

Salute degli immigrati

“Health and Migration in the EU: better health for all in an inclusive society” è stato il titolo, significativo, della Conferenza che la Presidenza portoghese del Consiglio dell’Unione Europea ha promosso a Lisbona il 27 e 28 settembre 2007. Ed è solo una delle tappe di una intensa riflessione che l’Europa ha intrapreso in quest’ultimo anno.

“... L’Unione Europea ha bisogno e continuerà ad aver bisogno degli immigrati, per ragioni demografiche ed economiche, ... le politiche europee per l’immigrazione hanno bisogno di essere riviste ... l’accesso all’assistenza sanitaria da parte di tutti deve essere considerato come un prerequisito per la salute pubblica in Europa ed un elemento essenziale per il suo sviluppo sociale, economico e politico, oltre che per la promozione dei diritti umani. Rivolgersi alla salute dei migranti non è solo una giusta causa umanitaria, ma è anche un bisogno per il raggiungimento di un miglior livello di salute e benessere di tutti coloro che vivono in Europa ...”.

Queste sono le principali indicazioni emerse dalla Conferenza che ha visto la partecipazione, tra gli altri, della direttrice generale dell’Organizzazione Mondiale della Sanità, Margaret Chen e di diversi ministri della salute degli Stati membri. Si tratta di raccomandazioni ancora generiche, ma che rappresentano una base importante per l’elaborazione di una proposta politica del Consiglio stesso agli Stati che ne fanno parte.

Ci sembra interessante sottolineare come tra le *specific conclusions* sia stata segnalata la necessità di un monitoraggio costante sulle condizioni di salute della popolazione migrante, da realizzare attraverso l’individuazione di indicatori condivisi, e che l’approccio *health in all policies* sia stato identificato come “filosofia guida per l’intervento e l’azione verso la salute dei migranti”.

Ed ancora, grande enfasi è stata data all’*Health Impact Assessment* come “strumento da utilizzare per anticipare ed aggiustare i potenziali effetti negativi di altre politiche di settore sulla salute dei migranti”. La salute delle donne e dei minori, la tutela sul lavoro, le malattie infettive (in particolare tubercolosi, aids e quelle sessualmente trasmissibili), quelle cardiovascolari ed il diabete, la salute mentale, sono state identificate come aree critiche a cui dedicare una specifica attenzione.

Pochi giorni prima della Conferenza, l’associazione internazionale “Medici del Mondo” ha presentato una ricerca sull’accessibilità dei servizi sanitari da parte di immigrati in condizione di irregolarità giuridica (secondo alcune stime circa il 10-15% degli immigrati regolari) in sette paesi: Italia, Francia, Spagna, Belgio, Gran Bretagna, Grecia e Portogallo. Emerge come, pur nelle differenze di legislazione da un paese all’altro (con uno spettro ampio che va da politiche di massima inclusione sanitaria in Italia a politiche di inclusione minima in Grecia) solo il 24% degli aventi bisogno è riuscito ad accedere ai servizi sanitari; il problema più grande, non solo legato alle politiche più o meno restrittive, è rappresentato dalla cattiva informazione sui diritti alle cure (oltre il 32% degli intervistati non conoscevano le possibilità di assistenza alle strutture sanitarie) e dalla paura di essere denunciati dagli operatori sanitari (uno su quattro). Il livello di maggiore disinformazione però è relativo alla possibilità di fare il test gratuito dell’HIV (l’Italia con il 63% è risultato il paese con la più alta percentuale di disinformazione tra quelli presi in considerazione, nonostante il 55% degli intervistati avesse conoscenza dei propri diritti).

Non deve sorprendere quindi come un’attenta considerazione sia stata rivolta nell’ambito della Conferenza proprio alla tutela sanitaria degli irregolari e dei clandestini: secondo il Ministro della Salute tedesco Ulla Schmidt “bisogna trovare una soluzione al problema degli immigrati in situazione irregolare, affinché abbiano accesso alle cure mediche senza rischiare l’espulsione”; il Commissario dell’UE Markos Kiprianou ha, peraltro, sottolineato che proprio gli stranieri irregolari sono “una delle categorie più vulnerabili della popolazione” e che devono “essere oggetto di una attenzione adeguata nel settore della salute”.

Il Ministro della Sanità portoghese Antonio Correia si è pronunciato per “un quadro comune di diritti per gli immigrati” che comprenda un “diritto alla salute” come “diritto umano fondamentale, indipendentemente dalla nazionalità, dalla lingua o dalla religione”. E proprio una delle “raccomandazioni maggiori” della Conferenza è stata quella di “privilegiare un accesso equo e culturalmente sensibile all’assistenza sanitaria per tutti gli immigrati” perchè “problemi globali hanno bisogno di risposte globali (...). Considerando che l’immigrazione va oltre i confini nazionali ed è quindi una questione globale, l’Unione Europea dovrebbe assumere un ruolo leader in questa sfida globale”.

Il Rapporto Osservasalute anche quest’anno vuole offrire spunti e riflessioni per interventi adeguati attraverso l’analisi di alcuni ambiti che sono emersi, anche in Europa, come bisognevoli di particolare attenzione. L’esperienza che l’Italia sta maturando in questo settore, testimoniata anche dai dati che riportiamo, è sostenuta da una specifica normativa estremamente tutelante (oltre il 96% degli immigrati regolarmente presenti hanno il diritto/dovere all’iscrizione al SSN, il 3% a una iscrizione facoltativa; gli irregolari e clandestini devono comunque essere assistiti e tutelati in ambito sanitario), pensiamo possa essere di stimolo non solo per migliorare le nostre politiche locali e nazionali, ma anche per promuovere un approccio europeo nell’ottica del diritto, dell’inclusione, del rispetto e del reciproco benessere.

Stranieri in Italia

Significato. Negli ultimi decenni in Italia si sono verificati importanti flussi migratori che hanno avuto un notevole impatto sulla struttura e sulla dinamica demografica del paese. Il crescere del numero assoluto di stranieri presenti sul territorio italiano ha infatti contrastato l'invecchiamento della popolazione residente ed ha influito sulla dinamica naturale e su quella migratoria, sia interna che con l'estero. Il numero dei paesi di provenienza è andato sempre crescendo: accanto ai flussi provenienti da paesi di più "vecchia"

provenienza, quali il Marocco, la Tunisia e le Filippine, che nel 1992 rappresentavano il 35% dei permessi di soggiorno rilasciati, si è assistito al sopraggiungere di nuove collettività di immigrati come, ad esempio, quella degli ucraini e, più in generale, quelle dai Paesi Balcanici e dell'Est europeo. Tutto ciò ha comportato variazioni nella graduatoria dei permessi di soggiorno per area di provenienza e del peso relativo delle singole cittadinanze sul totale dei permessi rilasciati.

Variazione percentuale 2005-2006 dei permessi di soggiorno

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Permessi di soggiorno all'01/01/2006} - \text{Permessi di soggiorno all'01/01/2005}}{\text{Permessi di soggiorno all'01/01/2005}} \times 100$$

$$\text{Denominatore}$$

Quota della popolazione straniera residente

$$\text{Numeratore} \quad \frac{\text{Popolazione straniera residente all'01/01/2006}}{\text{Popolazione residente all'01/01/2006}} \times 100$$

$$\text{Denominatore}$$

Validità e limiti. Quantificare il numero di immigrati presenti in Italia è un'operazione che richiede particolare attenzione. La definizione stessa di immigrato straniero presenta delle criticità (1) e i dati disponibili risentono fortemente dell'instabilità residenziale di questo contingente, nonché della presenza di immigrati irregolari. I permessi di soggiorno rilasciati sono dati di natura amministrativa che colgono una parte ampia del fenomeno: essi comprendono sia gli immigrati legali stabili ma anche quelli semi-stabili (si tenga conto però che si ha una sottostima degli stranieri minorenni, in quanto una parte di questi non sono titolari di un proprio permesso di soggiorno ma sono conteggiati in quello di un loro familiare). I dati sugli stranieri iscritti nelle anagrafi comunali consentono analisi più dettagliate sia sull'evoluzione dello stock che sulle componenti della dinamica degli stranieri residenti in Italia; contemporaneamente essi risentono delle mancate cancellazioni anagrafiche degli immigrati che lasciano il territorio nazionale per cui ne deriva una sovrastima sia del saldo migratorio che della quota di popolazione straniera realmente residente in Italia (2). Dall'analisi congiunta dei dati sui permessi di soggiorno in corso di validità e di quelli di fonte anagrafica si possono delineare alcune caratteristiche della componente migratoria legalmente presente, mancano però le informazioni sulla presenza degli stranieri irregolari. Il numero di questi ultimi ha subito importanti riduzioni in occasione delle ripetute "regolarizzazioni", basate su regole più o meno restrittive, ma successivamente tende ad aumentare

anche per la mancanza di una politica ed una prassi immigratoria sufficientemente realistica. In occasione dell'ultima regolarizzazione, avvenuta in seguito al D.L. 195/2002, furono presentate più di 700 mila domande e oltre il 90% di queste furono accolte (3). Questo dato evidenzia la forte presenza di immigrati irregolari sul territorio nazionale. Le ultime stime della presenza straniera irregolare parlano di 541 mila unità all'1 luglio 2005: il numero di stranieri irregolari ogni 100 stranieri presenti è pari a 16,1. Tale tasso di irregolarità si attesta su valori più alti di quelli medi nazionali specialmente nel Sud del paese (a Cosenza raggiunge il valore massimo di 51) e nelle grandi metropoli del Centro-Nord quali Roma (25%), Torino (23%) e Milano (19%) (4).

Descrizione dei risultati

Il numero di permessi di soggiorno in essere all'1 gennaio 2006 ammonta a circa 2 milioni e 860 mila unità: confrontando tale dato con quello relativo all'anno precedente si registra una variazione percentuale del +1,8 (tabella 1). Con riferimento alla graduatoria dei permessi di soggiorno per cittadinanza, si nota come tale aumento sia stato particolarmente significativo per le collettività provenienti dalla Polonia, Romania, Serbia Montenegro e Cina, mentre solo i permessi per i filippini sono diminuiti. In relazione alle posizioni relative a tale graduatoria stilata per le prime dieci provenienze all'inizio dei due anni in analisi, risalta come solo in testa e in coda ci siano state delle variazioni: i rumeni nel 2006 sono la prima collettività per

numero di permessi rilasciati (l'anno precedente erano secondi solo agli albanesi), mentre in coda della graduatoria il peso relativo della comunità degli indiani si va riducendo, passando dal nono al decimo posto, scavalcata da quella dei serbi montenegrini¹. La quota degli stranieri iscritti in Anagrafe all'1 gennaio 2006 sulla popolazione residente è per l'Italia pari al 4,5%, tuttavia si riscontrano forti differenze a livello territoriale (tabella 2). Difatti, nelle regioni del Centro-Nord il peso relativo della popolazione straniera è sistematicamente più alto del valore medio nazionale, ad eccezione della Valle d'Aosta (4,0%). Nel Mezzogiorno, invece, la quota di stranieri residenti, ad eccezione dell'Abruzzo, è inferiore al 2%; in particolare in Sardegna e in Basilicata tale quota si attesta all'1,1%. Al contrario, la regione dove il peso relativo della popolazione straniera è maggiore è la Lombardia, dove ogni 100 residenti 7 non hanno la cittadinanza italiana: una presenza forte di stranieri si ha anche in Emilia-Romagna, Umbria e Veneto. Se si prendono in considerazione le macro aree di provenienza degli stranieri (tabella 3), si può notare come la grande maggioranza provenga da Paesi a forte pressione migratoria: tale quota si attenua soltanto nella Provincia Autonoma di Bolzano e in Sardegna, dove per ragioni diverse risiede in proporzione un maggior numero di cittadini provenienti da Paesi a sviluppo avanzato. Il flusso più ampio di immigrati (oltre la metà degli stranieri residenti) si ha dai Paesi dell'Europa, in particolare, centro-orientale, e poco più di un quarto dai Paesi Africani, il 17,0% dall'Asia e, per la quota rimanente, dall'America. Anche per questo indicatore si riscontrano delle diversità tra le regioni: il peso relativo degli africani residen-

ti è particolarmente alto in Sicilia. In cinque regioni (Trentino-Alto Adige, Friuli-Venezia Giulia, Umbria, Abruzzo e Puglia) gli stranieri provenienti dai Paesi Europei rappresentano oltre il 60% del totale degli immigrati regolarmente iscritti in anagrafe. I flussi migratori dai Paesi Asiatici sono particolarmente rilevanti, invece, in Lombardia, Toscana e Sicilia. Infine, si noti come gli stranieri residenti provenienti dall'America (in realtà, dal Sudamerica) superino in Liguria più di tre volte il dato medio nazionale. Di particolare interesse è la distribuzione degli stranieri residenti per macro aree che si riscontra in Lombardia, regione dove risulta molto più equilibrata che nel resto delle regioni italiane. La tabella 4 mostra i dati relativi agli stranieri residenti all'1 gennaio del 2006, ripartiti per sesso e per le prime tre cittadinanze nelle regioni italiane. Si evince che, per il segmento maschile, in tutte le regioni le prime due cittadinanze sono quella marocchina seguita da quella albanese (o viceversa), tranne che nel Lazio, dove sono i romeni gli stranieri residenti più numerosi, e in Sicilia, dove la prima collettività sono i tunisini. Si riscontra quindi una generale omogeneità nella distribuzione dei primi due contingenti stranieri iscritti in anagrafe; in relazione alla terza cittadinanza c'è invece una maggiore difformità tra le regioni. Quanto appena osservato non si verifica con riferimento alle straniere residenti, per le quali non è possibile individuare univocamente le cittadinanze prevalenti. In alcune regioni, ad esempio, si rileva la presenza nella prima cittadinanza di collettività non presenti nelle prime tre posizioni negli altri contesti regionali (è il caso della Liguria in cui la prima collettività è quella ecuadoriana).

Tabella 1 - *Permessi di soggiorno (in migliaia) e variazione percentuale per i primi dieci Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) - 01/01/2005-01/01/2006*

| | Permessi di soggiorno | | Variazione percentuale | |
|----------------------------|-----------------------|---------------------|------------------------|---------------|
| | 01/01/2005 | 01/01/2006 | | |
| Albania | 251,2 | Romania | 271,5 | 8,9 |
| Romania | 249,4 | Albania | 256,9 | 2,3 |
| Marocco | 235,0 | Marocco | 239,7 | 2,0 |
| Ucraina | 111,6 | Ucraina | 115,1 | 3,2 |
| Cina Rep. Popolare | 106,8 | Cina Rep. Popolare | 114,2 | 6,9 |
| Filippine | 75,8 | Filippine | 75,0 | - 1,1 |
| Polonia | 65,5 | Polonia | 73,2 | 11,7 |
| Tunisia | 59,3 | Tunisia | 61,5 | 3,8 |
| India | 50,7 | Serbia e Montenegro | 52,3 | 8,1 |
| Serbia e Montenegro | 48,3 | India | 51,8 | 2,2 |
| <i>Totale primi 10 Pfp</i> | <i>1.253,6</i> | | <i>1.311,2</i> | <i>4,6</i> |
| <i>Altri Pfp</i> | <i>671,7</i> | | <i>688,9</i> | <i>2,6</i> |
| <i>Totale Pfp</i> | <i>1.925,3</i> | | <i>2.000,1</i> | <i>3,9</i> |
| <i>Totale altri paesi</i> | <i>320,2</i> | | <i>285,9</i> | <i>- 10,7</i> |
| Totale | 2.245,5 | | 2.286,0 | 1,8 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007. <<http://www.demo.istat.it/altridati/permessi/index.html>>.

¹I cambiamenti più rilevanti in questa graduatoria si sono avuti nel 2002, in occasione della regolarizzazione avvenuta in seguito alla legge Bossi-Fini che ha evidenziato il rafforzamento della presenza di stranieri provenienti dai Paesi dell'Est Europa (soprattutto dalla Romania e dall'Albania), ma anche il sopraggiungere nelle prime posizioni della classifica degli stranieri residenti per cittadinanza di provenienza di nuove comunità, come quella degli ucraini (3).

Tabella 2 - Residenti stranieri (in migliaia) e quota degli stranieri residenti (per 100) per regione ed area geografica di provenienza - 01/01/2006

| Regioni | Europa | Asia | Africa | America | Altro | Totale | Paesi a forte pressione migratoria | Quota stranieri residenti/totali residenti (%) |
|-----------------------|----------------|--------------|--------------|--------------|------------|----------------|------------------------------------|--|
| Piemonte | 122,5 | 18,1 | 70,0 | 20,9 | 0,1 | 231,6 | 215,6 | 5,3 |
| Valle d'Aosta | 2,1 | 0,2 | 2,2 | 0,5 | 0,0 | 5,0 | 4,3 | 4,0 |
| Lombardia | 224,7 | 147,5 | 203,3 | 90,0 | 0,4 | 665,9 | 621,0 | 7,0 |
| Trentino-Alto Adige | 35,7 | 5,9 | 10,4 | 3,6 | 0,0 | 55,7 | 46,1 | 5,7 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | <i>16,9</i> | <i>3,6</i> | <i>3,8</i> | <i>1,2</i> | <i>0,0</i> | <i>25,5</i> | <i>18,4</i> | <i>5,3</i> |
| <i>Trento</i> | <i>18,8</i> | <i>2,4</i> | <i>6,7</i> | <i>2,4</i> | <i>0,0</i> | <i>30,3</i> | <i>27,6</i> | <i>6,0</i> |
| Veneto | 166,1 | 51,7 | 87,0 | 15,8 | 0,2 | 320,8 | 303,8 | 6,8 |
| Friuli-Venezia Giulia | 44,4 | 5,5 | 11,4 | 3,8 | 0,1 | 65,2 | 58,9 | 5,4 |
| Liguria | 29,8 | 6,4 | 14,6 | 23,6 | 0,1 | 74,4 | 66,0 | 4,6 |
| Emilia-Romagna | 119,8 | 52,2 | 101,8 | 15,0 | 0,1 | 288,8 | 271,9 | 6,9 |
| Toscana | 115,7 | 46,4 | 36,8 | 16,3 | 0,3 | 215,5 | 189,3 | 6,0 |
| Umbria | 36,0 | 4,3 | 12,5 | 6,4 | 0,1 | 59,3 | 52,2 | 6,8 |
| Marche | 50,3 | 13,2 | 21,8 | 5,9 | 0,0 | 91,3 | 83,1 | 6,0 |
| Lazio | 155,0 | 51,3 | 34,1 | 34,0 | 0,7 | 275,1 | 228,6 | 5,2 |
| Abruzzo | 29,8 | 4,6 | 5,9 | 3,4 | 0,1 | 43,8 | 38,8 | 3,4 |
| Molise | 2,5 | 0,3 | 1,0 | 0,5 | 0,0 | 4,3 | 3,6 | 1,3 |
| Campania | 49,8 | 14,7 | 21,5 | 6,5 | 0,2 | 92,6 | 79,5 | 1,6 |
| Puglia | 30,4 | 5,0 | 11,0 | 2,3 | 0,1 | 48,7 | 43,2 | 1,2 |
| Basilicata | 3,7 | 0,8 | 1,6 | 0,4 | 0,0 | 6,4 | 5,8 | 1,1 |
| Calabria | 15,9 | 5,2 | 10,6 | 1,7 | 0,2 | 33,5 | 28,7 | 1,7 |
| Sicilia | 20,3 | 18,2 | 32,0 | 3,9 | 0,3 | 74,6 | 65,2 | 1,5 |
| Sardegna | 7,6 | 3,3 | 5,7 | 1,3 | 0,0 | 17,9 | 13,3 | 1,1 |
| Italia | 1.262,0 | 454,8 | 695,0 | 255,7 | 3,1 | 2.670,5 | 2.453,0 | 4,5 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007. <<http://www.demo.istat.it/str2005/index.html>>.

