

## Salute degli immigrati

Nel 1998, due atti segnarono una svolta nelle politiche sanitarie nei confronti degli stranieri in Italia: gli articoli sull'assistenza sanitaria contenuti nella Legge n. 40 (conosciuta come Legge Turco-Napolitano, dal nome dei due estensori, la prima Ministro degli Affari Sociali e il secondo Ministro degli Interni) e un importante passaggio del Piano Sanitario Nazionale, a firma del Ministro della Sanità Rosy Bindi.

Certamente non inattesi, anzi lungamente invocati ed elaborati con il contributo decisivo di molti addetti ai lavori, soprattutto della cosiddetta "società civile" (volontariato, associazionismo, privato sociale), entrambi questi atti per la prima volta affrontano il tema del diritto alla salute degli immigrati all'interno di una visione più ampia di Sanità Pubblica.

A distanza di dieci anni, appare utile fare un primo bilancio sull'impatto che tali provvedimenti normativi e programmatici hanno avuto sulla salute della popolazione immigrata in Italia. Premettiamo che l'operazione non è affatto agevole, dato che solo da poco tempo ci si è dotati di strumenti specifici ed indicatori validati (e in quest'ottica vale la pena di leggere gli sforzi compiuti negli ultimi anni da Rapporto Osservasalute nel documentare i diversi aspetti socio-sanitari del fenomeno migratorio e nel far emergere eventuali trend); in secondo luogo, va segnalato il ritardo, talvolta fisiologico, nella disponibilità dei dati stessi.

Un'analisi completa potremo averla solo negli anni a venire, ma vogliamo cogliere l'occasione della ricorrenza del decennale per provare a dare alcuni spunti di lettura del fenomeno, da consolidare eventualmente nel tempo.

Il Testo Unico sull'immigrazione, all'interno del quale è confluita - sempre nel 1998 - la Legge n. 40, regola attraverso due articoli l'accesso ai servizi da parte degli immigrati, in un'ottica che definiamo "inclusiva". La quasi totalità degli stranieri con regolare permesso di soggiorno ha il diritto/dovere di iscrizione al SSN, al pari dei cittadini italiani. Inoltre, coloro i quali sono temporaneamente non in regola con il soggiorno (cosiddetti irregolari e clandestini) possono accedere ai servizi sanitari ospedalieri e ambulatoriali (pubblici, privati accreditati, del privato sociale e del volontariato), non solo per l'urgenza, ma anche per le cure essenziali. Soprattutto, viene ribadito il divieto esplicito per la struttura assistenziale di segnalare l'eventuale irregolarità giuridica all'autorità di polizia, in modo che le esigenze di tutela della salute prevalgano sugli atti amministrativi di controllo.

Nel nostro tentativo di valutazione, sono da considerare anche altri significativi mutamenti intercorsi in questi dieci anni: la crescente presenza degli stranieri, passata da circa il 2% della popolazione residente nel 1998 all'attuale 6%; l'alternarsi al governo di schieramenti politici differenti, che hanno tenuto un diverso approccio nei confronti dell'immigrazione, pur senza modificare le norme sull'accesso ai servizi sanitari; e soprattutto, la riforma del Titolo V della Costituzione, che ha avviato un processo di progressiva devoluzione, con particolare riferimento alla sanità e alle politiche di integrazione.

Tenuto conto di tutto ciò, potremmo sintetizzare la nostra analisi di questi anni in due punti essenziali:

- 1) si è osservato un aumento dell'accessibilità del sistema sanitario, con incoraggianti risultati di salute in termini di riduzione delle disuguaglianze tra immigrati e popolazione italiana;
- 2) nel contempo alcuni indicatori, seppur grossolani, ci segnalano una persistenza e in taluni casi un aumento, di condizioni di fragilità sociale che si ripercuotono negativamente sulla salute.

Laddove sia stato possibile studiarla, si è evidenziata una differenza geografica da riferire sia alla diversa organizzazione ed efficienza del sistema sanitario, sia alle differenti politiche di integrazione adottate localmente.

A supporto del primo punto, possiamo considerare i dati sull'ospedalizzazione, con particolare riferimento al crescente utilizzo del Day Hospital, ma anche la riduzione dei tassi d'incidenza dell'AIDS e la stabilizzazione di quelli relativi alla tubercolosi. Proprio in questo rapporto segnaliamo, peraltro, una riduzione della mortalità infantile, anche per le migliori *performance* nell'ambito dell'assistenza al parto.

I dati a supporto del secondo punto sono: l'elevata frequenza di ricorso all'IVG, che non mostra alcuna tendenza alla diminuzione; il rischio maggiore rispetto agli italiani di incidenti sul lavoro, spesso evidenziati indirettamente dall'accesso in ospedale per traumatismi; la frequenza tra le SDO di ricoveri ad alto rischio di inappropriately (come appendicectomie e leiomomi).

Gli spunti di riflessione appena accennati meriterebbero ulteriori approfondimenti, che potranno trovare spazio nei prossimi rapporti. E tuttavia, da questo primo bilancio sommario sembra emergere con chiarezza l'efficacia delle scelte compiute 10 anni fa, nel senso dell'adozione di politiche sanitarie inclusive; e soprattutto, emerge la strada da percorrere negli anni a venire per garantire una reale salute per tutti: *"... le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo"* (Dichiarazione di Bratislava a conclusione dell'8ª Conferenza dei Ministri Europei della Salute, 2007).

## Nati da cittadini stranieri

**Significato.** Nell'ultimo decennio si è registrato in Italia un incremento del numero di nati: ciò è da un lato imputabile all'aumento del numero di iscritti in Anagrafe per nascita avvenuto nelle regioni del Centro-Nord e dall'altro al forte incremento del

numero di nati da genitori 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 [www.demo.istat.it](http://www.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.

Dalla "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.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Non essendo disponibile alcun valore di riferimento, può essere assunto come tale il valore medio nazionale.

### Descrizione dei risultati

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con un solo genitore straniero che con entrambi. In particolare la quota più elevata è quella dei nati di cui almeno la madre è cittadina straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre): questa ha raggiunto il 13,5% del totale delle nascite (Grafico 1).

La distribuzione territoriale riproduce, ovviamente, la stessa situazione della presenza straniera in Italia: laddove è più consistente la quota di cittadini stranieri residenti, è anche più elevato il numero di nascite avvenute da questi ultimi. Nel 2006 circa il 20% dei nati residenti in Emilia-Romagna ha almeno un genitore di cittadinanza straniera (contro circa il 12% nazionale). Seguono Veneto, Lombardia, Umbria, Marche, Piemonte, Trento (Tabella 1).

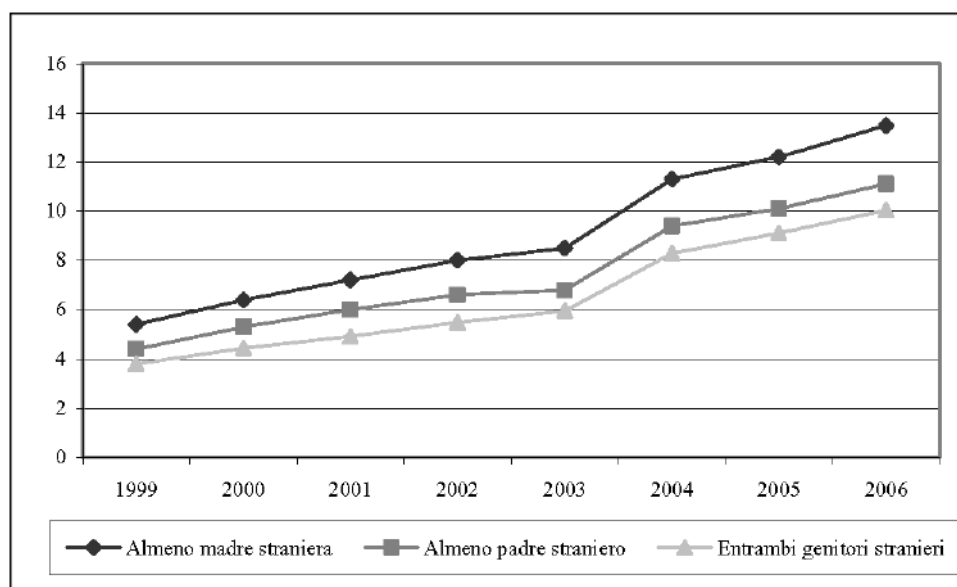
Ugualmente interessante è l'evoluzione nella composizione percentuale del numero di nati stranieri per grandi aree geografiche di provenienza dei genitori (Grafico 2): continua, infatti, a crescere il peso dei nati da cittadini provenienti dall'Europa centro-orientale (+9,9% in 7 anni), che rappresentavano nel 2006 ben il 36% del totale delle nascite da cittadini stranieri. Nel periodo di tempo considerato particolarmente rilevante è, invece, la contrazione delle nascite da cittadini nord-africani (-6,9%). Analogamente si è verificata la diminuzione della quota di nati da genitori provenienti dalle altre aree geografiche ad eccezione di quelle imputabili alla comunità latino-americana (+1,5%).

Il Grafico appena proposto ben illustra il quadro di

riferimento entro il quale collocare il fenomeno della natalità degli immigrati in Italia. Tuttavia i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza sono il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti riproduttivi delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte degli stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica. La Tabella 2 ben si presta ad evidenziare le differenze circa il comportamento riproduttivo delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio rappresentano oltre il 58% di tutti gli stranieri residenti in Italia: in particolare le prime tre (albanesi, marocchini e rumeni) ne costituiscono oltre il 36%. Prima di tutto occorre sottolineare come il 65% delle nascite da genitori stranieri siano imputabili a queste dieci comunità. Particolarmente numerose sono le nascite da genitori marocchini, albanesi e rumeni; al contrario le comunità degli ucraini e dei polacchi si

caratterizzano per il numero esiguo di nati se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio. Tuttavia, è proprio con riferimento agli ucraini e, in misura lievemente minore, ai rumeni, che si è riscontrata la maggiore crescita del numero dei nati se confrontato con i livelli che caratterizzavano queste comunità nel 1999. Ciò è imputabile non tanto a mutati comportamenti riproduttivi degli stranieri di queste nazionalità quanto, piuttosto, alla forte crescita nell'ultimo decennio della presenza di queste comunità sul territorio italiano. Gli indici di natalità più elevati sono, invece, quelli relativi alle comunità dei cinesi, tunisini, marocchini e indiani. Al contrario, relativamente basso è l'indice di natalità inerente gli ucraini e i polacchi. Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta della struttura per età e sesso della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze rispetto ad altre.

**Grafico 1** - Percentuale di nati vivi da cittadini stranieri - Anni 1999-2006

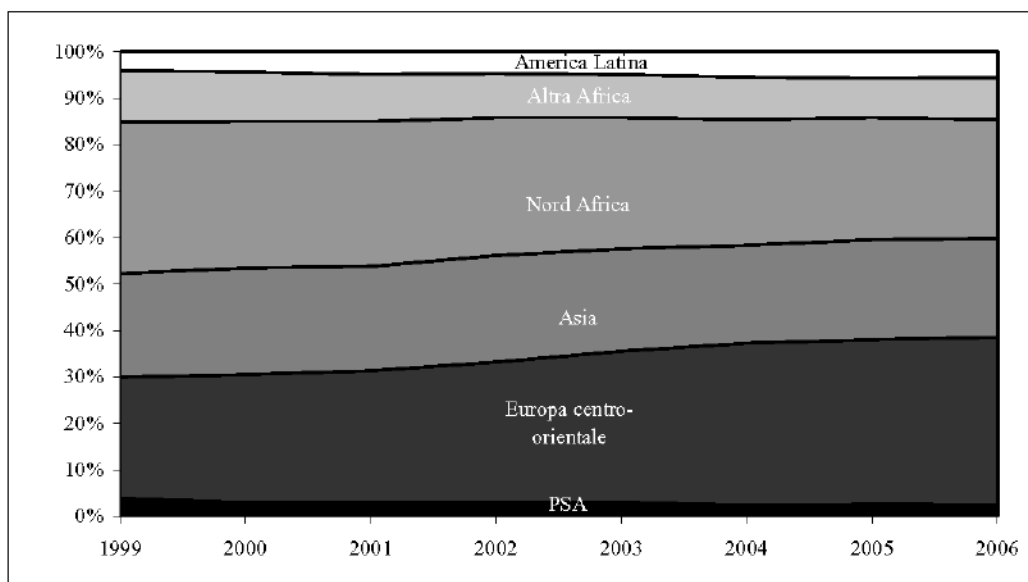


Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), Tavv. 1.5 e 2.10. Anno 2008.

**Tabella 1** - Percentuale di nati con almeno un genitore straniero per regione - Anno 2006

Regioni	Nati con almeno padre straniero	Nati con almeno madre straniera
Piemonte	15,2	18,2
Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste	10,2	13,1
Lombardia	18,1	20,5
Trentino-Alto Adige	13,1	16,2
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>11,5</i>	<i>14,6</i>
<i>Trento</i>	<i>14,7</i>	<i>17,9</i>
Veneto	18,3	20,7
Friuli-Venezia Giulia	13,3	16,3
Liguria	11,5	14,8
Emilia-Romagna	18,5	21,6
Toscana	14,5	17,7
Umbria	16,0	20,2
Marche	15,4	19,2
Lazio	10,7	13,5
Abruzzo	7,9	11,1
Molise	2,5	5,9
Campania	2,0	3,5
Puglia	2,3	3,2
Basilicata	1,8	3,7
Calabria	2,6	5,2
Sicilia	2,8	3,8
Sardegna	2,3	3,9
<b>Italia</b>	<b>11,1</b>	<b>13,5</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), Tav. 1.5. Anno 2008.

**Grafico 2** - Composizione percentuale di nati da cittadini stranieri per area di provenienza - Anni 1999-2006

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), Tav. 2.10. Anno 2008.

**Tabella 2** - Stima dei nati da cittadini stranieri per le prime 10 collettività residenti (valori assoluti e percentuali sul totale dei nati stranieri) e variazione percentuale - Anni 1999, 2006

Cittadinanze	Nati stranieri 1999	Nati stranieri 2006	Nati stranieri sul totale delle nascite % 2006	Δ % 1999-2006
Albania	2.973	7.979	13,81	168,38
Marocco	4.480	9.606	16,63	114,42
Romania	488	7.199	12,46	1.375,20
Cina Rep. Popolare	1.464	4.524	7,83	209,02
Ucraina	25	591	1,02	2.264,00
Filippine	1.119	1.607	2,78	43,61
Tunisia	1.365	2.566	4,44	87,99
Macedonia	444	1.456	2,52	227,93
Polonia	203	610	1,06	200,49
India	500	1.778	3,08	255,60
Altra	8.125	19.849	34,36	144,30
<b>Totale</b>	<b>21.186</b>	<b>57.765</b>	<b>100,00</b>	<b>172,66</b>

**Nota:** le stime per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dal modello Istat P4 (Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita) all'ammontare dei nati vivi desunti dal modello Istat P3 (Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in anagrafe).

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it), Tav. 2.10. Anno 2008.

### 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.

## Abortività volontaria da donne straniere

**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, mentre fino al 1999 il luogo di nascita viene identificato solo come 'Italia' o 'Estero', il dettaglio del Paese di nascita è disponibile solo dal 2000. Nel 2005, delle 129.272 IVG notificate a livello nazionale, 37.972 (pari al 29,4%) hanno riguardato cittadine straniere e

43.357 donne nate all'estero (33,5%). 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 effettuate 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.

### Percentuale di IVG di donne straniere

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

IVG per cittadinanza o luogo di nascita  
Totale IVG

### Tasso di abortività volontaria per cittadinanza riferito alle sole donne residenti\*

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

IVG da donne di età 18-49 anni residenti in Italia per cittadinanza  
Popolazione femminile media di età 18-49 anni residente in Italia per cittadinanza

### Tasso di abortività volontaria delle donne straniere

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

IVG da cittadine straniere (o nate all'estero)  
Permessi di soggiorno per cittadinanza

\*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.).

Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera. L'utilizzo della cittadinanza 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 può essere data dal luogo di nascita che, tuttavia, presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero).

I tre indicatori proposti considerano entrambe le possibilità e individuano diverse popolazioni di riferimento al denominatore.

Il primo identifica la donna straniera tramite la cittadinanza e considera solo le IVG di donne residenti in Italia. In questo modo la popolazione di riferimento

viene ben identificata dalle cittadine straniere residenti (quindi, numeratore e denominatore sono omogenei) e può essere fatto il confronto dei tassi tra le cittadine italiane e quelle straniere. Ovviamente, però, il considerare IVG dalle sole donne residenti esclude i casi effettuati da donne straniere presenti ma non residenti nel nostro Paese. Quindi questo tasso, pur permettendo il confronto tra italiane e straniere, potrebbe sottovalutare i livelli di abortività delle donne straniere.

In parte si può ovviare a questo considerando tutte le IVG da cittadine straniere indipendentemente dalla loro residenza (secondo tasso proposto). Il numeratore, quindi, aumenta di oltre 7.000 unità nel 2005, passando da 30.725 IVG nel primo caso a 37.972 IVG nel secondo. Per costruire il tasso a denominatore dovremmo avere la popolazione femminile presente, dato non disponibile. Possiamo ovviare considerando i permessi di soggiorno, ma in tal modo si escludono le donne presenti sul territorio italiano in modo irregolare, che, invece, sono contemplate nel numeratore. Inoltre, vengono escluse le minorenni in quanto nella

maggior parte dei casi compaiono sul documento del genitore. Infine, i dati sui permessi di soggiorno sono soggetti alle legislazioni vigenti, quindi, il loro numero può cambiare notevolmente non a causa di una reale modifica della presenza straniera, ma a causa di regolarizzazioni. Un caso emblematico è quello riferito alla legge sulla regolarizzazione del 2002 che ha causato un flusso di 700.000 domande quasi tutte accolte nei due anni successivi. Di conseguenza, il numero dei permessi di soggiorno è notevolmente aumentato creando inevitabilmente un trend anomalo del tasso di abortività. Anche considerando al numeratore le IVG di donne nate all'estero (il numero di IVG incrementa ancora e diventa pari a 43.357 nel 2005), secondo la definizione alternativa alla cittadinanza per identificare la donna straniera, il problema del denominatore permane e probabilmente i valori ottenuti sovrastimano i livelli di abortività (terzo tasso proposto).

