e competente, dei bisogni sanitari di questi gruppi 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’accentue entre l’Est et l’Ouest” : 479-508. In Congrès international de la population UIESP/IUSSP, Beijing.

## Natimortalità e mortalità perinatale

**Significato.** La natimortalità e la mortalità perinatale sono indicatori cruciali per monitorare la salute materno-infantile e valutare la qualità dell'assistenza sanitaria lungo il percorso della nascita. In Italia, le donne straniere presentano tassi di natimortalità e di mortalità perinatale più elevati rispetto a quelli delle donne italiane, spesso a causa di fattori socio-econo-

mici, difficoltà di accesso ai servizi sanitari e barriere linguistiche o culturali. Questi fenomeni evidenziano disuguaglianze nella salute riproduttiva. Migliorare l'assistenza e l'integrazione può contribuire a ridurre tali disparità; pertanto, monitorare questi indicatori è fondamentale per programmare politiche sanitarie inclusive.

### Tasso di natimortalità

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Totali morti}}{\text{Totali nati}} \times 1.000$$

### Tasso di mortalità perinatale

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nati morti} + \text{Decessi neonatali precoci (0-6 giorni)}}{\text{Totali nati}} \times 1.000$$

**Validità e limiti.** Gli indicatori sono calcolati utilizzando i dati dei CedAP del Ministero della Salute (1), quelli dell'Istat relativi all'Indagine sui decessi e le cause di morte (2, 3) e all'Indagine sulle dimissioni dagli Istituti di cura per aborto spontaneo (3, 4). Il CedAP viene compilato per ogni parto in Italia, presso i punti nascita delle strutture di ricovero pubbliche e private. L'indagine sui decessi e sulle cause di morte riguarda tutti i decessi avvenuti sul territorio nazionale. L'Indagine sugli aborti spontanei rileva esclusivamente i casi ospedalizzati e non quelli che si risolvono senza necessità di ricovero ospedaliero, che riguardano soprattutto età gestazionali più precoci. Il tasso di natimortalità è definito come il rapporto tra il numero di nati morti in un determinato periodo e il numero totale di nati nello stesso periodo; il tasso di mortalità perinatale considera al numeratore anche i decessi avvenuti entro la prima settimana di vita (0-6 giorni di età) (5).

In Italia, per rilevare tutti i casi di nati morti, è necessario integrare i dati relativi ai CedAP e agli aborti spontanei (Capitolo "Salute materno-infantile"). La cittadinanza è stata assegnata in base a quella della madre, scelta obbligata, poiché per gli aborti spontanei tale informazione è disponibile solo per le donne. La variabile sulla cittadinanza presenta una quota di casi non codificati in tutte e tre le fonti utilizzate. Nello specifico, per i nati totali rilevati dai CedAP, tale percentuale risulta in media pari al 15%, con il massimo nel 2017 (16,0%) e il minimo nel 2022 e nel 2023 (14,1%). Per i nati morti, il valore medio risulta più elevato (21,0%), con un intervallo compreso tra il 23,2% del 2017 e il 19,5% del 2022. Si osserva comunque un miglioramento nella qualità della com-

pilazione della variabile sulla cittadinanza della madre.

Per gli aborti spontanei con età gestazionale >22 settimane, la quota di *missing* è trascurabile, <1%. Infine, per i decessi neonatali precoci la quota è simile a quella dei nati totali, cioè intorno al 15%, con un intervallo compreso tra 10,5% (per il 2020) e 18,9% (per il 2022).

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendo disponibile, può essere assunto come valore di riferimento il valore medio italiano, senza distinzione di cittadinanza.

### Descrizione dei risultati

L'indicatore di natimortalità è stato calcolato per gli anni dal 2015 al 2023, mentre quello della mortalità perinatale è stato calcolato fino al 2022 (l'ultimo anno attualmente disponibile per l'Indagine sui decessi e sulle cause di morte).

Nel periodo 2015-2023 si osserva una differenza costante nel tasso di natimortalità tra le donne italiane e quelle straniere (Grafico 1).

Le donne straniere mostrano valori quasi sempre doppi rispetto a quelli delle italiane, con un picco nel 2021 (8,3 nati morti per 1.000 nati). I tassi delle italiane restano più stabili e più bassi, oscillando tra 2,8 e 3,3 per 1.000. Nell'arco di nove anni, il tasso delle italiane è diminuito del 14,5%, quello delle straniere del 21,4%, ma il divario per cittadinanza resta confermato. Analizzando i tassi di natimortalità a livello regionale (Grafico 2), nell'intero periodo 2019-2023 emerge una maggiore variabilità soprattutto tra le donne straniere: il tasso, infatti, assume valori da un minimo di 3,9 per

1.000 a Bolzano a un massimo di 12,7 in Valle d'Aosta.