Tabella 3 - Residenti stranieri (per 100) per regione e area di provenienza - 01/01/2006

| Regioni | Europa | Asia | Africa | America | Altro | Paesi a forte pressione migratoria (%) |
|-----------------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|--|
| Piemonte | 52,9 | 7,8 | 30,2 | 9,0 | 0,1 | 93,1 |
| Valle d'Aosta | 41,2 | 4,3 | 44,9 | 9,5 | 0,1 | 86,5 |
| Lombardia | 33,8 | 22,1 | 30,5 | 13,5 | 0,1 | 93,3 |
| Trentino-Alto Adige | 64,1 | 10,7 | 18,7 | 6,5 | 0,1 | 82,6 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | <i>66,4</i> | <i>14,0</i> | <i>14,8</i> | <i>4,7</i> | <i>0,1</i> | <i>72,4</i> |
| <i>Trento</i> | <i>62,1</i> | <i>7,9</i> | <i>22,0</i> | <i>8,0</i> | <i>0,0</i> | <i>91,2</i> |
| Veneto | 51,8 | 16,1 | 27,1 | 4,9 | 0,1 | 94,7 |
| Friuli-Venezia Giulia | 68,1 | 8,5 | 17,5 | 5,8 | 0,2 | 90,4 |
| Liguria | 40,0 | 8,6 | 19,6 | 31,7 | 0,1 | 88,7 |
| Emilia-Romagna | 41,5 | 18,1 | 35,2 | 5,2 | 0,0 | 94,1 |
| Toscana | 53,7 | 21,5 | 17,1 | 7,6 | 0,1 | 87,8 |
| Umbria | 60,7 | 7,3 | 21,1 | 10,7 | 0,1 | 88,1 |
| Marche | 55,1 | 14,5 | 23,9 | 6,5 | 0,1 | 91,0 |
| Lazio | 56,4 | 18,6 | 12,4 | 12,4 | 0,2 | 83,1 |
| Abruzzo | 67,9 | 10,6 | 13,5 | 7,8 | 0,2 | 88,5 |
| Molise | 57,6 | 8,2 | 22,6 | 11,2 | 0,4 | 84,0 |
| Campania | 53,7 | 15,8 | 23,2 | 7,0 | 0,2 | 85,9 |
| Puglia | 62,3 | 10,4 | 22,5 | 4,7 | 0,2 | 88,6 |
| Basilicata | 57,3 | 12,9 | 24,2 | 5,5 | 0,1 | 91,2 |
| Calabria | 47,5 | 15,4 | 31,5 | 5,1 | 0,5 | 85,6 |
| Sicilia | 27,2 | 24,3 | 42,8 | 5,3 | 0,3 | 87,5 |
| Sardegna | 42,3 | 18,2 | 31,8 | 7,4 | 0,3 | 73,9 |
| Italia | 47,3 | 17,0 | 26,0 | 9,6 | 0,1 | 92,3 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007 <<http://www.demo.istat.it/str2005/index.html>>.

Tabella 4 - Residenti stranieri (in migliaia) da Paesi a forte pressione migratoria per regione, sesso e cittadinanze prevalenti - 01/01/2006

| Regioni | Residenti stranieri (maschi) | Cittadinanza | | | Residenti stranieri (femmine) | Cittadinanza | | |
|-----------------------|------------------------------|--------------|-------------|------------------|-------------------------------|--------------|-------------|------------------|
| | | Prima | Seconda | Terza | | Prima | Seconda | Terza |
| Piemonte | 115,7 | Mar. | Rom. | Alb. | 115,9 | Rom. | Mar. | Alb. |
| Valle d'Aosta | 2,4 | Mar. | Alb. | Tun. | 2,6 | Mar. | Rom. | Alb. |
| Lombardia | 353,5 | Mar. | Alb. | Eg. | 312,4 | Mar. | Alb. | Rom. |
| Trentino-Alto Adige | 28,3 | Alb. | Mar. | Mac. | 27,5 | Alb. | Mar. | Rom. |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | <i>13,0</i> | <i>Alb.</i> | <i>Mar.</i> | <i>Ser. Mon.</i> | <i>12,5</i> | <i>Alb.</i> | <i>Mar.</i> | <i>Ser. Mon.</i> |
| <i>Trento</i> | <i>15,3</i> | <i>Alb.</i> | <i>Mar.</i> | <i>Rom.</i> | <i>15,0</i> | <i>Alb.</i> | <i>Rom.</i> | <i>Mar.</i> |
| Veneto | 171,2 | Mar. | Rom. | Alb. | 149,6 | Rom. | Mar. | Alb. |
| Friuli-Venezia Giulia | 33,8 | Alb. | Ser. Mon. | Rom. | 31,4 | Alb. | Rom. | Ser. Mon. |
| Liguria | 35,4 | Alb. | Mar. | Ecu. | 39,0 | Ecu. | Alb. | Mar. |
| Emilia-Romagna | 149,9 | Mar. | Alb. | Tun. | 138,9 | Mar. | Alb. | Ucr. |
| Toscana | 107,8 | Alb. | Cina | Mar. | 107,8 | Alb. | Rom. | Cina |
| Umbria | 28,3 | Alb. | Mar. | Rom. | 31,0 | Alb. | Rom. | Mar. |
| Marche | 46,1 | Alb. | Mar. | Mac. | 45,2 | Alb. | Mar. | Rom. |
| Lazio | 124,9 | Rom. | Alb. | Fil. | 150,2 | Rom. | Fil. | Pol. |
| Abruzzo | 20,7 | Alb. | Mac. | Mar. | 23,1 | Alb. | Rom. | Ucr. |
| Molise | 1,9 | Mar. | Rom. | Alb. | 2,4 | Rom. | Alb. | Mar. |
| Campania | 39,4 | Mar. | Ucr. | Alb. | 53,2 | Ucr. | Pol. | Cina |
| Puglia | 25,4 | Alb. | Mar. | Cina | 23,3 | Alb. | Mar. | Ucr. |
| Basilicata | 3,1 | Alb. | Mar. | Cina | 3,3 | Alb. | Ucr. | Rom. |
| Calabria | 15,6 | Mar. | Alb. | Ucr. | 17,9 | Ucr. | Mar. | Pol. |
| Sicilia | 38,6 | Tun. | Mar. | Sri L. | 36,0 | Tun. | Sri L. | Mar. |
| Sardegna | 8,7 | Mar. | Sen. | Cina | 9,2 | Mar. | Cina | Ger. |
| Italia | 1.350,6 | Alb. | Mar. | Rom. | 1.319,9 | Rom. | Alb. | Mar. |

Alb. = Albania; Cina = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Eg. = Egitto; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Mac. = Macedonia; Mar. = Marocco; Pol. = Polonia; Rom. = Romania; Sen. = Senegal; Ser. Mon. = Serbia Montenegro; Sri. L. = Sri Lanka; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007. <<http://www.demo.istat.it/str2005/index.html>>.

Riferimenti bibliografici

(1) Giovannelli C., Strozza S. La presenza straniera: contesto nazionale e area romana in Immigrati stranieri e la capitale, Franco Angeli, Milano 2006; (14-44).
 (2) Golini A. "Politiche migratorie", in Livi Bacci (a cura di) "L'incidenza economica dell'immigrazione", Giappichelli Editore, Torino 2005.

(3) Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane Rapporto Osservasalute 2005. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane, Università Cattolica del Sacro Cuore, Milano.

(4) Fondazione ISMU, Undicesimo Rapporto sulle migrazioni 2005, Franco Angeli, Milano, 2006.

Gli stranieri e il mercato del lavoro

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Dott.ssa Francesca Rinesi

Gli ultimi decenni sono stati caratterizzati da flussi migratori sempre più consistenti verso il nostro paese: parallelamente all'aumento della presenza straniera si è assistito ad una sempre maggiore partecipazione degli immigrati nei processi produttivi. Il fenomeno migratorio e, in particolare, la quantificazione del contributo degli immigrati all'economia nazionale, è tuttavia di difficile misurazione, tanto che solo di recente l'Istat ha fornito delle stime sulle forze di lavoro straniere (1). Le principali difficoltà incontrate nel cogliere tale componente sono proporzionali all'instabilità residenziale che gli stranieri presentano¹. La definizione stessa di straniero, oltretutto, non è scevra da soggettività (3). Nell'indagine Istat sulle Forze di lavoro sono considerati come tali gli individui che hanno una cittadinanza diversa da quella italiana, indipendentemente dal loro luogo di nascita. I dati presentati, nonostante i limiti appena menzionati, sono comunque di particolare interesse perché mostrano come la partecipazione degli stranieri regolari al mercato del lavoro si differenzia da quella degli italiani. Questo si evidenzia anche solo guardando l'andamento degli indicatori principali del mercato del lavoro (tabella 1): gli stranieri, infatti, mostrano valori sistematicamente più alti di quelli registrati per gli italiani con riferimento sia al tasso di attività che a quello di occupazione. In particolare, si noti come quest'ultimo per gli uomini stranieri sia più elevato di oltre quindici punti percentuali rispetto a quello registrato per gli italiani. La maggiore partecipazione degli stranieri al mercato del lavoro si verifica indipendentemente dal sesso del lavoratore; tuttavia, i maggiori differenziali sono quelli registrati per il segmento maschile delle forze di lavoro. A tal proposito si può ipotizzare che per le straniere coesistano due modelli di presenza in Italia: uno caratterizzato da una spiccata propensione a svolgere attività di lavoro e un altro (si pensi alle immigrate giunte nel nostro paese per il ricongiungimento familiare) dove l'impegno nelle attività non di mercato è prevalente (4). Se le donne straniere si attestano su un tasso di disoccupazione notevolmente più elevato di quello delle italiane, lo stesso non si verifica per la componente maschile delle forze di lavoro, visto che la disoccupazione è del 5,4% per i lavoratori stranieri. Per quanto tutti i tassi siano calcolati con riferimento alla sola fascia di età lavorativa (15-64 anni), nella lettura di questi dati si deve però tener conto della diversa struttura per età della popolazione italiana e straniera: se la prima è alquanto invecchiata, la seconda si caratterizza per la forte concentrazione delle persone nelle età di lavoro più giovanili, nelle quali larga parte degli italiani è ancora impegnata negli studi, mentre gli stranieri sono già economicamente attivi.

Tabella 1 – Tassi di attività, occupazione e disoccupazione (per 100) di italiani e stranieri di età 15-64 anni per sesso - Anno 2006

| | Italiani | Stranieri | Totale | Differenze (stranieri – italiani) |
|--------------------------------|----------|-----------|--------|--------------------------------------|
| <i>Tasso di attività</i> | | | | |
| Maschi | 73,9 | 89,0 | 74,6 | + 15,1 |
| Femmine | 50,4 | 58,6 | 50,8 | + 8,2 |
| <i>Tasso di occupazione</i> | | | | |
| Maschi | 69,8 | 84,2 | 70,5 | + 14,4 |
| Femmine | 46,1 | 50,7 | 46,3 | + 4,6 |
| <i>Tasso di disoccupazione</i> | | | | |
| Maschi | 5,4 | 5,4 | 5,4 | 0,0 |
| Femmine | 8,5 | 13,4 | 8,8 | + 4,9 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle forze di lavoro. Anno 2006.

Ulteriori differenze nella partecipazione al mercato del lavoro sono riscontrabili con riferimento alla composizione percentuale degli occupati per settore di attività economica e ripartizione geografica di residenza (tabella 2).

¹ Sono esclusi dall'indagine coloro che non sono iscritti alle liste anagrafiche, gli irregolari, gli stranieri registrati nello stato di famiglia dei loro datori di lavoro e coloro che vivono in convivenze (2).

Il settore edile e quello dei servizi alle famiglie rappresentano i comparti dove maggiore è l'occupazione straniera rispetto a quella italiana (5). L'attività nell'edilizia rappresenta la professione più frequente del segmento maschile delle forze di lavoro degli stranieri provenienti dalla Polonia, Albania, Romania, Ucraina, Marocco ed Ecuador. I servizi alle famiglie, che comprendono la collaborazione domestica e l'assistenza agli anziani (badanti), sono svolti prevalentemente dal segmento femminile delle forze di lavoro straniere. Tale attività rappresenta la principale occupazione per le donne provenienti dalla Polonia, Albania, Romania, Ucraina, Marocco, Filippine ed Ecuador.

Il confronto tra la distribuzione territoriale degli occupati stranieri e italiani mostra come i primi siano maggiormente presenti nel Centro-Nord. Nel leggere tali risultati si deve tener conto, però, che l'indagine, per costruzione, non rileva la componente straniera irregolare presente in modo non uniforme sul territorio nazionale.

Tabella 2 – *Composizione percentuale degli occupati italiani e stranieri per settore di attività economica e ripartizione geografica – Anno 2006*

| | Stranieri | Italiani |
|--------------------------------------|--------------|--------------|
| Settore di attività economica | | |
| Agricoltura | 3,9 | 4,3 |
| Industria in senso stretto | 23,7 | 21,8 |
| Costruzioni | 17,2 | 7,7 |
| Servizi | 55,2 | 66,2 |
| <i>di cui: Servizi alle famiglie</i> | 18,7 | 2,7 |
| Ripartizione geografica | | |
| Nord | 64,1 | 50,5 |
| Centro | 24,5 | 20,1 |
| Mezzogiorno | 11,4 | 29,4 |
| Totale | 100,0 | 100,0 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle forze di lavoro. Anno 2006.

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat (2006) – Gli stranieri nelle rilevazioni sulle forze di lavoro, Metodi e Norme n. 27.
- (2) Istat (2006) – La partecipazione al mercato del lavoro della popolazione straniera, I-IV trimestre 2005.
- (3) Golini (2005) – Politiche migratorie, in Livi Bacci (a cura di) “L’incidenza economica dell’immigrazione”, Torino, Giappichelli Editore.
- (4) Bonifazi (2007) – Immigrati: buoni e (c)attivi, <http://www.neodemos.it>.
- (5) Istat (2007) – Rapporto annuale. La situazione del Paese nel 2006.

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 e può essere considerato come effetto di una integrazione degli stranieri nel nostro paese.

Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero}}{\text{Nati in Italia}} \times 100$$

Validità e limiti. Questo indicatore permette di valutare la percentuale dei nati con almeno un genitore straniero e la sua influenza sull'andamento delle nascite in Italia. Dal 1999 il calcolo può essere effettuato considerando solo i nati vivi poiché la fonte Istat dei dati sulle nascite ("Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe", nata proprio nel 1999) rileva i dati per luogo di residenza e relativi ai soli nati vivi. Va comunque sottolineato che i nati morti in Italia rappresentano attualmente un'entità numericamente molto contenuta (inferiore a 2.000 casi) rispetto al totale dei nati (Istat, Movimento naturale della popolazione presente).

Sebbene negli anni la fonte "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" (modello Istat P.4) abbia quasi raggiunto la copertura totale (nel 2005 è risultata essere del 98,3% rispetto al 96,1% dell'anno precedente), per disporre di un'informazione più completa, finora si è reso necessario correggere i dati con quelli della rilevazione dei "Cittadini stranieri iscritti in anagrafe" (modello Istat P.3). Questi dati sono diffusi sul sito <http://demo.istat.it>.

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo del genitore straniero, invece del loro paese di nascita, se da una parte ha il vantaggio di escludere i genitori nati all'estero ma cittadini italiani, dall'altra può escludere i nati con madre o padre stranieri immigrati in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una percentuale abbastanza elevata del totale. Tuttavia attualmente il dato sul paese di nascita dei genitori non viene raccolto e può essere ricavato solo per la madre dal codice fiscale.

Valore di riferimento/Benchmark. 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: nel 2005 i nati con madre straniera sono il 12,2% di tutti i nati in Italia, quindi in

aumento rispetto all'11,3% del 2004 (tabella 1). Questa quota risulta nettamente superiore alla quota di cittadini stranieri residenti in Italia nel 2005, pari al 4,1% (sul totale della popolazione residente italiana, Fonte: Health for All – Italia, giugno 2007).

La quota più elevata di nascite da almeno un genitore straniero risulta più elevata al Nord-Ovest (circa il 40% del totale delle nascite), seguito dal Nord-Est (intorno al 30%), dal Centro (leggermente inferiore al 25%), dal Sud (circa il 5%) e infine dalle Isole (inferiore al 5%) e questo accade per tutti gli anni considerati. Nel dettaglio però tale quota risulta in aumento nelle ripartizioni del Nord e in lieve riduzione al Centro e nel Mezzogiorno (grafico 1). In particolare dal 1999 al 2005 la percentuale di nati da genitori entrambi stranieri è passata dal 38,1% al 39,6% nel Nord-Ovest, da 26,3% a 30,8% nel Nord-Est, da 24,6% a 21,9% al Centro, da 6,5% a 5,2% al Sud e da 4,6% a 2,5% nelle Isole.

Dal 1999, con l'istituzione della "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana) in conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce su suolo italiano, come avviene in altri Paesi Europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se invece solo uno dei due genitori risulta cittadino straniero, il nato acquisisce cittadinanza italiana o straniera a seconda delle leggi in vigore nel paese di cittadinanza del genitore straniero. Con riferimento ai dati del 2005, tutti i nati con un genitore italiano e uno straniero risultano avere la cittadinanza italiana; va tuttavia sottolineato che in alcuni casi i minori hanno la doppia cittadinanza (quella di entrambi genitori) che possono mantenere fino al raggiungimento della maggiore età. Nel 2005 i primi tre paesi di cittadinanza straniera del nato sono risultati essere il Marocco (17,0% del totale dei nati cittadini stranieri), l'Albania (14,2%) e la Romania (11,5%).

Tabella 1 - *Nati vivi per cittadinanza dei genitori e ripartizione di residenza - Anni 1999-2005*

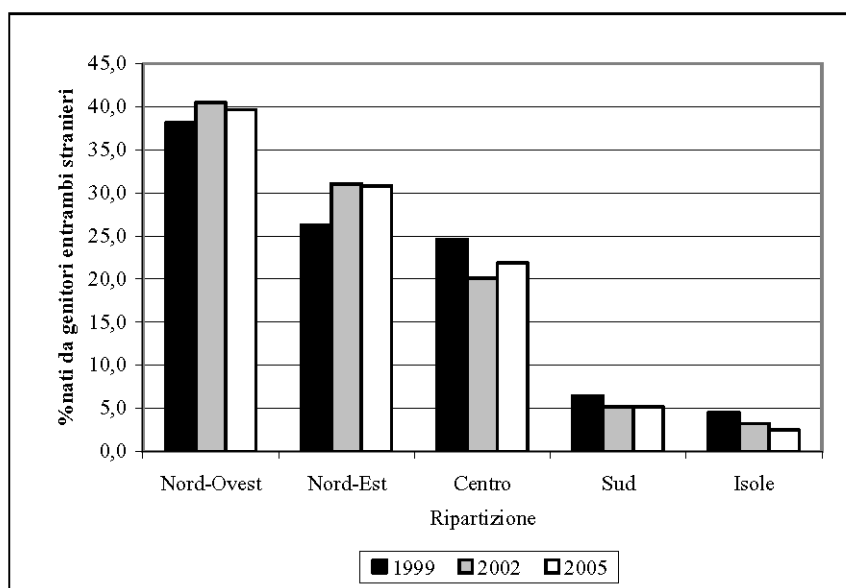
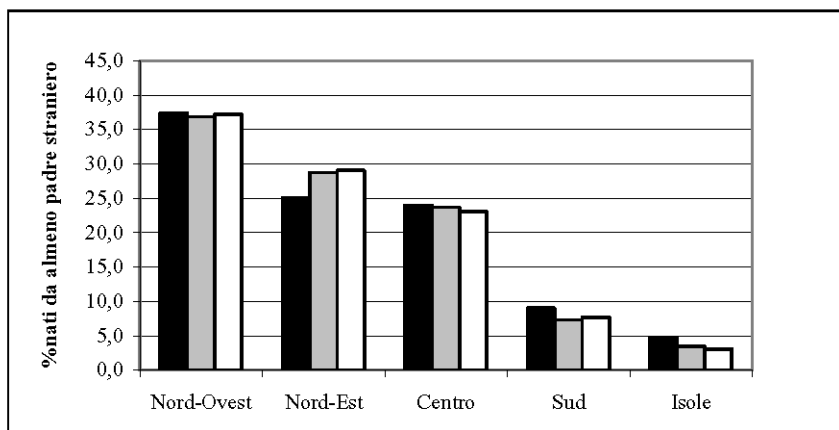
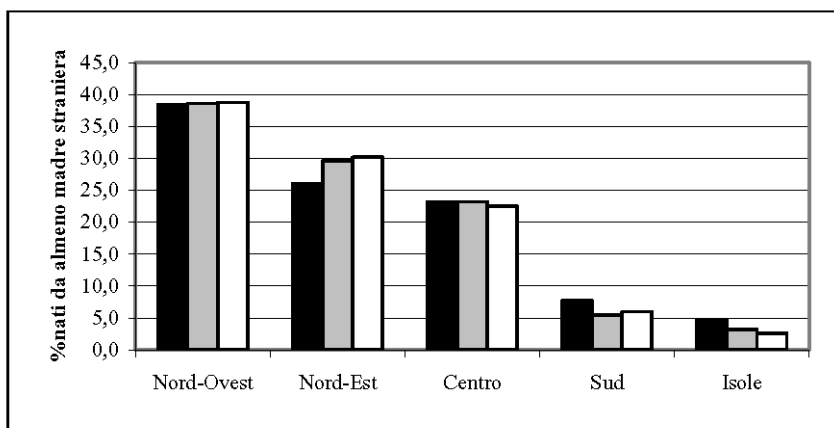
| Anni | Nati da genitori entrambi stranieri o da sola madre straniera | | | | | Italia |
|------|---|----------|--------|-------|-------|--------|
| | Nord-Ovest | Nord-Est | Centro | Sud | Isole | |
| 1999 | 10.876 | 7.280 | 6.982 | 2.617 | 1.379 | 29.134 |
| 2000 | 12.954 | 9.262 | 8.415 | 2.935 | 1.435 | 35.001 |
| 2001 | 13.930 | 10.629 | 9.304 | 3.103 | 1.485 | 38.451 |
| 2002 | 15.852 | 12.361 | 10.181 | 3.137 | 1.480 | 43.011 |
| 2003 | 16.841 | 13.110 | 10.669 | 3.900 | 1.701 | 46.221 |
| 2004 | 23.438 | 18.628 | 14.659 | 4.871 | 1.870 | 63.466 |
| 2005 | 25.150 | 19.670 | 15.609 | 5.167 | 2.098 | 67.694 |

| Anni | Nati da genitori entrambi stranieri o da solo padre straniero | | | | | Italia |
|------|---|----------|--------|-------|-------|--------|
| | Nord-Ovest | Nord-Est | Centro | Sud | Isole | |
| 1999 | 9.107 | 6.166 | 5.491 | 1.825 | 1.124 | 23.713 |
| 2000 | 10.939 | 7.824 | 6.671 | 2.029 | 1.161 | 28.624 |
| 2001 | 11.958 | 9.171 | 7.607 | 2.063 | 1.168 | 31.967 |
| 2002 | 13.725 | 10.528 | 8.247 | 1.949 | 1.147 | 35.596 |
| 2003 | 14.020 | 11.075 | 8.517 | 2.394 | 1.254 | 37.260 |
| 2004 | 20.360 | 16.045 | 11.936 | 3.135 | 1.372 | 52.848 |
| 2005 | 21.767 | 16.972 | 12.643 | 3.355 | 1.479 | 56.216 |