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

#### **Descrizione dei risultati**

Sia in termini assoluti che percentuali si osserva chiaramente come il numero di IVG effettuate da cittadine straniere sia aumentato costantemente nel tempo: da un 6,6% riferito al 1995 si è giunti ad un 29,4% del 2005. Questa proporzione è molto elevata se rapportata alla corrispondente quota di popolazione femminile residente immigrata (pari al 3,9% all'1 gennaio 2005) o alla quota dei permessi di soggiorno (pari al 6,9% sempre all'1 gennaio 2005) (Grafico 1).

Se la percentuale fornisce il contributo delle straniere al fenomeno delle IVG in Italia, tuttavia questo indicatore non permette di valutare la reale propensione all'aborto delle donne considerate e il suo andamento nel tempo; solo con i tassi, che tengono conto della popolazione a rischio, è possibile fare ciò. Il tasso calcolato sulla popolazione residente permette inoltre di confrontare le donne italiane con quelle straniere.

Dalla Tabella 1 si può osservare che il fenomeno dell'abortività volontaria si differenzia, oltre che per età della donna (Abortività volontaria pagg. 268-270) e per stato civile (Rapporto Osservasalute 2007 pagg. 257-260) anche per cittadinanza.

In generale, le straniere presentano livelli di abortività circa quattro volte più alti rispetto alle italiane. Inoltre, dal 1996 al 2005 i livelli di abortività delle italiane (considerando il tasso standardizzato per età che permette confronti più attendibili tra i due collettivi) sono diminuiti: si passa da 8,8 casi ogni 1.000 donne di età 18-49 a 7,3 nel 2005. Invece, il ricorso all'IVG da parte delle straniere aumenta leggermente tra il 1996 e il 2003, per poi sperimentare un calo negli ultimi due anni (2004 e 2005) mantenendosi, comunque,

su valori superiori al 25 per 1.000. Questa diversa tendenza al ricorso all'IVG e l'aumento del contributo delle donne straniere al fenomeno ha provocato il sostanziale assestamento in Italia del tasso di abortività attorno a valori di poco superiori al 9 per 1.000 riscontrato negli ultimi dieci anni.

Esistono però sostanziali differenze per età e stato civile.

Dal Grafico 2 possiamo osservare che il rapporto tra i tassi delle donne straniere e delle donne italiane è sempre superiore all'unità quindi, per tutte le classi di età considerate e sia per le nubili che per le coniugate la propensione all'aborto volontario è sempre più alta tra le donne straniere.

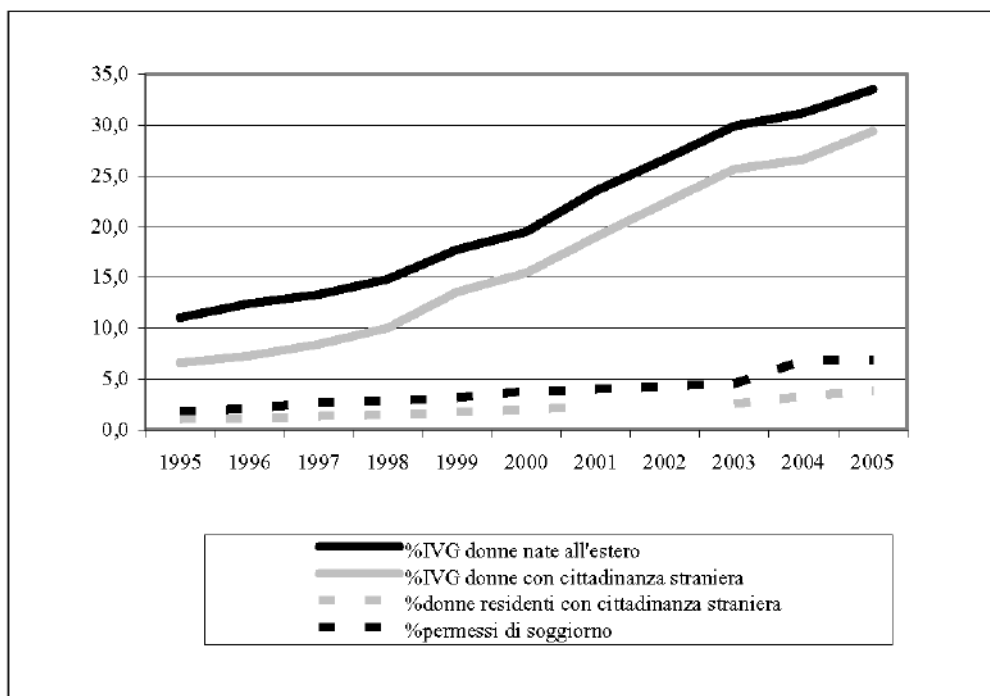
Per tutti e tre gli anni considerati i rapporti per le donne nubili seguono un andamento molto simile rispetto alle classi di età, decrescendo al crescere dell'età, mentre per le donne coniugate c'è una certa stabilità. Questo può essere interpretato come una differenza di comportamenti più elevata tra le giovani nubili dove le differenze tra i due collettivi sono ancora più marcate (ad esempio nel 2005 le straniere nubili di età 18-24 presentano 50,3 IVG ogni 1.000 donne contro 10,3 delle italiane), anche se si sono ridotte nel tempo.

Ribadendo il fatto che le donne straniere presentano sempre valori più elevati dei tassi, si osserva una riduzione dei rapporti per la classe di età 18-24, una sostanziale stabilità per la classe 25-29 anni e poi un incremento per le restanti (con l'eccezione della classe 45-49 anni). Questo è dovuto al fatto che i tassi delle donne giovani di cittadinanza straniera (siano esse nubili o coniugate) nei tre anni considerati hanno subito un lieve decremento (da 57,0 per 1.000 del 1996 a 50,3 del 2005), mentre quelli riferiti alle donne italiane sono aumentati passando da 9,5 a 10,3 per 1.000. Invece, per le donne meno giovani è accaduto il contrario: un lieve incremento dei tassi delle straniere e un lieve decremento di quelli riferiti alle italiane hanno fatto sì che i rapporti tra i due subissero un aumento nel tempo.

Quindi, si può affermare che le donne straniere continuano a ricorrere all'IVG in misura maggiore rispetto alle donne italiane, con una riduzione dei livelli tra le più giovani (peraltro molto elevati) e un aumento tra le meno giovani.

Se consideriamo il terzo indicatore, con al numeratore tutte le IVG da donne cittadine straniere (tasso B) o quelle da donne nate all'estero (tasso C), si ottengono valori più elevati in confronto con il tasso fin qui descritto e riferito alle sole residenti (tasso A) (Grafico 3). Questo è dovuto, principalmente, al fatto che per quest'ultimo indicatore al numeratore consideriamo tutte le IVG da donne straniere, indipendentemente dalla loro posizione legale, e al denominatore abbiamo i permessi di soggiorno che, quindi, non contengono le donne irregolarmente presenti sul territorio.

**Grafico 1** - Percentuale di IVG tra le donne con cittadinanza straniera e tra le donne nate all'estero, percentuale di donne con cittadinanza straniera residenti e quota dei permessi di soggiorno sul totale delle donne straniere residenti - Anni 1995-2005



**Nota:** il dato sulle donne straniere residenti per sesso, età e cittadinanza all'1 gennaio 2002 non è disponibile.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. Elaborazioni sui dati dei permessi di soggiorno del Ministero dell'Interno. Anno 2006.

**Tabella 1** - Tassi di abortività volontaria per cittadinanza (per 1.000 donne residenti) nella classe 18-49 anni - Anni 1996, 1999, 2000, 2003-2005

Anni	Tassi grezzi		Tassi standardizzati	
	Italiane	Straniere	Italiane	Straniere
1996	8,9	30,3	8,8	25,4
1999	8,6	32,5	8,5	28,5
2000	8,2	32,0	8,5	29,7
2003	7,3	34,5	7,8	34,0
2004	7,5	31,9	7,7	29,4
2005	7,0	28,3	7,3	26,3

**Nota:** i tassi sono stati calcolati utilizzando al denominatore una stima della popolazione straniera residente per età ottenuta dai dati sui permessi di soggiorno.

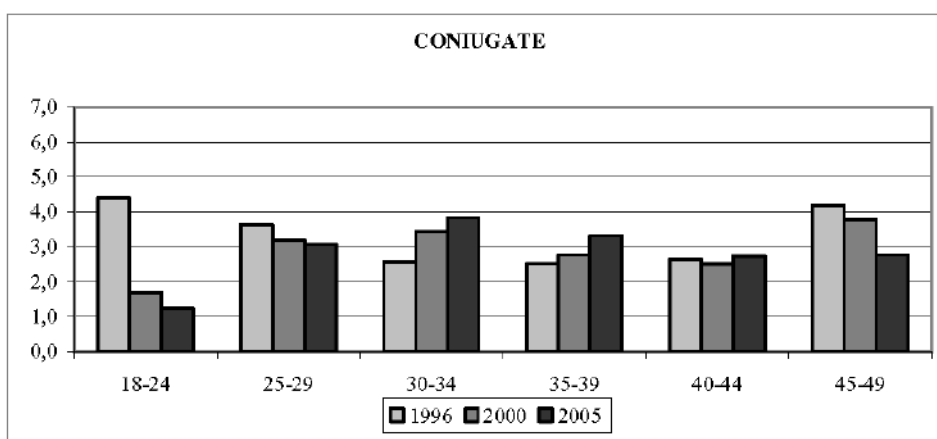
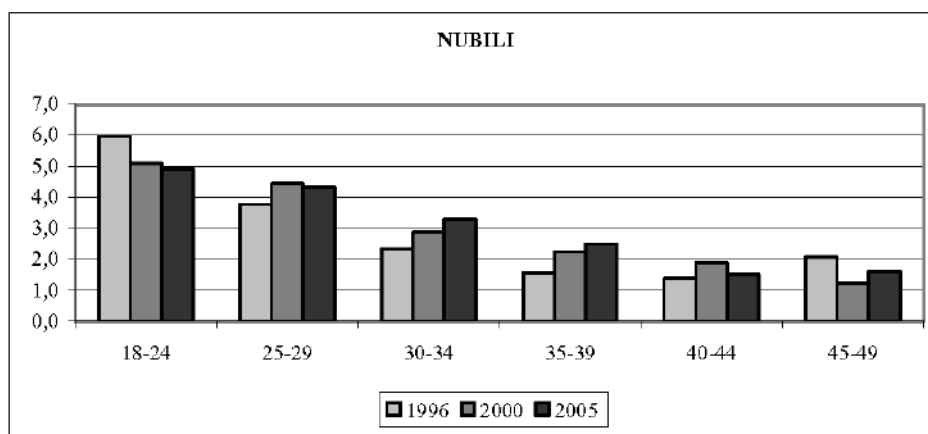
Il tasso è standardizzato con il metodo diretto utilizzando come popolazione tipo quella media residente in Italia al 2001.

I tassi non sono stati calcolati per l'anno 1997 a causa di una elevata percentuale di casi con cittadinanza non indicata, per l'anno 1998 a causa di problemi di qualità della variabile cittadinanza, per gli anni 2001 e 2002 a causa della mancanza dei dati sui cittadini stranieri residenti per sesso, età e cittadinanza all'1 gennaio 2002.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. Anno 2006.



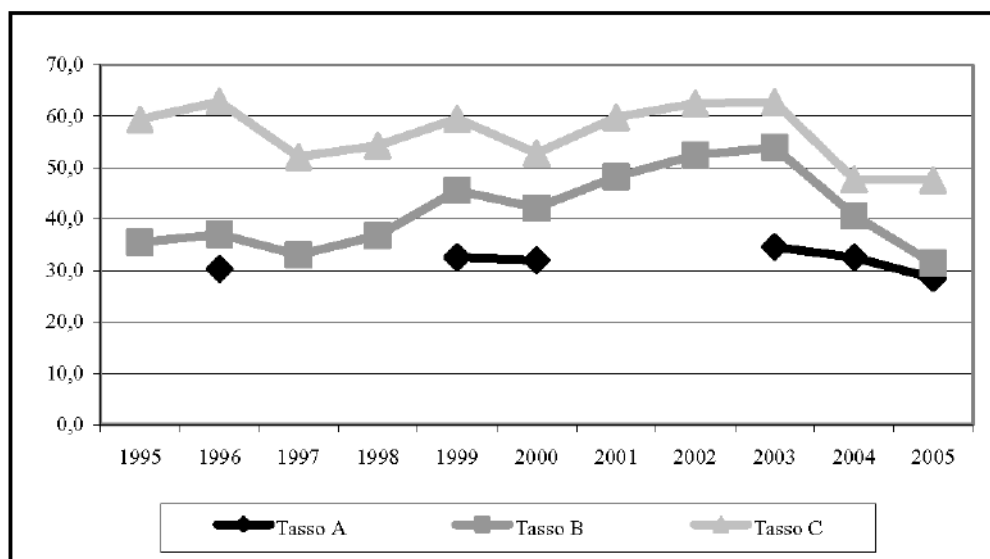
**Grafico 2** - Rapporti tra i tassi di abortività volontaria delle donne straniere e delle donne italiane per stato civile e classe di età - Anni 1996, 2000, 2005



**Nota:** i tassi sono stati calcolati utilizzando al denominatore una stima della popolazione straniera residente per età ottenuta dai dati sui permessi di soggiorno.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. Anno 2006.

**Grafico 3** - Tassi di abortività volontaria delle donne straniere (per 1.000 donne) nella classe 18-49 anni - Anni 1995-2005



**Nota:** Il tasso A è stato calcolato utilizzando al numeratore le IVG da cittadine straniere residenti e al denominatore una stima della popolazione straniera residente per età ottenuta dai dati sui permessi di soggiorno. Non è stato calcolato per l'anno 1997 a causa di una elevata percentuale di casi con cittadinanza non indicata, per l'anno 1998 a causa di problemi di qualità della variabile cittadinanza, per gli anni 2001 e 2002 a causa della mancanza dei dati sui cittadini stranieri residenti per sesso, età e cittadinanza.

Il tasso B è stato calcolato utilizzando al numeratore le IVG da cittadine straniere e al denominatore i permessi di soggiorno.

Il tasso C è stato calcolato utilizzando al numeratore le IVG da donne nate all'estero e al denominatore i permessi di soggiorno.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. Elaborazioni sui dati dei permessi di soggiorno del Ministero dell'Interno. Anno 2006.

### 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. 249-281) ed evidenzia la necessità di promuovere l'offerta attiva di *counselling* sui metodi della procreazione responsabile tra le donne immigrate con specifici interventi di Sanità Pubblica.

Va, comunque, sottolineato che, nella programmazione di attività di prevenzione o supporto, bisogne-

rebbe anche tenere conto del fatto che le donne straniere hanno una diversa composizione socio-demografica, che muta nel tempo a seconda del peso delle diverse nazionalità, dei diversi comportamenti riproduttivi e della diversa utilizzazione dei servizi.

### Riferimenti bibliografici

(1) Ministero della Salute (2008), Relazione sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza. Dati definitivi 2006. Dati provvisori 2007. Roma: Ministero della Salute, 2008. [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it).

(2) Istat (2008), L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2005. Tavole di dati: [http://www.istat.it/dati/dataset/20080331\\_00/](http://www.istat.it/dati/dataset/20080331_00/).

## Incidenza di AIDS e di HIV tra gli stranieri

**Significato.** La presenza di persone straniere nel nostro Paese è ormai una realtà consolidata. L'infezione da HIV e l'AIDS vengono spesso considerate come problemi particolarmente gravi di questa popolazione, anche in considerazione dell'influenza che questa patologia esercita sulla sensibilità collettiva (1).

È, dunque, importante fare luce sulla diffusione dell'AIDS e HIV tra gli stranieri presenti in Italia, al

fine di favorire adeguati interventi di prevenzione e assistenza sanitaria e per tenere sotto controllo allarmismi legati alla paura della diffusione della malattia. L'indicatore rappresenta una stima dell'andamento dell'incidenza di AIDS e di HIV tra gli stranieri dal 1992 al 2006, periodo in cui la dimensione del fenomeno migratorio nel nostro Paese ha assunto un peso sempre più rilevante (2).

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

Numeratore	Casi di AIDS diagnosticati a stranieri in Italia di 18 anni ed oltre	
Denominatore	Popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia di 18 anni ed oltre	x 100.000

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

Numeratore	Casi di HIV diagnosticati a stranieri in Italia di 18 anni ed oltre	
Denominatore	Popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia di 18 anni ed oltre	x 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), che arruola tutti i casi di AIDS identificati nel territorio italiano. Sono stati, inoltre, utilizzati i dati del Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV (4), in particolare quelli delle regioni Liguria, Piemonte, Veneto, Lazio e delle province di Modena, Sassari e Rimini poiché raccolgono il dato sulla nazionalità della persona con una nuova diagnosi di infezione da HIV.

L'analisi è stata effettuata sui casi diagnosticati tra i cittadini stranieri maggiorenni al momento della diagnosi. L'esclusione dei minori è giustificata dalla sottostima dei permessi di soggiorno, utilizzati per il calcolo dei tassi di incidenza, in questa fascia di età (registrati prevalentemente sul permesso dei genitori); è stata, inoltre, limitata al periodo 1992-2006 data l'esiguità della casistica negli anni precedenti.

Sono stati calcolati i tassi di incidenza annuali di AIDS e HIV tra gli stranieri, specifici per genere e classe d'età.

La numerosità degli stranieri maggiorenni presenti in Italia dal 1992 al 2006 è stata stimata sulla base dei permessi di soggiorno rilasciati dalle questure, raccolti dal Ministero dell'Interno e rielaborati annualmente dall'Istat (5).

**Validità e limiti.** Per quanto riguarda la casistica di AIDS, 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 (6). Quanto all'HIV, in Italia non esiste un sistema nazionale di notifica delle nuove diagnosi di infezioni da HIV. Vi sono, però, alcune regioni e province che già da vari anni si sono organizzate autonomamente e raccolgono informazioni sulla diffusione di tale diagnosi. Tra queste, alcune raccolgono informazioni anche sulla nazionalità del cittadino con una nuova diagnosi di infezione da HIV.

I casi segnalati in queste regioni e province non rappresentano certamente tutti i casi di nuove infezioni da HIV, ma possono fornire un'utile indicazione sulla diffusione dell'HIV nel nostro Paese e su alcuni cambiamenti temporali dell'epidemia da HIV in Italia.

