

Salute delle popolazioni immigrate

L'immigrazione da paesi non appartenenti all'Unione Europea è uno dei fenomeni che maggiormente sta condizionando la nostra epoca: in poco più di venti anni l'Italia è diventata e si è consolidata come meta più o meno definitiva per un flusso di cittadini stranieri in costante aumento. Anzi il nostro paese partecipa a questo fenomeno mondiale sia come paese di origine, con 4 milioni di persone, che come paese di accoglienza: attualmente si stima la presenza di quasi 3 milioni con regolare permesso di soggiorno, con una incidenza sulla popolazione residente del 4,7%, al di sotto di circa un punto della media dell'Unione Europea.

Quanto più la presenza degli stranieri diviene consistente, tanto più forte si avverte l'esigenza di conoscere e di studiare a fondo il fenomeno nei suoi risvolti sociali, culturali, economici e sanitari, anche al fine di sostenere scelte politico-programmatiche mirate.

Sul versante della salute, una delle questioni più rilevanti per i sistemi sanitari regionali è quella di valutare accuratamente il profilo epidemiologico della popolazione straniera.

Nonostante la volontà espressa di acquisire maggiori conoscenze epidemiologiche sugli stranieri presenti nel nostro paese, non sono mancate in questi anni difficoltà legate a diversi ordini di problemi.

In primo luogo, l'eterogeneità della popolazione straniera: quando si parla di immigrati si fa riferimento, in realtà, a gruppi demografici molto diversi tra loro per provenienza, appartenenza etnica, lingua, religione, status giuridico. Si comprende bene come nessuno di questi aspetti sia indifferente sul piano del profilo di salute.

L'altro aspetto è quello della dinamicità del fenomeno. L'immigrazione in Italia è in rapida progressione, sia sul piano quantitativo che qualitativo, e le caratteristiche demografiche cambiano a mano a mano che il processo di sedimentazione sul territorio si compie: aumentano i ricongiungimenti familiari, fanno la loro comparsa i bambini e gli anziani, con tutte le conseguenze in termini di salute che questo comporta.

Infine, nel passato anche recente, ha pesato l'inadeguatezza dei sistemi di rilevazione epidemiologica nell'identificare i bisogni di salute espressi dalla popolazione immigrata sotto forma di domanda di prestazioni sanitarie.

Abbiamo scelto di fotografare questa complessa realtà, consci dei limiti degli strumenti utilizzati, con gli ultimi dati disponibili proprio all'indomani della regolarizzazione del 2002-03 (dispositivo giuridico che permette agli immigrati illegali di "sanare" il proprio status amministrativo) che ha svuotato in buona parte il sommerso e quindi ha permesso di analizzare effettivamente la popolazione straniera presente.

Siamo partiti dall'assistenza ospedaliera che costituisce una parte rilevante dell'attività complessiva del Servizio Sanitario Nazionale e, segnatamente, dell'assistenza erogata ai cittadini stranieri.

In questi ultimi anni, il livello di sviluppo raggiunto dai sistemi informativi sanitari ha portato a un crescente impiego dei dati amministrativi nelle valutazioni epidemiologiche. In particolare, la banca dati delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) è quella che a tutt'oggi offre maggiori garanzie in termini di completezza e disponibilità di variabili per l'identificazione degli stranieri.

Per tali ragioni, l'analisi dei ricoveri rappresenta una grande opportunità di conoscenza e un arricchimento rispetto alle informazioni disponibili sulla domanda di salute della popolazione straniera e su alcune caratteristiche dell'offerta sanitaria.

L'analisi riportata si concentra in particolare sugli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm) che rappresentano la parte più consistente del fenomeno migratorio (pari all'85% della popolazione straniera presente in Italia all'inizio del 2003).

Per indicare la strutturalità del fenomeno abbiamo analizzato l'andamento nel tempo della proporzione di nati da genitori stranieri e per valutarne le eventuali criticità sanitarie abbiamo esaminato il tasso di abortività volontaria e quello sugli infortuni sul lavoro. Infine alcune considerazioni circa le politiche sull'immigrazione e sui livelli assistenziali con l'analisi degli atti regionali che le governano. Già nel rapporto dello scorso anno abbiamo presentato uno studio comparativo, qui evidenziamo le novità accorse dalla precedente pubblicazione.

Emerge il quadro di una popolazione in cui la fragilità sociale (accoglienza inadeguata, politiche incerte, accessibilità ai servizi difficoltosa, ancora sfruttamento e discriminazione) è il fattore di rischio maggiore per la salute e il progressivo inserimento ed inclusione nel tessuto sociale, economico e culturale, sembra essere la migliore forma di prevenzione e benessere per l'intera popolazione.

Si ringrazia la Dott.ssa Lucia Lispi del Ministero della Salute per aver messo a disposizione i dati sui ricoveri ospedalieri. Si ringrazia il Sig. Saverio Velocchia dell'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio per l'elaborazione statistica dei dati.

Gli effetti della “sanatoria 2002”

Significato. Il D.L. 195/2002, emanato a seguito della L. 189/2002, più nota come “Bossi-Fini”, ha ammesso che i datori di lavoro che alla data dell’emanazione (9/9/2002) occupavano alle proprie dipendenze lavoratori extracomunitari in posizione irregolare da almeno tre mesi potessero denunciare la sussistenza di tale rapporto di lavoro entro trenta giorni dalla data di pubblicazione del decreto. Furono presentate più di 700 mila domande, corredate dalla documentazione richiesta e dall’attestato del pagamento di un consistente contributo. L’esame di ammissibilità delle dichiarazioni di emersione da parte delle Prefetture e

la verifica da parte delle Questure della mancanza di motivi ostativi al rilascio del permesso di soggiorno, nonché le procedure successive per la stipula tra le parti del contratto di soggiorno per lavoro subordinato e per il contestuale rilascio del permesso di soggiorno, della durata di un anno, si sono protratte per più di un anno e mezzo. Alla fine, poco meno di 650 mila domande sono state accolte e stanno tuttora dando luogo ai rilasci dei permessi di soggiorno ufficiali ed alle iscrizioni nelle anagrafi comunali, quando previsto.

Tasso di domande di sanatoria presentate

Numeratore	Domande di sanatoria presentate	x 100
Denominatore	Permessi di soggiorno all’1/1/2003	

Tasso di domande di sanatoria accolte

Numeratore	Domande di sanatoria accolte	x 100
Denominatore	Permessi di soggiorno all’1/1/2003	

Percentuale di domande accolte

Numeratore	Domande di sanatoria accolte	x 100
Denominatore	Domande di sanatoria presentate	

Validità e limiti. Il rapporto percentuale tra le domande presentate ed i permessi di soggiorno preesistenti al 1° gennaio 2003 può essere letto come un approssimativo indicatore della presenza di lavoratori dipendenti extracomunitari irregolari o clandestini ogni cento permessi di soggiorno concessi nella regione. Non può però essere assunto come indicatore generale della quota di irregolarità, perché non tiene conto di quanti svolgevano irregolarmente un lavoro autonomo e degli extracomunitari occupati in attività illegali o comunque non denunciabili. Il rapporto percentuale tra le domande accolte ed i permessi preesistenti stima invece l’aumento relativo dei permessi di soggiorno imputabile alla sanatoria. Si tratta di un indicatore approssimativo, in quanto esclusi i permessi nel frattempo scaduti e non rinnovati e quelli concessi ex novo a seguito dei decreti sui flussi d’ingresso approvati nel 2003 e nel 2004. Infine non rientrano gli extracomunitari minorenni (che hanno il permesso di soggiorno congiunto a quello dei genitori) e gli immigrati che, pur possedendo un regolare permesso di soggiorno, non risiedono più nel nostro paese ma risultano ancora iscritti nell’Anagrafe comunale.

Descrizione dei risultati

Da un punto di vista territoriale, le regioni che hanno visto presentare il maggior numero di domande di regolarizzazione sono la Lombardia e il Lazio (trainate dalle province di Roma e Milano), mentre in Valle d’Aosta e Molise è stato fatto meno ricorso, in termini assoluti, alla sanatoria: questo dato risente, ovviamente, della diversa estensione territoriale e popolazione delle regioni italiane (tabella 1).

In Italia il rapporto percentuale delle domande presentate ed i permessi di soggiorno preesistenti al 1° gennaio 2003 tocca quasi il 47%. L’indicatore assume dei valori comparativamente maggiori in Campania (dove i lavoratori dipendenti stranieri che hanno presentato la domanda di regolarizzazione sono risultati addirittura di più di tutti quelli che alla fine del 2003 avevano il permesso di soggiorno concesso nella regione), in Calabria ed in Basilicata. I valori più bassi si registrano, invece, per il Trentino-Alto Adige e per il Friuli-Venezia Giulia.