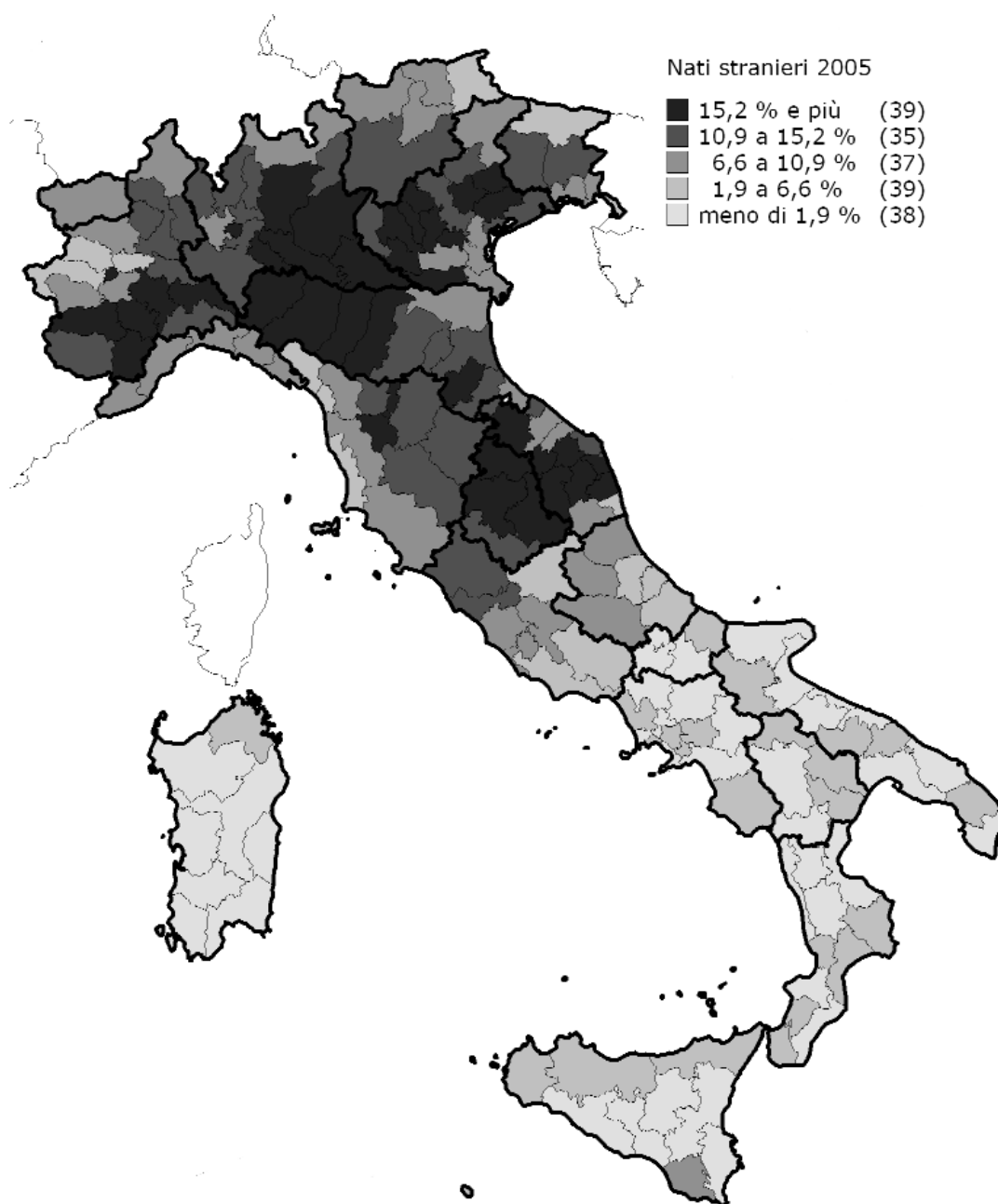
| Anni | Nati da genitori entrambi stranieri | | | | | Italia |
|------|-------------------------------------|----------|--------|-------|-------|--------|
| | Nord-Ovest | Nord-Est | Centro | Sud | Isole | |
| 1999 | 7.737 | 5.337 | 4.996 | 1.313 | 929 | 20.312 |
| 2000 | 9.150 | 6.832 | 5.511 | 1.456 | 996 | 23.945 |
| 2001 | 10.389 | 8.012 | 5.478 | 1.580 | 957 | 26.416 |
| 2002 | 11.924 | 9.144 | 5.935 | 1.527 | 953 | 29.483 |
| 2003 | 12.140 | 9.651 | 7.772 | 1.812 | 997 | 32.372 |
| 2004 | 18.059 | 14.589 | 10.500 | 2.362 | 1.088 | 46.598 |
| 2005 | 20.005 | 15.546 | 11.046 | 2.625 | 1.260 | 50.482 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. <http://demo.istat.it/>, Tav. 1.7 e Tav. 2.6. Anno 2007.

Grafico 1 - Percentuale di nati da almeno un genitore straniero secondo la cittadinanza dei genitori – Anni 1999, 2002, 2005



Quota dei nati da genitori stranieri sul totale delle nascite in Italia per ASL. Anno 2005.



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat disponibili alla pagina
<<http://www.demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/2005/T2.10.xls>>.

Raccomandazioni di Osservasalute

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.

È presumibile supporre che ciò dipenda in gran parte dalla composizione per età di questa popolazione

(prevalentemente giovane) e dalle abitudini riproduttive dei paesi di origine. È tuttavia molto difficile pensare che questo fenomeno possa compensare totalmente la bassa natalità presente tra le donne italiane. Poiché alcuni studi hanno evidenziato differenze nell'assistenza in gravidanza e negli esiti alla nascita in relazione alla cittadinanza o al luogo di nascita delle donne, è raccomandabile che vengano condotte delle valutazioni a livello regionale e intraprese specifiche iniziative di Sanità Pubblica.

Nati stranieri per cittadinanza

Dott.ssa Ginevra Di Giorgio, Dott.ssa Francesca Rinesi

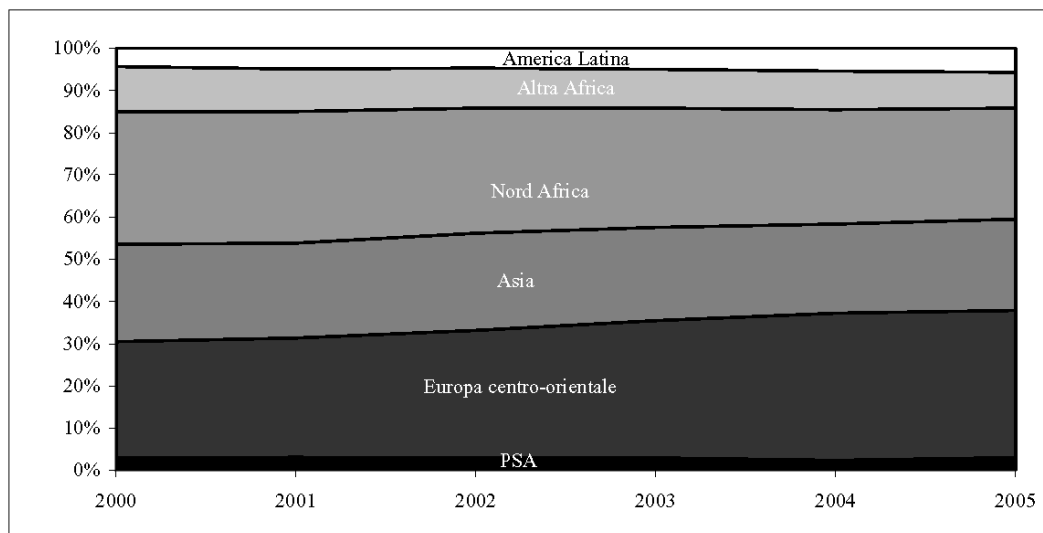
Contesto

L'incremento delle nascite che si è avuto negli ultimi dieci anni presenta in sé un nuovo fenomeno per il nostro paese: sono aumentate notevolmente le nascite da genitori stranieri. Nel 2005 sono stati iscritti per nascita nelle anagrafi comunali italiane 554.022 bambini, di cui 51.971 nati da cittadini stranieri, ammontare che rappresenta il 9,4% del totale delle nascite (per il 2004 la percentuale era pari a 8,8%). In particolare se si concentra l'analisi sul numero di nascite dal 2000 al 2005 quello avvenuto da genitori stranieri è più che raddoppiato con un tasso di incremento pari al 168%.

Risultati e Discussione

Nell'intervallo degli anni tra il 2000, anno in cui sono state registrate 25.916 nascite da genitori stranieri, e il 2005 (ultimo anno di analisi per cui sono disponibili i dati per cittadinanza dei genitori dei nati da stranieri in Italia) non solo è aumentata la numerosità delle nascite da cittadini stranieri ma si è assistito anche alla modifica della sua composizione per area di provenienza dei genitori (grafico 1). Si è assistito, infatti, ad un aumento del peso delle nascite da genitori provenienti dall'Europa centro-orientale: se nel 2000 i nati da questi cittadini rappresentavano il 27,5% del totale delle nascite da genitori stranieri, nel 2005 tale quota si è attestata al 34,9%. Parallelamente si è verificata la diminuzione della quota di nati da genitori provenienti dalle altre aree geografiche: particolarmente netto è stato, però, il calo del peso delle nascite da cittadini provenienti dal Nord-Africa (da 31,5% al 26,3%).

Grafico 1 - Stima dei nati da cittadini stranieri per area di provenienza (composizione percentuale) - Anni 2000-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: <<http://www.demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/2005/T2.10.xls>>. Anno 2007.

Molto diverso è il comportamento riproduttivo delle donne straniere residenti da quello delle donne di cittadinanza italiana: il numero medio dei figli per donna straniera è pari a 2,45, mentre quello per le donne italiane è pari a 1,24. Le donne straniere hanno, quindi, in media un numero di figli doppio rispetto alle italiane; ma anche il calendario delle nascite presenta delle differenze tra le italiane e le straniere. In particolare le donne di cittadinanza straniera hanno in media 27,5 anni alla nascita dei figli, contro i 31,3 anni delle italiane, l'età media al parto, indicatore sintetico del calendario riproduttivo, mostra quindi come ci siano quasi quattro anni di differenza tra le donne straniere residenti e le italiane residenti (1).

Se si analizza il numero di nascite avvenute nel 2005 per cittadinanza dei genitori si riscontrano delle differenze di comportamento riproduttivo anche all'interno della stessa area di provenienza. In particolare la tabella 1 evidenzia come le prime dieci collettività presenti in Italia, per numero di permessi di soggiorno emessi all'1

gennaio 2006, contribuiscano in modo differente a tale fenomeno. La comunità più numerosa sul territorio nazionale è quella dei rumeni, ma la quota dei nati da questa nazionalità rappresenta “solo” l’11,5% del totale dei nati da genitori stranieri. La comunità degli albanesi, che come quella dei romeni rientra nella classificazione dei paesi dell’Europa centro-orientale, è la seconda per numero di permessi emessi e la relativa quota di nati è del 14,2% del totale delle nascite da cittadini stranieri. Il 17,0% delle nascite di bambini stranieri è ricondotta a genitori provenienti dal Marocco, che rappresentano la terza collettività sul territorio. Da sottolineare è l’esiguo numero di nati da cittadini ucraini e polacchi, che pur collocandosi al quarto e settimo posto della graduatoria per presenze, contribuiscono rispettivamente solo per l’1% al numero totale di nati. Se si analizzano i tassi di crescita delle nascite dal 2000 al 2005 appare evidente il forte incremento che ha caratterizzato la collettività degli ucraini (2.051) e seppure in misura minore quella dei romeni (889). Tale andamento è in parte riconducibile al fatto che l’insediamento di queste due comunità sul territorio italiano è relativamente recente, e solo negli ultimi anni ha conosciuto una forte espansione. Infine, l’unica collettività tra quelle analizzate, per la quale si registra un tasso di crescita negativo, è quella dei serbo-montenegrini.

Sempre in tabella 1 è riportato l’indice di natalità per le dieci comunità più numerose secondo il numero di permessi di soggiorno emessi all’1 gennaio 2006: tale indice, dato dal rapporto tra il numero di nati vivi da genitori stranieri e la popolazione straniera con un regolare permesso di soggiorno, è pari a 22,7‰ se si considera la popolazione straniera nel suo complesso. L’indice di natalità è particolarmente alto per le comunità provenienti dal Nord Africa (Tunisia e Marocco) e dalla Cina (rispettivamente 38,5‰, 36,8‰ e 36,3‰), mentre valori che si discostano notevolmente da quello medio osservato si riscontrano per la collettività degli ucraini e dei polacchi (4,5‰ e 7,3‰), fenomeno dovuto alla particolare distribuzione per età e genere di queste due comunità.

Tabella 1 – *Stima dei nati da cittadini stranieri (valore assoluto e percentuale sul totale dei nati stranieri nel 2005), numero di Permessi di Soggiorno all’01/01/2006, indice di natalità e variazione percentuale 2000-2005 per cittadinanza*

| Cittadinanze | PdS 01/01/2006 | Nati stranieri | Stima dei nati stranieri per cittadinanza (%) | Indice di natalità (‰) | Δ % 2000-2005 |
|---------------------|------------------|----------------|---|------------------------|---------------|
| Romania | 271.491 | 5.988 | 11,5 | 22,1 | +889 |
| Albania | 256.916 | 7.403 | 14,2 | 28,8 | +160 |
| Marocco | 239.728 | 8.824 | 17,0 | 36,8 | +105 |
| Ucraina | 115.087 | 519 | 1,0 | 4,5 | +2.051 |
| Cina Rep. Pop. | 114.165 | 4.145 | 8,0 | 36,3 | +192 |
| Filippine | 74.987 | 1.610 | 3,1 | 21,5 | +39 |
| Polonia | 73.191 | 535 | 1,0 | 7,3 | +199 |
| Tunisia | 61.540 | 2.368 | 4,6 | 38,5 | +77 |
| Serbia e Montenegro | 52.272 | 1.091 | 2,1 | 20,9 | -10 |
| India | 51.832 | 1.469 | 2,8 | 28,3 | +181 |
| Altra | 974.815 | 18.018 | 34,7 | 18,5 | +175 |
| Totale | 2.286.024 | 51.971 | 100,0 | 22,7 | +168 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Istat. Anno 2007.

<<http://www.demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/2005/T2.10.xls>>.

Conclusioni

Negli ultimi anni la crescita della quota dei nati da cittadini stranieri e la relativa composizione per paesi di provenienza rende necessaria un’attenta analisi del fenomeno. Per poter rispondere efficacemente alle esigenze di un collettivo sempre più eterogeneo si rende necessario l’adeguamento dei servizi sociosanitari di assistenza alla gravidanza e all’infanzia alle nuove esigenze che si vanno delineando nelle diverse regioni italiane.

Riferimenti bibliografici

(1) Istat, Rapporto Annuale 2006, 346-350.

(2) Istat, Natalità e fecondità della popolazione residente: caratteristiche e tendenze recenti, 2006.

Abortività volontaria per cittadinanza e luogo di nascita

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. Il fenomeno può essere valutato considerando la cittadinanza della donna o il suo luogo di nascita. L'andamento risulta simile, ma il dato sulla cittadinanza è disponibile solo dal 1995. Nel 2004, delle 137.140 IVG rilevate a livello nazionale, 36.496 (pari al 26,6%) hanno riguardato cittadine straniere e 42.587 donne nate all'estero (31,1%). L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è

dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia (infatti nel 1994 la percentuale di IVG effettuata da donne di cittadinanza straniera era di poco superiore al 7%). Per una valutazione del fenomeno l'indicatore più appropriato risulta essere il tasso di abortività volontaria. 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**

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

Numeratore: IVG effettuate da cittadine straniere residenti di età 18-49 anni
 Denominatore: Donne cittadine straniere residenti di età 18-49 anni

Percentuale di IVG di donne nate all'estero

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

Numeratore: IVG effettuate da donne nate all'estero
 Denominatore: Totale IVG

Percentuale di IVG di cittadine straniere

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

Numeratore: IVG effettuate da cittadine straniere
 Denominatore: Totale IVG

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

Validità e limiti. Il tasso di abortività permette di valutare il fenomeno tenendo conto delle modifiche della popolazione a rischio di abortire (aumento nel tempo, età, etc...). Inoltre rende possibile il confronto tra 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 distinguere le donne nate all'estero dalle 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 (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero). Ma in questo caso l'unico indicatore attualmente calcolabile sarebbe una percentuale e non un tasso.

Un problema rilevante per il tasso di abortività delle cittadine straniere è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati. Per il calcolo dei tassi specifici

ci delle cittadine straniere residenti è stato necessario stimare la popolazione di riferimento a cui rapportare i casi di IVG. Ciò è stato fatto considerando l'ammontare delle straniere residenti (dato disponibile dalla rilevazione annuale sulla popolazione straniera residente dell'Istat) e ridistribuendolo per età e stato civile sulla base della composizione dei permessi di soggiorno.

Valore di riferimento/Benchmark. Può essere assunto come valore di riferimento il tasso di abortività volontaria osservato tra le cittadine italiane.

Descrizione dei risultati

Nel 2004 il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne cittadine straniere o relativi a donne nate all'estero è molto variabile a livello regionale (tabella 1), con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata (con una variazione che va dal 40,15% di IVG da cittadine straniere effettuate in Veneto a 3,81% in Puglia).

La maggior parte delle straniere che abortiscono in

Italia sono cittadine dell'Est-Europa provenienti principalmente dalla Romania, Moldavia e Ucraina, seguono il Marocco e l'Albania (tabella 2).

Un'alta percentuale di IVG da cittadine rumene si osserva in Piemonte, PA di Trento, Lazio e Basilicata mentre in Liguria prevalgono le IVG da donne dell'Ecuador e in Campania dell'Ucraina.

Tutto ciò conferma la tendenza degli ultimi anni che ha visto un aumento delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e dell'America Latina. Nel 1996, tra i primi paesi, comparivano infatti anche la Nigeria e il Ghana che ora non presentano particolare rilevanza. C'è da sottolineare che negli anni c'è stato in Italia un aumento dell'immigrazione dall'Est Europa e che attualmente la maggioranza delle donne straniere proviene da questi paesi.

Utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-49 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività standardizzato relativo alle donne straniere residenti in Italia. Questo è risultato essere pari a 25,4 per 1.000 nel 1996 e 29,4 nel 2004 (valori standardiz-

zati) (tabella 3). Si evidenzia quindi un aumento negli ultimi anni del ricorso all'IVG da parte delle straniere, mentre tra le italiane si registra una lieve riduzione (da 8,8 nel 1996 a 7,7 nel 2004). In generale le straniere presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (quasi 4 volte nel 2004) e se si considerano le donne più giovani il rapporto è di quasi 5 casi di IVG di donne straniere per ogni IVG effettuata da donne italiane. La struttura per età del fenomeno risultava diversa tra i due contingenti nel 1996, in quanto per le italiane i livelli più elevati si avevano in corrispondenza delle classi 25-29 e 30-34, mentre per le straniere tra le più giovani (età 18-24 anni). Nel corso degli anni il modello di abortività è cambiato anche tra le donne italiane (Capitolo "Salute materno-infantile", pagg. 235-281): nel 2004 il tasso di abortività delle più giovani (18-24 anni) risulta essere il valore più elevato sia per le italiane che per le straniere, sebbene le diversità per età tra le straniere siano molto più marcate.