Un 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 irregolarmente soggiornanti, che invece, possono essere presenti nei registri considerati. Inoltre, si tenga in considerazione che nel periodo in studio si sono verificate importanti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con i diversi provvedimenti di regolarizzazione avvenuti in questi anni.

**Valore di riferimento/Benchmark.** Nel periodo considerato può essere utile confrontare i tassi di incidenza di AIDS/HIV tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani.

## Descrizione dei risultati

### Casi di AIDS

Tra il 1992 e il 2006 sono stati diagnosticati in Italia circa 44.500 casi di AIDS tra i maggiorenni, di cui poco più di 3.800 casi hanno riguardato stranieri.

La percentuale di cittadini stranieri maggiorenni diagnosticati con AIDS nel nostro Paese, rispetto al totale dei casi, è passata dal 3% nel 1992 al 22% nel 2006 (in termini assoluti da 116 a 310 casi).

Tra gli uomini, dopo un costante aumento della casistica osservata tra il 1992 e il 1995, il numero delle diagnosi negli stranieri maggiorenni è diminuito nel 1996 e 1997, per rimanere poi sostanzialmente stazionario fino al 2004. Nel 2005 si osserva un nuovo aumento dei casi notificati, comunque al di sotto dei valori precedenti al 1996 (Grafico 1). Tra le donne è stata osservata, invece, una tendenza all'incremento durante tutto l'arco temporale considerato.

Il dato certamente più interessante è rappresentato dai tassi di incidenza che a partire dal 1996-97 risultano in costante diminuzione, mediamente del 70% tra gli uomini e del 54% tra le donne (da 58,1 a 17,2 e da 22,7 a 10,4 per 100.000 permessi di soggiorno, rispettivamente).

Tenendo presenti le oscillazioni cui sono soggetti i denominatori a causa dei provvedimenti di regolarizzazione, tale diminuzione ha riguardato, in entrambi i sessi, pressoché tutte le classi d'età (Grafico 2) e tutte le aree geografiche (Grafico 3).

### Casi di HIV

Tra il 1992 e il 2006 sono state registrate nelle province e regioni considerate circa 21.851 nuove diagnosi di infezioni da HIV, di cui 4.625 in stranieri.

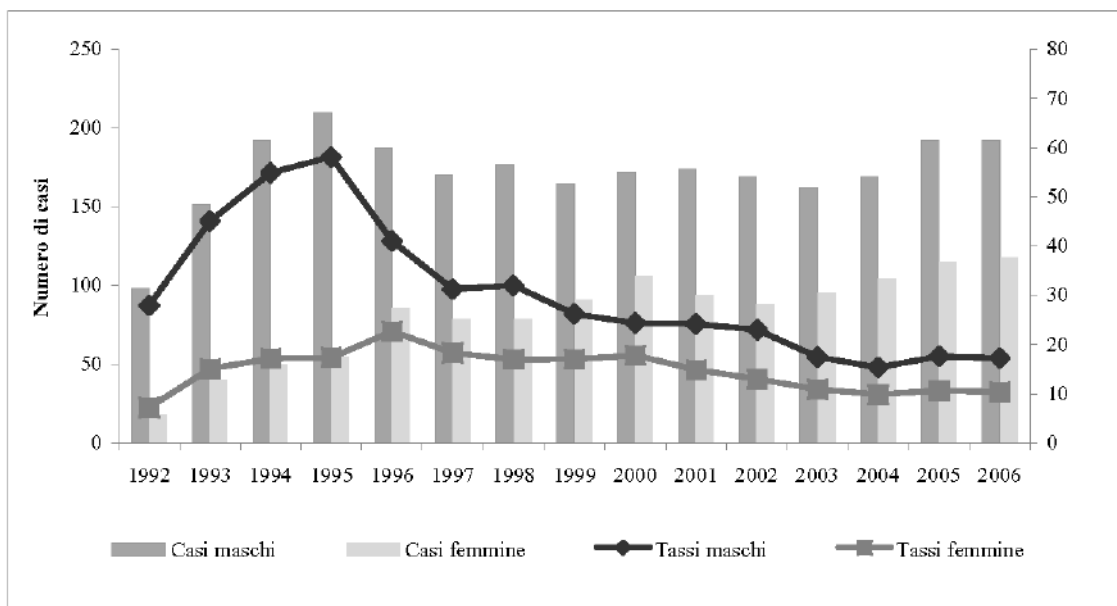
La percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con una nuova diagnosi di infezione da HIV nelle aree considerate, rispetto al totale dei casi, è passata dall'11% nel 1992 al 34% nel 2006.

Sia tra gli uomini che tra le donne si osserva un andamento crescente nel periodo considerato: gli uomini sono aumentati da 163 casi nel 1992 a 306 casi nel 2006; mentre le donne sono passate da 65 casi nel 1992 a 200 casi nel 2006.

I tassi di incidenza mostrano, tuttavia, un andamento in diminuzione: il tasso degli uomini passa dal 104,9 per 100.000 stranieri con regolare permesso di soggiorno nel 1992 a 72,5 per 100.000 nel 2006; quello delle donne dal 59,2 per 100.000 permessi di soggiorno nel 1992 a 45,3 per 100.000 nel 2006. Per tutto il periodo considerato, le due serie di tassi hanno un andamento simile, anche se nel 2006 il tasso degli uomini sembra aumentare, al contrario di quello delle donne che continua a mostrare un andamento decrescente (Grafico 4).

Sia tra gli uomini che tra le donne, nel periodo considerato, i tassi di incidenza per età mostrano una diminuzione delle classi più giovani, mentre la fascia 40-49 anni rimane pressoché stabile e quella degli ultra cinquantenni sembra aumentare.

**Grafico 1** - Casi e tassi di incidenza (per 100.000) delle diagnosi di AIDS in Italia tra gli stranieri di 18 anni ed oltre per sesso - Anni 1992-2006



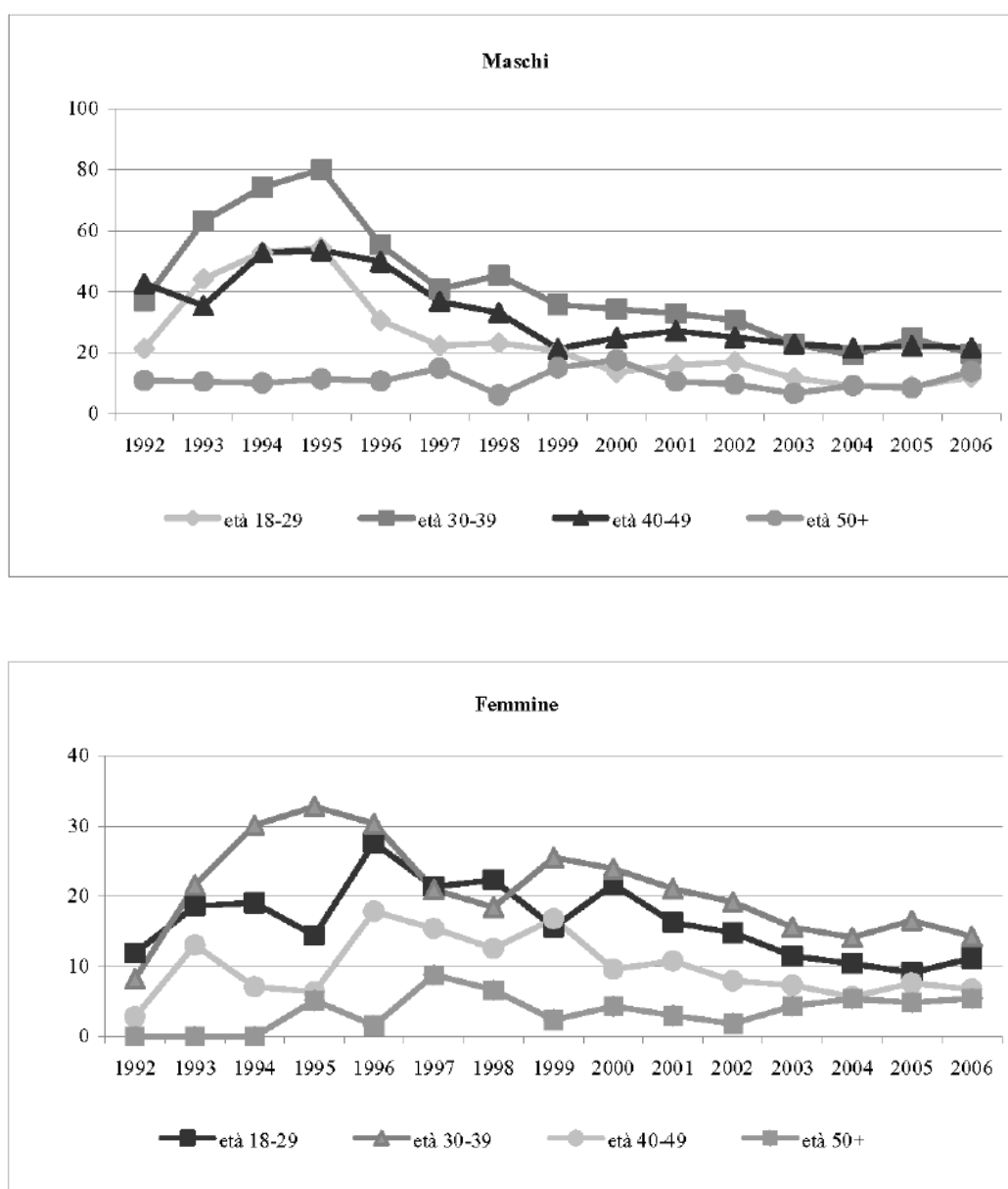
**Fonte dei dati e anno di riferimento:** ISS. Elaborazione su dati Registro Nazionale dei casi di AIDS - Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

Per quanto riguarda le aree geografiche di provenienza dei cittadini stranieri, negli ultimi anni sembra che si stia verificando un aumento della casistica, sia in termini assoluti che con riferimento ai tassi di incidenza, per le persone provenienti dall'America (sia del Nord che del Sud) e dall'Africa.

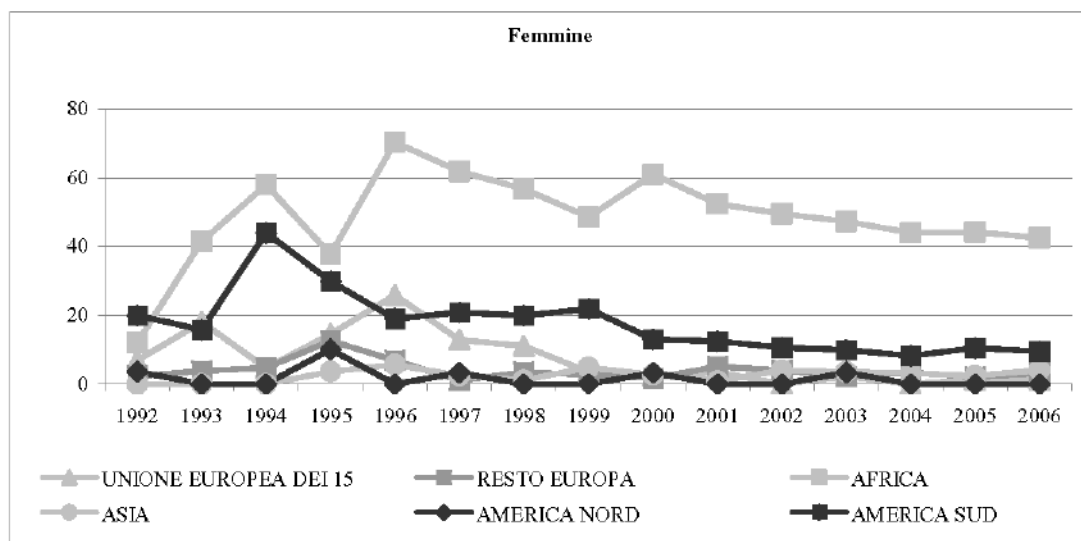
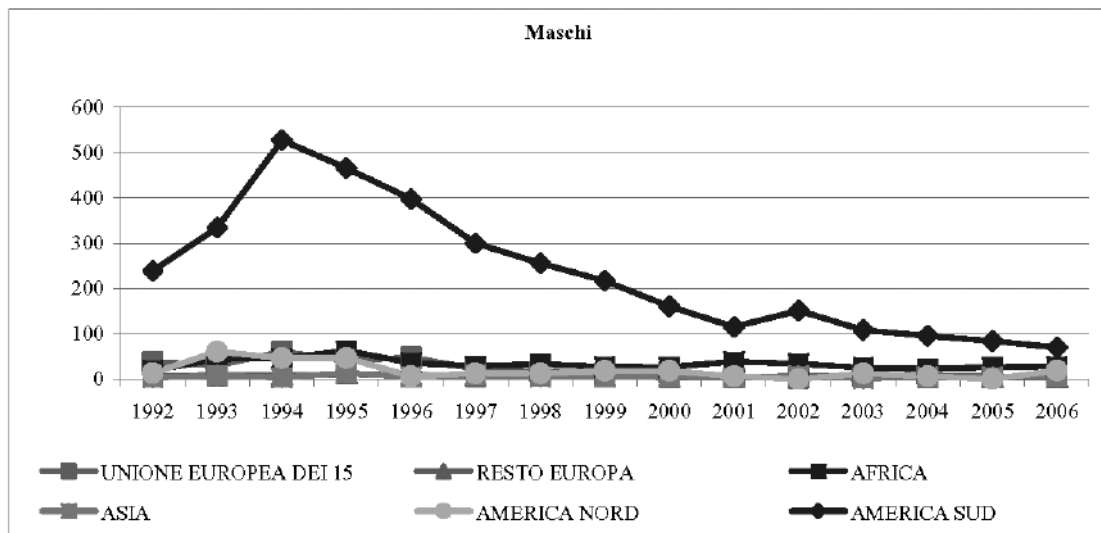
Questi dati mostrano, anche rispetto ad alcune analisi precedenti (7, 8, 9), che ancora una volta l'incremento della percentuale di cittadini stranieri diagnosticati con AIDS o HIV nel nostro Paese sembra dipendere più dalla crescita della numerosità della popolazione immi-

grata che da un incremento dell'epidemia. Continuano, inoltre, a evidenziare che la dimensione numerica del fenomeno rimane contenuta nel tempo, anche a fronte di oscillazioni migratorie dinamiche rispetto ai Paesi di provenienza, in cui non si è osservata una diminuzione dei tassi d'incidenza analoga a quella registrata in Italia (10). Una maggiore opportunità di accesso alla terapia antiretrovirale altamente efficace da parte degli stranieri in Italia rispetto ai propri Paesi di origine, oltre alla persistenza di un effetto migrante sano, possono in parte spiegare questi risultati.

**Grafico 2** - Tassi d'incidenza (per 100.000) delle diagnosi di AIDS tra gli stranieri di 18 anni ed oltre in Italia, per sesso - Anni 1992-2006

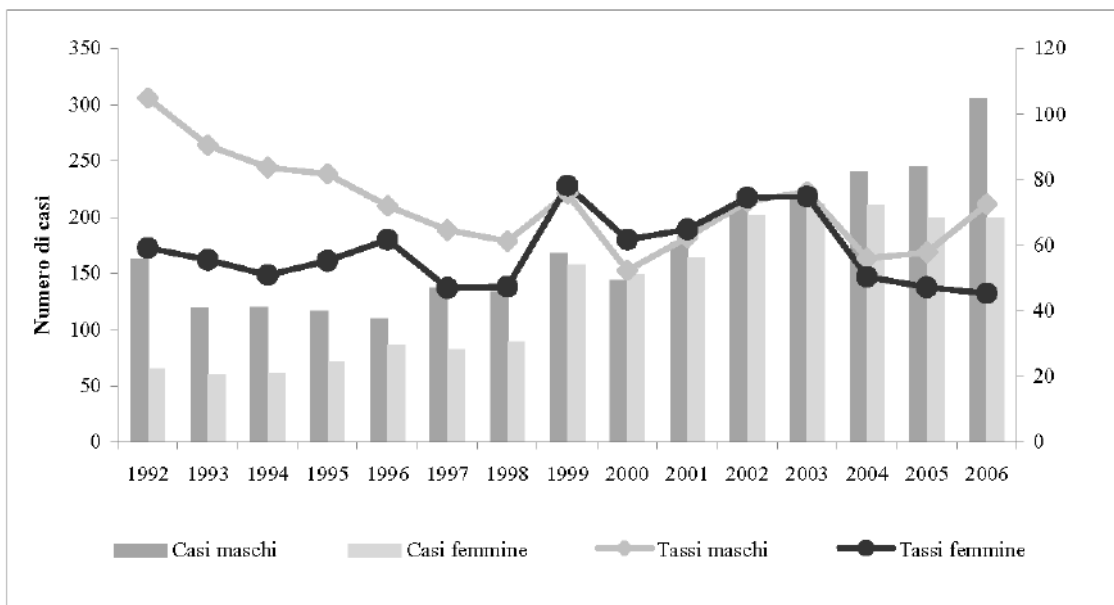


**Grafico 3** - Tassi d'incidenza (per 100.000) delle diagnosi di AIDS tra i cittadini stranieri di 18 anni ed oltre in Italia, per area geografica di cittadinanza e sesso - Anni 1992-2006



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

**Grafico 4** - Casi e tassi d'incidenza (per 100.000) delle nuove diagnosi di infezione da HIV diagnosticate in Piemonte, Liguria, Veneto, Lazio, Modena, Sassari e Rimini a stranieri di 18 anni ed oltre per sesso - Anni 1992-2006



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** ISS. Elaborazione su dati Sistema di Sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV - Elaborazione Istat su dati Ministero dell'Interno. Anno 2007.

### Raccomandazioni di Osservasalute

L'accesso ai servizi e la fruibilità delle prestazioni rappresentano elementi fondamentali per il miglioramento delle condizioni di salute degli immigrati, anche in riferimento a situazioni di particolare criticità sanitaria come l'AIDS e l'HIV. 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 (11) e rendono questa popolazione altamente vulnerabile al contagio e alle complicanze connesse con l'esordio della malattia. È, quindi, importante compiere sforzi per garantire agli immigrati l'accesso ai servizi socio-sanitari (12), al fine di offrire terapie adeguate, in un'ottica di promozione della diagnosi precoce e di efficaci 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 2007. XVII Rapporto. Roma: IDOS; 2007.
- (3) Italia. Decreto Ministeriale 28 novembre 1986. Modifiche al decreto ministeriale 5 luglio 1975. *Gazzetta Ufficiale* n. 288, 12 dicembre 1986.
- (4) Centro Operativo AIDS, Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia al 31 dicembre 2007. *Notiziario*

Istituto Superiore di Sanità, vol 21 (5) suppl 1, 2008, consultabile sul sito <http://www.iss.it/binary/publ/cont/ONLINECOA.1215161347.pdf>.