Si confermano le disuguaglianze per cittadinanza, con le donne straniere che presentano sempre un tasso di natimortalità più alto rispetto alle donne italiane. Il rapporto tra i tassi di mortalità delle donne straniere e delle italiane evidenzia differenze particolarmente marcate in Valle d'Aosta (le straniere presentano una natimortalità 6,6 volte superiore a quella delle italiane) e in Campania (3,2), e più ridotte in Umbria (1,2), in Liguria (1,3), in Veneto e a Bolzano (1,7).

La Basilicata e il Molise presentano una forte instabilità di tali tassi, che, per questo motivo, non sono stati inclusi nell'analisi.

Considerando il tasso di mortalità perinatale (Grafico 3), tra il 2015 e il 2022 risulta costantemente più elevato tra le donne straniere rispetto alle italiane, con valori più che doppi in tutti gli anni. Tra le italiane si osserva un lieve calo del tasso, che passa da 4,4 casi per 1.000 nati nel 2015 a 3,9 casi per 1.000 nel 2022 (variazione media annua pari a -1,6%), con oscillazioni contenute. Tra le straniere, invece, i tassi mostrano una maggiore variabilità, con un minimo nel 2019 (10,6 per 1.000) e un livello più elevato nel 2021 (13,2

per 1.000), legato anche agli effetti indiretti della pandemia. La variazione media annua in questo caso riflette una diminuzione più marcata (-2,5%).

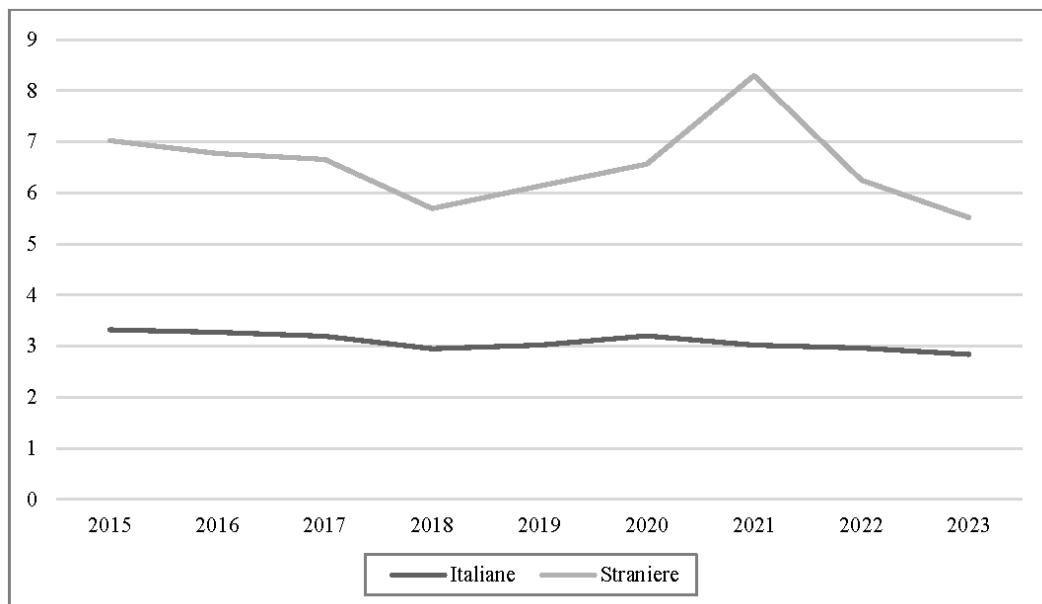
Nel periodo 2019-2023, il divario tra le donne italiane e quelle straniere nel tasso di mortalità perinatale risulta evidente in tutte le aree del Paese.

L'analisi dei dati regionali evidenzia una marcata eterogeneità territoriale nei tassi di mortalità perinatale (Grafico 4), ma un dato resta costante: in tutte le regioni il tasso è sempre più elevato tra le donne straniere rispetto alle italiane.