È solo, però, attraverso la lettura congiunta dei due cartogrammi che si può avere un quadro dinamico degli effetti della sanatoria sulla presenza extracomu-

nitaria nelle province italiane: la presenza legale di immigrati al 1° gennaio 2003 misurata rispetto al totale dei residenti in ciascuna provincia (cartogramma a sinistra) si distribuisce come un continuum dai valori più alti nel Nord del paese fino ai più bassi nelle province del Meridione e delle Isole. Il cartogramma a destra rappresenta il rapporto percentuale tra le domande di regolarizzazione accolte ed i permessi di soggiorno in essere prima della sanatoria. In esso, la distribuzione territoriale appare in parte di segno opposto al precedente: l'indicatore, infatti, assume valori elevati nelle province del Sud, dove era esiguo il numero di permessi preesistenti all'ultima sanatoria e dove è probabile che fosse elevato il numero di lavoratori illegalmente presenti sul territorio (impiegati specialmente nel settore agricolo, industriale e delle costruzioni). Alle province del Sud si aggiungono, però, alcune province del Centro-Nord dove la domanda di lavoro, specie nelle industrie, non era ancora pienamente soddisfatta con le presenze regolari all'inizio del 2003. All'interno di questo quadro generale si distinguono le grandi città, dove gli illegali sono impiegati prevalentemente nel lavoro domestico e di assistenza, impieghi per i quali la domanda di lavoro è in forte espansione, e dove quindi il tasso di aumento della presenza straniera a seguito della sanatoria è stato particolarmente elevato.

Nella tabella 2 sono riportati i permessi di soggiorno in essere prima della sanatoria, quelli rilasciati a seguito della regolarizzazione e la stima dello stock di

permessi di soggiorno dopo la sanatoria per cittadinanza del lavoratore. Quest'ultimo dato è stato ottenuto sommando quelli contenuti nelle prime due colonne: si tratta, quindi di una stima, perché non tiene conto né degli immigrati che, pur possedendo un regolare permesso di soggiorno, non risiedono più nel nostro Paese, né dei minorenni (che hanno il permesso di soggiorno congiunto a quello dei genitori) e neanche degli immigrati che hanno ottenuto il permesso di soggiorno nel 2003 perché facenti parte dei flussi programmati (quote) di immigrazione o per ricongiunzione familiare. Appare evidente come attraverso la sanatoria si sia ulteriormente rafforzata la presenza di immigrati provenienti dall'Albania e dalla Romania. In particolare, gli immigrati provenienti da quest'ultimo Paese sono quelli che hanno beneficiato maggiormente della regolarizzazione, tanto che nel 2004 si stima che essi siano, per numerosità, la prima comunità di immigrati soggiornanti in Italia (nel 2003 occupavano la terza posizione). Oltre al rafforzamento numerico di alcune delle comunità di immigrati già da tempo radicate nel nostro Paese (come i nordafricani e gli immigrati provenienti dai Paesi Balcanici), la sanatoria ha messo in luce la massiccia presenza di lavoratori dipendenti immigrati dall'Europa Centro-Orientale. Di particolare rilievo è quella proveniente dall'Ucraina, comunità che passa dal ventisettesimo al quarto posto nella graduatoria pre e post sanatoria.

Percentuale di domande accolte per province. Anno 2003

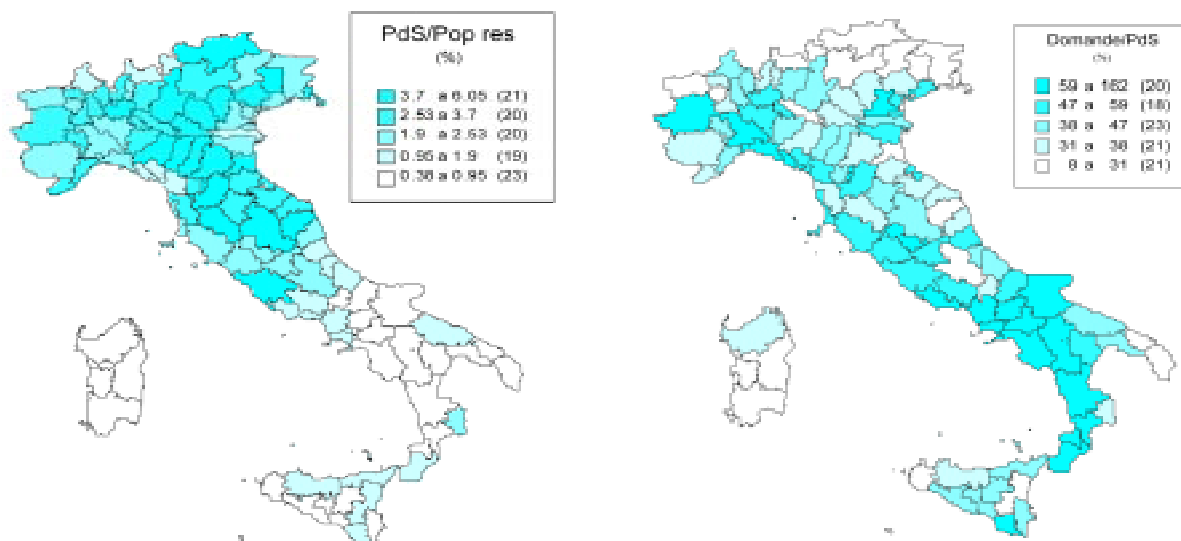


Tabella 1 - *Permessi di soggiorno pre-sanatoria, domande di sanatoria presentate e accolte, percentuale di domande accolte, tasso di domande presentate e tasso di domande accolte per regione (dati in migliaia e tasso per 100 permessi concessi) - Anno 2003*

Regioni	PdS al 1/1/03	Domande di sanatoria		Domande accolte %	Tasso domande	
		Presentate	Accolte		Presentate	Accolte
Piemonte	108,0	57,5	53,8	93,4	53,3	49,8
Valle d'Aosta	2,9	0,7	0,6	94,9	23,4	22,2
Lombardia	346,8	159,2	144,2	90,6	45,9	41,6
Trentino-Alto Adige	38,1	5,6	5,2	93,3	14,6	13,6
Bolzano-Bolzen	20,2	2,2	2,0	92,5	10,7	9,9
Trento	17,9	3,4	3,2	93,8	19,0	17,9
Veneto	153,5	61,6	56,6	91,8	40,1	36,8
Friuli-Venezia Giulia	49,0	8,3	7,7	93,3	16,9	15,8
Liguria	35,4	19,4	17,9	92,4	54,9	50,7
Emilia-Romagna	147,8	57,2	53,3	93,2	38,7	36,0
Toscana	111,1	50,9	46,6	91,6	45,8	41,9
Umbria	29,9	13,9	12,3	88,7	46,4	41,1
Marche	47,1	14,9	14,0	93,8	31,7	29,7
Lazio	238,6	124,3	114,3	91,9	52,1	47,9
Abruzzo	21,2	8,8	7,9	89,7	41,5	37,2
Molise	2,4	1,2	1,0	90,8	48,0	43,6
Campania	58,0	68,5	60,0	87,5	118,0	103,3
Puglia	31,2	14,1	12,2	86,6	45,3	39,3
Basilicata	3,5	2,5	2,3	94,2	71,0	66,9
Calabria	17,5	15,8	14,9	94,3	90,4	85,2
Sicilia	49,7	18,0	16,2	90,3	36,1	32,6
Sardegna	11,7	3,2	2,8	87,8	27,6	24,2
Italia	1503,3	705,5	643,9	91,3	46,9	42,8

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazione di dati Istat e Ismu. Anno 2005.

Tabella 2 - *Permessi di soggiorno (PdS) al 1° gennaio 2003 e stima dei permessi di soggiorno al 1° gennaio 2004, per cittadinanze prevalenti da paesi a forte pressione migratoria (dati in migliaia)*

Numero d'ordine	PdS al 1/1/04		PdS al 1/1/04	Variazione percentuale %	
1	Albania	171,6	Romania	227,8	240,3
2	Marocco	170,7	Albania	218,7	127,5
3	Romania	94,8	Marocco	217,8	127,5
4	Filippine	65,6	Ucraina	115,0	777,3
5	Cina	64,0	Cina	96,9	151,4
6	Tunisia	51,1	Filippine	74,7	113,9
7	Jugoslavia	40,2	Polonia	65,4	186,8
8	Senegal	37,0	Tunisia	59,4	116,2
9	Sri Lanka	35,7	Senegal	48,8	51,1
10	Polonia	35,0	Perù	47,4	151,3
Totale		1503,3		2139,2	-

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazione di dati Istat e Ismu. Anno 2005.