(5) Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Sito: [www.demo.istat.it](http://www.demo.istat.it).

(6) Conti S, Farchi G, Galletti A, Masocco M, Napoli P, Pezzotti P, Rezza G, Toccaceli V, Caiani G, La sottotifica della mortalità per AIDS in Italia (1992): qualità della certificazione e sottotifica. *Giornale italiano dell'AIDS* 1997; 8 (1).

(7) Cacciani L, Rosano A, Boros S, Colucci A, Camoni L, Suligoi B, Rezza G, Baglio G. (2007). Indidenza di AIDS tra gli stranieri. In: *Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. PREX Edizione Italiana, Milano: pp. 303-5.

(8) Cacciani L, Rosano A, Camoni L, Boros S, Urciuoli R, Rezza G, et al. (2005). Casi di AIDS diagnosticati in Italia tra i cittadini stranieri (1982-2000). *Rapporti ISTISAN* 05/39 - Istituto Superiore di Sanità 2005; 05/39: 33 p.

(9) Camoni L, Salfa MC, Regine V, Pasqualini C, Borghi V, Icardi G, Curtale F, Ferro A, Suligoi B. HIV incidence estimated among non-nationals in Italy. *Eur J Epidemiol* (2007) 22: 813-817.

(10) Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. 2004 Report on the global AIDS epidemic: Executive Summary. Geneva: UNAIDS; 2004.

(11) 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.

(12) Geraci S, Martinelli B. Il diritto alla salute degli immigrati. Scenario nazionale e politiche locali. Roma: Nuova Anterem; 2002.

## Caratteristiche socio-demografiche e comportamentali di un campione di persone straniere con infezione da HIV

Dott.ssa Anna Colucci, Dott. Pietro Gallo, Dott. Issa El Hamad, Dott.ssa Maria Chiara Pezzoli, Prof. Giampiero Carosi, Dott. Tommaso Speranza, Prof. Nicola Petrosillo, Dott. Tullio Prestileo, Dott. Giancarlo Ceccarelli, Dott.ssa Miriam Lichtner, Prof. Vincenzo Vullo, Dott.ssa Giuseppina Cassarà, Dott. Mario Affronti, Dott.ssa Alessandra Donisi, Dott.ssa Patrizia Ortolani, Dott. Massimo Arlotti, Dott.ssa Monica Chiriotto, Dott. Ivano Dal Conte, Dott.ssa Margherita Busso, Dott.ssa Miriam Tallarico, Prof. Vincenzo Guadagnino, Dott.ssa Cristina Negri, Prof. Mauro Moroni, Dott. Sebastiano Miccolis, Dott. Alfredo Scalzini, Dott. Esoka Esemé Franklyn, Prof. Enzo Raise, Dott. Gaetano Brindicci, Prof.ssa Laura Monno, Dott.ssa Ida Calamaro, Dott. Alberto Vito, Dott. Nicola Abrescia, Dott. Marco Poli, Prof. Francesco Mazzotta, Dott. Giovanni Rezza, Dott.ssa Anna Maria Luzi

### Contesto

In Italia, gli importanti cambiamenti epidemiologici dell'infezione da HIV verificatisi negli ultimi anni e la disponibilità di trattamenti terapeutici efficaci, hanno profondamente modificato il significato di questa patologia e la sua percezione sociale. Tuttavia, nonostante i progressi conseguiti in ambito farmacologico, l'infezione da HIV continua a rappresentare un problema rilevante di Sanità Pubblica, interessando, in particolare, fasce di popolazioni maggiormente vulnerabili quali giovani, donne e persone migranti (1).

Per quanto riguarda la popolazione straniera presente in Italia, studi e dati osservazionali mostrano una sorta di "fragilità sociale" della persona, che nell'ambito dell'infezione da HIV si traduce spesso in minori opportunità di ricevere informazioni, in difficoltà di accesso al test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV con conseguente ritardo diagnostico (2, 3). Il 70,4% delle persone straniere con diagnosi di AIDS ha ricevuto la diagnosi di infezione da HIV nei sei mesi precedenti, privandosi, in questo modo, di cure precoci e, pertanto, maggiormente efficaci (4).

In questo scenario, si è svolto il Progetto *Development of prevention programs aimed at identifying the health needs of foreign citizens regarding HIV/AIDS infection through the involvement of Italian National Focal Point*, studio osservazionale multicentrico condotto in 19 centri clinici collocati al Nord, Centro e Sud-Italia, finalizzato a descrivere le caratteristiche socio-demografiche degli stranieri con infezione da HIV, nonché ad identificare eventuali comportamenti a rischio adottati da tale target.

### Metodologia

*Popolazione in studio:* sono state reclutate persone di nazionalità non italiana di 18 anni ed oltre con diagnosi di infezione da HIV. L'arruolamento, di tipo consecutivo, ha riguardato tutte le persone straniere eleggibili afferenti a centri clinici collocati in città metropolitane e di provincia di 10 differenti regioni (Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio, Puglia, Campania, Calabria e Sicilia).

*Materiali e metodi:* questionario anonimo, standardizzato, somministrato, previo consenso informato, all'interno di una relazione professionale attraverso un'intervista strutturata da personale opportunamente preparato per consentire, nei centri clinici coinvolti, un approccio omogeneo e condiviso nella formulazione dei quesiti. Il questionario, costituito da sette sezioni, ha permesso di raccogliere informazioni in merito agli aspetti socio-demografici e culturali del campione preso in esame, all'accesso e alla fruibilità dei servizi, al test HIV (quando, presso quali servizi e per quali motivi è stato eseguito), ai comportamenti concernenti l'area sessuale e all'eventuale assunzione di sostanze stupefacenti, alle conoscenze possedute in merito a infezione da HIV e AIDS, all'aderenza alla terapia e ai dati clinici; quest'ultima sezione è stata curata dall'intervistatore in quanto riguarda informazioni contenute in cartella clinica. La quasi totalità degli item presenti nel questionario richiedono informazioni riferite agli ultimi sei mesi.

Lo strumento di raccolta dati e il consenso informato sono stati tradotti in inglese al fine di poter includere nello studio anche quelle persone straniere che non parlassero o non comprendessero la lingua italiana.

Ai partecipanti allo studio è stato assegnato un codice numerico non identificativo della persona. Presso ciascun centro partecipante sono stati conservati, in maniera riservata e solo per il periodo dello studio, i moduli di consenso informato.

Le analisi statistiche dei dati sono state condotte, in modo aggregato, attraverso il software EpiInfo del *Central for Disease Control & Prevention* di Atlanta USA.



## Risultati

Nel periodo settembre 2005-marzo 2008 sono state arruolate 1.057 persone di nazionalità non italiana con infezione da HIV afferenti, per la cura e i per i controlli clinici di routine, ai centri clinici inclusi nello studio. Di queste, 28 persone straniere hanno rifiutato l'intervista, pertanto, l'analisi si riferisce a 1.029 soggetti.

La popolazione studiata è costituita per il 49,6% da uomini, uguale proporzione riguarda le donne, mentre per lo 0,8% il dato è mancante. L'età mediana dell'intero campione è pari a 34 anni [IQR 29-40] e nel 49,3% si tratta di persone celibi/nubili. Il livello di istruzione è medio alto se si considera che il 37,8% ha conseguito il diploma di scuola media inferiore e il 31,7% quello di scuola media superiore. Riferisce di avere un'occupazione il 38,9% dei rispondenti. La metà (49,3%) dei soggetti intervistati proviene da Paesi dell'Africa Sub-Sahariana, il 24,6% dall'America centro-meridionale, il 7,9% da Paesi dell'Unione Europea, il 6,8% da Paesi non appartenenti all'Unione Europea, il 6,2% dall'Africa settentrionale, il 4,6% dall'Asia e per lo 0,6% il dato è mancante. Il 50% degli intervistati è in Italia dall'anno 2000 o da meno tempo.

L'analisi dei dati rispetto allo status giuridico evidenzia che il 61,4% degli intervistati ha il permesso di soggiorno o la carta di soggiorno o la cittadinanza italiana (rispettivamente il 48,4%, il 6,7% e il 6,3%), mentre poco più di un terzo vive nella clandestinità (33,5%). Usufruisce dell'assistenza sanitaria pubblica l'89,4% del campione, nello specifico il 58,8% è iscritto al Servizio Sanitario Nazionale e il 31,4% ha il tesserino "Straniero Temporaneamente Presente". Il 5,4% dichiara di non avere alcuna tutela sanitaria e il 5,1% si avvale di altre forme di assistenza (privata, associazioni di volontariato, convenzioni).

Il 64,9% delle persone straniere intervistate non si è mai sottoposto ad un test HIV prima dell'esame in cui è emersa la sieropositività, il 32,2% ha effettuato il test in ospedale durante un ricovero e il motivo principale che ha spinto all'esecuzione del test è "perché non stavo bene" (38,9%), proporzione di molto superiore rispetto a quella delle persone consapevoli di aver avuto un comportamento a rischio (18,1%) a seguito del quale è stato effettuato l'accertamento diagnostico per l'infezione da HIV.

Dalle informazioni presenti in cartella clinica emerge che il 58,1% del campione ha ricevuto la diagnosi di infezione da HIV nel periodo 2003-2008. La principale via di contagio risulta essere quella sessuale, il 66,6% ha contratto l'HIV a causa di rapporti eterosessuali e il 24,5% a causa di rapporti omo/bisessuali. Il 61,1% degli intervistati è nella fase asintomatica dell'infezione e il 21,1% ha ricevuto la diagnosi di AIDS. Assume la terapia antiretrovirale il 60,1% dei soggetti arruolati nello studio.

In merito alle conoscenze sulle vie di trasmissione dell'HIV e sulle modalità di prevenzione dell'infezione il 92,4% (944/1028) dei rispondenti afferma di aver ricevuto informazioni sull'HIV e sull'AIDS, di questi l'82,8% dichiara che tali informazioni sono state fornite in Italia, il 45,6% nel proprio Paese di origine (a tale quesito era possibile fornire più risposte). Il 92,6% del campione alla domanda "quale sia la migliore prevenzione dell'infezione da HIV nei rapporti sessuali", risponde in modo esatto. Il livello di conoscenza rispetto ai liquidi biologici che possono contagiare sembrerebbe incompleto in quanto i soggetti intervistati affermano che il sangue rappresenta una via di contagio nel 95,6% (983/1.028), tale proporzione scende all'86,8% (892/1.028) nel caso in cui si tratti di liquidi genitali e al 56,3% (579/1.028) nel caso del latte materno.

L'età mediana al primo rapporto è pari a 16 anni, tuttavia l'analisi dei dati mostra che il 10,7% dei rispondenti ha avuto il primo rapporto sessuale ad un'età  $\leq 12$  anni e il 23,1% dichiara di aver avuto il primo rapporto nella classe 13-15 anni. Un terzo del campione (31,3%) ha avuto più di 30 partner nella vita.

Il 50,8% (515/1.014) dei soggetti intervistati afferma di aver avuto rapporti sessuali con partner stabili negli ultimi 6 mesi. La proporzione di quanti dichiarano di usare "sempre" il preservativo nei rapporti vaginali con partner stabile, è pari al 51,6% (215/417), al 55,3% (145/262) nei rapporti anali e al 14,1% (48/341) nei rapporti orogenitali. La motivazione principale che spinge i soggetti intervistati a non utilizzare il preservativo è "perché non è stato considerato necessario" (64,4% - 230/357).

Dichiara di aver avuto rapporti con partner occasionali negli ultimi 6 mesi il 31,1% (316/1.017) del campione. La proporzione di coloro i quali utilizzano "sempre" il preservativo nei rapporti vaginali, anali e orogenitali è pari rispettivamente al 71,0% (132/186), al 72,4% (181/250) e al 21,9% (62/283); anche per i rapporti occasionali la motivazione principale che spinge i soggetti intervistati a non utilizzare alcuna protezione è "non aver considerato necessario l'uso del preservativo" (57,8% - 131/227).

Inoltre, 233 soggetti dichiarano di avere rapporti sessuali in cambio di denaro o droga, di questi il 74,4% (173/233) usa il preservativo "sempre". Coloro i quali non lo utilizzano (25,6%) riportano come motivazione principale l'aver acconsentito ad una richiesta del partner/cliente - "il partner non l'ha voluto" (55,2% - 47/85).

Per quanto riguarda l'abuso di sostanze stupefacenti si tratta di un comportamento che riguarda il 16,8% (171/1.014) degli intervistati. Le sostanze maggiormente utilizzate (a questo item è stata data la possibilità di fornire più risposte) sono, nell'ordine, cannabis (69,6% - 119/171), cocaina (55,5% - 95/171), eroina (14,0% - 24/171). Infine, negli ultimi 6 mesi hanno utilizzato droghe iniettive 22 soggetti, di questi 4 hanno scambiato la siringa.

### Discussione e Conclusioni

Lo studio ha permesso di ottenere numerose informazioni, grazie all'utilizzo di uno strumento di raccolta dati ampio e articolato somministrato, attraverso un'intervista strutturata, a persone straniere con HIV afferenti a centri clinici presenti in differenti regioni del Nord, Centro e Sud, regioni dove è alta la presenza di persone di nazionalità non italiana (5). L'utilizzo di una metodologia di campionamento di tipo non probabilistico (di convenienza) e il differente inizio di arruolamento nei diversi centri partecipanti (per alcuni settembre 2005 per altri gennaio 2007) possono costituire un limite, in quanto il campione non può essere considerato rappresentativo dell'intera popolazione in esame. Pur tuttavia, alcuni risultati sono interessanti e consentono di avere elementi conoscitivi in merito a questo target.

I risultati ottenuti, in accordo con quanto emerge in altri studi, evidenziano che i rapporti sessuali non protetti rappresentano, per il campione in esame, la principale via di contagio e una modalità di rischio costante nel tempo (6-8). Rimane, infatti, una proporzione pari a circa la metà del campione che dichiara di non proteggere i rapporti vaginali e anali con partner occasionali, mentre è di circa un terzo la proporzione di quanti non utilizzano alcuna protezione con i partner occasionali. Tale proporzione, se pur inferiore, si mantiene anche nei rapporti sessuali in cambio di denaro o droga. La scarsa propensione ad un utilizzo generalizzato del preservativo in tutti i tipi di rapporto e con tutti i partner sembrerebbe presupporre una bassa percezione del rischio.

I risultati, se pur non generalizzabili all'intera popolazione straniera con infezione da HIV presente in Italia, suggeriscono la necessità di rafforzare le strategie di prevenzione rivolte a tale target, che ha accesso alle strutture sanitarie, fruisce dell'assistenza e delle cure da esse erogate, è a conoscenza delle modalità di trasmissione dell'HIV e delle più efficaci strategie di prevenzione, ma si mostra restio a tutelare la propria salute e quella della collettività.

Pertanto, appare necessario mettere a punto interventi di prevenzione secondaria e di educazione alla salute, che prendano in considerazione quale target privilegiato le persone con infezione da HIV, le quali hanno bisogno di cure farmacologiche e di esami di routine per tenere sotto controllo l'infezione, ma anche di attenzione verso la sfera comportamentale e le relative motivazioni, che sembrano favorire il permanere di stili di vita a rischio (1, 9).

Si ringrazia per la collaborazione: U.O. AIDS ASL RM/B, Roma (Dott.ssa Rosa Brancatella) - S. Galliciano IRCCS, Roma (Dott. Aldo Morrone, Dott.ssa Teresa D'Arca) - U.O. AIDS ASL RM/E, Roma (Dott.ssa Laura Spizzichino).

### Riferimenti bibliografici

- (1) Piot P, Baros M, Larson H, Zewdie D, Mane P. Coming to terms with complexity: a call to action for HIV prevention. *Lancet Published Online* August 8 2008.
- (2) Saracino A, El Hamad I, Prato R, Cibelli DC, Tartaglia A, Palombo E, Pezzoli MC, Angarano G, Scotto G, SIMIT Study Group. Access to HAART in HIV-infected immigrants in a retrospective multicenter Italian Study. *AIDS Patient Care STDS* 2005; 19 (9): 599-606.
- (3) Petrosillo N, Colucci A, Luzi AM, Gallo P, Palmieri F e il gruppo del National Focal Point italiano. L'intervento delle strutture pubbliche e non governative italiane nel rapporto tra popolazioni migranti e infezione da HIV. *Ann Ist Super Sanità* 2004; 40 (4): 433-439.
- (4) Suligoi B, Boros S, Camoni L, Lepore Santoro A. Aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV al 31 dicembre 2007. *Not Ist Super Sanità* 2008; 21 (5) Suppl 1.
- (5) Caritas/ Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico* 2007. XVII Rapporto. Roma: IDOS; 2007.
- (6) Bouhnik AD, Préau M, Lert F, Peretti-Watel P, Schiltz Ma, Obadia Y, Spire B and the VESPA Study Group. Unsafe sex in regular partnership among heterosexual persons living with HIV: evidence from a large representative sample of individuals attending outpatient services in France (ANRS-EN12-VESPA Study). *AIDS* 2007; 21(suppl1): S57-S62.
- (7) Bourdeau B, Thomas VK, Long JK. Latino sexual styles: developing a nuanced understanding of risk. *J Sex Res.* 2008 Jan-Mar; 45 (1): 71-81.
- (8) Folch C, Esteve A, Sanclemente C, Martró E, Lugo R, Molinos S, Gonzalez V, Ausina V, Casabona J. Prevalence of human immunodeficiency virus, Chlamydia trachomatis, and Neisseria gonorrhoeae and risk factors for sexually transmitted infections among immigrant female sex workers in Catalonia, Spain. *Sex Transm Dis.* 2008 Feb; 35 (2): 178-83.
- (9) Piot P. AIDS: From crisis management to sustained strategic response. *Lancet* 2006; 368: 526-530.