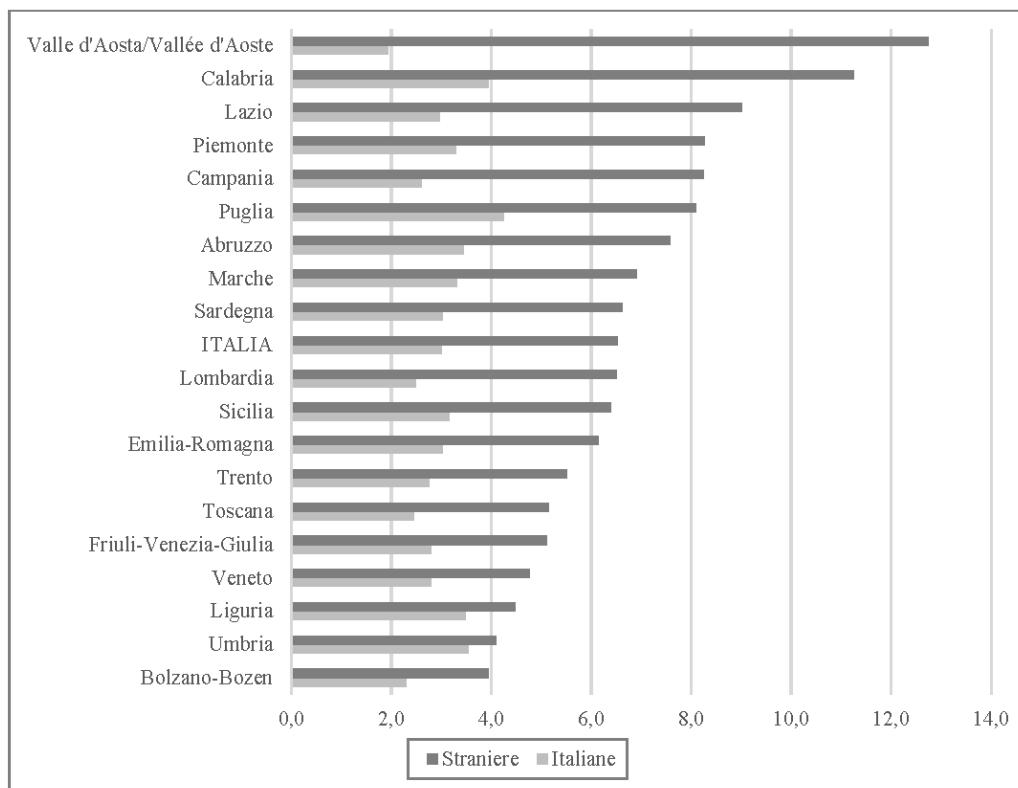
Il valore più alto tra le straniere si registra in Calabria, con 23,6 decessi per 1.000 nati, mentre il più basso è in Umbria (5,7 per 1.000). Per le italiane, il tasso massimo si osserva sempre in Calabria (5,3 per 1.000), mentre il minimo in Valle d'Aosta (2,8 per 1.000).

Il divario maggiore per la cittadinanza si riscontra in Valle d'Aosta, dove il tasso tra le donne straniere è 5,6 volte superiore a quello delle donne italiane. Al contrario, il divario più contenuto si riscontra in Umbria, con un rapporto di 1,4. Anche in questo caso, la Basilicata e il Molise presentano una forte instabilità dei tassi che, per questo motivo, non sono stati inclusi nell'analisi.

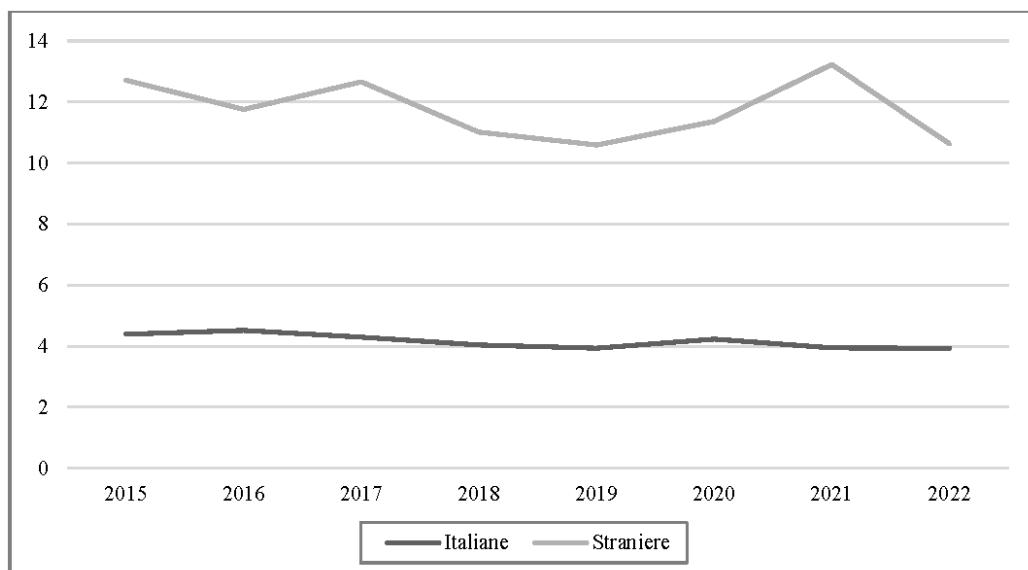
**Grafico 1** - Tasso (valori per 1.000) di natimortalità per cittadinanza - Anni 2015-2023