Ospedalizzazione tra gli stranieri

Significato. Il tasso di ospedalizzazione permette di valutare il ricorso alle strutture ospedaliere da parte degli stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (Pfp, secondo la classificazione Istat: paesi dell'Europa Centro-Orientale, dell'Africa, dell'Asia a eccezione di Israele e Giappone, e dell'America Centro-Meridionale) rispetto agli italiani, tenendo conto delle diverse dimensioni delle popolazioni a confronto. È stata compiuta la scelta di limitare il calcolo dell'indicatore ai maggiorenni, in considerazione della notevole sottostima del numero di immigrati di età <18 anni, in molti casi registrati sul permesso di soggiorno dei genitori.

I tassi degli stranieri sono stati standardizzati per età e calcolati separatamente per sesso, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppamento di diagnosi principale. La popolazione standard è quella residente

in Italia alla data dell'ultimo Censimento (21 ottobre 2001).

La fonte dei dati relativi ai ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle SDO del Ministero della Salute che raccoglie tutte le dimissioni effettuate in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private (accreditate e non). Sono escluse dall'analisi di seguito riportata le SDO relative ai neonati sani. L'anno di attività è il 2003.

Per stimare il numero degli stranieri presenti in Italia, da utilizzare come denominatore del tasso, sono stati considerati i permessi di soggiorno, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati dall'Istat. I dati si riferiscono alla media tra i permessi rilevati al 31/12/2002 e la stima provvisoria relativa al 31/12/2003.

Tasso di ospedalizzazione di cittadini di paesi a forte pressione migratoria

Numeratore	Dimissioni di cittadini da Pfp di età 18 anni e oltre	
Denominatore	Popolazione media straniera da Pfp regolarmente soggiornante di età 18 anni e oltre	x 1.000

Validità e limiti. L'indicatore utilizza al numeratore dati di fonte amministrativa, non campionari, rilevati routinariamente secondo modalità sufficientemente standardizzate e caratterizzati da elevata copertura nazionale e al denominatore dati di popolazione che rispetto agli anni precedenti presentano un minore grado di sottostima della clandestinità (il 2003 è, infatti, l'anno immediatamente successivo alla sanatoria prevista dalla Legge Bossi-Fini).

Tra i limiti, va menzionata in primo luogo la qualità stessa dei dati SDO, che potrebbero essere talvolta incompleti e potenzialmente distorti in quanto adoperati primariamente per il finanziamento delle prestazioni.

Inoltre, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri, non sempre è riportata in modo accurato e la sua validità può variare anche molto tra le diverse regioni italiane. Infine, è verosimile che una certa sottostima della presenza straniera in Italia permanga, soprattutto per effetto dei numerosi nuovi ingressi dai Paesi dell'Est, con conseguente sovrastima dei tassi di ospedalizzazione.

Per quanto riguarda l'interpretazione dei risultati, occorre sottolineare che il ricovero ospedaliero è solo uno dei possibili eventi della complessa rete di risposte assistenziali, punto d'approdo di un percorso in cui entrano in gioco le istanze del paziente, l'accessibilità

delle cure ospedaliere e dei livelli di cura alternativi, il ricorso più o meno tempestivo ai servizi sanitari e la gravità clinica, le decisioni del medico. Per tali ragioni, l'analisi dei ricoveri può fornire solo generiche indicazioni in merito all'occorrenza di una malattia e all'espressione di un bisogno di salute.

Si tenga anche presente che per alcune regioni i tassi sono poco affidabili perché basati su una casistica poco numerosa.

Valori di riferimento. I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età degli stranieri vengono confrontati con quelli dell'intera popolazione residente (italiana+straniera) al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri nelle regioni italiane e di individuare alcune condizioni patologiche di particolare criticità.

La scelta di utilizzare come riferimento il tasso calcolato su tutti i residenti (e non solo sugli italiani) deriva dal fatto che le attuali fonti informative non permettono di separare per singola classe di età la popolazione straniera residente da quella italiana. Ciò potrebbe tradursi in una distorsione, prevedibilmente nel senso dell'attenuazione delle differenze tra i valori a confronto.

Descrizione dei risultati

Nel 2003, i ricoveri di cittadini stranieri avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private sono stati 365.729, pari al 3% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro paese. La quasi totalità delle dimissioni (99%) è stata effettuata da reparti per acu-

ti. Per quanto riguarda la provenienza, l'89% dei ricoveri effettuati da cittadini non italiani ha riguardato immigrati da Pfp: il 42% dall'Est europeo; il 30% dal continente africano, in particolare dall'Africa settentrionale (19%); il 14% dall'Asia; il 14% dall'America Latina.

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero e cittadinanza (numero e variazione percentuale) - Anni 1998, 2000, 2003

Cittadinanza	Ricoveri ordinari				Day-Hospital			
	1998	2000	2003	Variazione %	1998	2000	2003	Variazione %
Stranieri da Psa*	40.056 (0,4%)	32.287 (0,3%)	32.998 (0,4%)	-17,6	8.113 (0,4%)	7.995 (0,3%)	8.240 (0,3%)	+1,6
Stranieri da Pfp	147.194 (1,5%)	183.521 (1,9%)	238.593 (2,6%)	+62,1	29.842 (1,5%)	45.484 (1,9%)	85.898 (2,8%)	+187,8
Totale ricoveri nazionali	9.964.872 (100%)	9.556.665 (100%)	9.184.175 (100%)	-7,8	2.016.336 (100%)	2.340.604 (100%)	3.105.941 (100%)	+54,0

* Psa: paesi a sviluppo avanzato.

Pfp: paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005.

Tabella 2 - Dimissioni ospedaliere per regime di ricovero per sesso e regione (numero e tasso standardizzato per 1.000 abitanti) - Anno 2003

Regioni	Ricoveri ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Numero (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti)	Numero (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti)	Numero (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti)	Numero (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti)
(a)	(b)	(b) (c)	(a)	(b)	(b) (c)	(a)	(b)	(b) (c)	(a)	(b)	(b) (c)	
Piemonte	5.808	125,8	122,4	12.284	168,0	128,5	2.276	53,6	61,9	6.034	88,8	63,8
Valle d'Aosta	147	98,0	146,4	295	170,9	145,8	45	91,9	61,4	86	50,0	55,2
Lombardia	24.215	140,8	166,0	36.401	185,5	158,2	5.856	36,5	61,3	15.340	74,0	70,2
Liguria	3.656	203,4	147,6	5.630	245,3	145,2	1.232	64,2	89,1	3.040	121,5	96,3
Bolzano-Bozen	1.145	194,0	198,9	1.153	181,9	204,3	151	13,4	36,6	393	47,6	53,0
Trento	780	114,2	154,1	1.553	166,9	154,4	246	34,2	54,5	553	57,8	64,2
Veneto	9.706	131,4	144,9	16.810	188,1	146,7	2.866	79,5	64,8	5.598	89,9	67,8
Friuli-Venezia Giulia	1.736	80,8	136,6	3.034	134,4	135,8	460	20,0	38,1	1.257	48,7	46,7
Emilia-Romagna	9.632	130,3	146,3	16.124	186,8	149,7	2.040	29,8	53,5	6.301	67,4	63,6
Toscana	6.565	136,1	131,7	11.461	178,5	133,7	1.697	28,9	52,2	4.300	61,4	55,4
Umbria	1.768	120,2	139,0	3.657	180,0	137,0	461	46,4	65,6	1.469	68,4	72,6
Marche	1.729	91,4	151,0	3.579	128,2	147,3	436	16,5	47,0	1.054	37,0	51,8
Lazio	11.178	111,6	175,9	18.717	142,5	180,1	4.302	25,2	75,6	9.047	54,8	80,7
Abruzzo	1.125	125,5	223,0	2.027	175,5	211,5	271	36,7	59,3	821	62,1	74,7
Molise	62	49,1	195,8	122	63,7	193,8	7	49,2	50,3	29	14,2	56,6
Campania	3.748	193,1	190,7	6.798	245,3	182,1	696	28,4	69,1	2.483	60,6	69,2
Puglia	2.089	131,9	198,0	3.077	219,1	198,3	158	18,4	38,4	323	25,4	42,4
Basilicata	35	75,7	170,8	36	58,2	170,2	9	28,1	64,5	8	7,6	70,6
Calabria	927	174,6	194,5	1.460	258,5	192,8	193	62,5	64,6	576	74,6	74,6
Sicilia	2.992	372,0	192,0	3.910	348,8	181,2	1.245	114,8	98,8	1.956	129,1	107,1
Sardegna	550	502,6	186,4	872	663,9	181,6	228	325,4	64,1	355	250,7	77,6
Italia	89.593	134,7	165,2	149.000	179,7	163,6	24.875	39,0	63,8	61.023	69,0	70,2