Tabella 1 - Interruzioni volontarie della gravidanza (valori assoluti e percentuali) da donne nate all'estero e da cittadine straniere per regione di intervento - Anno 2004

| Regioni | IVG di donne nate all'estero | | IVG di cittadine straniere | |
|-----------------------------|------------------------------|--------------|----------------------------|--------------|
| | N | % | N | % |
| Piemonte | 4.369 | 37,27 | 3.894 | 33,22 |
| Valle d'Aosta | 70 | 25,27 | 32 | 11,55 |
| Lombardia | 10.043 | 42,02 | 9.323 | 23,13 |
| Trentino-Alto Adige | 625 | 32,93 | 439 | 23,13 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | 192 | 32,99 | 146 | 25,09 |
| <i>Trento</i> | 433 | 32,90 | 293 | 22,26 |
| Veneto | 3.297 | 44,45 | 2.978 | 40,15 |
| Friuli-Venezia Giulia | 826 | 34,40 | 669 | 27,86 |
| Liguria | 1.476 | 36,89 | 1.320 | 32,99 |
| Emilia-Romagna | 4.698 | 39,80 | 4.229 | 35,83 |
| Toscana | 2.874 | 32,79 | 2.797 | 31,91 |
| Umbria | 1.010 | 40,50 | 909 | 36,45 |
| Marche | 1.009 | 38,81 | 876 | 33,69 |
| Lazio | 6.551 | 40,34 | 5.379 | 33,13 |
| Abruzzo | 815 | 28,14 | 523 | 18,06 |
| Molise | 109 | 16,93 | 52 | 8,07 |
| Campania | 1.764 | 14,06 | 1.435 | 11,44 |
| Puglia | 1.177 | 9,31 | 482 | 3,81 |
| Basilicata | 69 | 11,06 | 27 | 4,33 |
| Calabria | 598 | 17,49 | 389 | 11,37 |
| Sicilia ^(a) | 986 | 11,75 | 576 | 6,86 |
| Sardegna | 276 | 11,21 | 167 | 6,78 |
| <i>Nord-Ovest</i> | 15.958 | 39,99 | 14.499 | 36,34 |
| <i>Nord-Est</i> | 9.446 | 40,16 | 8.324 | 35,39 |
| <i>Centro</i> | 11.444 | 38,02 | 9.961 | 33,10 |
| <i>Sud</i> | 4.532 | 13,83 | 2.908 | 8,87 |
| <i>Isole^(a)</i> | 1.262 | 11,62 | 743 | 6,84 |
| Italia^(a) | 42.642 | 31,09 | 36.435 | 26,57 |

^(a)I dati della Sicilia sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2005.

Tabella 2 - Primi tre paesi di cittadinanza per le donne che effettuano IVG per regione - Anno 2004

| | |
|------------------------|--|
| Piemonte | Romania (39,5%), Marocco (10,1%), Albania (8,5%) |
| Valle d'Aosta | Marocco (43,8%), Perù (9,4%), Francia, Romania, Moldavia, Filippine (6,3%) |
| Lombardia | Romania (14,5%), Ecuador (11,5%), Perù (10,7%) |
| Bolzano-Bozen | Albania (5,5%), Macedonia, Marocco(3,4%) |
| Trento | Romania (71,9%), Moldavia (38,2%), Albania (33,7%) |
| Veneto | Romania (22,0%), Moldavia (11,8%), Albania (7,6%) |
| Friuli-Venezia Giulia | Romania (14,5%), Albania (11,1%), Jug.Serbia-Montenegro (9,6%) |
| Liguria | Ecuador (40,7%), Romania (10,8%), Albania (8,6%) |
| Emilia-Romagna | Romania (14,4%), Moldavia, Marocco (8,9%), Albania (7,7%) |
| Toscana | Romania (26,5%), Albania (11,3%), Cina (9,0%) |
| Umbria | Romania (24,2%), Albania (11,4%), Ecuador (10,2%) |
| Marche | Romania (17,8%), Albania (11,1%), Marocco (7,2%) |
| Lazio | Romania (47,9%), Ucraina (6,2%), Perù (5,3%) |
| Abruzzo | Romania (27,7%), Albania (10,9%), Cina (9,6%) |
| Molise | Romania (28,8%), Albania (13,5%), Ucraina (11,5%) |
| Campania | Ucraina (43,8%), Romania (12,5%), Polonia (9,1%) |
| Puglia | Albania (25,1%), Romania (23,4%), Polonia (6,6%) |
| Basilicata | Romania (33,3%), Albania (18,6%), Ucraina (14,8%) |
| Calabria | Romania (26,2%), Ucraina (23,4%), Bulgaria (9,6%) |
| Sicilia ^(a) | Romania (22,6%), Sri Lanka (10,2%), Tunisia (7,3%) |
| Sardegna | Romania (21,0%), Cina (15,0%), Nigeria (10,2%) |

Nota: La percentuale è calcolata sul totale delle IVG effettuate da cittadine straniere.

^(a)I dati della Sicilia sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2004.

Tabella 3 - Tassi di abortività volontaria (per 1.000) per cittadinanza e classi di età - Anni 1996, 2004

| Età | 1996 | | | | 2004 | | | |
|--------------|----------|-----------|--------|------------------------|----------|-----------|--------|------------------------|
| | Italiane | Straniere | Totale | Straniere/ Italiane | Italiane | Straniere | Totale | Straniere/ Italiane |
| 18-24 | 10,9 | 51,6 | 11,7 | 4,7 | 11,8 | 55,0 | 14,4 | 4,7 |
| 25-29 | 11,6 | 38,1 | 12,4 | 3,3 | 11,2 | 45,6 | 14,4 | 4,1 |
| 30-34 | 11,9 | 27,5 | 12,3 | 2,3 | 10,0 | 37,7 | 12,2 | 3,8 |
| 35-39 | 10,7 | 19,5 | 10,9 | 1,8 | 8,4 | 27,1 | 9,7 | 3,2 |
| 40-44 | 5,3 | 9,0 | 5,4 | 1,7 | 4,1 | 10,8 | 4,5 | 2,6 |
| 45-49 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 2,0 | 0,4 | 0,9 | 0,4 | 2,4 |
| 18-49 grezzo | 8,9 | 30,3 | 9,3 | 3,4 | 7,8 | 33,0 | 9,4 | 4,3 |
| 18-49 std | 8,8 | 25,4 | 9,2 | 2,9 | 7,7 | 29,4 | 9,3 | 3,8 |

Nota: I dati della Sicilia sono stati stimati. Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione media femminile del 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie di gravidanza. Anno 2005.

Raccomandazioni di Osservasalute

L'elevato ricorso delle donne straniere all'IVG 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 (Capitolo "Salute materno-infantile", pagg. 235-281) ed evidenzia la necessità di specifiche politiche di supporto.

Riferimenti bibliografici

- (1) Loghi M. (2004), "Abortività volontaria e cittadinanza", in Conti C., Sgritta G.B., Salute e società - Immigrazione e politiche socio-sanitarie. La salute degli altri, Anno III, 2/2004.
- (2) Spinelli A., Forcella E., Di Rollo S., Grandolfo M.E. (2006), L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2006 (Rapporti Istituzionali 06/17): 115 p.

Ospedalizzazione tra gli stranieri

Significato. Il tasso di ospedalizzazione viene utilizzato per confrontare il ricorso alle strutture ospedaliere da parte degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) rispetto agli italiani, in modo da tener conto delle diverse dimensioni delle popolazioni a confronto.

L'indicatore è stato calcolato solo per gli stranieri maggiorenni, in considerazione della notevole sottostima nel numero di minori, in molti casi registrati sul

permesso di soggiorno dei genitori.

I tassi sono stati standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia al Censimento 2001) e calcolati separatamente per sesso, regime di ricovero, regione di erogazione e diagnosi alla dimissione. Sono stati anche calcolati i tassi età-specifici per consentire l'analisi del trend per età nelle popolazioni a confronto.

Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli immigrati*

| | | |
|--------------|--|---------|
| Numeratore | Dimissioni di stranieri da Pfp** nell'anno, età 18 anni e oltre | x 1.000 |
| Denominatore | Popolazione media straniera da Pfp** regolarmente soggiornante, età 18 e oltre | |

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

**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.

La fonte dei dati relativi ai ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle SDO del Ministero della Salute che raccoglie le dimissioni effettuate in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private. Sono escluse dall'analisi le SDO relative ai neonati sani. L'anno di attività è il 2004.

Per stimare il numero degli stranieri presenti in Italia (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 dei permessi rilevati al 31/12/2003 e al 31/12/2004.

Validità e limiti. L'indicatore utilizza al numeratore dati di fonte amministrativa, non campionari, rilevati secondo modalità sufficientemente standardizzate e caratterizzati da elevata copertura nazionale. Tra i limiti va menzionata la qualità dei dati SDO che possono essere incompleti e potenzialmente distorti. Inoltre l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri, non sempre è accurata e la sua validità può variare tra le diverse regioni italiane. Rispetto al denominatore, è possibile presumere che la sottostima della popolazione straniera, dovuta alla presenza di irregolari non inclusi nelle stime ufficiali, si traduca in una sovrastima dei tassi di ospedalizzazione.

Valore di riferimento/Benchmark. I tassi di ospedalizzazione degli immigrati vengono confrontati con quelli dell'intera popolazione residente (anno 2004).

Descrizione dei risultati

Nel 2004 sono stati effettuati in Italia oltre 433 mila ricoveri a carico di cittadini stranieri (3,3% delle

dimissioni totali). Il 90% ha riguardato stranieri provenienti da Pfp: il 43,5% dall'Europa centro-orientale e in particolare dalla Romania; il 29,6% dall'Africa (dove il paese più rappresentato è il Marocco); il 14,1% dall'Asia, con una maggior frequenza dalla Cina; il 12,7% dall'America latina e soprattutto dall'Ecuador.

La tabella 1 mostra l'andamento dei ricoveri negli ultimi anni per regime di ricovero e provenienza. Rispetto al 1998, si è osservato un notevole incremento dei ricoveri di cittadini provenienti dai Pfp, quasi raddoppiati in regime ordinario nel 2004, e più che triplicati in Day Hospital, aumento che trova solo in parte spiegazione nell'incremento della presenza straniera regolare nel nostro paese.

I tassi di ospedalizzazione standardizzati per età riferiti agli immigrati da Pfp sono risultati sempre più bassi rispetto a quelli della popolazione residente (tabella 2). La differenza è risultata particolarmente evidente tra gli uomini, con tassi in regime ordinario di 123,5 e 160,1 per 1.000, rispettivamente per i cittadini da Pfp e per i residenti; e in Day Hospital di 43,4 e 67,0 per 1.000. Le notevoli differenze di genere sono spiegate quasi esclusivamente da eventi legati alla salute riproduttiva (parti naturali e complicanze della gravidanza e del parto).

Per quanto riguarda la distribuzione geografica dei ricoveri, il 64% dell'attività erogata a immigrati maggiorenni si concentra nelle regioni del Nord; seguono il Centro (24%), e infine il Sud e le Isole (11%). Tale distribuzione ricalca molto fedelmente la ripartizione della popolazione immigrata sul territorio nazionale. Le cause di ricovero più frequenti registrate tra gli uomini sono state i traumatismi (25,9%), seguiti dal-

Tabella 1 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e variazioni percentuali) per provenienza e regime di ricovero - Anni 1998, 2000, 2003, 2004

| Provenienza | Ricoveri ordinari | | | | | Day-Hospital | | | | |
|----------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------|
| | 1998 | 2000 | 2003 | 2004 | Δ % 1998-2004 | 1998 | 2000 | 2003 | 2004 | Δ % 1998-2004 |
| Stranieri da Psa* | 40.056 (0,4%) | 32.287 (0,3%) | 32.998 (0,4%) | 34.077 (0,4%) | -14,9 | 8.113 (0,4%) | 7.995 (0,3%) | 8.240 (0,3%) | 9.165 (0,2%) | 13,0 |
| Stranieri da Pfp** | 147.194 (1,5%) | 183.521 (1,9%) | 238.593 (2,6%) | 287.813 (3,2%) | 95,5 | 29.842 (1,5%) | 45.484 (1,9%) | 85.898 (2,8%) | 102.472 (2,6%) | 243,4 |
| Totale ricoveri nazionali | 9.964.872 (100%) | 9.556.665 (100%) | 9.184.175 (100%) | 9.106.967 (100%) | -8,6 | 2.016.336 (100%) | 2.340.604 (100%) | 3.105.941 (100%) | 3.884.129 (100%) | 92,6 |

*Psa: Paesi a sviluppo avanzato.

**Pfp: Paesi a forte pressione migratoria.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

Tabella 2 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tassi standardizzati per 1.000) di stranieri da Pfp e residenti di 18 anni e oltre per regione di dimissione, regime di ricovero e sesso - Anno 2004

| Regioni | Ricoveri ordinari | | | | | | Day Hospital | | | | | |
|-----------------------|-------------------|---------------|---------------------|----------------|---------------|---------------------|---------------|---------------|---------------------|---------------|---------------|---------------------|
| | Maschi | | | Femmine | | | Maschi | | | Femmine | | |
| | Dimessi Pfp | Tasso std Pfp | Tasso std residenti | Dimessi Pfp | Tasso std Pfp | Tasso std residenti | Dimessi Pfp | Tasso std Pfp | Tasso std residenti | Dimessi Pfp | Tasso std Pfp | Tasso std residenti |
| Piemonte | 8.184 | 115,7 | 120,1 | 15.044 | 152,2 | 128,2 | 2.773 | 48,3 | 64,7 | 7.136 | 79,6 | 67,6 |
| Valle d'Aosta | 197 | 160,3 | 147,0 | 315 | 133,8 | 145,8 | 51 | 59,8 | 65,2 | 106 | 62,8 | 55,7 |
| Lombardia | 29.260 | 131,4 | 160,1 | 43.885 | 168,8 | 156,1 | 6.614 | 36,0 | 61,9 | 17.624 | 72,2 | 71,8 |
| Trentino-Alto Adige | 2.376 | 156,1 | 167,1 | 3.542 | 167,8 | 172,2 | 439 | 19,6 | 51,0 | 1.161 | 52,6 | 63,5 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | <i>1.280</i> | <i>190,1</i> | <i>187,4</i> | <i>1.514</i> | <i>189,2</i> | <i>195,3</i> | <i>166</i> | <i>18,9</i> | <i>44,6</i> | <i>448</i> | <i>44,1</i> | <i>59,7</i> |
| <i>Trento</i> | <i>1.096</i> | <i>131,0</i> | <i>148,7</i> | <i>2.028</i> | <i>155,8</i> | <i>152,0</i> | <i>273</i> | <i>21,2</i> | <i>56,8</i> | <i>713</i> | <i>57,8</i> | <i>66,9</i> |
| Veneto | 12.684 | 112,5 | 139,0 | 21.817 | 171,1 | 144,4 | 4.025 | 156,1 | 62,9 | 7.476 | 132,7 | 64,8 |
| Friuli-Venezia Giulia | 2.203 | 82,7 | 130,9 | 3.928 | 136,7 | 135,2 | 545 | 20,4 | 37,0 | 1.433 | 44,5 | 46,5 |
| Liguria | 3.980 | 160,5 | 141,0 | 6.365 | 201,2 | 141,2 | 1.698 | 59,3 | 95,8 | 3.677 | 116,9 | 106,5 |
| Emilia-Romagna | 12.847 | 125,8 | 143,7 | 20.650 | 162,5 | 149,6 | 2.303 | 27,9 | 52,0 | 7.189 | 58,1 | 61,0 |
| Toscana | 8.160 | 112,3 | 125,3 | 13.427 | 145,7 | 129,8 | 1.968 | 23,6 | 52,5 | 5.128 | 51,3 | 56,3 |
| Umbria | 2.244 | 135,8 | 135,0 | 4.060 | 162,9 | 135,3 | 526 | 35,1 | 66,1 | 1.662 | 62,0 | 73,2 |
| Marche | 2.295 | 94,2 | 150,6 | 4.545 | 124,6 | 147,4 | 417 | 16,3 | 46,9 | 1.149 | 29,4 | 52,7 |
| Lazio | 12.272 | 112,8 | 174,7 | 21.387 | 142,1 | 180,9 | 5.369 | 28,4 | 80,5 | 10.889 | 59,5 | 87,8 |
| Abruzzo | 1.411 | 136,7 | 222,1 | 2.680 | 166,8 | 214,5 | 331 | 27,1 | 64,6 | 1.053 | 54,4 | 81,1 |
| Molise | 86 | 149,4 | 193,5 | 173 | 105,1 | 199,4 | 11 | 32,6 | 53,0 | 62 | 22,3 | 62,9 |
| Campania | 4.094 | 186,6 | 186,7 | 7.311 | 189,2 | 181,2 | 824 | 35,6 | 79,3 | 2.957 | 66,6 | 79,5 |
| Puglia | 1.889 | 121,7 | 186,5 | 3.318 | 175,3 | 189,6 | 191 | 19,2 | 47,2 | 537 | 31,9 | 51,1 |
| Basilicata | 40 | 53,6 | 163,9 | 61 | 37,9 | 161,5 | 12 | 4,4 | 68,5 | 24 | 9,7 | 76,1 |
| Calabria | 912 | 135,5 | 188,9 | 1.679 | 175,2 | 192,4 | 187 | 36,0 | 61,3 | 678 | 52,7 | 74,1 |
| Sicilia | 2.904 | 205,3 | 182,8 | 3.901 | 232,8 | 173,5 | 1.272 | 100,5 | 110,1 | 2.328 | 144,3 | 118,9 |
| Sardegna | 639 | 475,3 | 181,5 | 1.048 | 551,4 | 180,6 | 270 | 286,6 | 67,1 | 377 | 180,9 | 77,9 |
| <i>Nord-Ovest</i> | <i>41.621</i> | <i>130,1</i> | <i>146,0</i> | <i>65.609</i> | <i>167,2</i> | <i>146,2</i> | <i>11.136</i> | <i>41,0</i> | <i>66,3</i> | <i>28.543</i> | <i>77,8</i> | <i>74,1</i> |
| <i>Nord-Est</i> | <i>30.110</i> | <i>116,5</i> | <i>142,0</i> | <i>49.937</i> | <i>163,0</i> | <i>147,5</i> | <i>7.312</i> | <i>71,4</i> | <i>54,6</i> | <i>17.259</i> | <i>82,0</i> | <i>61,1</i> |
| <i>Centro</i> | <i>24.971</i> | <i>110,8</i> | <i>151,6</i> | <i>43.419</i> | <i>142,6</i> | <i>156,0</i> | <i>8.280</i> | <i>26,4</i> | <i>65,2</i> | <i>18.828</i> | <i>54,1</i> | <i>71,4</i> |
| <i>Sud</i> | <i>8.432</i> | <i>143,4</i> | <i>189,8</i> | <i>15.222</i> | <i>166,3</i> | <i>188,4</i> | <i>1.556</i> | <i>27,6</i> | <i>64,7</i> | <i>5.311</i> | <i>51,0</i> | <i>70,0</i> |
| <i>Isole</i> | <i>3.543</i> | <i>261,4</i> | <i>182,4</i> | <i>4.949</i> | <i>287,4</i> | <i>175,2</i> | <i>1.542</i> | <i>140,0</i> | <i>99,0</i> | <i>2.705</i> | <i>150,1</i> | <i>108,5</i> |
| Italia | 108.677 | 123,5 | 160,1 | 179.136 | 160,6 | 161,3 | 29.826 | 43,4 | 67,0 | 72.646 | 70,0 | 74,0 |

Nota: Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione al Censimento 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

le malattie dell'apparato digerente (13,8%), del sistema circolatorio (9,4%) e da quelle dell'apparato respiratorio (8,2%), come riportato nella tabella 3. Per questi problemi di salute, i tassi degli immigrati sono risultati sempre più bassi rispetto a quelli dei residenti, con l'esclusione dei traumatismi (16,6 contro 14,8 per 1.000) e delle malattie infettive e parassitarie (4,2 contro 2,4 per 1.000). Tra le donne, il 56,6% delle dimissioni ha riguardato la gravidanza e

il parto, con un tasso del 52,3 tra le donne immigrate contro 32,7 tra le residenti. Escludendo questa tipologia di ricoveri, le cause più frequenti sono state le malattie del sistema genito-urinario (16,8%), seguite da quelle dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%). Anche in questo caso, i tassi dei cittadini stranieri sono risultati più bassi o simili rispetto ai residenti, eccetto che per le malattie infettive e parassitarie (3,0 contro 1,7 per 1.000). L'andamento dei

Tabella 3 - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tassi standardizzati per 1.000) in regime ordinario di stranieri da Pfpm e residenti di 18 anni e oltre, per diagnosi alla dimissione e sesso - Anno 2004