## Ospedalizzazione tra gli stranieri

**Significato.** Il tasso di ospedalizzazione ha permesso in questi anni di monitorare l'impatto del fenomeno migratorio sui servizi sanitari e di confrontare la frequenza del ricorso alle cure ospedaliere da parte degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (Pfp<sup>m</sup>)<sup>1</sup> rispetto al complesso dei residenti, al netto delle diverse dimensioni delle popolazioni a confronto.

Il calcolo dell'indicatore viene ristretto ai soggetti di

18 anni ed oltre, in ragione della notevole sottostima dei minorenni nell'archivio dei permessi di soggiorno. I tassi sono standardizzati per età con il metodo diretto (utilizzando come popolazione standard quella residente in Italia alla data del Censimento 2001) e calcolati separatamente per sesso, regime di ricovero, regione di erogazione e raggruppamento di diagnosi principale.

### Tasso di dimissioni ospedaliere tra gli immigrati\*

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

Dimissioni di stranieri da Pfp<sup>m</sup> di 18 anni ed oltre

Popolazione media straniera da Pfp<sup>m</sup> regolarmente soggiornante di 18 anni ed oltre

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

La fonte dei ricoveri (numeratore) è rappresentata dall'archivio nazionale delle Schede di Dimissioni Ospedaliere (SDO) del Ministero della Salute (attualmente Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali) che registra tutti gli episodi di ricovero avvenuti in Italia presso strutture ospedaliere pubbliche e private (accreditate e non). Sono escluse dall'analisi di seguito riportata le SDO relative ai neonati sani. L'anno di attività è il 2005.

La stima del numero di stranieri presenti in Italia (denominatore) si basa sui permessi di soggiorno, registrati dal Ministero dell'Interno e rielaborati dall'Istat. I dati si riferiscono alla media dei permessi rilevati al 31/12/2004 e al 31/12/2005.

**Validità e limiti.** I dati relativi ai ricoveri provengono da fonte amministrativa che, per quanto caratterizzata da elevata copertura territoriale e da modalità standardizzate di rilevazione, è pur sempre passibile di distorsioni opportunistiche o generica inaccuratezza nelle variabili socio-demografiche e cliniche. In particolare, l'informazione sulla cittadinanza, utilizzata come criterio identificativo degli stranieri nell'archivio delle SDO, continua a presentare in diverse regioni italiane una bassa sensibilità, che si traduce in una sottostima dei ricoveri a carico della popolazione immigrata.

Una distorsione nel calcolo del numeratore, di segno opposto, deriva dall'impossibilità di eliminare dai ricoveri degli stranieri quelli a carico dei soggetti irregolari (STP).

I due errori potrebbero in parte annullarsi, anche se è molto difficile valutare in quale misura questo possa

avvenire nelle diverse regioni.

Rispetto al denominatore, possiamo presumere che la sottostima della popolazione straniera, dovuta alla presenza degli irregolari non inclusi nelle stime ufficiali, si traduca in una tendenza alla sovrastima dei tassi di ospedalizzazione.

**Valore di riferimento/Benchmark.** I tassi di ospedalizzazione degli immigrati, standardizzati per età, vengono confrontati con quelli dell'intera popolazione residente (anno 2005), al fine di evidenziare possibili differenze nell'utilizzo dei servizi ospedalieri nelle regioni e di individuare alcune condizioni patologiche particolarmente critiche.

### Descrizione dei risultati

Nel 2005, i ricoveri di cittadini stranieri sono stati oltre 450 mila (pari al 3,6% dell'ospedalizzazione complessiva nel nostro Paese), effettuati quasi esclusivamente in reparti per acuti e per il 73% in regime ordinario (Tabella 1).

Per quanto riguarda la provenienza, il 90% ha riguardato immigrati da Pfp<sup>m</sup> e di questi: il 46% dall'Est europeo (di cui più di un terzo dalla Romania); il 28% dal continente africano, in particolare dal Nord-Africa (18%); il 14% dall'Asia, soprattutto dalla Cina (4%); e il 12% dall'America Latina.

Nel corso degli anni, si è registrato un costante aumento dei ricoveri a carico di stranieri da Pfp<sup>m</sup> (Tabella 1). In particolare, rispetto al 1998 le degenze in regime ordinario sono raddoppiate e i Day Hospital quasi quadruplicati, dati solo in parte spiegabili alla luce dell'incremento demografico. Soprattutto

<sup>1</sup>Sono considerati a forte pressione migratoria, secondo la classificazione Istat, i Paesi dell'Europa centro-orientale, dell'Africa, dell'Asia ad eccezione di Israele e Giappone, e dell'America centro-meridionale.

l'aumento dell'attività di Day Hospital consolida una tendenza osservata oramai da diverso tempo e attribuita ad un utilizzo più maturo dei servizi da parte degli immigrati, ossia svincolato dalle situazioni di stretta emergenza.

L'analisi della casistica in base alle caratteristiche socio-demografiche mostra pazienti prevalentemente giovani, in linea con il profilo demografico: il 71% dei ricoveri di stranieri da Pfp è risultato a carico di persone tra 18 e 49 anni (la percentuale calcolata per l'intera popolazione residente si attesta al 30%); la classe d'età degli ultrasessantacinquenni non supera tra gli immigrati il 3% (rispetto al 40% nei residenti). Le donne rappresentano il 66% (53% tra i residenti). La Tabella 2 mostra il numero di ricoveri di immigrati per regione di erogazione, sesso e regime di ricovero, e i tassi di ospedalizzazione, standardizzati per età, negli stranieri e nei residenti maggiorenni.

Il 62% dei ricoveri è concentrato nelle regioni del Nord, il 26% al Centro e il 12% al Sud e nelle Isole, dati che riflettono essenzialmente la ripartizione geografica della popolazione straniera nel nostro Paese. Tra le regioni, la Lombardia figura al primo posto con circa 101 mila ricoveri (pari a un quarto del totale nazionale), seguita dal Lazio con 58.330 (14%), dall'Emilia-Romagna (11%) e dal Veneto (10%).

Per gli uomini, i tassi di ospedalizzazione riferiti agli immigrati da Pfp sono risultati più bassi rispetto alla popolazione residente (131 contro 156 per 1.000 in regime ordinario; 42 contro 68 per 1.000 in Day Hospital), segno di un minore ricorso alle prestazioni ospedaliere da parte della popolazione straniera.

Per le donne, invece, la situazione si inverte, con valori nettamente più elevati tra le straniere rispetto alle residenti in regime ordinario (174 contro 157 per 1.000) e sostanzialmente equivalenti in Day Hospital. Tale eccesso di ospedalizzazione è attribuibile all'elevato numero di ricoveri per motivi legati alla riproduzione (parti e interruzioni volontarie di gravidanza).

Si evidenzia, inoltre, una marcata variabilità geografica, con tassi di ospedalizzazione tendenzialmente più elevati nelle regioni meridionali, tanto per gli stranieri quanto per i residenti (sia uomini che donne). Tale variabilità, accostata al dato eccessivamente alto per le Isole, rivela la persistenza di problemi legati a una diversa qualità delle informazioni disponibili.

La Tabella 3 riporta la distribuzione dei ricoveri ordinari per sesso e diagnosi alla dimissione e i tassi standardizzati di ospedalizzazione relativi agli stranieri da Pfp e alla popolazione residente sopra i 18 anni. Negli uomini, la causa più frequente continua a essere rappresentata dai traumatismi, con una percentuale media pari al 24,5% e una certa variabilità tra i grup-

pi etnici: in particolare, tra i romeni e gli ucraini tale percentuale raggiunge il 30%, mentre scende al 19% tra i cinesi e al 15% tra i filippini.

Al secondo posto troviamo le malattie dell'apparato digerente (14%), tra cui si osserva un numero particolarmente elevato di appendicitis acute (circa un quinto delle diagnosi gastroenterologiche). Seguono le malattie del sistema circolatorio (10%) e di quello respiratorio (9%, in particolare broncopneumopatie croniche).

Per quanto riguarda i tassi maschili, gli unici raggruppamenti nei quali gli immigrati presentano valori superiori a quelli della popolazione residente sono i già citati traumatismi (17 contro 14 per 1.000) e le malattie infettive (4,2 contro 2,2 per 1.000).

Nelle donne, la causa più frequente di ricovero ordinario è rappresentata dal parto e dalle complicanze della gravidanza, con una percentuale pari al 57% e un tasso di 58 per 1.000 (contro 32 per 1.000 nelle residenti). Se escludiamo i ricoveri legati alla riproduzione, troviamo ai primi posti le infezioni dell'apparato genitourinario (17%), dell'apparato digerente (14%) e dei tumori (11%, di cui un quarto sono leiomiomi uterini). A differenza degli uomini, i tassi di ospedalizzazione delle donne immigrate risultano superiori a quelli delle residenti in svariati gruppi diagnostici, con valori quasi doppi per la gravidanza e il parto, e per le malattie infettive.

Per quanto riguarda i ricoveri in Day Hospital (dati non mostrati), tra gli uomini troviamo ai primi posti le malattie dell'apparato digerente (13%, in larga parte interventi di ernia inguinale) e i "fattori che influenzano lo stato di salute" (12%, in particolare chemio e radioterapia); seguono le malattie infettive (10%, soprattutto HIV/AIDS e tubercolosi), le malattie dell'apparato muscolo-scheletrico e del tessuto connettivo (9%) e i traumatismi (9%).

Tra le donne più della metà degli accessi in Day Hospital (56%) è determinato da motivi legati alla riproduzione e di questi l'interruzione volontaria di gravidanza costituisce quasi la totalità (85%).

L'andamento dei tassi di ricovero per età (Grafici 1 e 2) mostra tra gli immigrati uomini livelli analoghi a quelli dei residenti in regime ordinario, mentre in Day Hospital i valori si mantengono marcatamente al di sotto, in tutte le classi d'età. Nelle donne si conferma il maggior ricorso ai servizi ospedalieri nelle classi d'età riproduttiva, con un picco anticipato e molto più pronunciato rispetto alle donne residenti. In età più avanzata, i tassi scendono al di sotto di quelli osservati sul totale delle residenti e si allineano sui livelli di ospedalizzazione degli immigrati uomini.

**Tabella 1** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, percentuali e variazioni percentuali) per provenienza e regime di ricovero - Anni 1998, 2000, 2003, 2005

Provenienza	Ricoveri ordinari					Day Hospital				
	1998	2000	2003	2005	Δ % 1998-2005	1998	2000	2003	2005	Δ % 1998-2005
Stranieri da Psa*	40.056 (0,4%)	32.287 (0,3%)	32.998 (0,4%)	33.715 (0,4%)	-15,8	8.113 (0,4%)	7.995 (0,3%)	8.240 (0,3%)	10.284 (0,3%)	+26,8
Stranieri da Pfp**	147.194 (1,5%)	183.521 (1,9%)	238.593 (2,6%)	295.236 (3,4%)	+100,6	29.842 (1,5%)	45.484 (1,9%)	85.898 (2,8%)	113.794 (2,9%)	+281,3
<b>Totale ricoveri nazionali</b>	<b>9.964.872 (100%)</b>	<b>9.556.665 (100%)</b>	<b>9.184.175 (100%)</b>	<b>8.587.529 (100%)</b>	<b>-13,8</b>	<b>2.016.336 (100%)</b>	<b>2.340.604 (100%)</b>	<b>3.105.941 (100%)</b>	<b>3.986.924 (100%)</b>	<b>+97,7</b>

\*Psa: Paesi a sviluppo avanzato.

\*\*Pfp: Paesi a forte pressione migratoria.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Tabella 2** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti e tassi standardizzati per 1.000) di stranieri da Pfp e residenti di 18 anni ed oltre per regione di ricovero, regime di ricovero e sesso - Anno 2005

Regioni	Ricoveri ordinari						Day Hospital					
	Maschi			Femmine			Maschi			Femmine		
	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti	Dimessi Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti
Piemonte	7.545	123,3	116,6	15.912	167,4	124,4	3.120	57,2	64,9	7.919	86,1	68,0
Valle d'Aosta	151	98,7	141,1	357	179,2	145,0	55	52,7	63,1	113	45,6	58,5
Lombardia	28.647	131,6	156,8	46.277	176,3	153,2	7.599	41,2	62,3	18.597	70,2	70,9
Trentino-Alto Adige	2.166	146,3	160,7	3.686	172,5	166,9	608	26,5	52,6	1.347	55,9	65,3
Bolzano-Bozen	1.188	155,4	178,2	1.619	184,2	188,6	261	22,1	49,2	551	48,4	63,8
Trento	978	138,5	144,7	2.067	165,4	147,9	347	30,4	55,7	796	61,0	66,6
Veneto	10.820	110,5	136,4	21.113	164,9	141,9	3.401	65,3	59,7	7.083	74,3	61,1
Friuli-Venezia Giulia	2.208	93,0	130,7	4.128	137,0	134,2	623	17,9	35,7	1.509	43,3	43,8
Liguria	3.759	163,3	136,9	6.603	247,2	138,0	1.797	80,4	96,2	4.043	143,5	108,5
Emilia-Romagna	11.930	125,6	142,1	21.477	165,8	148,2	2.632	29,7	47,7	7.825	57,0	55,3
Toscana	6.693	105,1	121,2	12.911	157,7	126,6	2.048	23,0	52,2	6.010	60,5	56,1
Umbria	2.067	124,8	128,2	4.408	169,7	132,3	556	37,1	61,4	1.813	73,0	67,5
Marche	2.437	92,0	146,8	5.508	137,4	144,3	563	25,9	47,0	1.460	35,4	51,9
Lazio	14.294	144,8	172,4	24.581	173,7	179,0	6.829	43,1	90,5	12.626	75,4	97,2
Abruzzo	1.652	155,5	218,2	3.307	190,7	208,2	434	36,2	65,3	1.431	76,7	81,5
Molise	54	34,3	195,1	143	63,5	193,5	15	16,2	61,5	61	31,9	67,6
Campania	3.995	210,7	185,3	7.566	221,5	177,5	879	45,2	83,2	3.711	86,0	86,2
Puglia	2.039	142,5	185,8	3.877	224,9	187,4	269	25,0	52,4	738	45,0	55,4
Basilicata	47	54,2	155,2	76	25,1	150,7	10	24,6	71,6	48	12,4	76,3
Calabria	1.119	145,2	181,7	2.350	232,0	181,4	287	46,7	64,2	911	82,9	75,3
Sicilia	2.911	187,6	169,9	4.406	240,1	163,2	1.408	102,6	112,0	2.716	145,1	120,0
Sardegna	761	437,6	174,2	1.255	397,0	175,6	239	138,7	66,4	461	178,6	76,8
<b>Italia</b>	<b>105.295</b>	<b>130,7</b>	<b>156,2</b>	<b>189.941</b>	<b>174,3</b>	<b>157,4</b>	<b>33.372</b>	<b>42,4</b>	<b>68,3</b>	<b>80.422</b>	<b>71,5</b>	<b>75,0</b>

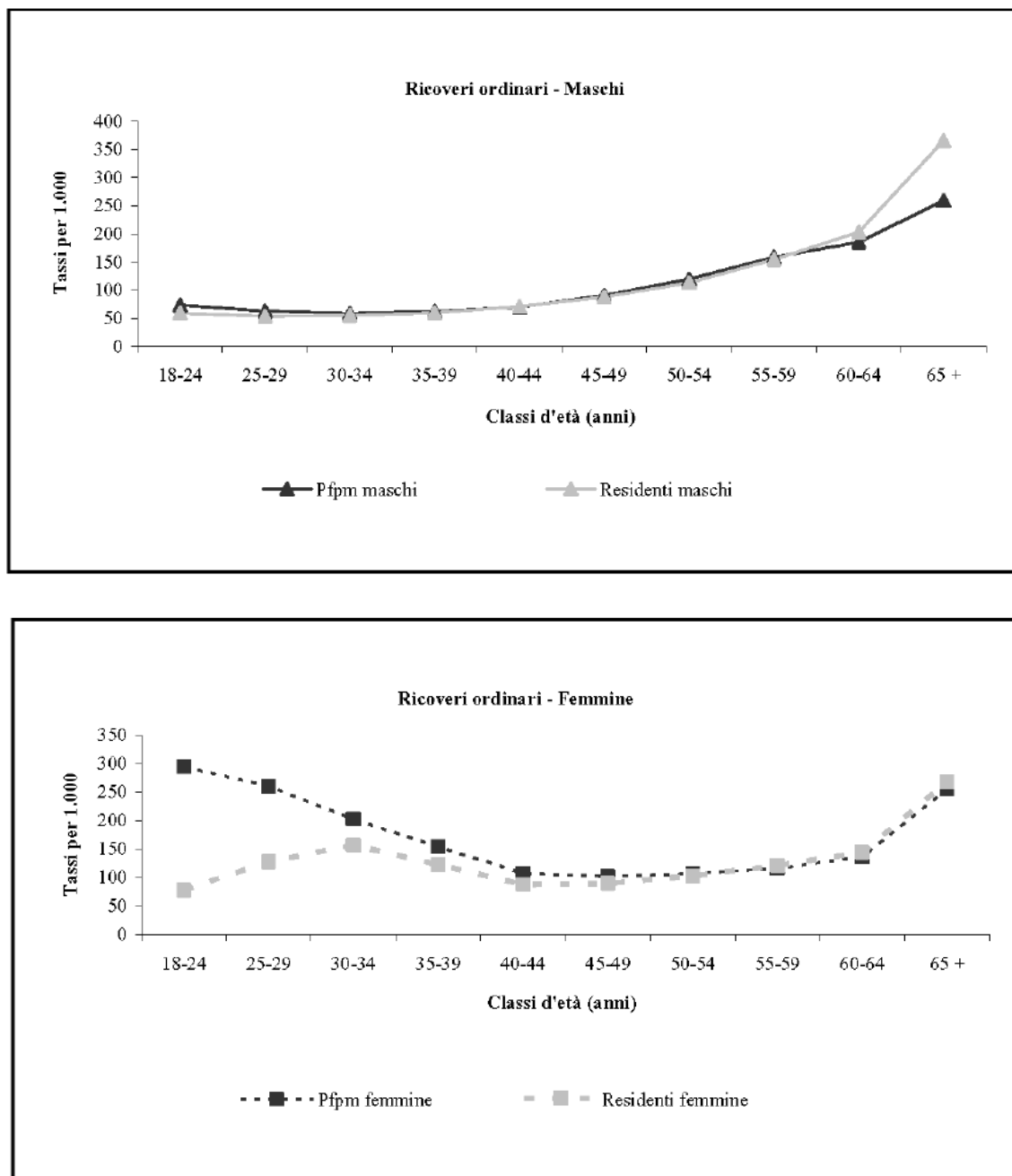
**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Tabella 3** - Dimissioni ospedaliere (valori assoluti, valori percentuali e tassi standardizzati per 1.000) in regime ordinario di stranieri da Pfp e residenti di 18 anni ed oltre, per diagnosi alla dimissione e sesso - Anno 2005