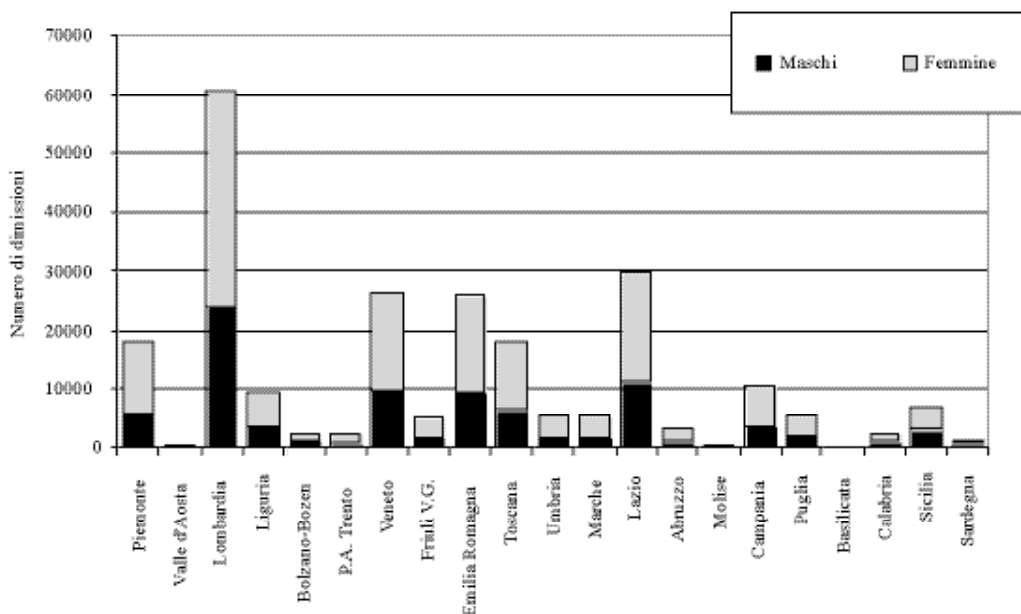
(a) Tutte le età.

(b) Età 18 anni e oltre.

(c) Tra i residenti sono inclusi anche quelli con cittadinanza straniera.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione residente al censimento 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005; Istat - Popolazione straniera presente e Popolazione residente. Anno 2005.

Grafico 1 - Numero di dimissioni in regime di ricovero ordinario di cittadini provenienti da Pfp

La tabella 1 mostra l'andamento dei ricoveri negli anni 1998, 2000 e 2003, per regime di ricovero e provenienza. Rispetto al 1998, il numero di ricoveri a carico di stranieri da Pfp è aumentato in media dell'83%, dato spiegato solo in parte dall'incremento demografico (stima pre-sanatoria +50%), a fronte di una sostanziale stabilità dell'attività ospedaliera complessivamente erogata in Italia (+3% nello stesso periodo). L'aumento dei ricoveri in termini relativi ha riguardato maggiormente l'attività di day-hospital (+188%).

Per quanto riguarda l'età, si tratta di pazienti prevalentemente giovani: nel 2003, il 75% dei ricoveri di stranieri da Pfp è risultato a carico di persone tra i 18 e i 49 anni (la percentuale nei residenti, che include anche gli stranieri, si è attestata intorno al 30%) e il 17% a carico di minorenni. Decisamente poco rappresentata è risultata, invece, la classe d'età sopra i 65 anni (3% rispetto al 40% nei residenti). Questo dato riflette evidentemente il profilo demografico della popolazione immigrata.

La tabella 2 riporta il numero di ricoveri di stranieri provenienti da Pfp, per regione di erogazione, sesso e regime di ricovero, e i tassi standardizzati di ospedalizzazione negli stranieri e nei residenti di età superiore a 17 anni. Dei 324.491 ricoveri complessivamente erogati a stranieri da Pfp nel 2003, 238.593 (74%) sono stati effettuati in regime ordinario. La Lombardia è al primo posto con 81.812 ricoveri (pari al 25% del totale nazionale), seguita dal Lazio con 43.244 (13%), dal Veneto e dal Friuli-Venezia Giulia (11%). Il 63% dei ricoveri è concentrato nelle regioni del Nord (38% nel Nord-Ovest e 25% nel Nord-Est), il 25% al Centro e solo il 12% al Sud e nelle Isole, dati questi che ancora una volta ricalcano la ripartizione

geografica della popolazione straniera nel nostro Paese. La distribuzione per sesso mostra una prevalenza di donne, con 149.000 ricoveri ordinari (62% delle dimissioni in questo regime) e 61.023 in day-hospital (72%).

Per quanto riguarda i tassi di ospedalizzazione, si è evidenziato un minore ricorso alle prestazioni ospedaliere da parte della popolazione straniera rispetto alla popolazione residente tra i maschi, in particolare in day-hospital (-40%). Per contro, sono stati osservati tassi più elevati tra donne straniere rispetto alle residenti in regime ordinario (+10%) e quasi uguali in day-hospital, in conseguenza dell'elevato numero di ricoveri per parto e interruzione volontaria di gravidanza. Inoltre, si è osservata una marcata variabilità geografica, con tassi di ospedalizzazione in regime ordinario superiori mediamente al Sud, sia tra gli stranieri che tra i residenti; viceversa, in regime di day-hospital, i valori tendono a essere più elevati nelle regioni del Nord, soprattutto tra gli stranieri. Colpisce il dato abnormemente alto registrato nelle Isole, probabilmente imputabile a un problema di qualità delle informazioni.

La tabella 3 riporta la distribuzione dei ricoveri di stranieri maggiorenni provenienti da Pfp e i tassi standardizzati di ospedalizzazione in regime ordinario per gli stranieri e per la popolazione residente, per sesso e causa di ricovero.

La causa più frequente di accesso al ricovero ordinario tra gli uomini è rappresentata dai traumatismi, con una percentuale pari al 26%; seguono le malattie dell'apparato digerente (14%, tra cui è stata osservata un numero particolarmente elevato di interventi per appendicite acuta), del sistema circolatorio (9%) e di quello respiratorio (8%, in particolare broncopolmo-

Tabella 3 - Dimissioni ospedaliere in regime ordinario per sesso e cause di ricovero, età 18 anni e oltre (numero, percentuali di dimissioni e tassi standardizzati per 1.000 abitanti) - Anno 2003

ICD-9-CM	Descrizione	Maschi				Femmine			
		Numero (Pfp)	% (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti) (a)	Numero (Pfp)	% (Pfp)	Tasso (Pfp)	Tasso (residenti) (a)
001-139	Malattie infettive	3.987	5,9	4,7	2,5	2.448	1,9	3,6	1,7
140-239	Tumori	2.572	3,8	11,5	17,5	5.801	4,4	12,5	14,5
240-279	Mal. endocrine e immunitarie	1.051	1,6	3,1	2,8	1.328	1,0	3,6	4,3
280-289	Mal. sangue	369	0,5	0,9	1,2	715	0,5	1,4	1,3
290-319	Disturbi psichici	2.983	4,4	3,3	4,9	2.722	2,1	3,4	4,7
320-389	Mal. sistema nervoso	3.251	4,8	7,4	9,4	2.686	2,0	6,9	9,1
390-459	Mal. sistema circolatorio	5.780	8,6	27,7	38,3	4.210	3,2	20,2	24,0
460-519	Mal. apparato respiratorio	5.563	8,3	12,6	14,5	3.391	2,6	9,3	7,9
520-579	Mal. apparato digerente	9.279	13,8	16,1	19,5	8.542	6,5	16,5	13,7
580-629	Mal. apparato genito-urinario	3.047	4,5	7,9	10,6	10.134	7,7	13,0	11,6
630-677	Gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	-	72.854	55,2	55,6	32,1
680-709	Mal. pelle e sottocutaneo	1.179	1,8	1,9	2,1	694	0,5	1,4	1,6
710-739	Mal. sistema osteo-muscolare	3.990	5,9	6,4	10,5	2.820	2,1	7,0	11,3
740-779	Mal. congenite e perinatali	479	0,7	0,5	0,8	484	0,4	0,6	0,8
780-799	Stati morbosi mal definiti	4.144	6,2	8,1	8,1	4.521	3,4	8,0	6,4
800-999	Traumi e avvelenamenti	17.492	26,1	18,5	15,5	5.931	4,5	11,6	11,7
V01-V82	Fatt. che influenzano lo stato di salute	1.927	2,9	4,4	6,9	2.622	2,0	5,4	6,9
	Totale	67.093	100,0	134,7	165,2	131.903	100,0	179,7	163,6

(a) Tra i residenti sono inclusi anche quelli con cittadinanza straniera.