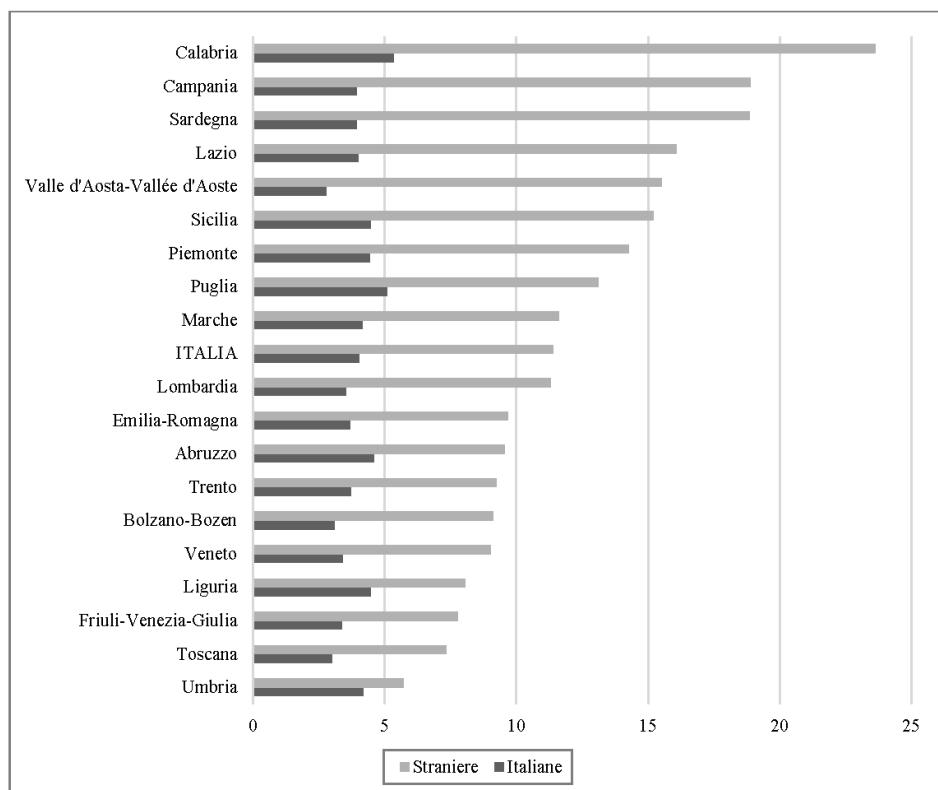
**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025, e sui dati Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

**Grafico 2 - Tasso di natimortalità (valori per 1.000 nati) per regione e per cittadinanza - Periodo 2019-2023**

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025, e sui dati Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

**Grafico 3 - Tasso (valori per 1.000) di mortalità perinatale per cittadinanza - Anni 2015-2022**

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025, e sui dati Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

**Grafico 4** - *Tasso (valori per 1.000) di mortalità perinatale per cittadinanza e regione - Periodo 2019-2022*

**Fonte dei dati:** Elaborazioni sui dati del Ministero della Salute. CedAP. Anno 2025, e sui dati Istat. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Anno 2025.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi evidenzia che sia i tassi di natimortalità sia quelli di mortalità perinatale sono costantemente più elevati tra le donne straniere rispetto alle italiane, in tutte le regioni e nelle ripartizioni. Nonostante un leggero miglioramento nel tempo in entrambe le popolazioni, il divario di cittadinanza persiste. Questa diseguaglianza riflette problemi strutturali nei percorsi assistenziali destinati alla popolazione straniera, soprattutto nel Mezzogiorno.