ICD-9-CM	Descrizione	Maschi				Femmine			
		Dimessi Pfp	% Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti	Dimessi Pfp	% Pfp	Tassi std Pfp	Tassi std residenti
001-139	Malattie infettive e parassitarie	4.071	5,5	4,2	2,2	2.597	1,6	2,9	1,6
140-239	Tumori	3.147	4,3	12,0	17,1	7.827	4,8	12,9	14,1
240-279	Malattie endocrine, nutrizionali, metaboliche e disturbi immunitari	1.268	1,7	2,7	2,7	1.645	1,0	3,5	4,1
280-289	Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	477	0,6	1,0	1,1	822	0,5	1,3	1,2
290-319	Disturbi psichici	3.346	4,5	3,0	4,5	3.310	2,0	3,3	4,4
320-389	Malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi	3.538	4,8	6,7	8,0	3.148	1,9	5,9	7,6
390-459	Malattie del sistema circolatorio	7.316	9,9	28,9	36,8	5.263	3,2	19,3	22,9
460-519	Malattie dell'apparato respiratorio	6.369	8,6	12,9	14,1	3.960	2,4	8,6	7,9
520-579	Malattie dell'apparato digerente	10.245	13,9	15,6	17,8	10.084	6,1	14,4	12,9
580-629	Malattie del sistema genito-urinario	3.298	4,5	7,8	9,8	12.055	7,3	12,1	10,8
630-677	Gravidanza, parto e puerperio					93.618	56,9	57,5	32,1
680-709	Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	1.094	1,5	1,3	1,9	804	0,5	1,2	1,4
710-739	Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	4.513	6,1	6,3	10,1	3.601	2,2	7,1	11,2
740-779	Malformazioni congenite e condizioni morbose di origine perinatale	560	0,8	0,5	0,8	666	0,4	0,6	0,8
780-799	Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	4.095	5,6	6,8	7,8	5.001	3,0	7,4	6,1
800-999	Traumatismi e avvelenamenti	18.006	24,5	16,7	14,4	6.690	4,1	10,6	11,3
V01-V82	Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	2.295	3,1	4,2	7,2	3.360	2,0	5,6	7,0
	<b>Totale</b>	<b>73.638</b>	<b>100,0</b>	<b>130,7</b>	<b>156,2</b>	<b>164.451</b>	<b>100,0</b>	<b>174,3</b>	<b>157,4</b>

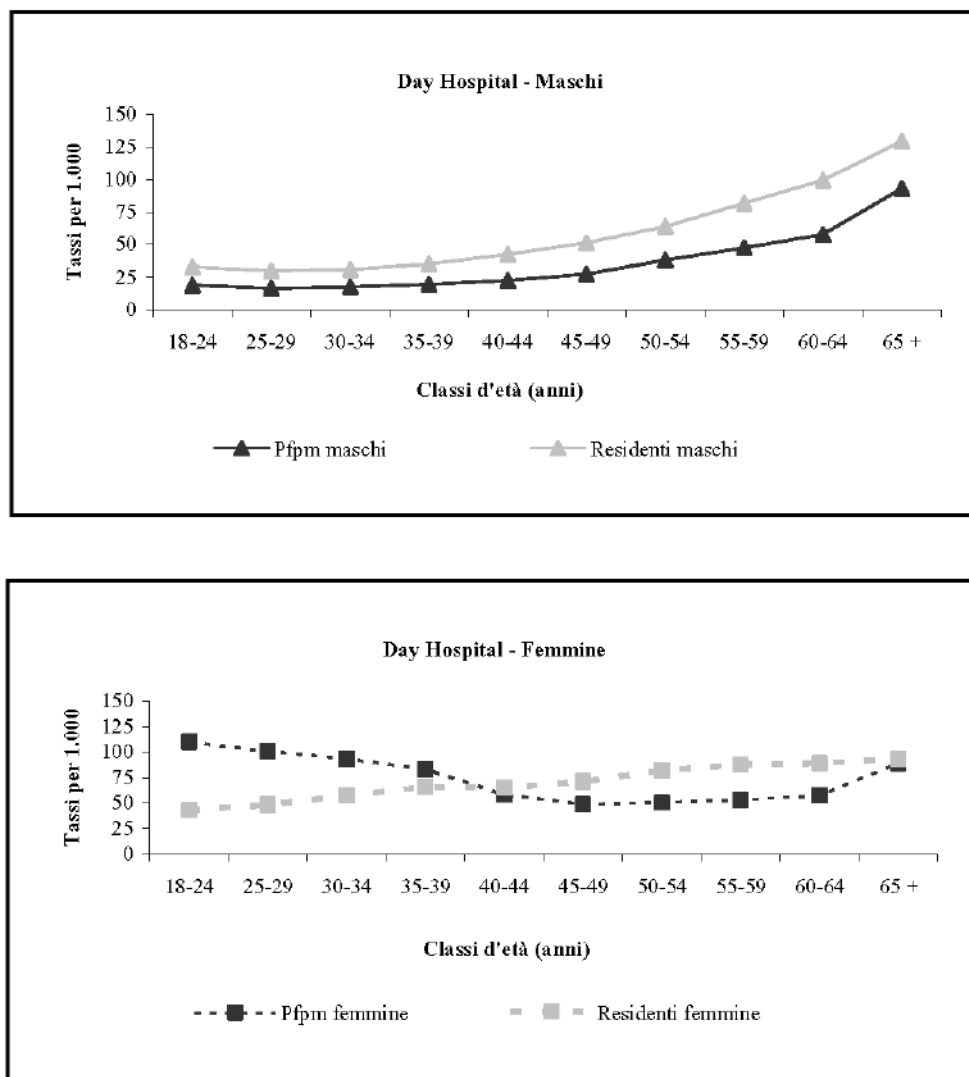
**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Grafico 1** - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in regime di ricovero ordinario per provenienza e sesso - Anno 2005



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

**Grafico 2** - Tassi specifici di dimissioni ospedaliere (per 1.000) in Day Hospital per provenienza e sesso - Anno 2005



**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni Istat su dati del Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali (ex Salute). Anno 2008.

### Raccomandazioni di Osservasalute

I livelli di ospedalizzazione degli stranieri uomini evidenziano un ricorso al ricovero ordinario sostanzialmente sovrapponibile alla popolazione maschile residente, mentre continua a evidenziarsi un sottoutilizzo del Day Hospital.

Per le donne la situazione si inverte, con valori medi nettamente più elevati tra le straniere rispetto alle residenti in regime di ricovero ordinario e sostanzialmen-

te equivalenti in Day Hospital, per motivi legati alla vita riproduttiva.

Dal punto di vista della Sanità Pubblica, continuano a persistere alcune aree di particolare criticità, in particolare i traumatismi per gli uomini e le IVG per le donne.

Si segnala l'alto numero di ricoveri per interventi ad alto rischio di inappropriatelyzza (appendiciti e leiomiomi), che merita di essere approfondito.



## Mortalità tra gli stranieri

**Significato.** Nel presente lavoro, 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 18-64 anni, disaggregati per sesso, aree di cittadinanza, principali gruppi di cause di morte. Il tasso di mortalità rappresenta, infatti, un indicatore indiretto del livello di salute della popolazione e,

come conseguenza, una misura del livello di disagio sociale e del grado di integrazione degli stranieri nella società di destinazione.

Più precisamente, al fine di raggiungere un sufficiente grado di comparabilità a fronte di un universo di riferimento fortemente differenziato, il tasso considerato è stato standardizzato per età attraverso il metodo diretto o della *popolazione tipo*, individuata nella popolazione standard mondiale.

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

Numeratore	Decessi di stranieri residenti in Italia di 18-64 anni	
	—————	x 10.000
Denominatore	Popolazione media straniera residente in Italia di 18-64 anni	

\*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) e che utilizza la scheda di morte come modello per la raccolta delle informazioni. Tale rilevazione è di tipo totale e si riferisce a 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 è stata circoscritta alla popolazione straniera residente in Italia, 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 tale 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 fa presente che al momento 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.

Per il calcolo dei tassi complessivi a livello regionale, a causa dei problemi evidenziati più sopra in relazione alle variabili di disaggregazione, è stata utilizzata un’ulteriore fonte, la rilevazione della popolazione straniera residente in Italia per sesso e singolo anno di età, la quale tuttavia non raccoglie informazioni sulla cittadinanza.

Nell’interpretazione dei risultati, si sottolinea l’importanza di due aspetti che rendono 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 ulteriore 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.

Nell'insieme emerge la necessità di armonizzare i contenuti delle diverse fonti informative disponibili e la modalità di calcolo degli indicatori, che in alcuni casi ha portato a limitare le analisi ai soli stranieri residenti in età 18-64 anni, per i quali da un lato la presenza in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine per motivi di salute è più bassa, dall'altro è possibile una stima dei denominatori di riferimento e la costruzione di tassi di mortalità specifici e standardizzati distinti per età, sesso, cittadinanza, gruppi di cause di morte. 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.

Nella presente edizione del Rapporto Osservasalute sono stati riportati i tassi di mortalità anche per gruppi di cause di decesso riferiti all'anno 2003, il più recente disponibile; tali informazioni aggiornate al 2002 erano state diffuse nel volume 2006. Lo slittamento che si è verificato è dovuto all'adozione da parte dell'Italia della X Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD-10), raccomandata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

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

### Descrizione dei risultati

Nel periodo di osservazione 1992-2005, l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 45.000 unità, con un andamento crescente degli eventi che fa registrare una variazione percentuale media annua del +7,6% per i residenti, del +5,6% per i non residenti, del +6,6% nel complesso. Tali aumenti sono decisamente più significativi considerando i decessi degli stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria: +12,3% tra i residenti, +10,7% tra i non residenti, +11,5% per il totale (Tabella 1 e Grafico 1).

Gli eventi dei non residenti rappresentano la maggioranza fino al 2002, mentre per il sotto universo degli stranieri 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 1997, pari al 73,5% nel 2005), sia tra i non residenti (a partire dal 2000, pari al 67% nel 2005), si registrano percentuali superiori al 50% tra i decessi di residenti rispettiva-

mente nel 1992 (50,1%), nel 1999 (52,4%), nel 2004 (53,8%) e, soprattutto, nel 2005 (54,7%).

In questo senso va interpretato il primo allargamento dell'Unione Europea, avvenuto 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 quest'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 (Grafico 1).

Esaminando il totale dei decessi oltre il primo anno di vita in valore assoluto, nel 2005 la distribuzione territoriale tra le regioni italiane di residenza rispecchia quella della popolazione straniera di riferimento, con una prevalenza del Nord-Ovest e del Centro; 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, nel Centro 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 medio di riferimento rappresentato dal valore totale (circa 22 decessi per 10.000 stranieri residenti) si riscontrano in Trentino-Alto Adige (poco più di 30 per 10.000), in Friuli-Venezia Giulia (quasi 24 per 10.000), in Liguria e in Emilia-Romagna (rispettivamente circa 29 e circa 25 per 10.000), in Toscana e nelle Marche (circa 23 per 10.000), nel Lazio (28,5 per 10.000) e in Campania (29,7 per 10.000). 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 13,2 decessi per 10.000 straniere residenti. In questo caso, il Trentino-Alto Adige si attesta su 22 decessi per 10.000, il Veneto su 14,4 per 10.000, la Liguria su circa 14 per 10.000, le Marche su 14,9 per 10.000, il Lazio su 15,7, la Campania su 13,7 per 10.000, la Puglia e la Calabria, con valori superiori a quelli degli uomini, su circa 14 decessi per 10.000 straniere residenti; la Sardegna, infine, registra un tasso di mortalità pari a quasi 17 per 10.000 (Tabella 2).

A causa dei limiti illustrati in precedenza e relativi alle fonti statistiche dei dati, l'introduzione delle aree di cittadinanza nell'analisi della mortalità e, successivamente, delle cause di decesso porta a circoscrivere la popolazione di interesse ai soli stranieri residenti di età 18-64 anni. Il confronto tra il 2003 e il 2005 fa emergere un netto vantaggio delle donne rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza, e un andamento differenziato dei tassi di mortalità nel triennio (Tabella 3 e Grafico 2). Gli uomini dei Paesi a sviluppo avanzato sono caratterizzati da una tendenza alla diminuzione dei tassi di mortalità con una variazione media percentuale pari a -4,3% nel complesso e a -3,6% considerando i 14 Paesi dell'Unione Europea; le donne, al contrario, registrano variazioni positive anche consistenti (+27% nel totale dei Paesi a sviluppo avanzato; +7% per i 14 Paesi dell'Unione Europea). Una situazione opposta è quella dei Paesi dell'Europa centro-orientale dai quali sono stati separati i nuovi Paesi entrati a far parte dell'Unione Europea tra Maggio 2004 e Gennaio 2007: in questo caso sono i tassi di mortalità degli uomini ad aumentare, con variazioni che per il sottogruppo dei cittadini dei nuovi Paesi dell'Unione Europea raggiungono addirittura +32,3% (l'aumento complessivo dell'area è +2,4%). La diminuzione dei livelli di mortalità delle donne è pari a -16%. Anche le restanti cittadinanze comprese nell'area dei Paesi a forte pressione migratoria (Pfp) sono caratterizzate da tassi di mortalità in discesa, soprattutto tra gli uomini dei Paesi del bacino sud del Mediterraneo (-19%).

Per quanto concerne le cause di morte, i dati più recenti del 2003 sono stati messi a confronto con quelli del 1995; nella selezione dei gruppi principali sembra utile ricordare che ora il riferimento è la X Revisione della Classificazione Internazionale delle

Malattie e alcune variazioni nei tassi potrebbero essere imputabili all'impatto dovuto a questo passaggio (Tabella 4).

Per gli stranieri con cittadinanza del complesso dei Paesi a sviluppo avanzato, dal 1995 al 2003 le malattie del sistema cardio-circolatorio, che subiscono lievi modifiche aumentando tra gli uomini (da 3,3 per 10.000 a 3,9) e diminuendo tra le donne (da 1,1 a 0,8), lasciano la posizione di preminenza ai tumori, caratterizzati da una crescita piuttosto decisa soprattutto tra gli uomini (da 2,6 nel 1995 a 5,2 decessi per 10.000 residenti nel 2003) rispetto alle donne (da 1,9 a 2,9). Nell'ambito di questo gruppo aumentano anche i tassi di mortalità per le cause esterne o accidentali, ma solo per gli uomini. I 14 Paesi dell'Unione Europea riflettono pienamente le caratteristiche della mortalità dell'intera area di riferimento, registrando valori più alti dei tassi.

I Paesi dell'Europa centro-orientale per ciò che riguarda i tumori seguono lo stesso andamento crescente delle cittadinanze precedenti con differenze più marcate che in un'ottica di genere, seppur con segnali di miglioramento, mettono in luce lo svantaggio delle donne dei nuovi Paesi dell'Unione Europea (nel 1995, 6,4 decessi per tumore per 10.000 donne contro il 2,4 degli uomini; nel 2003, 3,3 contro 1,9 per 10.000). Tutto ciò denota una scarsa cultura della prevenzione già all'interno di questi Paesi che condiziona negativamente le tendenze della mortalità degli stranieri con nazionalità dell'Est europeo anche in Italia; in effetti, tali patologie sono particolarmente legate sia alle campagne di sensibilizzazione, sia alle diagnosi precoci orientate a interventi di cura tempestivi. Per entrambi i sessi la seconda causa di morte in ordine di importanza è rappresentata dalle cause esterne o accidentali.

D'altra parte, per gli uomini dei Paesi a forte pressione migratoria, i tassi di mortalità per le cause esterne e/o accidentali sono i più significativi e risultano in leggero aumento sia per il complesso dell'area (da 4,4 per 10.000 residenti a 4,6), sia per i cittadini dei Paesi del bacino sud del Mediterraneo (da 5,1 a 5,8): in questo ambito gli incidenti stradali e sul lavoro rappresentano la maggioranza.

Per quanto concerne l'AIDS, dai dati relativi agli stranieri residenti in Italia si evince che l'effetto del forte ricorso alla medicalizzazione ha reso tale causa di morte decisamente meno rilevante.

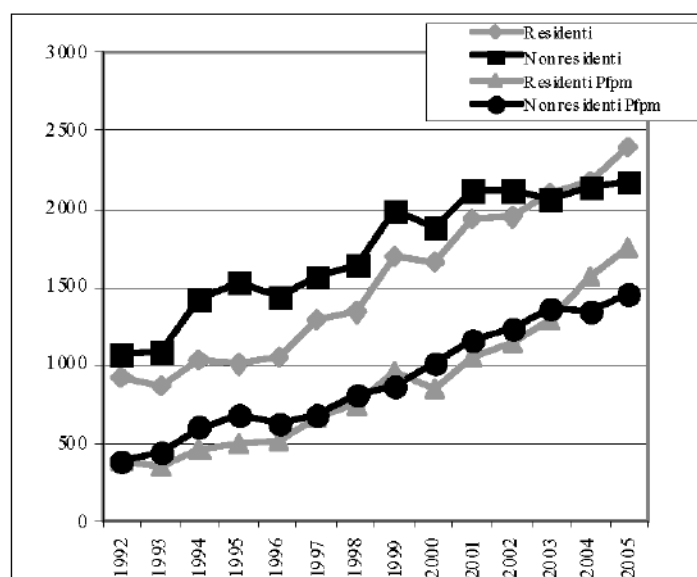
**Tabella 1** - Percentuale di decessi oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia - Anni 1992-2005

Anni	Residenti	Non residenti	Totale
1992	46,37	53,63	100,00
1993	44,14	55,86	100,00
1994	41,86	58,14	100,00
1995	39,70	60,30	100,00
1996	42,15	57,85	100,00
1997	45,20	54,80	100,00
1998	44,91	55,09	100,00
1999	46,10	53,90	100,00
2000	47,03	52,97	100,00
2001	47,85	52,15	100,00
2002	47,85	52,15	100,00
2003	50,46	49,54	100,00
2004	50,45	49,55	100,00
2005	52,35	47,65	100,00
<b>Totale</b>	<b>46,92</b>	<b>53,08</b>	<b>100,00</b>

**DI CUI CON CITTADINANZA DEI PAESI A FORTE PRESSIONE MIGRATORIA**

1992	50,06	49,94	100,00
1993	44,27	55,73	100,00
1994	43,85	56,15	100,00
1995	41,63	58,37	100,00
1996	45,27	54,73	100,00
1997	49,21	50,79	100,00
1998	48,07	51,93	100,00
1999	52,36	47,64	100,00
2000	45,43	54,57	100,00
2001	47,72	52,28	100,00
2002	47,77	52,23	100,00
2003	48,52	51,48	100,00
2004	53,83	46,17	100,00
2005	54,65	45,35	100,00
<b>Totale</b>	<b>49,09</b>	<b>50,91</b>	<b>100,00</b>

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2005.