Nota: la standardizzazione è stata effettuata considerando come popolazione di riferimento la popolazione residente al censimento 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. SDO. Anno 2005; Istat - Popolazione straniera presente e Popolazione residente. Anno 2005.

nite e broncopneumopatie croniche). Nelle donne, la causa più frequente di ricovero ordinario è invece rappresentata dalla gravidanza e dal parto, con una percentuale pari al 55%. Seguono le malattie dell'apparato genitourinario (8%) e dell'apparato digerente (7%). Per quanto riguarda la casistica in day-hospital (dati non mostrati), tra gli uomini si è osservata una prevalenza di ricoveri a seguito di "fattori che influenzano lo stato di salute" (13%, in particolare chemioterapia e rimozione di gesso o placche ortopediche); di malattie dell'apparato digerente (12%, tra cui interventi di ernia inguinale, epatopatie croniche e disturbi digestivi funzionali); e di malattie infettive (11%, soprattutto AIDS ed epatiti). A proposito di queste ultime, si sottolinea come, rispetto al 2000, si è registrata una diminuzione del numero di ricoveri in termini sia assoluti che relativi, nonostante quelli in day-hospital tra i maschi siano notevolmente aumentati in tutti i principali raggruppamenti di diagnosi. Tra le donne colpisce il dato relativo ai ricoveri per motivi legati alla riproduzione, pari al 60%, quasi esclusivamente per interruzioni volontarie di gravidanza.

Negli stranieri, tassi specifici per patologia particolarmente elevati hanno riguardato le malattie del sistema circolatorio e i traumi tra i maschi (rispettivamente 27,7 e 18,5 per 1.000); il parto e le malattie del sistema circolatorio tra le femmine (55,6 e 20,2 per 1.000). Rispetto alla popolazione residente, valori più alti si sono osservati nei seguenti raggruppamenti: malattie

infettive, traumi e malattie endocrine tra i maschi; malattie infettive, parto, stati morbosi mal definiti e affezioni degli apparati digerente, respiratorio e genito-urinario tra le femmine.

Nati da cittadini stranieri

Significato. Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio, si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri. Questo fenomeno può aver avuto un'influenza sulla leggera ripresa della natalità e fecondità osservata negli ultimi anni. Dei 544.063 nati vivi registrati nel

2003 (dati provvisori), 48.471 avevano almeno uno dei genitori con cittadinanza straniera. Questo indicatore permette di valutare l'andamento della natalità tra i cittadini stranieri presenti nel nostro paese e la loro influenza sull'andamento delle nascite in Italia

Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

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

Numeratore: Numero di nati con almeno un genitore cittadino straniero
 Denominatore: Numero di nati

Validità e limiti. Dal 1999 il calcolo può essere effettuato considerando solo i nati vivi perché la nuova fonte dei dati sulle nascite, la Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe, rileva i dati per luogo di residenza e relativi ai soli nati vivi. Va comunque sottolineato che i nati morti in Italia sono ormai un numero molto basso di tutti i nati (meno di 2000).

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito la cittadinanza italiana, ad esempio in seguito a matrimonio con cittadino italiano. Tra le donne che partoriscono questo ultimo gruppo può costituire una percentuale abbastanza elevata del totale. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita, che tuttavia presenta lo svantaggio di includere le donne nate all'estero da genitori italiani.

Valore di riferimento. Può essere assunto come tale il valore medio nazionale.

Descrizione dei risultati

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro paese. Questo incremento è anche superiore a quello registrato per la popolazione generale; infatti, se la popolazione straniera residente rappresenta il 4,5% di tutti i residenti, i nati con almeno un genitore straniero sono ormai il 9% di tutti i nati in Italia, cioè circa un nato ogni 10. Molti sono figli di genitori entrambi stranieri (67% del totale), con un incremento di quasi 10 volte del numero dal 1983 al 2003 (tabella 1). I dati per regione (tabella 2) evidenziano un valore di questo indicatore più elevato nelle aree dove la presenza straniera è maggiore: nel 2003 si passa da un massimo del 15% del totale dei nati vivi in Emilia Romagna e in Umbria a un minimo di 2,1% in Campania. In generale i valori più elevati si osservano al Centro-Nord, mentre il Sud presenta sempre i valori più bassi.

Tabella 1 - Nati in Italia con almeno un genitore cittadino straniero - Anni 1986-1989; 1992-1996; 2001-2003

Anni	Padre italiano/ madre straniera	Padre straniero/ madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Totale	%
1986	2.058	1.349	2.988	6.395	1,1
1987	2.339	1.459	3.200	6.998	1,3
1988	2.767	1.512	3.848	8.127	1,4
1989	3.408	1.705	4.722	9.835	1,7
1992	5.115	2.005	8.745	15.865	2,8
1993	5.073	2.152	9.972	17.197	3,1
1994	5.935	2.260	11.817	20.012	3,7
1995	6.028	2.375	13.096	21.499	4,1
1996	6.675	2.677	14.583	23.935	4,5
2001(a)	9.397	2.913	26.416	38.726	7,3
2002(a)(b)	10.449	3.034	29.483	42.966	8,0
2003(a)(b)	12.530	3.569	32.372	48.471	8,9

(a) nati vivi; (b) dati provvisori.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Archivio sulla fecondità costituito a partire dalla rilevazione delle nascite. 2001-2003: Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita.

Tabella 2 - Nati vivi con almeno un genitore cittadino straniero per regione – Anno 2003

Anni	Padre italiano/ madre straniera	Padre straniero/ madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Totale	%
Piemonte	1.201	337	2.965	4503	12,4
Valle d'Aosta	39	10	57	106	9,2
Lombardia	2.424	823	8.465	11.712	13,4
Trentino-Alto Adige	364	151	677	1192	11,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>214</i>	<i>100</i>	<i>287</i>	<i>601</i>	<i>11,2</i>
<i>Trento</i>	<i>150</i>	<i>51</i>	<i>390</i>	<i>591</i>	<i>11,9</i>
Veneto	1.213	447	4.342	6.002	13,7
Friuli-Venezia Giulia	315	107	721	1.143	11,6
Liguria	424	97	653	1.174	10,2
Emilia-Romagna	1.166	318	3.911	5.395	15,1
Toscana	992	289	2.200	3.481	12,0
Umbria	303	55	715	1.073	15,1
Marche	425	100	1.290	1.815	14,1
Lazio	1.199	323	3.567	5.089	10,1
Abruzzo	306	55	422	783	7,1
Molise	60	11	32	103	3,9
Campania	791	127	481	1.399	2,1
Puglia	288	97	552	937	2,4
Basilicata	76	13	61	150	2,8
Calabria	335	47	264	646	3,4
Sicilia	405	95	851	1.351	2,6
Sardegna	204	67	146	417	3,1
Italia	12.530	3.569	32.372	48.471	8,9

Fonte dei dati e anno di riferimento: Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita.

Percentuale di nati vivi con almeno un genitore cittadino straniero per regione. Anno 2003



Abortività volontaria per cittadinanza

Significato. Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Infatti, delle 124.118 IVG effettuate nel 2003 per le quali è disponibile il dato sulla cittadinanza, 31.825 (pari al 25,6%) hanno riguardato cittadine straniere rispetto a 10.131 (7,4%) del 1996.

L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia. L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza generale del fenomeno in Italia e nelle regioni con un numero elevato di donne straniere.

Tasso di abortività volontaria di cittadine straniere residenti

Numeratore	Numero di IVG di cittadine straniere residenti di età 18-49 anni	x 1.000
Denominatore	Popolazione media femminile straniera residenti di età 18-49 anni	

Validità e limiti. Questo indicatore permette di valutare il fenomeno separatamente per le donne italiane e le donne straniere che possono avere comportamenti riproduttivi differenti. L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione la cittadinanza italiana. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita che tuttavia presenta anch'esso degli svantaggi. Un altro problema per gli indicatori che riguardano la popolazione straniera è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati.