Il quadro emerso sottolinea l'urgenza di politiche sanitarie mirate e inclusive, che prevedano la mediazione linguistica e culturale, la continuità assistenziale e la presa in carico precoce delle gravidanze a rischio.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Ministero della Salute. 2025. Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita. Anno 2023. Disponibile sul sito: [www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-delle-vento-nascita](http://www.salute.gov.it/new/it/scheda-statistica/certificato-di-assistenza-al-parto-cedap-analisi-delle-vento-nascita).
- (2) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. Indagine sui decessi e sulle cause di morte. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/archivio/4216](http://www.istat.it/it/archivio/4216).
- (3) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. IstatData. Disponibile sul sito: <https://esploradati.istat.it/databrowser>.
- (4) Istituto Nazionale di Statistica - Istat. 2025. Indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo. Disponibile sul sito: [www.istat.it/it/archivio/197015](http://www.istat.it/it/archivio/197015).
- (5) World Health Organization - WHO. 2024. World Health Statistics 2024. Monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Disponibile sul sito: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/74b12494-f213-4b5b-9533-18442147e1fb/content>.

## Parti cesarei secondo la Classificazione di Robson, per cittadinanza

Dott.ssa Rosaria Boldrini, Dott. Fulvio Basili, Dott.ssa Miriam Di Cesare

La classificazione dei TC di Robson suddivide i casi in dodici gruppi mutuamente esclusivi in base alla diversa complessità assistenziale, valutata sulla base di alcune informazioni: parità, genere del parto, presentazione fetale, età gestazionale, modalità del travaglio e del parto, pregresso TC (Capitolo “Salute materno-infantile”).

**Tabella 1 - Costruzione delle classi di Robson**

<i>Classe 1</i>	Madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale $\geq 37$ settimane), travaglio spontaneo.
<i>Classe 2a</i>	Madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale $\geq 37$ settimane), travaglio indotto.
<i>Classe 2b</i>	Madri nullipare, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale $\geq 37$ settimane), taglio cesareo prima del travaglio.
<i>Classe 3</i>	Madri multipare (senza precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale $\geq 37$ settimane), travaglio spontaneo.
<i>Classe 4a</i>	Madri multipare (senza precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale $\geq 37$ settimane), travaglio indotto.
<i>Classe 4b</i>	Madri multipare (senza precedente cesareo), feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale $\geq 37$ settimane), taglio cesareo prima del travaglio.
<i>Classe 5</i>	Precedente parto cesareo, feto singolo, presentazione cefalica, a termine (età gestazionale $\geq 37$ settimane).
<i>Classe 6</i>	Madri nullipare, feto singolo, presentazione podalica.
<i>Classe 7</i>	Madri multipare (incluse le donne con precedente cesareo), feto singolo, presentazione podalica.
<i>Classe 8</i>	Gravidanze multiple (incluse le donne con precedente cesareo).
<i>Classe 9</i>	Feto singolo, presentazioni anomale (incluse le donne con precedente cesareo).
<i>Classe 10</i>	Parto pre-termine (età gestazionale $\leq 36$ settimane), feto singolo, presentazione cefalica (incluse le donne con precedente cesareo).

L'OMS ha raccomandato l'adozione di tale classificazione quale standard globale per la valutazione, il monitoraggio e il confronto, sia longitudinale nel tempo sia trasversale tra i diversi punti di nascita, relativamente al ricorso al TC (1, 2). La classificazione si configura come uno strumento idoneo all'analisi comparativa dell'efficacia, dell'appropriatezza e della sicurezza dell'assistenza al parto.

Nella Tabella 2, per ogni classe sono riportati due indicatori: la distribuzione percentuale dei parti di ciascuna classe rispetto alla popolazione totale delle donne che hanno partorito nel 2023; il numero di TC rispetto alla totalità dei parti.

La distribuzione dei parti mostra alcune differenze marcate tra i due gruppi: per le italiane, la quota più elevata si osserva nella *Classe 1* (26,7%), che comprende le gravidanze fisiologiche a basso rischio in donne nullipare. Per le straniere, invece, è la *Classe 3* a presentare il valore più elevato (28,9%): tale classe si differenzia dalla prima solo nei casi di donne multipare anziché primipare. Questa diversità non sorprende, poiché è noto che le straniere presentano livelli di fecondità più elevati rispetto a quelli delle italiane.

Analoga considerazione si può estendere confrontando la *Classe 2a* e la *Classe 4a*, che differiscono solo per la presenza di donne nullipare o multipare: ne consegue che, per le italiane, la percentuale di parti classificati nella *Classe 2a* (16,5%) è superiore a quella delle donne straniere (12,1%).