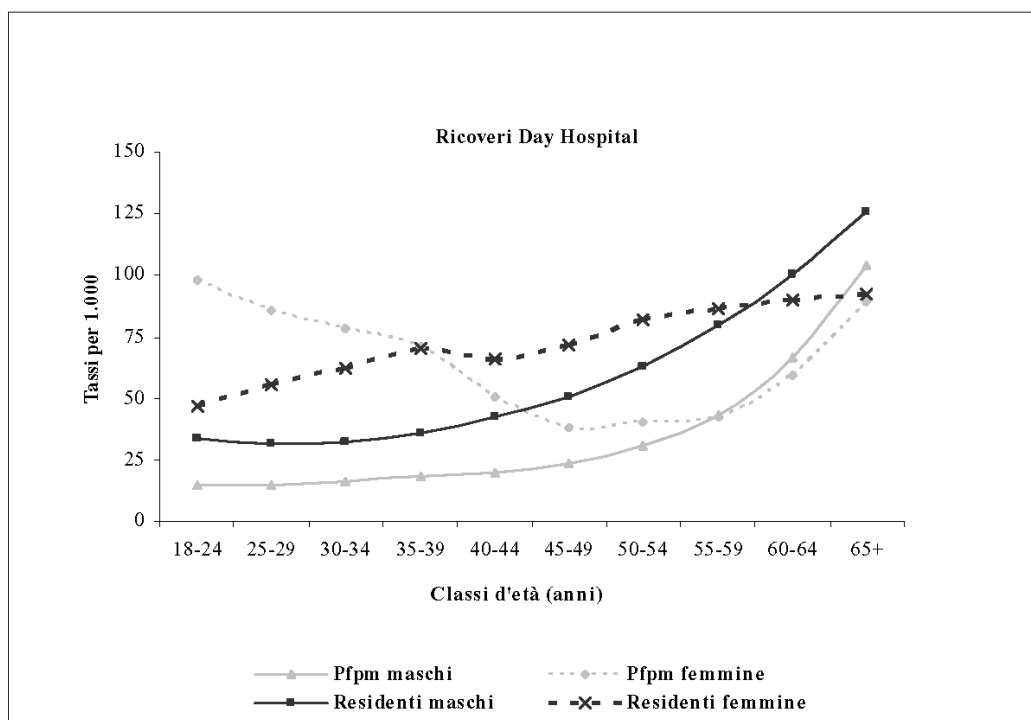
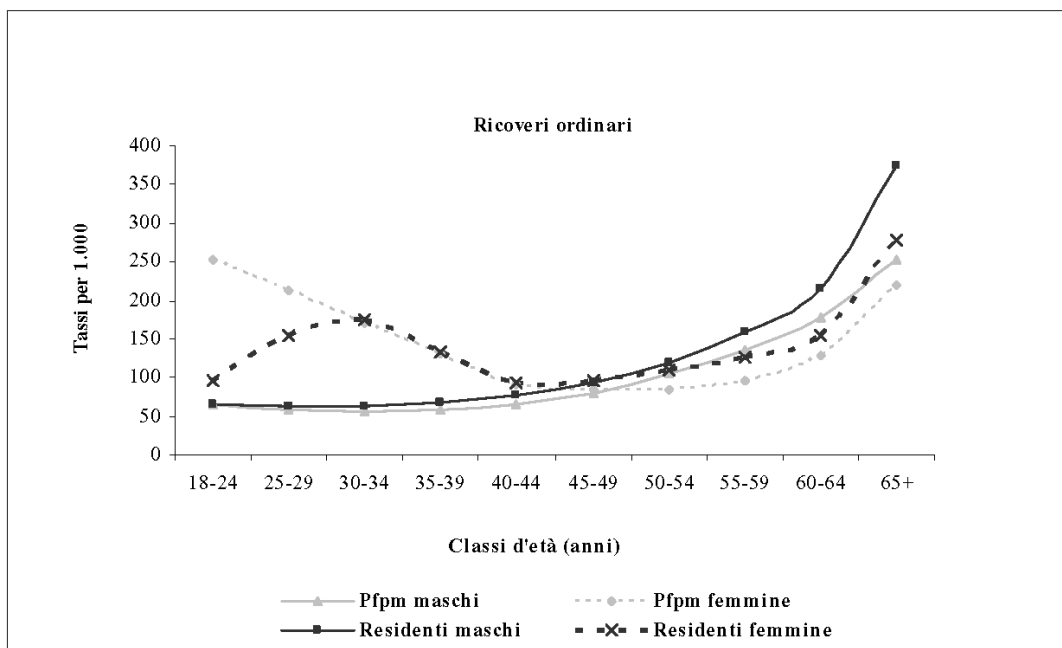
| ICD-9-CM | Descrizione | Maschi | | | | Femmine | | | | |
|----------|---|---------------|--------------|----------------|---------------------|----------------|--------------|---|----------------|---------------------|
| | | Dimessi Pfpm | (%) Pfpm | Tasso std Pfpm | Tasso std residenti | Dimessi Pfpm | % Pfpm | % Pfpm (esclusi ricoveri salute riproduttiva) | Tasso std Pfpm | Tasso std residenti |
| 001-139 | Malattie infettive e parassitarie | 4.000 | 5,7 | 4,2 | 2,4 | 2.479 | 1,7 | 3,9 | 3,0 | 1,7 |
| 140-239 | Tumori | 2.741 | 3,9 | 11,3 | 17,4 | 6.689 | 4,6 | 10,5 | 11,6 | 14,4 |
| 240-279 | Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari | 1.113 | 1,6 | 2,6 | 2,7 | 1.469 | 1,0 | 2,3 | 3,2 | 4,2 |
| 280-289 | Malattie del sangue e degli organi ematopoietici | 412 | 0,6 | 1,0 | 1,2 | 798 | 0,5 | 1,3 | 1,3 | 1,3 |
| 290-319 | Disturbi psichici | 3.239 | 4,6 | 3,0 | 4,7 | 2.913 | 2,0 | 4,6 | 3,1 | 4,5 |
| 320-389 | Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi | 3.276 | 4,7 | 6,5 | 8,7 | 2.937 | 2,0 | 4,6 | 5,7 | 8,4 |
| 390-459 | Malattie del sistema circolatorio | 6.572 | 9,4 | 26,3 | 38,0 | 4.693 | 3,2 | 7,4 | 18,0 | 23,6 |
| 460-519 | Malattie dell'apparato respiratorio | 5.756 | 8,2 | 11,1 | 13,7 | 3.461 | 2,4 | 5,4 | 7,8 | 7,6 |
| 520-579 | Malattie dell'apparato digerente | 9.637 | 13,8 | 14,6 | 18,6 | 9.182 | 6,3 | 14,4 | 13,5 | 13,4 |
| 580-629 | Malattie del sistema genito-urinario | 3.114 | 4,4 | 7,1 | 10,1 | 10.722 | 7,3 | 16,8 | 11,1 | 11,2 |
| 630-677 | Gravidanza, parto e puerperio | - | - | - | - | 83.001 | 56,6 | - | 52,3 | 32,7 |
| 680-709 | Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo | 1.098 | 1,6 | 1,4 | 2,0 | 730 | 0,5 | 1,1 | 1,0 | 1,5 |
| 710-739 | Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo | 4.222 | 6,0 | 5,6 | 10,3 | 3.123 | 2,1 | 4,9 | 6,6 | 11,4 |
| 740-779 | Malformazioni congenite e condizioni morbose di origine perinatale | 565 | 0,8 | 0,5 | 0,8 | 595 | 0,4 | 0,9 | 0,6 | 0,9 |
| 780-799 | Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti | 4.005 | 5,7 | 7,2 | 7,8 | 4.759 | 3,2 | 7,5 | 7,3 | 6,1 |
| 800-999 | Traumatismi e avvelenamenti | 18.132 | 25,9 | 16,6 | 14,8 | 6.164 | 4,2 | 9,7 | 9,5 | 11,5 |
| V01-V82 | Fattori che influenzano lo stato di salute | 2.138 | 3,1 | 4,4 | 7,1 | 2.990 | 2,0 | 4,7 | 4,9 | 7,0 |
| | Totale | 70.020 | 100,0 | 123,5 | 160,1 | 146.705 | 100,0 | 100,0 | 160,6 | 161,3 |
| | Totale (esclusi ricoveri salute riproduttiva) | | | | | 63.704 | | | 108,3 | 128,6 |

Nota: Per la standardizzazione è stata utilizzata la popolazione al Censimento 2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

tassi di ricovero ordinario per età (grafico 1) mostra tra gli immigrati uomini valori inferiori rispetto ai residenti; per quanto riguarda quelli in Day Hospital, i tassi si mantengono più marcatamente al di sotto rispetto ai residenti per tutte le classi d'età. Nelle donne si evidenzia un maggior ricorso ai servizi ospedalieri nelle classi d'età riproduttiva (ricongiungibile ai parti in regime ordinario e alle IVG in Day Hospital), con un picco più pronunciato e anticipato rispetto alle donne residenti. Diversi fattori potrebbero concorrere a spiegare il minore ricorso alle cure ospedaliere da parte della popolazione straniera. In primo luogo, è ipotizzabile che l'effetto migrante

sano continui a svolgere un ruolo nelle dinamiche di salute di questa popolazione, per quanto nel tempo possa essersi affievolito per via dell'invecchiamento e dell'aumento dei ricongiungimenti familiari. Inoltre, non si può escludere che la persistenza di barriere di tipo linguistico-culturale e amministrativo-burocratico sia all'origine del ridotto utilizzo dei servizi ospedalieri. Occorre infine sottolineare che il tasso di ospedalizzazione, essendo solo una misura indiretta dei bisogni di salute, va utilizzato con cautela nella descrizione del profilo epidemiologico della popolazione in studio.

Grafico 1 - Tassi di ospedalizzazione (per 1.000) per regime di ricovero, classe d'età, provenienza e sesso - Anno 2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni Istat su dati del Ministero della Salute. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

I livelli di ospedalizzazione dei cittadini stranieri evidenziano nel complesso un minore ricorso al ricovero rispetto alla popolazione residente.

Da un punto di vista di salute pubblica è importante

segnalare l'elevata frequenza dei ricoveri per traumasmi negli uomini e per IVG nelle donne, nei confronti dei quali possono essere individuate politiche di prevenzione efficaci.

Incidenza di AIDS tra gli stranieri

Significato. La popolazione straniera nel nostro paese è in rapida espansione ed evoluzione. Tra i problemi di salute di questa popolazione l'AIDS viene spesso segnalato come particolarmente grave, anche in considerazione dell'influenza che questa patologia esercita sulla sensibilità collettiva (1). È dunque importante fare luce sulla diffusione dell'AIDS tra gli stranieri presenti in Italia, al fine di attivare adeguati interventi

di prevenzione e assistenza sanitaria. La migliore conoscenza di questo fenomeno potrebbe inoltre contribuire a ridimensionare l'eccessivo allarmismo legato alla paura del dilagare della malattia. Il presente lavoro ha l'obiettivo di stimare l'incidenza di AIDS tra gli stranieri nel periodo che va dal 1992 al 2003, anni in cui la numerosità della popolazione immigrata nel nostro paese ha assunto un peso significativo (2).

Tasso di incidenza di AIDS tra gli stranieri in Italia

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Casi di AIDS diagnosticati a stranieri in Italia di 18 anni e oltre}}{\text{Popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia di 18 anni e oltre}} \times 100.000$$

Sono stati utilizzati i dati del Registro Nazionale dei casi di AIDS, istituito a partire dal 1982 presso il Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (3). L'analisi è stata effettuata sui casi diagnosticati a cittadini stranieri maggiorenni al momento della diagnosi, ed è stata limitata al periodo 1992-2003 data l'esiguità della casistica negli anni precedenti (meno del 3% sul totale dei casi diagnosticati tra il 1982 e il 1991). Sono stati calcolati i tassi di incidenza di AIDS tra gli stranieri, specifici per genere e classe d'età. I tassi sono stati calcolati su base triennale al fine di attenuarne la variabilità dovuta soprattutto alle oscillazioni cui sono soggette le stime della popolazione straniera presente. La numerosità degli stranieri maggiorenni presenti in Italia dal 1992 al 2003 è stata stimata sulla base dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istat (4).

Validità e limiti. Il principale punto di forza dello studio deriva dall'utilizzo di dati di popolazione, raccolti su scala nazionale da un registro consolidato e caratterizzato complessivamente da un'elevata copertura (5).

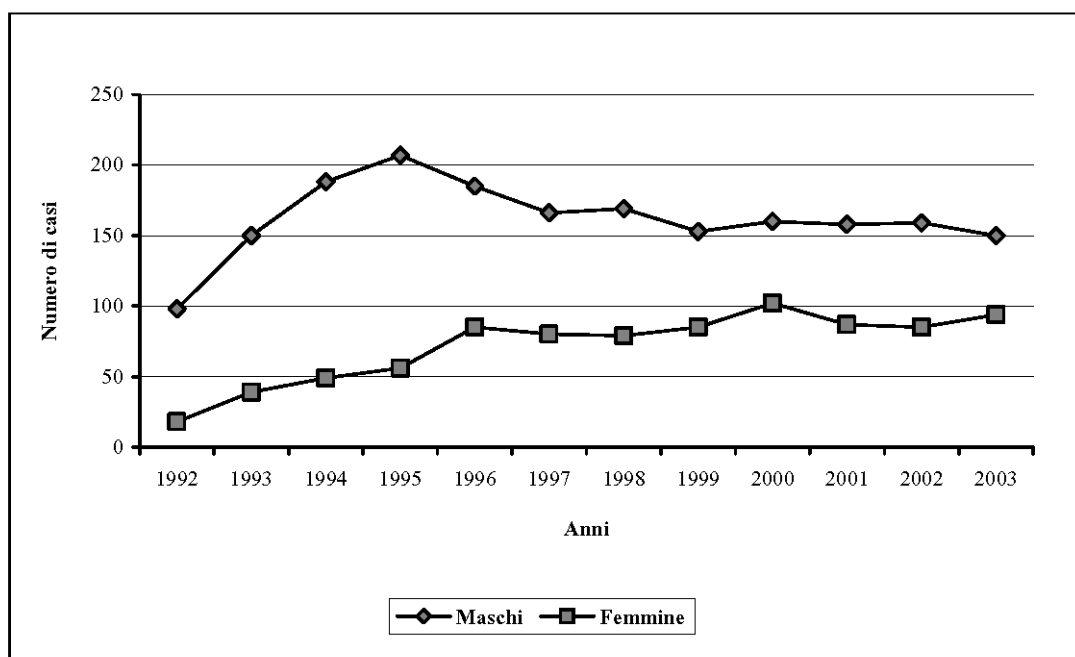
Il limite maggiore deriva invece dalla difficoltà di quantificare in modo esatto la popolazione straniera da utilizzare come denominatore per il calcolo dei tassi. La presenza straniera risulta infatti sottostimata nel nostro paese poiché dalle fonti di rilevazione ufficiali non è possibile individuare la quota di persone che vivono clandestinamente. Inoltre, nel periodo in studio si sono verificate importanti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con i tre provvedimenti di regolarizzazione avvenuti in questi anni. Il calcolo di tassi su base triennale ha tuttavia permesso di attenuare tali oscillazioni.

Valore di riferimento/Benchmark. Può essere utile confrontare i tassi di incidenza tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani, nei tre trienni considerati.

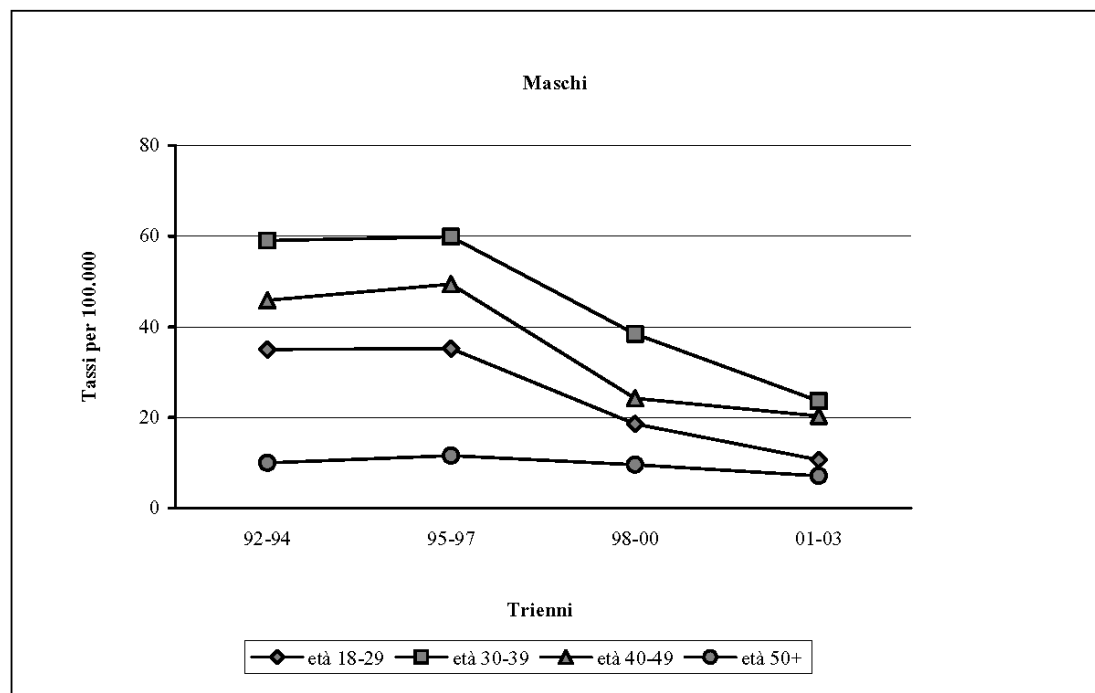
Descrizione dei risultati

Tra il 1992 e il 2003 sono stati diagnosticati in Italia circa 40.000 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui poco più di 2.800 hanno riguardato stranieri.

La percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS nel nostro paese è passata dal 3% nel 1992 al 15% nel 2003 (in termini assoluti da 116 a 251 casi). Tuttavia, a partire dal 1996 il numero delle diagnosi tra gli stranieri maggiorenni è diminuito tra gli uomini, ed è rimasto sostanzialmente stazionario tra le donne, nonostante la popolazione straniera sia notevolmente aumentata (grafico 1). Anche i tassi d'incidenza hanno subito una diminuzione che nell'intero periodo in studio è risultata mediamente del 59% tra gli uomini e del 21% tra le donne. Tale diminuzione è stata particolarmente evidente a partire dal triennio 1998-2000 e ha riguardato tutte le classi d'età (grafico 2 e 3), riflettendo il trend osservato tra gli italiani. I risultati dello studio sembrerebbero indicare che l'incremento della percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS nel nostro paese dipenda dalla continua crescita del numero di immigrati, piuttosto che da un incremento dell'epidemia. Evidenziano, inoltre, che la dimensione del fenomeno è rimasta nel tempo abbastanza contenuta in termini di numerosità. Considerato che in molti paesi di origine degli immigrati non si è osservata una diminuzione dei tassi d'incidenza analoga a quanto avvenuto in Italia (6), è legittimo ipotizzare che i risultati registrati siano riconducibili a una maggiore opportunità di accesso alle cure da parte degli stranieri, oltre alla possibile persistenza di un effetto migrante sano. Anche per questa popolazione, come per gli italiani, è presumibile che la riduzione dei tassi dipenda, almeno in parte, dall'introduzione in Italia della terapia antiretrovirale altamente efficace, avvenuta nel 1996.

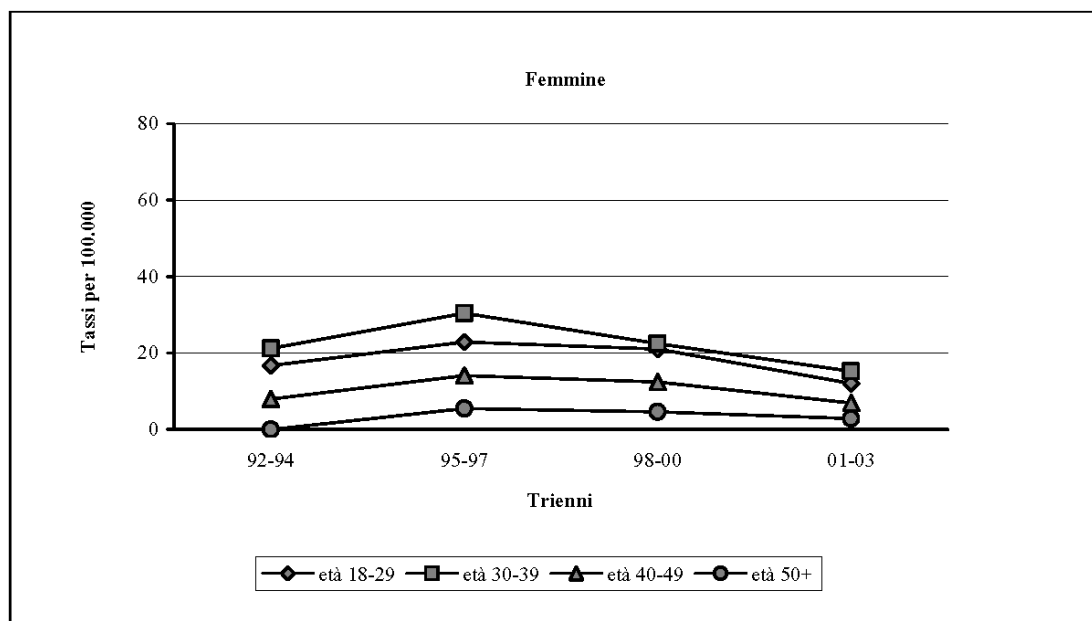
Grafico 1 - Casi di AIDS diagnosticati in Italia a cittadini stranieri di 18 anni e oltre per sesso - Anni 1992-2003

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS, ISS. Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

Grafico 2 - Tassi d'incidenza specifici per età (per 100.000) di AIDS di cittadini stranieri di 18 anni e oltre in Italia per sesso – Trienni 1992-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS, ISS. Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

Grafico 3 - Tassi d'incidenza specifici per età (per 100.000) di AIDS di cittadini stranieri di 18 anni e oltre in Italia per sesso – Trienni 1992-2004



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS, ISS. Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati di questo studio sembrano suggerire che l'accesso ai servizi e la fruibilit  delle prestazioni rappresentino elementi fondamentali per il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati, anche in riferimento a situazioni di particolare criticit  sanitaria come l'AIDS.