Valori di riferimento. Può essere assunto come tale il tasso di abortività volontaria osservato tra le cittadine italiane.

Descrizione dei risultati

Il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne cittadine straniere nel 2003 è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata (con una variazione da 37% delle IVG in Lombardia a 4% in Puglia). La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi del Centro-Sud America, dell'Africa e dell'Asia nell'ordine (tabella 1). Negli ultimi anni si è osservato un aumento maggiore delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e del Centro e Sud America. C'è comunque da sottolineare che questi sono i paesi da cui provengono la maggioranza delle donne presenti nel nostro Paese e che un aumento di questi due gruppi di donne si è osservato nella popolazione generale femminile, specie a partire dalla fine degli anni '90. Utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-49 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività relativo alle straniere residenti in Italia

(28,0 per 1.000 nel 1996, 29,7 nel 2000 e 35,5 nel 2002). Questo indicatore evidenzia un aumento, negli ultimi anni del ricorso all'IVG da parte delle straniere, forse dovuto a un cambiamento della provenienza delle donne immigrate in Italia, mentre tra le italiane si registra una lieve riduzione. In generale le straniere presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (negli ultimi anni di circa tre-quattro volte). Inoltre abbastanza diverso risulta il ricorso all'IVG per età della donna. Se per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Ciò significa che la fascia di popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana (tabella 2).

Percentuale di IVG di cittadine straniere per regione. Anno 2003



Tabella 1 - Numero di IVG per cittadinanza e regione di intervento - Anno 2003

Regioni	Italia	Est Europa	Africa	America centro-meridionale	Asia	Altre nazionalità	Totale numero IVG in straniere	Non indicata	Totale IVG	Cittadine straniere %
Piemonte	7.341	2.041	736	587	162	52	3.578	0	10.919	32,8
Valle d'Aosta	267	11	8	6	1	1	27	0	294	9,2
Lombardia	14.415	2.752	1.585	2.823	1.263	155	8.578	76	23.069	37,2
Trentino-Alto Adige	1.429	191	44	51	31	8	325	0	1.754	18,5
<i>Bolzano-Bozen</i>	382	91	15	21	14	2	143	0	525	27,2
<i>Trento</i>	1.047	100	29	30	17	6	182	0	1.229	14,8
Veneto	4.189	1.339	613	171	331	55	2.509	73	6.771	37,1
Friuli-Venezia Giulia	1.640	285	161	49	38	10	543	20	2.203	24,6
Liguria	2.692	276	134	718	51	20	1.199	0	3.891	30,8
Emilia-Romagna	7.462	1.763	1.021	356	546	103	3.789	22	11.273	33,6
Toscana	5.747	1.209	284	378	367	93	2.331	26	8.104	28,8
Umbria	1.472	453	116	156	42	21	788	33	2.293	34,4
Marche	1.862	440	139	104	97	8	788	22	2.672	29,5
Lazio	10.458	2.990	380	830	415	114	4.729	0	15.187	31,1
Abruzzo	2.376	339	61	42	40	14	496	30	2.902	17,1
Molise	486	30	1	5	0	1	37	1	524	7,1
Campania (a)	3.810	492	33	24	31	6	586	0	4.396	13,3
Puglia	11.991	310	71	21	41	23	466	55	12.512	3,7
Basilicata	582	21	6	3	2	0	32	1	615	5,2
Calabria	2.760	265	35	10	23	6	339	40	3.125	10,8
Sicilia	8.609	217	138	31	123	32	541	39	9.203	5,9
Sardegna	2.254	73	29	9	20	13	144	13	2.411	6,0
Italia (a)	91.842	15.497	5.595	6.374	3.624	735	31.825	451	124.118	25,6

(a) I dati relativi alla regione Campania sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2005.

Tabella 2 - Tassi^(a) di abortività volontaria per cittadinanza e classi di età (tassi per 1.000 donne) - Anni 1996, 2002

Età	1996				2002			
	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/italiane
18-24	10,9	51,6	11,7	4,7	11,5	58,2	13,5	5,1
25-29	11,6	38,1	12,4	3,3	10,7	50,6	13,1	4,7
30-34	11,9	27,5	12,3	2,3	9,8	38,4	11,5	3,9
35-39	10,7	19,5	10,9	1,8	7,7	27,4	8,5	3,6
40-44	5,3	9,0	5,4	1,7	4,1	13,7	4,4	3,4
45-49	0,5	1,0	0,5	2,0	0,4	1,2	0,4	3,1
18-49 grezzo	8,9	30,3	9,3	3,4	7,6	36,7	8,9	4,8
18-49 std*	9,1	28,0	9,5	3,1	8,1	35,5	9,4	4,4

(a) Il numeratore comprende le IVG effettuate da donne straniere residenti in Italia, eliminando quindi le straniere non residenti. Questo per avere dati omogenei al denominatore che comprende una stima della popolazione straniera residente.

* La standardizzazione è stata effettuata utilizzando come popolazione di riferimento la popolazione femminile residente al censimento del 1991.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Interruzioni volontarie delle gravidanze. Anno 2005.

Incidenti sul lavoro di lavoratori extracomunitari

Significato. L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di infortuni occorsi nel 2003 a lavoratori nati in paesi che all'epoca non erano parte della Unione Europea, iscritti all'INAIL, e il numero di lavoratori extra UE stimati combinando i dati sui permessi di soggiorno con quelli sulle assunzioni del 2003. Sono

esclusi i casi lievi, cioè quelli che hanno avuto prognosi non superiore a 3 giorni (non indennizzabili). Il tasso di infortunio è incluso tra gli indicatori strutturali selezionati dall'ESAW (European Statistics on Accidents at Work) per il monitoraggio del fenomeno infortunistico sul lavoro a livello europeo.

Tasso di infortuni sul lavoro di nati in paesi extra Unione europea

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

Numeratore: Numero di infortuni sul lavoro, di nati in paesi extra UE, denunciati all'INAIL
Denominatore: Stima del numero di lavoratori nati in paesi extra UE

Validità e limiti. L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è obbligatoria solo per le persone che svolgono le attività previste dalla legge specifica in materia, pertanto non per tutti i lavoratori vige l'obbligo assicurativo. Sono quindi esclusi alcune categorie di lavoratori e, naturalmente, tutti coloro che lavorano in condizioni di irregolarità. Non è possibile calcolare dalle fonti istituzionali correnti il numero dei lavoratori extracomunitari da mettere a confronto con le denunce di infortunio presentate da questi lavoratori. Si è quindi proceduto alla stima delle forze lavoro immigrate attraverso i dati sui permessi per lavoro forniti dal Ministero degli Interni, aggiungendo una quota del 30%, stimata come verosimile, di soggiornanti per motivi di ricongiungimento familiare. Infatti i coniugi ricongiuntisi ai lavoratori già residenti in Italia non solo sono a loro volta autorizzati a lavorare, ma spesso lavorano effettivamente, come risulta anche da alcune indagini specifiche. Tale stima è stata inoltre valutata alla luce dei dati Istat sulle nuove assunzioni per l'anno 2003.

Una possibile distorsione deriva dal fatto che il numero degli infortuni rilevato statisticamente, come tale, è sottodimensionato rispetto alla realtà poiché molti lavoratori, soprattutto per gli infortuni più lievi, sono portati a denunciare gli eventi come semplice malattia.