Un'altra differenza degna di nota si rileva nella *Classe 5*, caratterizzata da parti con pregresso cesareo: la quota di parti di donne straniere supera quella delle donne italiane (15,1% vs 10,8%). Analoga situazione si presenta nella *Classe 10* (5,7% vs 4,4%) dove sono collocate le gravidanze pre-termine (età gestazionale  $\leq 36$  settimane). Questo conferma quanto già riscontrato nell'Indicatore “Salute del neonato”.

In generale, l'incidenza dei cesarei è più elevata tra le donne italiane rispetto a quelle straniere: per le prime, infatti, il 30,5% dei parti è effettuato con TC vs il 26,1% tra le straniere.

Questa situazione si ripete per ciascuna Classe di Robson, con una discrepanza maggiore (85,3% vs 73,0%) nella *Classe 5*, caratterizzata da un precedente parto con TC. Seguono la *Classe 8* (82,9% vs 75,4%), che si distingue per le gravidanze multiple, e la *Classe 9* (62,9% vs 56,5%), che riguarda le presentazioni anomale del neonato. Il maggiore ricorso al cesareo tra le donne italiane rispetto alle straniere in Italia non può essere attribuito a una sola causa, bensì a una serie di fattori che riflettono diversi approcci culturali al parto, condizioni cliniche diverse e percorsi di accesso al sistema sanitario differenziati.

Le donne italiane tendono ad avere figli più tardi rispetto alle donne straniere (Indicatore “Età al parto”), ed è noto che l'avanzamento dell'età è un fattore di rischio per le complicazioni durante il parto, il che può portare a un cesareo per motivi precauzionali. Anche il ricorso alle tecniche di PMA, più frequente tra le italiane, è associato a gravidanze considerate più a rischio, nonché a una quota più elevata di gravidanze multiple.

Le donne italiane presentano, in genere, un livello di istruzione più alto, il che può indurre a una medicalizzazione della gravidanza più frequente (più controlli e più interventi) con conseguente opzione per un parto cesareo anche solo per maggiore sicurezza. Di contro, le donne straniere, spesso con meno accesso alle informazioni mediche o con scarsa fiducia nel sistema sanitario, vivono la gravidanza in modo più naturale e con meno interventi.

Alcune donne italiane, influenzate anche dai contesti culturali e sanitari, possono preferire il cesareo per paura del dolore del parto naturale o per la percezione che il cesareo sia più controllabile o più sicuro. Le donne straniere, in particolare quelle dei Paesi in cui il cesareo è meno comune o meno accessibile, sono generalmente più inclini al parto naturale. Le donne italiane si rivolgono più spesso delle donne straniere alle strutture private accreditate, dove si osserva una tendenza (comunque in passato più radicata) a preferire il cesareo per ragioni medico-legali, organizzative o legate alla gestione dei tempi.

**Tabella 2 - Parti (valori per 100) e incidenza (valori per 100) di Tagli Cesarei per Classe di Robson - Anno 2023**

Classe di Robson	Italiane		Straniere	
	Parti	Incidenza Cesarei	Parti	Incidenza Cesarei
Classe 1	26,7	12,8	18,0	9,4
Classe 2a	16,5	24,8	12,1	23,2
Classe 2b	4,3	100,0	1,8	100,0
Classe 3	22,5	2,5	28,9	2,2
Classe 4a	7,1	6,1	12,0	6,0
Classe 4b	1,4	100,0	1,2	100,0
Classe 5	10,8	85,3	15,1	73,0
Classe 6	2,7	87,3	1,5	87,0
Classe 7	1,4	82,3	1,8	81,4
Classe 8	1,5	82,9	1,4	75,4
Classe 9	0,6	62,9	0,5	56,5
Classe 10	4,4	41,2	5,7	36,6
<b>Totale</b>	<b>100,0</b>	<b>30,5</b>	<b>100,0</b>	<b>26,1</b>

**Fonte dei dati:** Ministero della Salute. CeDAP. Anno 2025.

#### Riferimenti bibliografici

- (1) World Health Organization - WHO. 2017. Robson Classification. Implementation Manual. Disponibile sul sito: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/64f40251-a3d5-470b-b72c-1f4b024c400c/content>.
- (2) Betran, A.P., M.R. Torloni, J.J. Zhang, and A.M. Gürmezoglu. 2016. "WHO Statement on Caesarean Section Rates". BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology, Volume 123, N. 5: 667-670. Disponibile sul sito: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13526>.