La popolazione immigrata, infatti, si trova spesso di fronte a ostacoli di natura linguistica, culturale, socio-economica che, nel caso particolare dell'HIV, impediscono l'applicazione di valide misure di prevenzione e cura dell'AIDS (7) e rendono questa popolazione altamente vulnerabile al contagio e alle complicanze connesse con l'esordio della malattia.   di conseguenza importante valutare l'accesso alla diagnostica ed alla terapia secondo la cittadinanza e compiere sforzi per garantire agli immigrati un equiaccesso ai servizi socio-sanitari (8) al fine di offrire terapie adeguate, in un'ottica di promozione della diagnosi precoce e di strategie di prevenzione.

Riferimenti bibliografici

- (1) Geraci S. Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia. *Ann Ist Super Sanita* 2000; 36 (4): 445-9.
- (2) Caritas/Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico 2005. XV Rapporto*. Roma: IDOS; 2005.
- (3) Italia. Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975. *Gazzetta Ufficiale* n. 288, 12 dicembre 1986.
- (4) Istat. *Geo-demo "Demografia in Cifre"*. Sito: www.demo.istat.it
- (5) Conti S, Farchi G, Galletti A, Masocco M, Napoli P, Pezzotti P, Rezza G, Toccaceli V, Caiani G. La sottonotifica della mortalit  per AIDS in Italia (1992): qualit  della certificazione e sottonotifica. *Giornale italiano dell'AIDS* 1997; 8 (1).
- (6) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2004 Report on the global AIDS epidemic: Executive Summary. Geneva: UNAIDS; 2004.
- (7) Del Amo J, Erwin J, Fenton KA, Gray K. *AIDS & Mobility: Looking to the Future. Migration and HIV/AIDS in Europe - Recent developments and needs for future action*. Woerden (The Netherlands): Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) - European Project AIDS & Mobility; October 2001. p. 18.
- (8) Geraci S, Martinelli B. *Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali*. Roma: Nuova Anterem; 2002.

Incidenza della tubercolosi tra gli stranieri

Significato. La tubercolosi è annoverata tra le principali aree critiche della salute degli stranieri in Italia (1). In questi anni, i casi di TB tra gli immigrati sono aumentati sensibilmente, passando da 525 (10% dei casi notificati) nel 1995 a 1.809 (44%) nel 2005 (2,3). Parallelamente, si è registrato un costante incremento delle presenze straniere nel nostro paese, che negli stessi anni sono passate da 700 mila a più di 2 milioni (4). Nonostante la rilevanza assunta dal problema, a tutt'oggi non sono disponibili a livello nazionale stime

sulla reale incidenza della TB tra gli stranieri, soprattutto a causa delle difficoltà legate alla quantificazione dei denominatori.

Questo studio rappresenta un primo tentativo di quantificare la frequenza di nuove diagnosi di TB nella popolazione straniera e analizzarne il trend temporale. L'indicatore utilizzato è il tasso di incidenza annuale, misura che permette di valutare l'occorrenza dei casi notificati di malattia rispetto alle dimensioni della popolazione che li ha originati.

Tasso di incidenza di tubercolosi

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} \times 100.000$$

Casi di tubercolosi diagnosticati a stranieri
Popolazione media straniera

La fonte dei dati relativi ai casi notificati di TB (numeratore) è rappresentata dal Sistema Informativo per le Malattie Infettive e Diffusive, istituito dal Ministero della Salute con DM 15 dicembre 1990 (3,5).

Per stimare la popolazione degli stranieri presenti in Italia (denominatore) sono stati utilizzati i dati dei permessi di soggiorno, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istat (4). Il numero di presenze stimate a metà anno è stato calcolato come media della popolazione all'inizio e alla fine dell'anno.

Per l'analisi del trend temporale, è stata costruita una prima serie di tassi annuali relativi al periodo 1999-2005, utilizzando al denominatore la popolazione regolarmente presente. Una seconda serie di tassi è stata costruita stimando al denominatore una quota di irregolarità del 20% e, per gli anni immediatamente successivi alle sanatorie del 1998 e del 2002, una quota del 10% (6).

Limitatamente all'anno 2005, l'incidenza della tubercolosi tra gli stranieri è stata confrontata con quella degli italiani; il rapporto tra i tassi, aggiustato per età, è stato calcolato utilizzando il metodo della standardizzazione inversa (7), sotto differenti ipotesi di presenza irregolare (10% e 20% della popolazione regolare).

Validità e limiti. I dati utilizzati provengono da un sistema di rilevazione consolidato ed esteso su scala nazionale, che permette di valutare l'entità del fenomeno nel tempo e nella sua globalità.

Il limite principale riguarda la quantificazione dei denominatori e, in particolare, la difficoltà di stimare la quota di irregolarità. Al fine di tener conto delle possibili distorsioni sulle misure, l'analisi di seguito riportata propone diverse stime di incidenza, calcolate sotto differenti ipotesi di irregolarità. Un secondo

limite è costituito dalla sottostima dei minorenni nei permessi di soggiorno, che si traduce in una lieve soprastima dei tassi di incidenza e conseguentemente dei rischi relativi.

Un terzo problema da considerare è quello derivante dai limiti propri di ogni sistema di rilevazione, che presenta dei margini di possibile sottotifica delle diagnosi. Non sono disponibili stime a livello nazionale sull'entità di tale sottotifica, tuttavia è ragionevole assumere che il livello di attendibilità del sistema si sia mantenuto pressoché costante negli ultimi anni, così da non influenzare in modo consistente gli andamenti rilevati.

Valore di riferimento/Benchmark. È stato utilizzato come valore di riferimento il tasso di incidenza annuale tra gli italiani residenti (anno 2005).

Descrizione dei risultati

In Italia, dal 1999 al 2005 sono stati diagnosticati quasi 31.000 casi di TB: di questi, 9.778 (32%) erano stranieri. La tabella 1 riporta il numero di notifiche annuali relative agli stranieri e agli italiani, nel periodo in studio. Si osserva un sensibile incremento delle segnalazioni tra gli stranieri (+88%), a fronte di un decremento tra gli italiani (-32%); la percentuale di stranieri tra i casi è passata dal 22% al 44%.

Occorre tuttavia sottolineare che l'aumento osservato nel numero di casi non trova riscontro in un incremento dell'incidenza. Il grafico 1 mostra una sostanziale stabilità dei tassi, con fluttuazioni annuali presumibilmente legate all'imprecisione nella stima dei denominatori. Tali fluttuazioni, peraltro, si attenuano quando ai denominatori viene aggiunta la quota stimata di immigrati irregolari; per il periodo considerato, il valore medio dell'incidenza si attesta intorno a 70 nuovi casi per 100.000 persone-anno, a indicare

che il numero crescente di diagnosi di TB tra gli stranieri è interamente riconducibile alla crescita della popolazione immigrata in Italia.

Per contro, tra gli italiani viene riportato un trend in diminuzione (-33%), coerentemente con la riduzione del numero assoluto di casi.

La distribuzione per età e provenienza dei casi relativi a cittadini stranieri rispecchia in parte il profilo demografico: nel 2005, l'80% dei pazienti aveva un'età compresa tra 15 e 44 anni (24% tra gli italia-

ni); le principali aree di provenienza sono risultate l'Africa (36%), l'Europa (26%) e l'Asia (25%). La percentuale di uomini sul totale è pari al 62% (60% tra gli italiani).

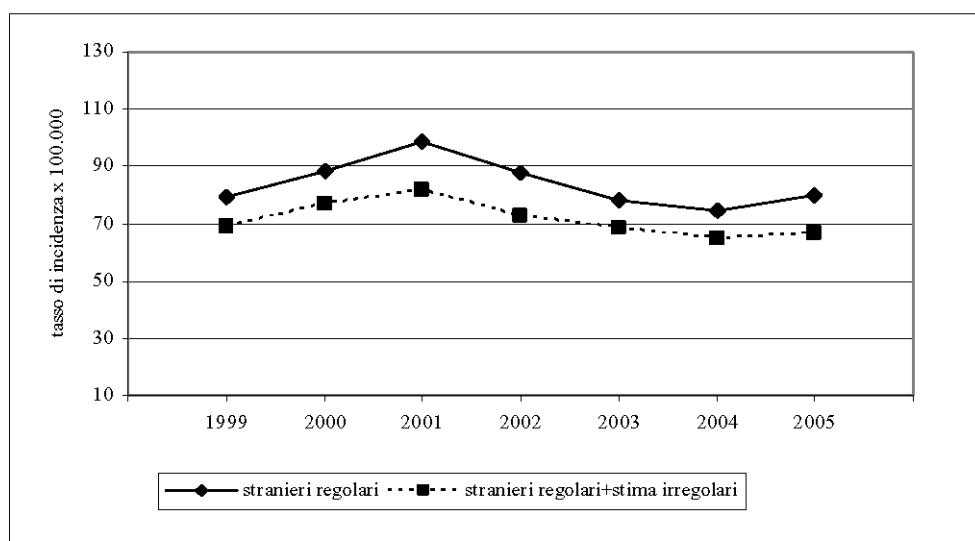
Il confronto tra i tassi di incidenza standardizzati per età ha permesso di stimare per gli stranieri un rischio relativo rispetto agli italiani compreso tra 25 e 28, sotto le due differenti ipotesi di irregolarità rispettivamente del 20% e del 10%.

Tabella 1 - Casi di TB notificati in Italia per nazionalità - Anni 1999-2005

| Anni | Stranieri | Italiani | Nazionalità non nota | Totale | % Stranieri |
|------|-----------|----------|----------------------|--------|-------------|
| 1999 | 961 | 3.346 | 122 | 4.429 | 21,7 |
| 2000 | 1.201 | 3.511 | 47 | 4.759 | 25,2 |
| 2001 | 1.391 | 3.063 | 51 | 4.505 | 30,9 |
| 2002 | 1.293 | 2.890 | 29 | 4.212 | 30,7 |
| 2003 | 1.459 | 2.846 | 213 | 4.518 | 32,3 |
| 2004 | 1.664 | 2.520 | 36 | 4.220 | 39,4 |
| 2005 | 1.809 | 2.285 | 43 | 4.137 | 43,7 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Sistema Informativo delle Malattie Infettive e Diffusive. Anni 1999-2005 (3,5).

Grafico 1 - Tassi di incidenza (per 100.000) di TB tra gli stranieri (denominatori con e senza quota stimata di immigrati irregolari) - Anni 1999-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Ministero della Salute. Sistema Informativo delle Malattie Infettive e Diffusive. Anni 1999-2005 (3,5); Istat. Anni 1999-2005 (4).

Raccomandazioni di Osservasalute

L'analisi sopra riportata, pur con la cautela derivante dai limiti delle fonti utilizzate, consente alcune considerazioni di carattere generale.

La prima riguarda il consistente aumento nel numero dei casi di TB tra gli stranieri, sia in valore assoluto che in percentuale sul totale delle diagnosi notificate a livello nazionale.

Tale aumento non sembra peraltro derivare da un inasprimento dell'epidemia, ma può essere interamente spiegato alla luce della crescita della popolazione straniera in Italia, come suggerisce l'andamento dei tassi di incidenza nel periodo 1999-2005. Questo porterebbe in parte a ridimensionare l'allarme sociale intorno al problema della diffusione della malattia e della possibile trasmissione alla popolazione ospite, che nel periodo esaminato ha fatto registrare una sensibile diminuzione nel numero di casi.

La differenza evidenziata nei tassi di incidenza tra stranieri e italiani concorre a enfatizzare l'elevato livello di criticità che questa patologia raggiunge nella popolazione immigrata e ripropone le questioni centrali dell'accessibilità dei servizi socio-sanitari e della *compliance* dei pazienti ai protocolli terapeutici, accanto alla necessità di sviluppare strategie di Sanità Pubblica per il contrasto dei determinanti nel medio e lungo periodo.

Riferimenti bibliografici

- (1) Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela. *Ann Ital Med Int*, ottobre 2001; 16 (suppl 1): 167S-171S.
- (2) Ministero della Salute. Atti del seminario "Tubercolosi e immigrazione: strategie di controllo". Roma, 12 maggio 2006: pp. 11-14.
- (3) Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe. Surveillance of Tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2005. Sito: www.eurotb.org.
- (4) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Sito: www.demo.istat.it.
- (5) Institut de Veille Sanitarie, WHO Collaborating Centre for the Surveillance of Tuberculosis in Europe. Surveillance of Tuberculosis in Europe, EuroTB. Report on tuberculosis cases notified in 2004. Sito: www.eurotb.org.
- (6) ISMU. Dodicesimo Rapporto sulle Migrazioni – 2006. Milano: Franco Angeli, 2007.
- (7) Cacciani L, Baglio G, Spinelli A, Osborn J. Tassi di ospedalizzazione tra gli immigrati in Italia: la standardizzazione indiretta-inversa. In: Rapporto Osservasalute: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane: 2006. Milano: Vita & Pensiero Ed 2006: 225-6.

Accessi degli stranieri ai servizi di salute mentale nel Lazio

Dott. Andrea Gaddini, Dott.ssa Lilia Biscaglia, Dott.ssa Valentina Mattia, Dott. Domenico Di Lallo

Contesto

Gli stranieri costituiscono una popolazione a maggior rischio per lo sviluppo di disturbi psichici a causa di alcuni fattori legati al processo migratorio, che includono ad esempio la natura forzata o volontaria della migrazione, i traumi sperimentati nei paesi di origine e i fenomeni di discriminazione nel paese ospitante (1). Nel Lazio, il crescente numero di cittadini stranieri ha stimolato una più attenta conoscenza dei pattern d'utilizzo dei servizi regionali di salute mentale. Dal 2003, le caratteristiche socio-demografiche, cliniche e assistenziali degli stranieri con problemi di salute mentale che accedono ai servizi specialistici sono monitorate in maniera sistematica utilizzando i dati prodotti dai sistemi informativi sanitari di livello regionale.

Metodi

La fonte dei dati è rappresentata da: a) Sistema Informativo dei Servizi Psichiatrici-SISP; b) Sistema Informativo Ospedaliero-SIO; c) Sistema Informativo dell'Emergenza Sanitaria-SIES. Per maggiori informazioni sui sistemi informativi utilizzati vedi www.asplazio.it.

Gli stranieri sono stati identificati in base al paese di nascita, e i relativi dati sono stati aggregati per area geografica secondo la classificazione Istat (2). I paesi sono stati inoltre classificati, sempre secondo l'Istat, come Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) o a forte pressione migratoria (Pfp). I soggetti nati in Italia sono stati considerati come gruppo di confronto. Utilizzando i dati SISP, sono state analizzate le richieste di trattamento ai Centri di Salute Mentale (CSM) del Lazio. Utilizzando i dati SIO, è stato valutato il ricorso al ricovero nei reparti psichiatrici pubblici e privati della regione. Infine, sono stati analizzati i dati prodotti dal SIES per valutare tutti gli accessi ai Pronto Soccorso (PS) con diagnosi principale psichiatrica da parte di utenti stranieri. I trend temporali delle richieste, delle dimissioni e degli accessi in PS sono stati calcolati per gli anni 2000-2004. Per ciascun anno, sono stati inclusi nell'analisi il paese di nascita, il sesso, l'età, la diagnosi (ICD-9-CM: 290-319), l'inviante ai servizi specialistici, la modalità di arrivo in PS e la valutazione al triage.

Risultati e Discussione

I trend temporali evidenziano, per gli anni 2000-2004, un costante aumento del ricorso ai servizi di salute mentale da parte dell'utenza straniera: le richieste di trattamento presso i CSM passano dallo 0,8% al 3,1% del totale (N = 71.094), mentre le dimissioni di utenti stranieri da reparti pubblici e privati della regione passano dal 6,5% all'8,7% del totale dei ricoveri (N = 14.686). L'aumento riscontrato ricalca quello della popolazione straniera presente nel Lazio. Cresce anche il numero di stranieri da Pfp con problemi di salute mentale che si rivolgono ai PS della regione (+58,8%). Non sono peraltro disponibili informazioni sul disagio psichico e sul bisogno di cura presente a livello della popolazione straniera che non accede ai servizi sanitari. Per gli stranieri provenienti dai Pfp, l'accesso diretto ai CSM è meno frequente, mentre rispetto agli italiani è maggiore la quota di stranieri che si rivolgono ai CSM a seguito d'invio da parte di altri servizi sanitari. Nel periodo in studio, gli accessi in PS di soggetti provenienti dai Pfp sono seguiti più raramente da ricovero in reparto psichiatrico (15,0% vs. 20,6% dei nati in Italia; $p < 0.01$), mentre è significativamente più frequente il ricovero in altri reparti ospedalieri. Particolarmente elevata risulta la quota di soggetti provenienti dall'Europa centro-orientale che accedono al PS per problematiche legate all'abuso di alcol; il fenomeno richiede lo sviluppo d'interventi specifici diretti a questo gruppo di stranieri. Allo stato attuale, nei confronti dell'utenza straniera si registra una scarsa preparazione da parte dei servizi di salute mentale, che faticano ad adeguare strumenti d'analisi e pratiche di lavoro a persone provenienti da culture profondamente diverse. Inoltre, a parte pochi studi condotti *ad hoc* in aree limitate, le conoscenze sui bisogni di salute e sulla qualità dell'assistenza ai migranti con disturbi mentali sono estremamente scarse e frammentarie (3). Nel campo della salute mentale, i sistemi informativi sanitari forniscono informazioni sistematiche ed affidabili, utili ad affrontare il fenomeno migratorio in termini di ricerca e sviluppo di strategie in Sanità Pubblica. Occorre tuttavia integrare i dati raccolti con informazioni rilevanti per la valutazione del fenomeno, quali ad esempio la durata della migrazione e la conoscenza della lingua locale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Bhugra D. Migration and mental health. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 2004; 109: 243-258.
- (2) Istat. La presenza straniera in Italia: caratteristiche demografiche. *Informazioni* 29 2000. Istat, Roma.
- (3) Claassen D. Ascoli M. Berhe T. Priebe S. Research on mental disorders and their care in immigrant populations: a review of publications from Germany, Italy and the UK. *European Psychiatry* 2005; 20: 540-9.

Mortalità tra gli stranieri

Significato. Partendo dai dati assoluti sui decessi oltre il primo anno di vita, riportati in serie storica per il complesso degli stranieri in Italia distinti in residenti e non residenti, sono stati costruiti e analizzati tassi di mortalità totali e per la fascia di età 18 anni e oltre, disaggregati per sesso e aree di cittadinanza. Il tasso di mortalità rappresenta, infatti, un indicatore indiretto del livello di salute della popolazione e, come conseguenza, una misura del grado di integrazione degli stranieri nella società di destinazione.

A completamento di questo studio, è sembrato utile procedere anche a un approfondimento delle caratteristiche dei decessi dei cittadini cinesi, data la presenza da tempo più che stabile di questa comunità, soprat-

tutto in determinate aree territoriali, e la sua crescente importanza in diversi ambiti di interesse per il nostro paese.

Al fine di effettuare analisi di tipo comparativo l'indicatore di riferimento più idoneo è senz'altro il tasso standardizzato di mortalità, con il metodo diretto o della *popolazione tipo* individuata nella popolazione standard mondiale. Inoltre, sono state effettuate alcune valutazioni sui tassi di mortalità specifici, che sono parte integrante dell'indicatore di sintesi proposto e rappresentano un completamento al dettaglio delle informazioni disponibili in campo demografico e sanitario.