**Grafico 1** - Decessi (valori assoluti) di stranieri oltre il primo anno di vita residenti e non residenti in Italia, con particolare riferimento ai Paesi a forte pressione migratoria - Anni 1992-2005

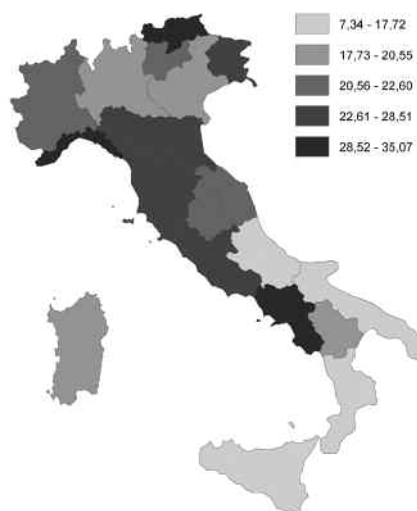
Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2005.

**Tabella 2** - Decessi (valori assoluti) e tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia oltre il primo anno di vita per regione e sesso - Anno 2005

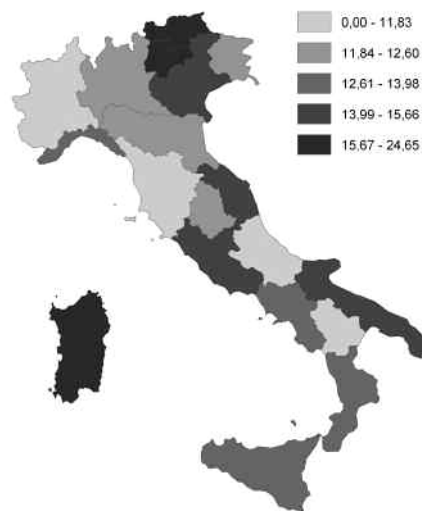
Regioni	Decessi di stranieri residenti			Tassi standardizzati di mortalità		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	129	68	197	21,78	11,44	16,19
Lombardia	287	175	462	18,26	11,91	14,94
Trentino-Alto Adige	45	48	93	30,32	22,14	25,63
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>31</i>	<i>39</i>	<i>70</i>	<i>35,07</i>	<i>24,65</i>	<i>29,34</i>
<i>Trento</i>	<i>14</i>	<i>9</i>	<i>23</i>	<i>22,34</i>	<i>19,31</i>	<i>20,07</i>
Veneto	154	81	235	20,23	14,43	17,25
Friuli-Venezia Giulia	47	27	74	23,77	12,60	18,32
Liguria	63	41	104	28,62	13,98	20,34
Emilia-Romagna	154	61	215	24,65	12,38	17,93
Toscana	124	60	184	22,95	10,95	16,05
Umbria	32	21	53	21,16	12,06	15,56
Marche	52	28	80	22,60	14,86	17,74
Lazio	209	166	375	28,51	15,66	20,60
Abruzzo e Molise	17	14	31	13,14	11,83	12,23
Campania	74	43	117	29,66	13,70	19,99
Puglia	18	21	39	7,34	14,04	10,78
Basilicata	4	0	4	20,55	0,00	9,47
Calabria	13	18	31	8,99	13,87	10,97
Sicilia	43	33	76	17,72	12,99	15,13
Sardegna	11	10	21	18,59	16,76	15,85
<b>Italia</b>	<b>1.476</b>	<b>915</b>	<b>2.391</b>	<b>21,64</b>	<b>13,16</b>	<b>16,98</b>

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". "Popolazione straniera residente per età e sesso". Anno 2005.

**Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia oltre il primo anno di vita per regione. Maschi. Anno 2005**



**Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia oltre il primo anno di vita per regione. Femmine. Anno 2005**

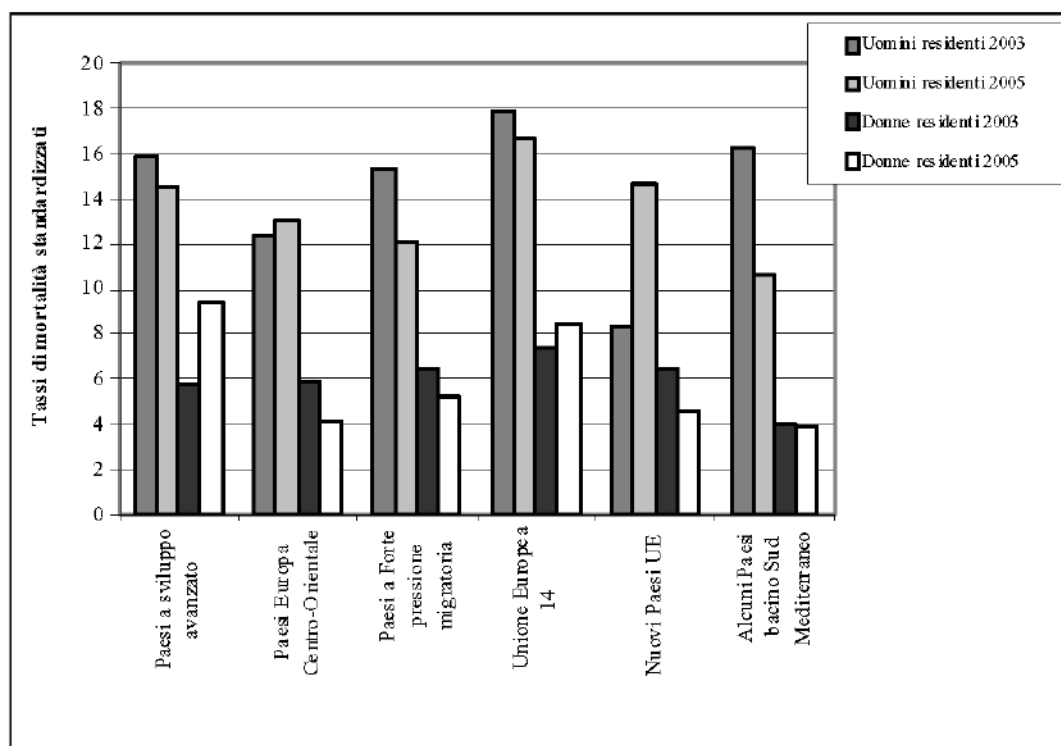


**Tabella 3** - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia di 18-64 anni, per area di cittadinanza e sesso - Anni 2003, 2005

Aree di cittadinanza*	2003			2005		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
<b>Paesi a Sviluppo Avanzato</b>	<b>15,82</b>	<b>5,79</b>	<b>9,97</b>	<b>14,48</b>	<b>9,34</b>	<b>11,66</b>
Unione Europea 14	17,90	7,33	11,83	16,63	8,44	12,00
<b>Paesi Europa centro-orientale</b>	<b>12,40</b>	<b>5,91</b>	<b>8,55</b>	<b>13,01</b>	<b>4,13</b>	<b>7,69</b>
Nuovi Paesi UE	8,37	6,45	7,56	14,65	4,55	8,34
<b>Paesi a forte pressione migratoria</b>	<b>15,35</b>	<b>6,43</b>	<b>10,84</b>	<b>12,13</b>	<b>5,29</b>	<b>8,76</b>
Alcuni Paesi bacino Sud Mediterraneo	16,21	3,97	11,08	10,66	3,94	8,11
<b>Totale</b>	<b>14,90</b>	<b>5,87</b>	<b>9,90</b>	<b>13,17</b>	<b>5,32</b>	<b>8,90</b>

\*Nell'ambito delle cittadinanze considerate, i Paesi a Sviluppo Avanzato includono i 14 membri dell'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 Paesi entrati a far parte dell'Unione Europea a 27 a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania. I Paesi a forte pressione migratoria comprendono, infine, 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". "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente". "Permessi di soggiorno dei cittadini stranieri". Anni 2003, 2005.

**Grafico 2** - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) degli stranieri residenti in Italia di 18-64 anni, per sesso e aree di cittadinanza\* - Anni 2003, 2005

\*cfr. Tab. 3.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente". "Permessi di soggiorno dei cittadini stranieri". Anni 2003, 2005.

**Tabella 4** - Tassi standardizzati di mortalità (per 10.000) di stranieri residenti in Italia di 18-64 anni, per area di cittadinanza, principali gruppi di cause di decesso e sesso - Anni 1995, 2003

Aree di cittadinanza*	Cause di decesso	1995			2003		
		M	F	Totale	M	F	Totale
<b>Paesi a Sviluppo Avanzato</b>	Tumori	2,60	1,90	2,20	5,2	2,92	3,88
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	0,10	0,10	0,5	0,25	0,38
	AIDS	1,10	0,10	0,50	0,2	-	0,07
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,30	1,10	2,20	3,9	0,84	2,18
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,30	0,10	0,2	-	0,06
	Cause esterne e/o accidentali	2,10	0,90	1,40	3,4	0,86	1,82
	Altre Malattie	1,80	0,90	1,30	2,55	0,92	1,59
	Totale	11,00	5,30	7,80	15,82	5,79	9,97
<b>Paesi Europa centro-orientale</b>	Tumori	0,70	3,60	2,00	4,43	2,70	3,32
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,11	0,44	0,32
	AIDS	-	0,10	-	0,02	0,03	0,02
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	4,90	1,40	3,20	2,63	0,93	1,57
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,10	0,10	0,19	-	0,07
	Cause esterne e/o accidentali	5,40	0,90	3,30	3,76	1,33	2,49
	Altre Malattie	1,20	1,50	1,40	1,25	0,48	0,76
	Totale	12,20	7,60	10,0	12,40	5,91	8,55
<b>Paesi a forte pressione migratoria</b>	Tumori	1,20	1,90	1,50	3,50	2,61	3,03
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	0,10	0,70	0,40	0,28	0,11	0,19
	AIDS	0,70	0,40	0,60	0,64	0,27	0,45
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	2,50	1,20	1,90	4,49	1,04	2,55
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,60	0,10	0,30	0,48	0,15	0,31
	Cause esterne e/o accidentali	4,40	1,40	3,00	4,64	0,97	2,97
	Altre Malattie	1,90	0,50	1,30	1,31	1,28	1,33
	Totale	11,50	6,00	8,90	15,35	6,43	10,84
<b>Focus su alcune specifiche aree di cittadinanza</b>							
<b>Unione Europea 14</b>	Tumori	2,55	2,23	2,39	5,95	3,68	4,67
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,76	0,38	0,55
	AIDS	1,04	0,15	0,56	0,24	-	0,11
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	4,04	1,66	2,80	4,75	1,00	2,70
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,18	0,09	-	-	-
	Cause esterne e/o accidentali	2,30	1,26	1,65	3,40	1,02	1,89
	Altre Malattie	1,74	1,29	1,47	2,80	1,25	1,91
	Totale	11,67	6,78	8,98	17,90	7,33	11,83
<b>Nuovi Paesi UE</b>	Tumori	2,37	6,36	4,70	1,90	3,34	3,00
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	-	-	-
	AIDS	-	0,22	0,16	-	0,08	0,04
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	4,96	-	2,11	0,86	1,49	1,28
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	-	-	-	-	-
	Cause esterne e/o accidentali	10,09	1,69	4,28	4,94	1,31	2,82
	Altre Malattie	4,24	1,50	2,73	0,67	0,24	0,42
	Totale	21,65	9,78	13,98	8,37	6,45	7,56
<b>Alcuni Paesi bacino Sud Mediterraneo</b>	Tumori	0,36	0,80	0,45	3,01	2,14	2,82
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,12	-	0,08
	AIDS	0,14	0,10	0,13	0,28	0,13	0,23
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,11	-	2,38	4,88	1,08	2,88
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	1,20	-	0,92	0,55	-	0,25
	Cause esterne e/o accidentali	5,09	-	3,44	5,79	0,19	3,66
	Altre Malattie	3,12	0,13	2,37	1,58	0,43	1,16
	Totale	13,01	1,03	9,70	16,21	3,97	11,08

\*cfr. Tab. 3.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente". "Permessi di soggiorno dei cittadini stranieri". Anni 1995, 2003.

### **Raccomandazioni di Osservasalute**

Lo studio della mortalità degli stranieri ha messo in luce l'esistenza di gruppi di popolazione molto diversificati tra loro e caratterizzati da problematiche specifiche che spesso derivano da situazioni preesistenti, osservate nei Paesi di origine. D'altro canto, gli effetti delle possibili discriminazioni all'interno del Paese di arrivo quali, come si è visto in precedenza, quelle sul mercato del lavoro, oltre a rappresentare gravi fattori di esclusione sociale e di emarginazione, contribuiscono ad aumentare i rischi di morte per determinate cause.

A tutto questo si aggiunge, in senso aggravante dal punto di vista delle condizioni di salute, di mortalità e di integrazione degli stranieri in Italia, una molteplicità di fattori a cominciare dalle privazioni, dalle difficoltà sociali, economiche linguistiche e culturali, che possono agire negativamente anche sulla formulazione di diagnosi specifiche e sulla conoscenza adeguata dei bisogni degli stranieri sia da parte del personale medico, sia da quello preposto all'assistenza.

### **Riferimenti bibliografici**

- (1) Bruzzone S., Mignolli N. (2003), La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: documentazione e criteri di misura, in Natale M., Moretti E. (a cura di), Siamo pochi o siamo troppi? Alcuni aspetti delle relazioni tra evoluzione demografica e sviluppo economico e sociale, Franco Angeli, Milano, pp. 412-433.
- (2) Bruzzone S., Mignolli N. (2002), 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 2001, RUX editrice, Perugia, pp. 395-410.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.
- (4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004), La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori 2005; in «Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica», Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio - Giugno, pp. 97-120.
- (5) Meslé F., Hertrich V. (1997), Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, in Congrès international de la population, Beijing.
- (6) Meslé F. (1991), La mortalité dans les pays de l'Europe de l'Est, Population 1991; vol. 46, n. 3.
- (7) Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J. (1976), Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, Vol. 3, 15.



## Mortalità infantile tra gli stranieri in Italia

Dott.ssa Silvia Bruzzone, Dott.ssa Nadia Mignolli

### Contesto

Lo studio della mortalità infantile degli stranieri in un'ottica differenziale, proprio per la nota correlazione negativa che lega questo indicatore alle condizioni sanitarie, ambientali, sociali, rappresenta un valore aggiunto di notevole importanza e un ulteriore tassello informativo sulle condizioni di questo gruppo di popolazione da tempo particolarmente rilevante nel nostro Paese.

### Metodi

Il tasso di mortalità infantile (rapporto tra i decessi di stranieri residenti in Italia entro il primo anno di vita e l'ammontare dei nati vivi residenti di cittadinanza straniera) è stato calcolato sulla base del metodo *longitudinale*, in modo da tenere sotto controllo due effetti rilevanti già evidenziati dalle autrici in diversi studi sul tema e denominati: *effetto immigrazione* ed *effetto generazione*. Il primo, connesso ai flussi migratori in entrata che influenzano i numeratori dei tassi, è stato affrontato prendendo in esame solo i bambini stranieri residenti morti nel primo anno di vita e nati in Italia. A questo scopo, attraverso l'utilizzo delle schede di morte dell'Istituto Nazionale di Statistica (Istat), tutti i decessi sono stati esaminati per luogo di nascita e di morte escludendo dall'analisi i morti in Italia nati all'estero: questi ultimi, infatti, essendo entrati nel Paese in un momento successivo, avrebbero portato alla costruzione di rapporti non omogenei e sovrastimati. Di contro, non è in alcun modo possibile tenere sotto controllo l'*effetto emigrazione*, prodotto dal possibile ritorno nei Paesi di origine dei bambini entro il primo anno di vita<sup>1</sup>, difficilmente quantificabile con precisione e che agisce sui denominatori con riflessi inevitabili sui valori complessivi dei tassi di mortalità infantile registrati in Italia: tali valori potrebbero risultare non completamente conformi alla realtà e, nello specifico, più contenuti. Ciò soprattutto a causa delle mancate cancellazioni in tempo reale dai registri anagrafici dei Comuni di residenza degli individui con età inferiore a un anno (nati vivi) che si sono trasferiti, i quali rappresentano appunto il contingente di riferimento. Tuttavia, è importante sottolineare che tale effetto non sembra essere così rilevante e se da un lato si riflette sulla mortalità infantile nel suo complesso, dall'altro risulta ancora più contenuto per la componente di mortalità neonatale (nel primo mese di vita) che rappresenta la parte più significativa della mortalità infantile.

Riguardo all'*effetto generazione*, i tassi di mortalità infantile sono stati calcolati attraverso un reale riferimento alle generazioni di partenza. A questo fine, i numeratori (morti nel primo anno di vita nel complesso, con la distinzione dei decessi nel primo mese) sono stati disaggregati rispetto alla data di nascita e messi in relazione alla corrispondente generazione dei nati. Più precisamente, per ciascun anno di decesso ( $t_0$ ; dal 2001 al 2005) sono stati considerati i morti nel primo mese e nel primo anno di vita distinti in due contingenti: quello dei deceduti nati nello stesso anno di morte ( $M'_{t_0}$ ) e quello dei deceduti provenienti dalla coorte di nati dell'anno precedente ( $M''_{t-1}$ ); tali contingenti sono stati messi in rapporto alle rispettive generazioni di nati di provenienza  $N_{t_0}$  e  $N_{t-1}$ .

