

Salute degli immigrati

All'inizio del 2006 erano 3.035.000 gli immigrati presenti regolarmente in Italia secondo la stima dell'Equipe del Dossier statistico Immigrazione Caritas/Migrantes e, tra questi, 2.670.514 gli stranieri residenti secondo l'Istat. Ai dati "ufficiali" vanno aggiunti coloro che sono presenti irregolarmente (da vari studi dal 10% al 18% sui regolari) e quindi complessivamente possiamo considerare la presenza di immigrati nel nostro territorio in circa 3.500.000 persone (stima min 3.000.000 e max 3.800.000).

Già questa incertezza nei dati di popolazione ben introduce la difficoltà di studiare un fenomeno variegato e dinamico ma radicato nel nostro tessuto socio-demografico. Con una percentuale sulla popolazione di oltre il 5%, che in alcuni contesti supera il 20%, l'immigrazione deve essere considerata a tutti gli effetti elemento strutturale della nostra società e come tale, anche in ambito sanitario, deve essere studiata per pianificare interventi efficaci di tutela e promozione della salute.

Il 27 ottobre 2006 il Ministro della Salute nel suo discorso d'apertura del 42° Congresso nazionale della Società Italiana di Igiene, ben sintetizza il tema indicando i problemi reali di salute degli immigrati "... *non dissimili dai nostri: malattie infantili, esigenze di assistenza alla gravidanza e al parto, malattie croniche, incidenti sul lavoro, domestici e stradali*", ma identificando alcuni vuoti nelle politiche sanitarie e nella prassi: "... *Gli ultimi venti anni hanno visto, con governi diversi, una crescita dell'offerta e dell'accesso ai servizi della popolazione immigrata: oggi un immigrato, sia pure illegale, può ricevere un set di servizi essenziali dal servizio pubblico che, integrato all'ampia rete dei servizi sanitari erogati dal volontariato, rispondono ad alcune delle esigenze primarie di salute di questa popolazione. Allora che manca? 1) Manca un approccio culturale all'immigrato che lo consideri una risorsa, non un guaio per il Paese. 2) Manca umanizzazione nel rapporto servizi-immigrati. 3) È insufficiente la mediazione culturale tra servizi sanitari pubblici e popolazioni immigrate. 4) È insufficiente la comunicazione: in moltissimi casi l'immigrato nemmeno conosce i suoi diritti alla salute. 5) Sul territorio italiano mancano meccanismi di omogenea contribuzione alla spesa sociale: gli immigrati regolarizzati pagano i contributi sanitari, ma non è raro che non ne usufruiscano.... 6) Manca la prevenzione: buona parte della consistente attività di prevenzione che il nostro Sistema Salute offre, non raggiunge le donne e gli uomini immigrati, vuoi per ostacoli di mediazione etnica con lingue e culture, vuoi per sfiducia dei nostri operatori verso il successo di azioni preventive verso gli immigrati.*"

Osservasalute, vuole anche su questo tema, offrire spunti per interventi adeguati attraverso l'analisi del versante sanitario del fenomeno: ormai alcuni flussi di dati sono consolidati (vedi le nascite e l'andamento delle IVG), nuovi se ne affiancano e cominciano a dare informazioni (quelli sulla mortalità), si propongono e si sperimentano nuovi metodi di rilevazione ed analisi statistico-epidemiologica e si studiano le criticità nell'accesso ai servizi: per superare la "fragilità sociale e sanitaria" ancora presente in questa popolazione indichiamo la necessità di conoscere meglio questa realtà, monitorare nel tempo le criticità e condividere le buoni prassi.

È il nostro contributo per cogliere quella che il ministro ha definito la sfida della convivenza: "*Per gli immigrati una parola forte: integrazione. ... Non è efficace l'integrazione a senso unico: non è solo la persona immigrata che si deve "integrare" col sistema salute; è anche il sistema salute che si deve integrare con i nuovi italiani! Per questo preferisco parlare di convivenza. E dunque della fatica ma anche della bellezza del conoscersi e del riconoscersi. Integrità della persona, interazione, integrazione sociale, sviluppo di una democrazia più inclusiva: questa è la sfida che ci sta di fronte.*"

Nati da cittadini stranieri

Significato. Come conseguenza dell'aumento del fenomeno migratorio, si è osservato in Italia un incremento nel tempo delle nascite da cittadini stranieri. Questo fenomeno può aver avuto un'influenza sulla

leggera ripresa della natalità e fecondità osservata negli ultimi anni. Dei 548.244 nati vivi registrati nel 2004 (dati provvisori), 65.062 (12%) avevano almeno uno dei due genitori con cittadinanza straniera.

Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

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

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 perché la nuova fonte dei dati sulle nascite, la "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" dell'Istat, rileva i dati per luogo di residenza e relativi ai soli nati vivi. Va comunque sottolineato che i nati morti in Italia rappresentano un'entità numericamente molto contenuta rispetto al totale dei nati (meno di 2000) (Istat, Movimento naturale della popolazione presente).

L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero che sono 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. Tra le donne che partoriscono, questo gruppo può costituire una percentuale abbastanza elevata del totale (20-30%). L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita, che tuttavia presenta lo svantaggio di includere le donne nate all'estero da genitori italiani.

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

Descrizione dei risultati

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro paese. Questo incremento è anche superiore a quello registrato per la popolazione generale; infatti, se la popolazione straniera residente rappresenta il 4,6% di tutti i residenti (Caritas/Migrantes. Immigrazione, Dossier statistico 2005. Idos, 2005), i nati con almeno un genitore straniero sono ormai il 12% di tutti i nati in Italia, cioè più di un nato ogni 10 (tabella 1). La gran maggioranza sono figli di genitori entrambi stranieri (72% del totale), con un incremento di 10 volte il numero dal 1983 al 2004.

I dati per regione (tabella 2) evidenziano un valore più elevato per questo indicatore nelle aree dove la presenza straniera è maggiore: nel 2004 si passa da un massimo del 20% del totale dei nati vivi in Emilia-Romagna, Veneto e Umbria a un minimo di 2,7% in Puglia. In generale i valori più elevati si osservano al Centro-Nord, mentre il Sud presenta i valori più bassi.

Tabella 1 - Nati in Italia con almeno un genitore cittadino straniero - Anni 1986-1989; 1992-1996; 2001-2004

Anni	Padre italiano/ Madre straniera	Padre straniero/ Madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Totale	%
1986	2.058	1.349	2.988	6.395	1,1
1987	2.339	1.459	3.200	6.998	1,3
1988	2.767	1.512	3.848	8.127	1,4
1989	3.408	1.705	4.722	9.835	1,7
1992	5.115	2.005	8.745	15.865	2,8
1993	5.073	2.152	9.972	17.197	3,1
1994	5.935	2.260	11.817	20.012	3,7
1995	6.028	2.375	13.096	21.499	4,1
1996	6.675	2.677	14.583	23.935	4,5
2001(a)	9.397	2.913	26.416	38.726	7,3
2002(a)	10.449	3.034	29.483	42.966	8,0
2003(a)	12.530	3.569	32.372	48.471	8,9
2004(a)*	14.541	3.923	46.598	65.062	12,0

(a) nati vivi; * dati provvisori.

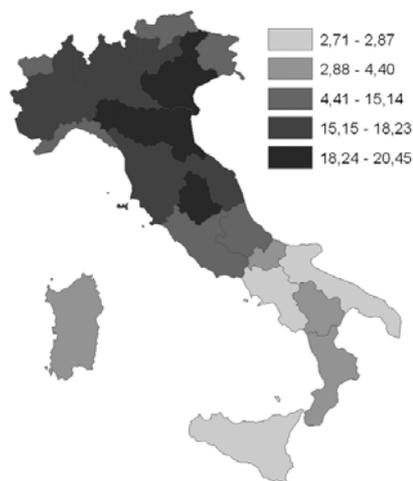
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Archivio sulla fecondità costituito a partire dalla rilevazione delle nascite, fino al 1996. Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita, Anni 2001-2004.

Tabella 2 - Nati vivi con almeno un genitore cittadino straniero per regione di residenza – Anno 2004

Regioni	Padre italiano/ Madre straniera	Padre straniero/ Madre italiana	Genitori entrambi stranieri	Totale	%
Piemonte	1.356	388	4.580	6.324	17,39
Valle d'Aosta	37	16	92	145	12,60
Lombardia	2.696	928	12.244	15.868	18,12
Trentino-Alto Adige	464	121	1.089	1.674	16,18
<i> Bolzano-Bozen</i>	264	63	465	792	14,70
<i> Trento</i>	200	58	624	882	17,79
Veneto	1.367	405	6.946	8.718	19,85
Friuli-Venezia Giulia	379	114	998	1.491	15,14
Liguria	450	129	1.143	1.722	14,93
Emilia-Romagna	1.387	374	5.556	7.317	20,45
Toscana	1.185	293	3.809	5.287	18,23
Umbria	282	60	1.058	1.400	19,68
Marche	521	112	1.633	2.266	17,57
Lazio	1.627	427	4.000	6.054	11,99
Abruzzo	353	58	540	951	8,67
Molise	65	6	44	115	4,40
Campania	920	157	769	1.846	2,83
Puglia	344	104	628	1.076	2,71
Basilicata	70	10	81	161	3,06
Calabria	375	56	300	731	3,89
Sicilia	454	109	927	1.490	2,87
Sardegna	209	56	161	426	3,14
Italia	14.541	3.923	46.598	65.062	11,96

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita. Anno 2004.