*Tasso di mortalità della popolazione straniera residente in Italia**

$$\frac{\text{Numeratore} \quad \text{Decessi di stranieri residenti in Italia di 18 anni e oltre}}{\text{Denominatore} \quad \text{Popolazione media straniera residente in Italia di 18 anni e oltre}} \times 10.000$$

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

Validità e limiti. La principale fonte di riferimento utilizzata per questo lavoro è l'*Indagine sulle cause di morte*, condotta correntemente dall'Istituto Nazionale di Statistica (Istat) attraverso l'utilizzo della scheda di morte, documento la cui ufficialità è sancita anche dal Regolamento di Polizia mortuaria attualmente in vigore (D.P.R. 10 settembre 1990, n. 285). L'*Indagine sulle cause di morte* è di tipo totale con un campo di osservazione che è costituito, senza eccezioni, dall'insieme di tutti i decessi che si verificano sul territorio italiano in un anno di calendario; ciò permette analisi disaggregate per aree di cittadinanza, sesso e gruppi di cause di morte, insieme anche ad altre caratteristiche. L'analisi della mortalità per gli immigrati in Italia è stata circoscritta alla popolazione straniera residente, poiché solo per questo universo è possibile procedere al calcolo di tassi omogenei. In effetti, se per il numeratore di tali tassi la fonte ufficiale sui decessi è esaustiva e, come si è già sottolineato, rileva tutti gli eventi verificatisi sul territorio nazionale, compresi quelli degli stranieri "non regolari", per il denominatore, proprio a causa di questa componente sommersa, non è possibile individuare un'adeguata popolazione di riferimento. Per questo motivo, è necessario utilizzare i dati ufficiali circoscritti alla sola popolazione residente che, in relazione agli stranieri, identificano per definizione esclusivamente le persone regolari e stabili nel paese. D'altra parte, attraverso tale fonte non è possibile dettagliare le informazioni per età; di conseguenza, l'ipotesi di base utilizzata, valida esclusivamente a livello nazionale, è stata quella di attribuire

agli stranieri residenti la struttura per età ricavata dai dati di un'altra fonte della massima rilevanza, i *permessi di soggiorno dei cittadini stranieri*, attraverso un riproporzionamento. Tale ipotesi è avvalorata dal fatto che nella maggior parte dei casi gli stranieri in possesso di permesso di soggiorno tendono a iscriversi all'anagrafe del comune di dimora abituale. A questo riguardo, si sottolinea che i permessi di soggiorno rappresentano l'unica fonte ufficiale in grado di rilevare la struttura per classi di età degli stranieri regolarmente presenti in Italia insieme alla cittadinanza, anche se con riferimento ai soli maggiorenni. Data la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori, in alcuni casi si è reso necessario limitare il campo di osservazione agli stranieri maggiorenni residenti in Italia per i quali, di conseguenza, è stata possibile una stima dei denominatori di riferimento e la costruzione di tassi di mortalità specifici e standardizzati distinti per età, sesso e cittadinanza.

In questo modo, seppur con alcuni limiti inevitabili legati alla molteplicità e alla natura stessa delle fonti ufficiali a disposizione, anche con riferimento agli stranieri diventa possibile procedere alla misura di indicatori importanti e all'approfondimento delle caratteristiche più significative della tipologia della presenza sul territorio italiano.

Per il calcolo dei tassi complessivi a livello regionale, dove non è possibile considerare la cittadinanza per i motivi appena evidenziati, è stata utilizzata la rilevazione della *popolazione straniera residente in Italia*

per sesso e singolo anno di età, che non consente ulteriori disaggregazioni.

Nell'interpretazione dei risultati, si sottolinea l'importanza di due aspetti che rendono in qualche modo peculiare il significato dei tassi di mortalità riferiti agli stranieri: il primo è quello legato alla particolare selezione della popolazione straniera che si traduce in una condizione di salute essenzialmente buona e tassi di mortalità piuttosto contenuti, l'effetto del *migrante sano*; il secondo è il possibile ritorno nel paese di origine di chi, soprattutto se in età avanzata, ha sviluppato una malattia di lunga durata. Quest'ultimo aspetto, come rimarcato dalle autrici in diverse occasioni, si può considerare senz'altro trascurabile a fronte sia del crescente livello di stabilità della popolazione straniera, sia della buona qualità delle strutture sanitarie in Italia e della competenza professionale degli addetti del settore, che rafforzano ulteriormente il legame tra gli immigrati e la società ospitante. In ogni caso, da qui si produrrebbe un effetto di contenimento sul livello dei tassi di mortalità dovuto alle popolazioni di riferimento (i denominatori), che risulterebbero infatti sovrastimate a causa della generale rigidità delle cancellazioni anagrafiche e della loro lentezza strutturale nel rispondere agli spostamenti, con conseguenze su tutta la popolazione residente, indipendentemente dalla cittadinanza, tuttavia certamente più evidenti per il sotto universo degli stranieri.

A seguito dell'introduzione in Italia della decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD10) raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, i decessi riferiti agli anni 2003 e 2004 non sono ancora disponibili classificati per causa di morte; pertanto, non è stato possibile aggiornare l'indicatore proposto in questo senso e avvalersi di analisi a carattere differenziale. I dati più recenti in tema di mortalità per causa sono stati diffusi nel Rapporto Osservasalute 2006, pagg. 219-224.

Valore di riferimento/Benchmark. Si è proceduto alla disamina dell'andamento dei decessi degli stranieri in Italia nei tredici anni di interesse; inoltre, sono stati effettuati confronti tra i risultati a livello regionale/ripartizionale e il dato medio italiano per i tassi complessivi; tra sesso e aree di cittadinanza per gli altri tassi presentati.

Descrizione dei risultati

In generale, sulla base di quanto affermato più sopra, il numero dei decessi dei cittadini stranieri, seppur in aumento, è ancora piuttosto esiguo e attualmente si attesta intorno allo 0,7% del totale degli eventi registrati in Italia. Nello specifico del periodo di osservazione considerato (1992-2004), l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 41.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che si attesta su una

media annua del +7,4% per i residenti e di circa il +6% per i non residenti, per un complessivo aumento del 6,6%. Tale variazione è significativamente più elevata per i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria che registrano tra i residenti un aumento medio annuo del 12,3%, contro quasi il +11% dei non residenti (tabella 1 e grafico 1). Gli eventi dei non residenti rappresentano la maggioranza fino al 2002, mentre per il sotto universo dei cittadini con cittadinanza dell'area più svantaggiata dei Paesi a forte pressione migratoria, che comunque equivalgono quasi sempre alla maggioranza dei decessi di stranieri sia tra i residenti (a partire dal 1996, pari a circa il 73% nel 2004) sia tra i non residenti (a partire dal 2000, pari al 63% nel 2004), si registrano percentuali superiori al 50% tra i decessi di residenti rispettivamente nel 1992 (50,1%), nel 1999 (52,4%), e soprattutto nel 2004 (53,8%). Tra i non residenti, i decessi dei cittadini dei Paesi a forte pressione migratoria diventano la maggioranza solo tra il 2000 e il 2003 (tabella 1 e grafico 1).

In questo senso va interpretato il primo allargamento dell'Unione Europea avvenuto proprio nel 2004, con l'entrata di dieci nuovi paesi appartenenti a questa area, che ha dato origine a un *effetto moltiplicatore* avendo favorito un vero e proprio passaggio di poste dal sottogruppo dei non residenti a quello dei residenti, e provocando nell'ambito di questo ultimo l'aumento dei cittadini stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria. In effetti, l'appartenenza all'Unione Europea, come è noto, porta con sé una serie di vantaggi nell'accesso ai principali servizi del paese di arrivo, compresi quelli sanitari, che senz'altro contribuiscono ad agevolare il processo di stabilizzazione della popolazione straniera.

Ancora a proposito dell'andamento, se da una parte taluni picchi di mortalità osservati nel periodo di interesse possono spiegarsi con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera, che favorisce l'aumento dei residenti sia nella popolazione sia, come diretta conseguenza, tra i decessi, dall'altra possono essere attribuiti a circostanze particolari. Nel 2003, ad esempio, la particolare ondata di calore verificatasi nel periodo estivo ha avuto conseguenze soprattutto sulle categorie più deboli dell'intera popolazione; in proporzione, tra gli stranieri, gli aumenti superiori alla media sono dovuti essenzialmente ai decessi dei cittadini dei Paesi a sviluppo avanzato, caratterizzati da una struttura per età più anziana, e a quelli degli stranieri non residenti dei Paesi a forte pressione migratoria, in condizioni più disagiate.

Come già accennato, in aggiunta a quanto incluso nella precedente edizione del Rapporto Osservasalute è stato effettuato un *focus* sugli stranieri di cittadinanza cinese, per i quali si rileva un ammontare complessivo di 482 decessi verificatisi nel corso dei tredici anni considerati, che registrano un incremento medio annuo

particolarmente consistente tra i residenti (circa il +26%), e pari al +15,3% tra i non residenti. Il peso percentuale dei decessi dei residenti di questa comunità, fatta eccezione per il 1994 e il 1996, è sempre superiore al 50%, mentre raggiunge il 74% nel 2004.

Esaminando il totale dei decessi oltre il primo anno di vita in valore assoluto, nel 2004 la distribuzione territoriale tra le regioni italiane di residenza rispecchia quella della popolazione straniera di riferimento, con una prevalenza del Nord-Ovest e del Nord-Est per gli uomini, e del Nord-Ovest e del Centro per le donne; passando però ai tassi standardizzati di mortalità si evidenzia un effetto di selezione negativa dato proprio dalla regione di residenza, con valori più alti nel Nord-Est e nell'Italia insulare (tabella 2). Questa situazione non può che rimandare alla geografia del lavoro degli immigrati in Italia, strettamente legata all'elevata mortalità per cause accidentali che ancora differenzia i cittadini stranieri. Nello specifico, per gli uomini valori superiori al tasso di riferimento a livello Italia (22 per 10.000 stranieri residenti) si riscontrano in Lombardia (22,5 per 10.000), in Trentino-Alto Adige (circa 27 per 10.000), in Veneto (quasi 26 per 10.000), in Liguria e in Emilia-Romagna (rispettivamente circa 26 e circa 23 per 10.000), nelle Marche (circa 23 per 10.000), nel Lazio (27 per 10.000), in Campania (25 per 10.000) e nelle Isole (la Sicilia con il 22,5 e la Sardegna con il 30,4 per 10.000 stranieri residenti). Per le donne, selezionate positivamente rispetto alla mortalità soprattutto se non residenti, a causa della generale più giovane struttura per età, mentre tra i residenti i rapporti di mascolinità più contenuti sottolineano un avvicinamento dei due sessi, il tasso di mortalità standardizzato a livello Italia è decisamente più contenuto e pari a circa 13 per 10.000 straniere residenti. In questo caso, Piemonte e Valle d'Aosta si attestano su un valore complessivo di 16 per 10.000, il Trentino-Alto Adige sul 15 per 10.000, Veneto e Friuli-Venezia Giulia entrambe sul 14 per 10.000, Emilia-Romagna, Umbria (dove il tasso di mortalità delle straniere è più alto di quello degli uomini) e Marche su valori di poco superiori alla media generale, Abruzzo e Molise su circa il 15 per 10.000, la Puglia su quasi il 14 per 10.000 e anche qui i valori per le donne sono più elevati, la Sicilia e la Sardegna rispettivamente sul 15 e sul 28 per 10.000 (tabella 2).

Passando ai tassi standardizzati di mortalità per sesso e area di cittadinanza riferiti agli anni 2002 e 2004, dopo attenti e accurati controlli si è ritenuto di limitare l'analisi agli stranieri residenti nella fascia di età 18-64 anni, così da giungere a risultati più affidabili considerato il carattere di stabilità particolarmente

elevato della loro presenza sul territorio italiano (tabella 3). I raggruppamenti di cittadinanze presi in considerazione sono rappresentati dalle tre grandi aree dei Paesi a sviluppo avanzato, dei Paesi dell'Europa Centro-Orientale e dei Paesi a forte pressione migratoria, per le quali sono stati evidenziati alcuni sottogruppi; in particolare, l'Unione Europea dei 14, i dieci nuovi Paesi aderenti all'Unione Europea, i Paesi del bacino sud del Mediterraneo e la Cina.

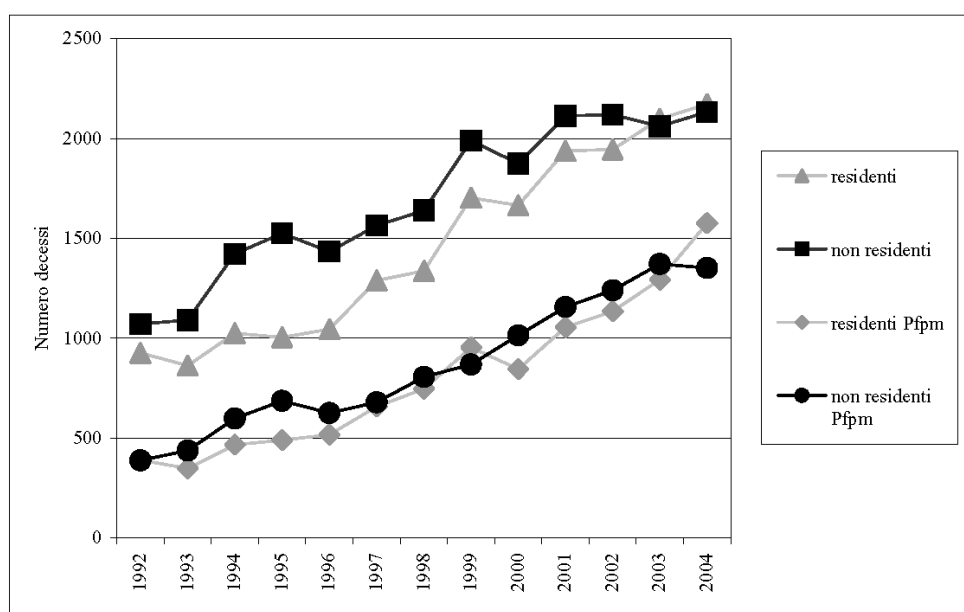
Nel complesso, sembra opportuno evidenziare un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e una tendenza generale all'aumento dei tassi di mortalità tra il 2002 e il 2004 (tabella 3).

Questa tendenza risulta comunque differenziata e più evidente per gli uomini dei Paesi dell'Europa centro-orientale, con un tasso di mortalità che passa, nel biennio 2002-2004, da 9,6 per 10.000 residenti a 12,7, e una variazione percentuale totale pari a +32,6%. L'aumento registrato sembra imputabile in gran parte ai nuovi Paesi dell'Unione Europea per i quali si osserva un aumento del tasso degli uomini di quasi l'88% e delle donne del 28,7%, contro una diminuzione del dato femminile per il complesso dell'area (-11,8%). In relazione alle donne, aumenti più consistenti dei tassi si rilevano per il complesso dei Paesi a sviluppo avanzato (da 5,8 nel 2002 a 7,6 per 10.000 residenti nel 2004, pari a +31,7%). Una variazione positiva del tasso di mortalità si registra anche per il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria, attestandosi però su livelli più contenuti soprattutto per le donne: passa, infatti, tra gli uomini da circa 11 a circa 14 per 10.000 residenti (con una variazione percentuale totale nel biennio di +27%), rimanendo quasi costante, intorno al 5 per 10.000, tra le donne con una variazione percentuale di appena +0,6%. Nell'ambito di questa area, se da una parte si assiste a una significativa diminuzione del tasso di mortalità a vantaggio delle donne dei Paesi del bacino sud del Mediterraneo (-27,6%), dall'altra per la comunità dei residenti di cittadinanza cinese in Italia si registrano consistenti aumenti nel biennio a carico di entrambi i sessi (rispettivamente +53,8% e +21,4%). Inoltre, il confronto con il dato medio del complesso dei Paesi a forte pressione migratoria evidenzia uno svantaggio delle donne cinesi, che registrano tassi di mortalità standardizzati più elevati sia nel 2002 (5,2 contro il valore generale di 4,8 per 10.000 residenti) sia nel 2004 (6,4 contro 4,9 per 10.000).

Tabella 1 - Decessi (valori assoluti e percentuali) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia - Anni 1992-2004

| Anni | Totale stranieri deceduti in Italia | | | | | |
|-------------------------|---|---------------|---------------|--------------------|---------------|---------------|
| | Valori assoluti | | | Valori percentuali | | |
| | Residenti | Non residenti | Totale | Residenti | Non residenti | Totale |
| 1992 | 926 | 1.071 | 1.997 | 46,37 | 53,63 | 100,00 |
| 1993 | 862 | 1.091 | 1.953 | 44,14 | 55,86 | 100,00 |
| 1994 | 1.024 | 1.422 | 2.446 | 41,86 | 58,14 | 100,00 |
| 1995 | 1.004 | 1.525 | 2.529 | 39,70 | 60,30 | 100,00 |
| 1996 | 1.045 | 1.434 | 2.479 | 42,15 | 57,85 | 100,00 |
| 1997 | 1.289 | 1.563 | 2.852 | 45,20 | 54,80 | 100,00 |
| 1998 | 1.336 | 1.639 | 2.975 | 44,91 | 55,09 | 100,00 |
| 1999 | 1.702 | 1.990 | 3.692 | 46,10 | 53,90 | 100,00 |
| 2000 | 1.665 | 1.875 | 3.540 | 47,03 | 52,97 | 100,00 |
| 2001 | 1.938 | 2.112 | 4.050 | 47,85 | 52,15 | 100,00 |
| 2002 | 1.945 | 2.120 | 4.065 | 47,85 | 52,15 | 100,00 |
| 2003 | 2.098 | 2.060 | 4.158 | 50,46 | 49,54 | 100,00 |
| 2004 | 2.172 | 2.133 | 4.305 | 50,45 | 49,55 | 100,00 |
| Totale 1992-2004 | 19.006 | 22.035 | 41.041 | 46,31 | 53,69 | 100,00 |
| | DI CUI CON CITTADINANZA DEI PAESI A FORTE PRESSIONE MIGRATORIA | | | | | |
| 1992 | 390 | 389 | 779 | 50,06 | 49,94 | 100,00 |
| 1993 | 348 | 438 | 786 | 44,27 | 55,73 | 100,00 |
| 1994 | 467 | 598 | 1.065 | 43,85 | 56,15 | 100,00 |
| 1995 | 490 | 687 | 1.177 | 41,63 | 58,37 | 100,00 |
| 1996 | 517 | 625 | 1.143 | 45,27 | 54,73 | 100,00 |
| 1997 | 658 | 679 | 1.337 | 49,21 | 50,79 | 100,00 |
| 1998 | 747 | 807 | 1.554 | 48,07 | 51,93 | 100,00 |
| 1999 | 954 | 868 | 1.822 | 52,36 | 47,64 | 100,00 |
| 2000 | 845 | 1.015 | 1.860 | 45,43 | 54,57 | 100,00 |
| 2001 | 1.055 | 1.156 | 2.211 | 47,72 | 52,28 | 100,00 |
| 2002 | 1.134 | 1.240 | 2.374 | 47,77 | 52,23 | 100,00 |
| 2003 | 1.293 | 1.372 | 2.665 | 48,50 | 51,50 | 100,00 |
| 2004 | 1.575 | 1.351 | 2.926 | 53,83 | 46,17 | 100,00 |
| Totale 1992-2004 | 10.473 | 11.225 | 21.699 | 48,26 | 51,73 | 100,00 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2004.

Grafico 1 - Decessi (valori assoluti) di stranieri residenti e non residenti in Italia, con particolare riferimento ai Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) - Anni 1992-2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2004.

Tabella 2 - Decessi (valori assoluti e tassi standardizzati per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per regione e sesso – Anno 2004

| Regioni | Decessi di stranieri residenti | | | Tassi standardizzati di mortalità | | |
|--------------------------|--------------------------------|------------|--------------|-----------------------------------|--------------|--------------|
| | Maschi | Femmine | Totale | Maschi | Femmine | Totale |
| Piemonte e Valle d'Aosta | 118 | 82 | 200 | 21,24 | 15,96 | 18,23 |
| Lombardia | 299 | 164 | 463 | 22,47 | 12,37 | 16,84 |
| Trentino-Alto Adige | 36 | 32 | 68 | 26,83 | 14,93 | 20,23 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | 30 | 25 | 55 | 35,70 | 14,74 | 24,67 |
| <i>Trento</i> | 6 | 7 | 13 | 15,86 | 12,81 | 14,19 |
| Veneto | 170 | 66 | 236 | 25,79 | 13,98 | 19,67 |
| Friuli-Venezia Giulia | 33 | 28 | 61 | 16,74 | 14,04 | 15,88 |
| Liguria | 61 | 38 | 99 | 25,73 | 11,42 | 18,08 |
| Emilia-Romagna | 135 | 60 | 195 | 22,97 | 13,12 | 17,60 |
| Toscana | 83 | 57 | 140 | 14,12 | 9,97 | 12,02 |
| Umbria | 16 | 19 | 35 | 10,39 | 13,61 | 13,20 |
| Marche | 37 | 25 | 62 | 22,72 | 13,45 | 16,85 |
| Lazio | 179 | 119 | 298 | 26,94 | 12,35 | 17,88 |
| Abruzzo e Molise | 20 | 15 | 35 | 18,11 | 14,91 | 16,30 |
| Campania | 63 | 31 | 94 | 25,06 | 11,32 | 16,98 |
| Puglia | 19 | 20 | 39 | 12,85 | 13,97 | 13,36 |
| Basilicata | 4 | 2 | 6 | 20,22 | 3,12 | 12,77 |
| Calabria | 24 | 6 | 30 | 19,73 | 4,60 | 12,37 |
| Sicilia | 51 | 31 | 82 | 22,46 | 14,57 | 18,54 |
| Sardegna | 17 | 12 | 29 | 30,42 | 28,54 | 29,78 |
| <i>Nord-Ovest</i> | 478 | 284 | 762 | 22,26 | 13,28 | 17,32 |
| <i>Nord-Est</i> | 374 | 186 | 560 | 23,95 | 13,85 | 18,57 |
| <i>Centro</i> | 315 | 220 | 535 | 19,68 | 11,49 | 14,99 |
| <i>Sud</i> | 130 | 74 | 204 | 19,23 | 11,04 | 14,86 |
| <i>Isole</i> | 68 | 43 | 111 | 24,03 | 17,71 | 21,03 |
| Italia | 1.365 | 807 | 2.172 | 21,62 | 12,74 | 16,77 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2004.

Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per regione di residenza. Maschi. Anno 2004.

Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia per regione di residenza. Femmine. Anno 2004.

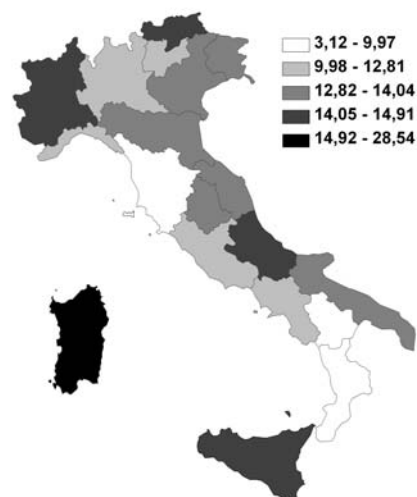
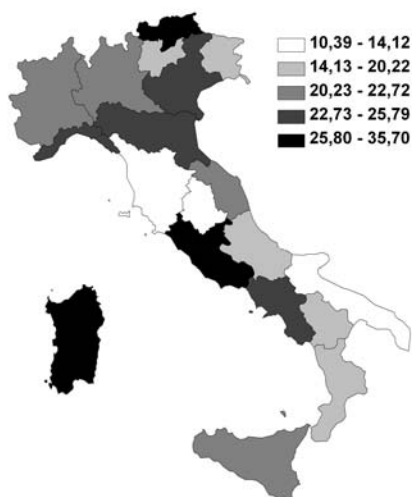
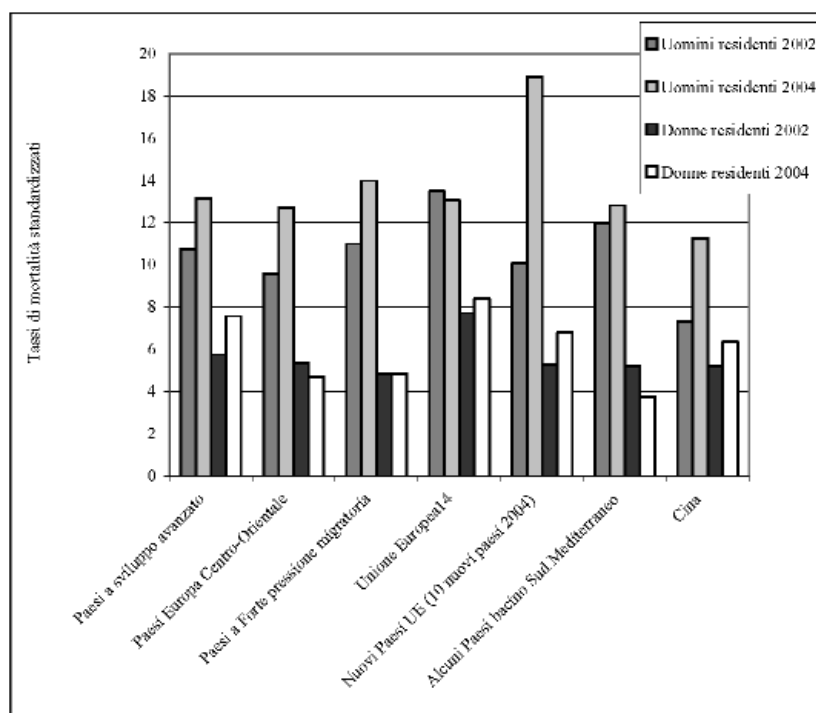


Tabella 3 - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) degli stranieri residenti in Italia di 18-64 anni per aree di cittadinanza e sesso - Anni 2002 e 2004

| Aree di cittadinanza* | 2002 | | | 2004 | | |
|---|--------------|-------------|--------------|--------------|-------------|--------------|
| | Maschi | Femmine | Totale | Maschi | Femmine | Totale |
| Paesi a Sviluppo Avanzato | 10,75 | 5,75 | 8,00 | 13,13 | 7,57 | 9,77 |
| <i>Unione Europea 14</i> | <i>13,48</i> | <i>7,72</i> | <i>10,24</i> | <i>13,05</i> | <i>8,38</i> | <i>10,25</i> |
| Paesi dell'Europa centro-orientale | 9,60 | 5,34 | 7,33 | 12,73 | 4,71 | 8,04 |
| <i>Nuovi Paesi UE (i 10 Paesi che hanno aderito nel 2004)</i> | <i>10,06</i> | <i>5,27</i> | <i>6,59</i> | <i>18,90</i> | <i>6,78</i> | <i>9,74</i> |
| Paesi a Forte Pressione Migratoria | 10,99 | 4,83 | 8,07 | 13,98 | 4,86 | 9,38 |
| <i>I Paesi del bacino Sud Mediterraneo</i> | <i>12,00</i> | <i>5,19</i> | <i>9,50</i> | <i>12,82</i> | <i>3,76</i> | <i>9,29</i> |
| <i>Cina</i> | <i>7,33</i> | <i>5,23</i> | <i>6,34</i> | <i>11,27</i> | <i>6,35</i> | <i>8,88</i> |

*Nell'ambito delle cittadinanze considerate, nei Paesi a Sviluppo Avanzato rientrano gli appartenenti all'Unione europea, gli altri Paesi Europei, l'America settentrionale, l'Oceania, Israele e Giappone; all'Europa centro-orientale appartengono tutti i Paesi dell'Europa dell'Est e Centrale, inclusi i 10 Paesi compresi nell'allargamento dell'Unione Europea a 25 avvenuta nel maggio 2004; i Paesi a Forte Pressione Migratoria comprendono quelli appartenenti all'Africa, all'Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) e all'America centro-meridionale (per estensione anche gli apolidi sono stati inclusi in questo gruppo); nell'ambito di questa area, il sottogruppo dei Paesi del bacino Sud del Mediterraneo comprende l'Africa del Nord e la Turchia.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2002 e 2004.

Grafico 2 - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) degli stranieri residenti in Italia di 18-64 anni per aree di cittadinanza e sesso - Anni 2002 e 2004

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2002 e 2004.

Raccomandazioni di Osservasalute

I risultati ottenuti confermano che, per quanto concerne le loro condizioni di salute, gli immigrati formano in generale gruppi diversificati tra loro e rispetto alla popolazione di accoglienza; anche dalla presente analisi emergono infatti problemi specifici che possono riflettere, come ad esempio nel caso degli immigrati dall'Europa Centro Orientale, situazioni osservate nei loro paesi di origine. Ad aggravarne le condizioni di salute, e quindi gli stessi livelli di mortalità, interviene poi una molteplicità di fattori a cominciare da privazioni e difficoltà sociali ed economiche derivanti dall'immigrazione, difficoltà linguistiche e culturali specifiche in tema di comunicazione, che rendono difficile la formulazione di diagnosi specifiche e la conoscenza adeguata dei loro bisogni da parte del personale medico e più in generale di quello preposto all'assistenza. Gli effetti della possibile discriminazione sul mercato del lavoro costituiscono poi una fonte di ulteriore rischio e possono diventare fattori di esclusione sociale.

Riferimenti bibliografici

- (1) Bruzzone S., Mignolli N., La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura. Atti della Ricerca MURST 2000 - Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, 2003.
- (2) Bruzzone S., Mignolli N., Lo studio della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia: problematiche metodologiche e disponibilità dei dati. Atti del Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica - Verona settembre 2001 - RUX editrice, Perugia, 2002; 395-410.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N., La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005.
- (4) Meslé F. and Hertrich V., Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Beijing 1997.
- (5) Meslé F., La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est, Population 1991 ; vol. 46, n. 3.
- (6) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J., Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication 1976, Lyon, Vol. 3, 15.

La salute della popolazione cinese a Roma: primi risultati di una ricerca-azione realizzata presso il Poliambulatorio per immigrati della Caritas

Dott.ssa Bianca Maisano, Dott. Salvatore Geraci

Dal 1983 la Caritas di Roma ha attivato un Centro medico per coloro che si trovano in condizioni di difficoltà sociale, economica e culturale e non riescono o non possono usufruire del Servizio Sanitario Nazionale con particolare riferimento alla medicina di primo livello. Rom, immigrati irregolari e clandestini, senza dimora sono l'utenza "storica" del servizio connotatosi negli anni come ambulatorio a bassa soglia d'accesso ed ad alto impatto relazionale. In circa 25 anni di attività sono stati quasi 90.000 i pazienti presi in carico, provenienti da 140 nazioni diverse ma, per molti anni, pur essendo l'ambulatorio in zona centrale e vicino ad uno dei quartieri maggiormente popolato da cinesi, questa popolazione era praticamente assente tra l'utenza della struttura (dal 1983 all'inizio del 2001 solo 91 pazienti cinesi su oltre 65.000 immigrati visitati fino ad allora).

Questo dato non sorprende in quanto gli immigrati cinesi a Roma, pur rappresentando oltre il 3,5% della popolazione straniera presente in città, ed in alcuni quartieri ciò si raddoppia o triplica, hanno avuto ed hanno la percentuale del loro accesso ai servizi sanitari sia pubblici che del privato sociale, specialmente al primo livello (medicina di base), di gran lunga inferiore rispetto agli altri gruppi etnici.

Per spiegare questa discrepanza nei dati sono state prese in considerazione tre ipotesi:

1. la comunità cinese è in grado di rispondere parzialmente (primo livello) con il proprio sistema tradizionale alla domanda di salute dei suoi membri, mentre si rivolge ai livelli superiori in caso di maggior gravità;
2. il forte impegno lavorativo e la difficoltà nella richiesta al datore di lavoro di permessi per la prevenzione e la tutela della propria salute fa sì che la medicina di base venga trascurata e non costituisca comunque una priorità;
3. la domanda di assistenza non trova, soprattutto nel primo livello del sistema sanitario, ambiti favorevoli alla sua espressione creando i presupposti per un progressivo scadimento della salute di questa popolazione che accede al sistema solo in casi di grave malattia, e quindi direttamente al secondo ed al terzo livello.

Tali ipotesi sono state vagliate attraverso un *progetto di ricerca-azione* rivolto a questa comunità, realizzato nel periodo 2001-2007 e tuttora in corso presso il Poliambulatorio per Immigrati della Caritas Diocesana di Roma: l'analisi quali-quantitativa dei dati preliminari rilevati attraverso lo studio di una popolazione di 1.293 cinesi ha portato a risultati che fanno intravedere la complessità della realtà osservata: infatti se da una parte supportano prevalentemente la terza ipotesi (*inadeguata risposta dei servizi sanitari*) nello stesso tempo documentano una certa difficoltà legata al lavoro formulata nella seconda ipotesi (*ostacolo di tipo socio-culturale*) e collateralmente fanno emergere la preesistente coabitazione della medicina tradizionale ed occidentale continuata anche in terra d'emigrazione soprattutto da coloro che provengono da contesti urbani (*integrazione dei due sistemi di medicina*).

Il metodo della *ricerca-azione* è stato scelto soprattutto per il suo significato di *ricerca sociale attivante* in quanto ci si è posti l'obiettivo non solo di conoscere maggiormente la realtà sanitaria (percorsi e profilo) della popolazione immigrata cinese presente a Roma, ma anche quello di utilizzare la conoscenza come *motore di cambiamento* al fine di arrivare ad individuare delle proposte utili per politiche di tutela della salute rispondenti in modo sempre più efficace al contesto multiculturale e più precisamente alla domanda di salute della comunità cinese residente nella capitale.

Alla consueta raccolta e analisi quantitativa dei dati relativi ai pazienti cinesi visitati dal 2001 al primo semestre 2007 (realizzata dalla Banca Dati presso il Poliambulatorio Caritas utilizzando i codici internazionali ICD-9) è stata infatti affiancata l'*analisi qualitativa* realizzata mediante la costituzione di un *focus group permanente* formato da una quindicina di interpreti di cinese volontari che hanno affiancato il personale sanitario durante l'accettazione, la realizzazione delle visite mediche e l'orientamento ai servizi facilitando la comunicazione. Lo stesso gruppo ha poi collaborato nella lettura qualitativa dei dati dopo aver realizzato un *intervento attivo* di informazione rivolto alla popolazione cinese del quartiere Esquilino.

L'attivazione della ricerca-azione nel corso del 2001 e la presenza costante degli interpreti di lingua cinese ha determinato il costante aumento dei pazienti cinesi presso il servizio sanitario della Caritas: dalle poche unità di nuovi pazienti cinesi registrate negli anni novanta si è passati già dal 2001 a 53 ed al successivo costante incremento (2002: 122, 2003: 214, 2004: 193, 2005: 261, 2006: 317, fino ad arrivare al 2007 nel quale già dal primo semestre si sono visitati 133 nuovi pazienti). Attualmente la presenza di nuovi pazienti cinesi ha raggiunto il secondo posto, dopo quella dei rumeni e rappresenta il 13% del totale dei nuovi pazienti. Le donne che sono il 61,6% della popolazione cinese osservata, sono spesso coloro che creano il primo contatto con il poliambulatorio grazie alla loro innata capacità di trasformare un bisogno in un'occasione relazionale. Esse rap-

presentano oggi l'8,2% dei nostri pazienti. L'età media complessiva è di 37 anni (36 gli uomini e 37 le donne) ed è in crescita l'afflusso dei bambini (il 5% dei pazienti cinesi) al servizio di pediatria. Il 39% riferisce di essere senza occupazione regolare. Il livello di scolarità è abbastanza basso se rapportato con quello delle altre comunità immigrate, infatti solo il 19% ha più di 12 anni di scolarità (complessivamente il dato rilevato tra gli utenti del poliambulatorio è mediamente del 55%); il 70% dei nostri pazienti cinesi è senza permesso di soggiorno. È a questo proposito interessante notare che anche i pazienti in regola e iscritti al SSN, che dovrebbero quindi essere visitati dai loro Medici di Medicina Generale, accedono insistentemente al nostro servizio a motivo del servizio di interpretariato che viene offerto.

Per quanto riguarda il profilo di salute rilevabile dall'analisi delle principali cause di visita e dalle diagnosi di malattia, esso rispecchia la distribuzione delle varie casistiche di ambulatori di primo livello per immigrati e conferma la considerazione di una popolazione sana ma fragile, a causa di condizioni sociali spesso inadeguate e per la persistente difficoltà di accesso ai servizi.

Rispetto al dato generale (la frequenza di malattie dell'intera utenza del Poliambulatorio Caritas nel periodo considerato), è possibile evidenziare tra i cinesi alcune peculiarità: tra gli uomini, sono quelli che soffrono maggiormente di malattie degli apparati respiratorio e genito-urinario ed hanno una frequenza di malattie infettive e di eventi traumatici minori rispetto alle altre comunità; tra le donne il ricorso alla struttura sanitaria della Caritas è principalmente per il controllo della gravidanza con frequenza maggiore rispetto agli altri gruppi.

Tra gli ostacoli che impediscono l'accesso ai servizi sanitari di base i pazienti riferiscono in primo luogo la paura, la diffidenza, più forte per i migranti irregolari che sono la maggioranza dei nostri pazienti.

Al secondo posto tra gli ostacoli all'accesso viene segnalata *la lingua*, per lo meno per quelle persone che non hanno potuto studiare l'inglese come la maggior parte dei cinesi che frequentano il poliambulatorio e provengono dalla provincia cinese meridionale dello Zhejiang, in particolare dalla Prefettura di Wenzhou, dall'omonimo capoluogo, da Qingtian e da altre località limitrofe.

Un'altra barriera importante sono i percorsi amministrativi, complessi, e spesso disomogenei e poco trasparenti e leggibili.

Solo agli ultimi posti e con un peso nettamente inferiore vengono segnalati gli aspetti relativi alla *priorità del lavoro sulla salute*, quelli *socio-culturali* e per quanto riguarda il poliambulatorio Caritas, quelli *religiosi*.

Il *focus group permanente* ha cercato di lavorare su ciascuno di questi aspetti mettendo in atto interventi atti a facilitare soprattutto l'accesso al poliambulatorio Caritas attraverso la riduzione al minimo degli aspetti amministrativi e la concentrazione dell'attenzione sugli aspetti comunicativi e relazionali.

Se oggi la barriera linguistica si può considerare superata dentro il poliambulatorio, si ripresenta all'uscita e in particolare per le visite specialistiche che si rendono necessarie presso le varie strutture sanitarie pubbliche non dotate di interpreti.

Da questo punto di vista, a parte pochissime eccezioni, il panorama della Sanità Pubblica romana è totalmente chiuso, impermeabile al bisogno di salute di questa comunità. Lo dimostrano i dati praticamente irrilevanti relativi all'accesso dei cinesi negli ambulatori per Stranieri Temporaneamente Presenti – STP (0,6% di tutti gli accessi di immigrati), dedicati, come è noto, all'assistenza sanitaria di base degli stranieri irregolari.

Una presenza di dati relativi all'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione cinese è rilevabile invece a livello ospedaliero (nel 2005, i ricoveri di cittadini cinesi sono l'1,7% di tutti i ricoveri di cittadini stranieri), con particolare enfasi per i punti nascita (nel 2005 i nati da madre cinese sono il 3,7% ed in Italia il 6,2% di tutti i nati stranieri) e le IVG (il 2% delle IVG di donne straniere sono in donne cinesi) (Dati Laziosanità-Agenzia di Sanità Pubblica, 2005).

Nell'area romana l'esperienza del Poliambulatorio per Immigrati della Caritas rimane purtroppo a tutt'oggi l'unica in grado di fornire dati e informazioni sullo stato di salute di base della popolazione cinese immigrata con particolare attenzione alla componente irregolare. L'assenza di conoscenze ed evidenze scientifiche porta inevitabilmente verso una sottovalutazione della domanda di salute di questa popolazione e all'assenza di politiche sanitarie adeguate.

La forte domanda di medicina generale (assistenza di primo livello) riscontrata presso il poliambulatorio della Caritas dovrebbe indurre, in prima battuta, a dare priorità ad interventi che privilegino questo fondamentale ambito assistenziale.

Il modello di un ambulatorio *a bassa soglia d'accesso e ad alto impatto relazionale* ha messo in luce l'importanza di un approccio attento agli aspetti comunicativi e relazionali.

L'attenzione prioritaria al settore materno-infantile e l'attivazione di progetti da parte dei consultori familiari, il coinvolgimento dei Medici di Medicina Generale, la partecipazione anche in sede di progettazione della comunità cinese e particolarmente dei giovani della seconda generazione non solo con ruolo di mediazione-interpretariato, sembrerebbero componenti indispensabili per iniziare ad impostare dei servizi che raggiunga-

no realmente ed efficacemente questa popolazione.

La distribuzione della presenza cinese nel territorio della capitale suggerisce infine l'importanza di decentrare il più possibile gli interventi sul territorio coinvolgendo gradualmente tutte le Aziende Sanitarie della città attraverso opportuni percorsi di formazione-aggiornamento rivolti al personale sanitario ed amministrativo che opera al primo livello.

Riferimenti bibliografici

- (1) A.A.V.V. Eva Pfössl (a cura di) Multiculturalismo e sicurezza: il caso dei cinesi a Roma. Istituto di Studi Politici "S. Pio V"- Roma 2006.
- (2) Caritas/Migrantes Immigrazione Dossier Statistico 2006. XVI Rapporto Edizione "Nuova Anterem" - Roma 2006.
- (3) Caritas di Roma Osservatorio Romano sulle Migrazioni. Terzo Rapporto Edizioni IDOS – Roma 2007.
- (4) Geraci S.: Salute senza esclusione: l'impegno dell'area sanitaria della Caritas romana. In Rapporto su Roma 2005. La città presente. Povertà, esclusione, disagio, solidarietà e politiche sociali. A cura di Deriu F. e Sgritta G.B., Franco Angeli, Milano, 2005, pp. 381-395.