Benchmark. Dati lavoratori italiani: 3,7 infortuni per 100 addetti nel 2003. Dati europei: 3,8 infortuni per 100 addetti nel 2001 (UE – classificazione NACE)

Descrizione dei risultati

Nel nostro paese il numero di lavoratori stranieri è cresciuto sensibilmente negli ultimi anni e nel 2003 ha rappresentato circa il 7% degli occupati. Si tratta di lavoratori spesso adibiti alle mansioni più gravose, come quelle dei settori dell'edilizia e dell'agricoltura. Il rischio infortunistico è conseguentemente più alto tra questi lavoratori (6,6%), circa il doppio di

Tabella 2 - Infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari per regione (numero e tasso per 100 lavoratori) - Anno 2003

Regioni	Numero	Tasso
Piemonte	8.148	6,4
Valle D'aosta	286	10,8
Lombardia	22.553	5,9
Trentino-Alto Adige	3.619	11,4
Veneto	20.991	13,0
Friuli-Venezia Giulia	4.887	12,5
Liguria	2.297	5,6
Emilia-Romagna	20.170	12,2
Toscana	7.827	6,3
Umbria	2.683	8,7
Marche	5.144	11,3
Lazio	3.317	1,4
Abruzzo	1.653	7,3
Molise	162	7,2
Campania	749	0,9
Puglia	875	3,0
Basilicata	180	4,3
Calabria	419	1,8
Sicilia	797	1,7
Sardegna	183	2,1
Italia	106.930	6,6

Fonte dei dati e anno di riferimento: INAIL. Rapporto annuale 2003. Istat, Forze di lavoro. Anno 2004. Permessi di soggiorno. Anno 2003.

quello osservato tra i lavoratori italiani (3,7%). Il rischio è molto differenziato per aree territoriali: mentre il Nord Ovest si avvicina ai valori medi (6,0%), per il Nord Est è mediamente il doppio della media nazionale (12,5%). Nelle regioni centrali si riscontrano situazioni eterogenee: la Toscana e l'Umbria si avvicinano alla media nazionale (rispettivamente 6,0% e 8,7%), le Marche sono caratterizzate da un indice molto alto (11,3%), mentre il Lazio presenta un indice basso (1,4%). Nel Sud il tasso registrato è del 2,4% e nelle Isole dell'1,8%. L'andamento in queste due aree è abbastanza uniforme e, fatta eccezione per l'Abruzzo e il Molise regioni che si avvicinano al

valore medio nazionale, i valori sono sempre al di sotto di questo livello: la punta più bassa si registra in Campania (0,9%). Sulle evidenti differenze regionali riscontrate influiscono le lavorazioni alle quali sono addetti gli immigrati (ad esempio il settore della collaborazione domestica è meno rischioso dei settori delle costruzioni e dell'industria dei metalli), le politiche di prevenzioni adottate dai datori di lavoro e la propensione dei datori di lavoro a denunciare come tali tutti gli infortuni. Per il dato riguardante il Sud non è possibile ignorare il forte impatto che ha il lavoro non regolare, specie tra gli extracomunitari, che incide sul numero degli infortuni denunciati.

Tasso di infortuni sul lavoro di lavoratori extracomunitari per regione. Anno 2003



Raccomandazioni di Osservasalute

Il rapporto tra numero di infortuni denunciato all'INAIL e il numero di occupati è un indicatore del fenomeno infortunistico. Tuttavia, il denominatore idoneo dovrebbe includere il complesso dei lavoratori extra comunitari assicurati presso l'INAIL. Questo dato non è disponibile, poiché l'INAIL fornisce informazioni dettagliate solo sul ammontare delle quote relative alle posizioni assicurative. La stima utilizzata appare comunque accettabile come approssimazione del numero degli assicurati INAIL, data l'obbligatorietà dell'iscrizione all'assicurazione per tutti gli addetti ad attività rischiose. Resta la difficoltà legata al fatto che il denominatore così come è stato calcolato, presuppone che i lavoratori siano esposti al rischio di infortunio per l'intero anno, quando una quota non trascurabile di lavoratori ha contratti stagionali o a tempo parziale.

Riferimenti bibliografici

CARITAS di Roma. Migrantes. Dossier Statistico Immigrazione 2004. Ed. IDOS Roma, 2004.

Le politiche regionali sulla salute degli immigrati

Significato. Le politiche sull'immigrazione e sui livelli assistenziali, pur essendo decise a livello nazionale, hanno una specifica implementazione locale: in particolare le politiche per l'integrazione e sull'accessibilità/fruibilità dei servizi sanitari, e più complessivamente sulla tutela della salute, passano attraverso scelte regionali. L'analisi degli atti che le rendono operative può tracciare un quadro dell'attenzione locale a tali problematiche. Già nel rapporto dello scorso anno (Rapporto Osservasalute 2004 pagine 307-311) abbiamo presentato uno studio comparativo, qui evidenziamo le novità accorse dalla precedente pubblicazione.

Benchmark. Normativa nazionale.

"Testo Unico sull'immigrazione" - D.LGS n. 286/98 e relativo Regolamento d'attuazione - DPR n. 394/99 con le modifiche apportate dal DPR 334/04.

Vengono identificate tre tipologie d'assistenza per i cittadini stranieri:

- Stranieri regolarmente soggiornanti (Assistenza per gli stranieri iscritti al SSN art. 34 T.U.)

- Stranieri irregolari (Assistenza per gli stranieri non iscritti al SSN art. 35 T.U.)

- Stranieri che entrano in Italia per cure mediche (Ingresso e soggiorno per cure mediche art. 36 T.U.)

"Documento Programmatico relativo alla politica del-

l'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato per il 2004-2006" approvato dal Consiglio dei Ministri il 6 maggio 2005 e pubblicato sul S.O. n. 128 della G.U. n. 169 del 22 luglio 2005.

Descrizione delle novità

A livello nazionale il DPR 334/2004 ha apportato alcune modifiche in ambito sanitario al regolamento di attuazione del Testo unico sull'immigrazione in particolare all'art. 42 nella parte in cui viene specificato che l'iscrizione al SSN non decade nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno. Questa applicazione normativa garantisce così anche allo straniero una continuità in termini di accessibilità alle strutture sanitarie.

Il Documento Programmatico, pure analizzando in modo adeguato la problematica della salute (seppur con qualche imprecisione e con un'enfasi eccessiva sulle malattie infettive), sottolinea come "un importante aspetto sia quello di assicurare l'accesso delle popolazioni immigrate al Servizio Sanitario Nazionale". In sintonia con il Piano Sanitario Nazionale 2003-2005, individua "azioni" ma non una programmazione socio-sanitaria specifica, non andando a modificare strutturalmente le risposte possibili ed i percorsi di integrazione per garantire accessibilità e fruibilità anche in ambito sanitario.

Tabella 1 - Normative regionali con riferimento ai progetti e ai programmi sulla salute degli stranieri

Regioni	Legge regionale dal 1988		Piano sanitario regionale		Altri atti specifici 1999/2005	
	Riferimento	Politica sanitaria attiva	Anni di validità	Programmazione specifica	Informativa	Progettualità
Piemonte	n. 64/89	X	1997-1999	X	X	X
Valle D'Aosta	n. 51/95	-	2002-2004	X	X	X
Lombardia	n. 38/88	X	2002-2004	X	X	X
Bolzano-Bozen	-	-	2000-2002	-	X	X
Trento	L.P. n.13/90	X	2000-2002	X	X	-
Veneto	n. 9/90	X	2003-2005	X	X	X
Friuli-Venezia Giulia	n. 5/05	X	2000-2002	X	X	X
Liguria	n. 7/90	X	2003-2005	X	X	X
Emilia-Romagna	n.5/04	X	1999-2001	X	X	X
Toscana	n. 22/90	X	2005-2007	X	X	X
Umbria	n. 18/90	X	2003-2005	X	X	X
Marche	n. 2/98	X	2003-2006	X	X	X
Lazio	n. 17/90	X	2002-2004	X	X	X
Abruzzo	n. 46/04	X	1999-2001	O	X	-
Molise	-	-	1997-1999	-	-	-
Campania	n. 33/94	X	2002-2004	X	X	X
Puglia	n. 26/00	-	2002-2004	X	X	-
Basilicata	n. 21/96	X	1997-1999	-	-	-
Calabria	n. 17/90	O	2004-2006	O	-	-
Sicilia	(n. 55/80)	-	2000-2002	O	X	-
Sardegna	n. 46/90	X	2006-2008	O	-	-

O = cenni.

X = tema affrontato.

- = tema non affrontato.

Fonte dei dati e anno di riferimento: CARITAS di Roma. Osservatorio politiche regionali immigrazione e salute. Anno 2005.

Da ottobre 2004, due regioni hanno emanato una nuova normativa regionale sull'immigrazione con specifiche sezioni sull'accessibilità ai servizi sanitari (Friuli-Venezia Giulia e Abruzzo), la Toscana ha approvato il Piano Sanitario Regionale che ampiamente affronta il tema. La Sardegna ha approvato il Piano Regionale dei Servizi Sociali e Sanitari in due parti (sociale e sanitario): interessante è il livello di integrazione tra i due livelli ma il tema dell'immigrazione non è particolarmente approfondito.

Riportiamo una tabella riassuntiva che fornisce una visione d'insieme sul quadro normativo e più strettamente operativo delle regioni italiane sulla tutela della salute degli stranieri.