In sintesi, la formula utilizzata è la seguente:  $m_{\bullet} = \frac{M''_{t-1}}{N_{t_0}} + \frac{M'_{t_0}}{N_{t-1}} \times 1.000$

In relazione ai nati vivi, i dati sono stati ricavati dai due modelli Istat dedicati rispettivamente alla rilevazione del *Movimento e calcolo della popolazione straniera residente*, attraverso la quale si raccolgono le informazioni sullo stock complessivo dei nati vivi di cittadinanza straniera distinti solo per sesso e alla rilevazione degli *Iscritti in anagrafe per nascita*<sup>2</sup>, dalla quale si ottengono dati disaggregati per diverse variabili, in modo da misurare le principali caratteristiche strutturali come la cittadinanza specifica dei nati vivi, che viene compilata sul modello sulla base di quella dei genitori ma in modo separato e individuale. Dall'analisi congiunta di queste due fonti statistiche e, in particolare, riproporzionando lo stock dei nati vivi attraverso le caratteristiche degli iscritti in anagrafe per nascita, è stato ottenuto il collettivo di riferimento utilizzato per tutte le elaborazioni presentate: tale collettivo è quello dei nati vivi con entrambi i genitori di cittadinanza straniera.

<sup>1</sup>I cittadini delle Filippine, ad esempio, pur decidendo di far nascere i propri figli in Italia, spesso preferiscono farli crescere con i familiari anziani rimasti nel Paese di origine, trasferendoli fin da molto piccoli e sovente, appunto, entro il primo anno di vita.

<sup>2</sup>Tale rilevazione è iniziata nel 1999 come conseguenza dell'entrata in vigore della Legge n. 127/1997, sulla "Semplificazione della documentazione amministrativa e sullo snellimento delle attività della Pubblica Amministrazione" (detta anche *Bassanini bis*), e dei suoi successivi regolamenti di attuazione, che hanno portato l'Istat a interrompere l'*Indagine sulle nascite* condotta fino a tutto il 1996 con gravi perdite di dati statistici rilevanti sulla salute materno-infantile.

Per quanto concerne, invece, la cittadinanza dei deceduti entro il primo anno di vita, che non viene registrata separatamente come per le nascite, nell'ambito del presente lavoro si è proceduto a una elaborazione *ad hoc* e sono stati considerati stranieri gli individui con entrambi i genitori di cittadinanza straniera, eventualmente attribuendo al bambino deceduto quella della madre in caso di non omogamia, ossia di non uguaglianza tra le cittadinanze dei genitori. In modo analogo, sono stati considerati come cittadini italiani i deceduti con almeno un genitore italiano<sup>3</sup>: di conseguenza, tra i bambini italiani morti entro l'anno sono compresi quelli di coppie miste non omogame con un genitore italiano.

### Risultati

In termini assoluti, considerando il quinquennio più recente disponibile 2001-2005, l'ammontare dei decessi nel primo anno di vita con riferimento a tutti gli eventi dei residenti e dei non residenti in Italia è pari 1.346 bambini stranieri e 9.883 bambini italiani, con un rapporto di coesistenza complessiva di quasi 14 stranieri ogni 100 italiani.

Tra gli stranieri emerge la netta prevalenza dell'insieme dei Paesi a forte pressione migratoria tanto da poter affermare che il fenomeno della mortalità infantile riguarda quasi esclusivamente questo sottoinsieme di cittadinanze (Tabella 1 e Grafico 1). Inoltre, i decessi nel primo anno di vita interessano prevalentemente i bambini stranieri residenti il cui peso percentuale sul totale varia tra il 70% e l'80% nel periodo considerato; ciò si spiega con il legame esistente tra queste morti precoci e la natalità che, presupponendo una certa stabilità di chi la sperimenta, si esprime prevalentemente tra i residenti. Infatti, la scelta di risiedere in Italia e, quindi, di iscriversi nel registro anagrafico di un Comune caratterizza per definizione una presenza stabile e regolare nel Paese: i cittadini stranieri che compiono questo passo devono essere muniti di permesso o di carta di soggiorno e questo sottintende il raggiungimento di un certo grado di autonomia, in primo luogo economica.

Si è scelto di disaggregare i decessi nel primo mese di vita, denominato anche periodo neonatale, rispetto al totale, sia perché rappresentano sempre la maggioranza indipendentemente dalla cittadinanza, sia per enfatizzare la diversa natura delle cause di morte che caratterizzano i due momenti di osservazione (Tabelle 1 e 2). Nel periodo "neonatale" i decessi sono dovuti principalmente a cause denominate *endogene*, ossia a patologie legate a condizioni intrinseche della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. Questo le rende difficilmente controllabili o almeno prevenibili, dando luogo a situazioni in cui risulta piuttosto difficile intervenire in modo risolutivo. Di conseguenza, più elevata è l'incidenza del primo tipo di decessi, relativamente minore è l'allarme che questa comunica.

All'opposto, il periodo "post-neonatale", successivo cioè al primo mese di vita, è generalmente caratterizzato da decessi per cause dette esogene, dovute a patologie legate a fattori esterni, quali la scarsa o inadeguata alimentazione (si pensi alla fase dello svezzamento), la presenza di carenti condizioni igienico-sanitarie, le mancate conoscenze da parte delle madri, lo scarso accesso ai servizi sanitari. In questo caso, l'eventuale riscontro di tassi di mortalità più elevati può essere considerato un indicatore di persistenza del disagio sociale ed è possibile pianificare interventi mirati di prevenzione a largo raggio. In quest'ottica, emergono delle differenze percentuali di decessi nel primo mese di vita più alte per i bambini italiani (Tabella 1).

L'andamento temporale attraverso i numeri indice a base fissa (2.000=100) mette in luce un ulteriore divario tra i decessi: quelli dei bambini stranieri aumentano, addirittura con più incisività considerando il sottoinsieme dei residenti in Italia; quelli dei bambini italiani, per definizione tutti residenti, diminuiscono (Grafico 1).

Passando all'analisi dei tassi di mortalità infantile, preme sottolineare che questi sono stati calcolati per i soli residenti in Italia e per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri, nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative (Tabella 2). In tal senso, l'insieme dei cittadini dei quattordici Paesi dell'Unione Europea, per così dire a bassa pressione migratoria, registra valori dell'indicatore stazionari nel tempo, quasi completamente concentrati nel primo mese di vita e di gran lunga inferiori al confronto con tutte le altre nazionalità, compresa quella italiana.

In relazione alle aree di cittadinanza a forte pressione migratoria, per i Paesi che hanno aderito all'Unione Europea nel 2004 e nel 2007 (dai quali sono stati esclusi Malta e Cipro) si riscontrano livelli di mortalità infantile molto più alti delle altre cittadinanze almeno fino al 2002, con una tendenza a decrescere e una ripresa nel 2005. In ogni caso, i tassi nel complesso registrano una diminuzione e la variazione percentuale media annua (calcolata come media geometrica), pari a -3,7% per il totale, è del -6% nel primo mese di vita.

<sup>3</sup>Questo in base alla Legge n. 91 del 5 Febbraio 1992, "Nuove norme sulla cittadinanza" (e successive modifiche), la quale stabilisce che la cittadinanza italiana di almeno uno dei genitori determina il diritto alla cittadinanza italiana dei figli, con acquisizione immediata e attribuzione automatica al momento della registrazione dei nati in anagrafe.

Nell'ambito di questa area, per i bambini rumeni si rilevano valori piuttosto sostenuti soprattutto all'inizio del periodo, con un tasso di mortalità neonatale che nel 2001 supera di quasi il 50% la media rappresentata dal complesso degli stranieri; tuttavia, la diminuzione nel tempo è continua, in media circa -8% all'anno per la mortalità nel primo mese di vita, che si riduce a circa -6% per il totale. I bambini albanesi presentano una connotazione molto simile con un picco di mortalità nel 2001, una decrescita maggiore sia nel primo mese di vita (-10,3% annuo) sia nel complesso (-11,5% annuo); tuttavia si differenziano per una propensione verso la mortalità post-neonatale negli anni dal 2001 al 2003.

I bambini di Serbia e Montenegro sono caratterizzati da un andamento dei tassi fortemente oscillatorio e da un evidente picco di mortalità infantile nel 2003 (9,3 decessi nel primo mese di vita per 1.000 nati vivi; 10,3 per 1.000 nel complesso): ciò si traduce da un lato in una lieve diminuzione dei valori complessivi (-1,3% la variazione percentuale media annua), dall'altro in un aumento della mortalità neonatale di poco più dell'11%. Inoltre, nel 2001 e nel 2004 questa nazionalità evidenzia una concentrazione della mortalità nel periodo post-neonatale che indica, come evidenziato in precedenza, un protrarsi del disagio sociale.

Per i cittadini dell'area africana, il tasso si attesta su valori più elevati rispetto al livello medio, registrando una decrescita più contenuta rispetto alle altre nazionalità. I tassi di mortalità tra i bambini del Marocco assumono livelli simili a quelli del complesso dei Paesi a forte pressione migratoria e si pongono così in una posizione intermedia rispetto alle altre cittadinanze: nel quinquennio in esame il tasso di mortalità infantile totale registra un aumento (+1% annuo), mentre quello nel primo mese di vita una lieve diminuzione (-0,7% all'anno).

All'opposto i bambini con cittadinanza dei Paesi dell'America meridionale fanno registrare tassi di mortalità infantile più contenuti in tutti gli anni considerati, mettendo in luce una propensione verso il periodo post-neonatale soprattutto nel 2002 e nel 2003.

In relazione all'area di cittadinanza dei Paesi asiatici si riscontra un generale miglioramento nel tempo che si traduce in un avvicinamento dei tassi di mortalità infantile al dato medio comprendente tutti gli stranieri residenti in Italia. In questo ambito, la mortalità infantile e neonatale dei bambini cinesi evidenzia un profilo oscillatorio con alti e bassi nel corso degli anni considerati e se da una parte i valori si mantengono sempre al di sotto della media, dall'altra registrano una variazione percentuale media annua del +6% in totale e addirittura del +25% nel primo mese di vita, evidenziando anche una concentrazione nel periodo post-neonatale nel 2001 e nel 2002.

Le Filippine rispetto alle altre nazionalità sono caratterizzate da un iniziale andamento oscillatorio e da un forte picco della mortalità infantile nel 2003 (8,3 per 1.000 nati vivi nel complesso; 6,8 per 1.000 nel primo mese di vita); anche in questo caso si registra un generale aumento dei tassi di circa l'8% annuo e di quasi il 20% nel periodo neonatale.

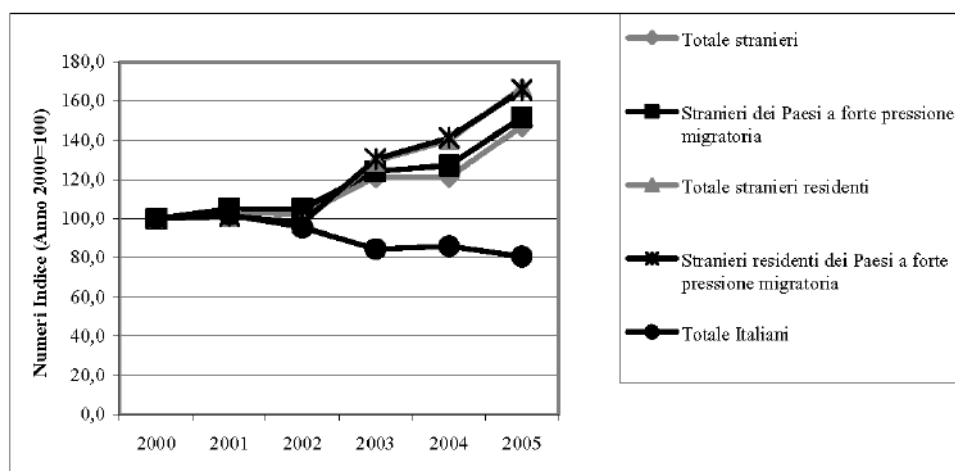
**Tabella 1** - Decessi (valori assoluti e percentuali) per età: stranieri e italiani a confronto - Anni 2001-2005

Anni	Stranieri		di cui: Paesi a forte pressione migratoria*		Italiani	
	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita %	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita %	Nel primo anno di vita	Nel primo mese di vita %
2001	234	69,7	225	69,3	2.248	74,4
2002	231	63,2	225	63,6	2.106	73,4
2003	274	66,4	266	66,5	1.860	72,9
2004	274	67,9	272	62,1	1.894	73,5
2005	333	70,0	325	70,2	1.775	72,7
<b>Totale</b>	<b>1.346</b>	<b>67,4</b>	<b>1.313</b>	<b>66,4</b>	<b>9.883</b>	<b>73,4</b>

\*Il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE.

**Fonte dei dati e anno di riferimento:** Elaborazioni su dati Istat "Scheda di morte nel primo anno di vita". Anni 2001-2005.

**Grafico 1** - Numeri indice dell'ammontare totale dei decessi nel primo anno di vita in Italia per cittadinanza - Anni 2000-2005



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Scheda di morte nel primo anno di vita". Anni 2000-2005.

**Tabella 2** - Tassi di mortalità neonatale e infantile (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) per area di cittadinanza e alcuni principali Paesi - Anni 2001-2005

Aree di cittadinanza	2001	2002	2003	2004	2005
<b>Tassi di mortalità neonatale (nel primo mese di vita)</b>					
Unione Europea 14	2,4	-	2,3	2,3	2,3
Paesi di nuova adesione UE*	5,9	4,5	3,7	2,7	4,6
Romania	6,1	3,9	3,2	2,9	4,4
Altri Paesi Europei	3,8	2,8	2,8	1,9	2,6
Albania	3,7	1,7	1,5	1,5	2,4
Serbia e Montenegro	3,8	4,3	9,3	2,0	5,8
Africa	4,1	3,6	4,0	3,4	3,9
Marocco	3,6	3,3	3,6	2,9	3,5
America meridionale	2,9	1,9	2,4	2,7	2,7
Asia	2,9	2,9	4,4	2,9	2,8
Filippine	1,5	2,8	6,8	6,0	3,1
Repubblica Popolare Cinese	0,9	1,9	3,2	1,8	2,2
<b>Totale stranieri</b>	<b>4,2</b>	<b>3,2</b>	<b>3,9</b>	<b>3,1</b>	<b>3,4</b>
<i>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria*</i>	<i>4,0</i>	<i>3,2</i>	<i>3,9</i>	<i>2,8</i>	<i>3,6</i>
<b>Totale Italiani</b>	<b>3,4</b>	<b>3,1</b>	<b>2,7</b>	<b>2,7</b>	<b>2,6</b>
<b>Tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita)</b>					
Unione Europea 14	2,4	1,9	2,3	2,3	2,3
Paesi di nuova adesione UE*	6,5	5,0	4,3	3,6	5,6
Romania	6,9	3,9	4,0	4,0	5,4
Altri Paesi Europei	5,3	4,3	3,9	2,8	3,6
Albania	4,9	2,9	2,6	2,0	3,0
Serbia e Montenegro	7,7	6,0	10,3	4,7	7,3
Africa	5,8	4,7	6,5	5,0	5,7
Marocco	4,8	4,7	5,5	4,5	5,0
America meridionale	3,6	3,8	5,4	4,2	3,7
Asia	4,3	4,7	6,8	4,7	3,9
Filippine	2,3	3,5	8,3	8,0	3,1
Repubblica Popolare Cinese	2,3	4,2	4,8	3,1	2,9
<b>Totale stranieri</b>	<b>5,6</b>	<b>4,6</b>	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>	<b>4,7</b>
<i>Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria*</i>	<i>5,5</i>	<i>4,6</i>	<i>6,1</i>	<i>4,2</i>	<i>5,0</i>
<b>Totale Italiani</b>	<b>4,5</b>	<b>4,2</b>	<b>3,7</b>	<b>3,7</b>	<b>3,6</b>

\*Il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat "Scheda di morte nel primo anno di vita". "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente". "Iscritti in anagrafe per nascita". Anni 2001-2005.

### Conclusioni

I dati illustrati evidenziano una riduzione progressiva delle disuguaglianze di mortalità infantile fra italiani e stranieri nel loro complesso, con una tendenza verso la convergenza. In questo contesto, tuttavia, sono emerse alcune problematiche per i bambini di specifiche aree di cittadinanza.

Tali problematiche possono riflettere fattori contingenti, legati al percorso verso l'integrazione di per sé piuttosto oneroso, contribuendo a enfatizzare la variabilità che, come si è visto, caratterizza la serie storica più recente disponibile. Inoltre, potrebbero entrare in gioco specifiche cause di morte con effetti sia sistematici sia congiunturali. In questo senso, da una prima valutazione dei dati si evince che le cause di decesso nel primo anno di vita non sembrano differenziare in modo evidente il contingente dei bambini stranieri residenti in Italia rispetto a quello degli italiani. Le principali cause di morte, infatti, sono rappresentate soprattutto dalle malformazioni congenite e dalle condizioni morbose di origine perinatale, prevalenti anche tra gli italiani. Nell'ambito delle malformazioni congenite spiccano le malattie a carico del sistema circolatorio e le complicanze respiratorie, mentre tra le condizioni morbose di origine perinatale un peso rilevante è rivestito dalla prematurità fetale e dalle condizioni del parto e del puerperio.

### Riferimenti bibliografici

- (1) Livi Bacci M. (1999), *Introduzione alla demografia*, Loescher, Torino.
- (2) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), *La mortalità infantile tra i figli degli stranieri in Italia*, in Ministero dell'Interno (a cura di), *Primo Rapporto sugli immigrati in Italia*, Roma.
- (3) Maccheroni C., Bruzzone S., Mignolli N. (2007), *La mortalità degli stranieri in Italia: metodi di misura a confronto*, Collana "Quaderni del Dipartimento per lo studio delle società del Mediterraneo", Cacucci Editore, Bari.
- (4) Maccheroni C., Bruzzone S. e Mignolli N. (2004), *La nuova unione europea dei 25: le differenze delle condizioni di salute anche alla luce dei flussi migratori*, *Rivista Italiana di Economia, Demografia e Statistica*, Volume LVIII nn. 1-2, Gennaio – Giugno, pp. 97-120.
- (5) Masuy-Stroobant G. (1997), *Les déterminants de la santé et de la mortalité infantiles*, in Dipartimento di Scienze Demografiche, Università degli Studi di Roma La Sapienza e Institut national d'études démographiques, Paris, *Démographie: analyse et synthèse*, *Materiali di studi e di ricerche*, Numero speciale, Roma.
- (6) Pressat R. (sous la direction de) (1985), *Manuel d'analyse de la mortalité*, OMS. INED, Paris.