Abbiamo allegato a titolo conoscitivo (tabella 2), le risorse destinate dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) – con una nuova delibera a copertura spese 2004 - per le cure essenziali agli immigrati irregolari e clandestini, risorse aggiuntive rispetto al fondo sanitario regionale.

Tabella 2 - Deliberazioni CIPE per finanziamento di interventi previsti dalla legge 40/1998, art. 33 (FSN. Parte corrente) - Anni 1996-2004

Regioni	Delibera 30.1.1997 1996 €	Delibera 5.8.1998 1997 €	Delibera 21.4.1999 1998 €	Delibera 15.2.2000 1999 €	Delibera 21.12.2001 2000 €	Delibera 25.7.2003 2001 €	Delibera 25.7.2003 2002 €	Delibera 5.12.2003 2003 €	Delibera 20.12.2004 2004 €
Piemonte	4.478.000,00	4.612.000,00	4.781.000,00	4.743.000,00	6.299.000,00	3.342.248,46	3.342.248,46	3.342.248,46	3.594.479,00
Lombardia	12.845.000,00	13.352.000,00	13.788.000,00	15.831.000,00	13.997.000,00	7.759.183,29	7.759.183,29	7.759.183,29	7.084.012,00
Veneto	4.168.000,00	4.406.000,00	4.491.000,00	4.459.000,00	3.869.000,00	2.447.808,08	2.447.808,08	2.447.808,08	2.618.744,00
Friuli-Venezia Giulia.**	449.000,00	0	0	0	0	0	0	0	0
Liguria	1.317.000,00	1.288.000,00	1.299.000,00	1.423.000,00	2.215.000,00	1.090.843,19	1.090.843,19	1.090.843,19	1.105.849,00
Emilia-Romagna	3.395.000,00	3.353.000,00	3.810.000,00	3.592.000,00	6.287.000,00	2.625.435,78	2.625.435,78	2.625.435,78	3.096.768,00
Toscana	3.927.000,00	4.817.000,00	3.805.000,00	4.141.000,00	6.340.000,00	2.802.466,21	2.802.466,21	2.802.466,21	2.601.726,00
Umbria	680.000,00	735.000,00	870.000,00	1.056.000,00	1.402.000,00	714.249,93	714.249,93	714.249,93	800.233,00
Marche	730.000,00	773.000,00	869.000,00	897.000,00	967.000,00	459.866,22	459.866,22	459.866,22	593.409,00
Lazio	13.199.000,00	12.334.000,00	12.169.000,00	12.164.000,00	10.441.000,00	5.655.279,82	5.655.279,82	5.655.279,82	5.542.931,00
Abruzzo	773.000,00	828.000,00	942.000,00	965.000,00	870.000,00	266.413,78	266.413,78	266.413,78	292.690,00
Molise	62.000,00	63.000,00	93.000,00	95.000,00	93.000,00	32.880,83	32.880,83	32.880,83	37.080,00
Campania	7.317.000,00	6.588.000,00	5.607.000,00	4.577.000,00	3.146.000,00	2.015.199,81	2.015.199,81	2.015.199,81	2.382.015,00
Puglia	2.059.000,00	2.306.000,00	2.516.000,00	2.249.000,00	1.471.000,00	778.030,02	778.030,02	778.030,02	483.580,00
Basilicata	198.000,00	200.000,00	241.000,00	232.000,00	225.000,00	63.243,15	63.243,15	63.243,15	65.278,00
Calabria	1.305.000,00	1.608.000,00	1.689.000,00	1.029.000,00	891.000,00	337.273,45	337.273,45	337.273,45	448.634,00
Sicilia	2.648.000,00	2.314.000,00	2.561.000,00	2.089.000,00	1.240.000,00	435.902,15	435.902,15	435.902,15	173.375,00
Sardegna	450.000,00	423.000,00	469.000,00	458.000,00	246.000,00	161.089,78	161.089,78	161.089,78	69.197,00
Italia	60.000.000,00	60.000.000,00	60.000.000,00	60.000.000,00	59.999.000,00*	30.987.413,95	30.987.413,95	30.987.413,95	30.990.000,00

*Dato alterato dagli arrotondamenti effettuati.

** Dal 1997 il Friuli-Venezia Giulia ha provveduto autonomamente al finanziamento.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione di dati del Ministero dell'Economia e delle Finanze. Anni 1996-2004.

Note conclusive e raccomandazioni di Osservasalute

I dati confermano una dinamicità del fenomeno migratorio che lo rendono di particolare interesse sia dal punto di vista sociale che demografico. A fronte della leggera ripresa delle nascite registrata in Italia negli ultimi anni, la domanda sempre più ricorrente è se e quanto incida su questo andamento il comportamento della componente straniera. Negli anni si è osservato certamente un aumento delle nascite straniere, in misura anche più elevata di quello dell'intera popolazione immigrata. Probabilmente ciò dipende dalla composizione per età di questa popolazione (prevalentemente giovane) e dalle abitudini riproduttive nei paesi di origine. E' tuttavia molto difficile pensare che questo fenomeno possa compensare totalmente la bassa natalità presente tra le donne italiane.

Nonostante l'aumento degli stranieri sia per immigrazione che per nascita, i risultati dell'analisi sulle SDO confermano un impatto relativamente modesto della presenza straniera sull'assistenza ospedaliera (di poco inferiore al 3%). L'incremento dei ricoveri superiore all'incremento demografico, registrato nel 2003 rispetto al 2000, potrebbe essere in parte dovuto a un più elevato grado di integrazione degli stranieri nel tessuto sociale del nostro paese e a una maggiore accessibilità dell'assistenza sanitaria, come anche suggerito dal trend in aumento dei ricoveri in day-hospital soprattutto tra i maschi, segno di un utilizzo più maturo e appropriato dei servizi.

Si delinea il profilo di una popolazione che, rispetto a quella residente, accede alle strutture ospedaliere soprattutto per motivi legati a eventi fisiologici come il parto o accidentali come i traumi. Si segnala, inoltre, il crescente numero di ricoveri per malattie croniche, tra cui le malattie cardiovascolari e i tumori, che suggeriscono un cambiamento in atto nel profilo di salute degli immigrati, come conseguenza dell'invecchiamento della popolazione e della modifica dei loro stili di vita.

Si confermano alcune condizioni di criticità sanitaria riconducibili a uno stato di vulnerabilità sociale di questa popolazione. In particolare si segnala l'elevato ricorso delle donne straniere all'IVG e ciò non sorprende se si considera che molte delle donne straniere nel nostro Paese vivono spesso in situazioni disagiate e provengono da aree in cui l'aborto è usato più frequentemente che in Italia. Questo fenomeno ha un'influenza sull'andamento generale dell'IVG in Italia (vedi capitolo salute riproduttiva) e indica la necessità di indagini mirate su cui basare specifiche politiche di supporto per queste donne.

Per gli uomini emerge un eccesso di ricoveri per traumi. Pur non essendo possibile estrapolare il dato relativo agli infortuni sul lavoro dalle SDO, si ritiene che proprio l'ambito occupazionale rappresenti per

molte immigrati una dimensione ad alto rischio, a causa dell'esposizione ad attività lavorative pericolose e scarsamente tutelate come dimostrano i dati INAIL. A proposito delle malattie infettive, identificabili come altra area critica anche per i potenziali rischi di trasmissione alla popolazione residente, si segnala in questi ultimi anni un decremento dei ricoveri soprattutto in day-hospital, non solo in termini relativi ma anche assoluti, che contribuisce a ridimensionarne la portata.

Raccomandazioni di Osservasalute

La tutela della salute dei cittadini stranieri necessita di politiche attive che promuovano l'accoglienza, l'inserimento sociale, la garanzia dei diritti primari, la partecipazione. La politica migratoria pur essendo di pertinenza nazionale, assume un ruolo cruciale a livello locale in particolare per gli aspetti legati all'integrazione e all'inserimento degli stranieri. In ambito sanitario politiche di accesso e fruibilità nei confronti di una popolazione che mostra situazioni di svantaggio rispetto a quella autoctona sono doverose e necessarie al fine di garantire a tutti i cittadini pari opportunità di cura e di benessere.

L'istituzione di uno specifico tavolo di collegamento tra le regioni e le province autonome consentirebbe, in questa fase di consolidamento del fenomeno che presenta ancora oggi caratteristiche estremamente dinamiche e diversificate, una condivisione di percorsi normativi atti a implementare l'accessibilità delle strutture e uno scambio di esperienze positive, che consentirebbero di rispondere prontamente alle esigenze che questa popolazione sollecita.