Percentuale di nati vivi con almeno un genitore cittadino straniero per regione. Anno 2004



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. Probabilmente ciò dipende 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. È raccomandabile che vengano in ogni caso condotte delle valutazioni a livello regionale sui criteri assistenziali e sugli esiti della gravidanza per evidenziare eventuali differenze in relazione alla cittadinanza o al luogo di nascita delle donne.

Abortività volontaria per cittadinanza e luogo di nascita

Significato. Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Il fenomeno può essere valutato considerando la cittadinanza della donna o il suo luogo di nascita. L'andamento risulta simile, ma il dato sulla cittadinanza è disponibile solo dal 1995 (grafico 1). Nel 2003, delle 124.118 IVG effettuate a livello nazionale, 31.825 (pari al 25,7%) hanno riguardato cittadine straniere e 37.088 donne nate all'estero

(30,2%). L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia. Per una valutazione del fenomeno il migliore indicatore è il tasso. L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza generale del fenomeno in Italia e nelle regioni con un numero elevato di donne straniere.

Tasso di abortività volontaria di cittadine straniere residenti

Numeratore	IVG ottenute da cittadine straniere residenti di età 18-49 anni	
Denominatore	donne cittadine straniere residenti di età 18-49 anni	x 1.000

Percentuale di IVG di donne nate all'estero

Numeratore	IVG ottenute da donne nate all'estero	
Denominatore	Totale IVG	x 100

Percentuale di IVG di cittadine straniere

Numeratore	IVG ottenute da cittadine straniere	
Denominatore	Totale IVG	x 100

Validità e limiti. Il tasso di abortività permette di valutare il fenomeno tenendo conto della modifica della popolazione a rischio di abortire (aumento nel tempo, età, ecc.). Inoltre è possibile confrontare le donne italiane e le donne straniere che possono avere comportamenti riproduttivi differenti. L'utilizzo della cittadinanza come identificativo della donna straniera se da una parte ha il vantaggio di escludere le donne nate all'estero cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione la cittadinanza italiana. L'alternativa per identificare la donna straniera può essere il luogo di nascita che tuttavia presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero). Inoltre in questo caso l'unico indicatore attualmente calcolabile è una percentuale e non un tasso. Un problema molto rilevante per questi indicatori è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati.

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

Descrizione dei risultati

Il confronto tra le percentuali di IVG per luogo di nascita e per cittadinanza (grafico 1) mostra che non vi sono grandi differenze tra i valori e gli andamenti. Nel 2003 il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne cittadine straniere o relativi a donne nate all'estero è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata (con una variazione da 37% delle IVG in Lombardia a 4% in Puglia). La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono donne nate nell'Est Europa, ma anche in paesi del Centro-Sud America, dell'Africa e dell'Asia nell'ordine (tabella 1). Negli ultimi anni si è osservato un aumento maggiore delle IVG effettuate da donne dell'Est Europa e del Centro e Sud America. C'è comunque da sottolineare che questi sono i paesi da cui proviene la maggioranza delle donne presenti nel nostro paese e che un aumento di questi due gruppi di donne si è osservato nella popolazione generale femminile, specie a partire dalla fine degli anni '90. Utilizzando una stima delle donne immigrate di età 18-49 anni è stato possibile calcolare il tasso di abortività relativo alle straniere residenti in Italia (28,0 per 1000 nel 1996, 29,7 nel 2000, 35,5 nel 2002 e 34,0 nel

2003). Questo indicatore evidenzia un aumento, negli ultimi anni del ricorso all'IVG da parte delle straniere, forse dovuto a un cambiamento della provenienza delle donne immigrate in Italia, mentre tra le italiane si registra una lieve riduzione. In generale le straniere presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (negli ultimi anni di circa tre-quattro volte). Inoltre abbastanza diverso risulta il ricorso all'IVG per età

della donna. Se per le italiane i livelli maggiori si registrano nella fascia fra i 25 e i 34 anni (sebbene negli ultimi anni si stia assistendo ad uno spostamento verso le età più giovani), per le donne straniere è presente un trend fortemente decrescente passando dalle età più giovani a quelle più avanzate. Ciò significa che la fascia di popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana (tabella 2).

Tabella 1 - Interruzioni volontarie della gravidanza per luogo di nascita e regione di intervento - Anno 2003

Regioni	Italia	Urbione europea	Europa Centro-Orientale	Altri paesi europei	Africa	America del Nord	America Centro Meridionale	Asia	Australia, Oceania e altro	Non indicato	Totale
Piemonte	7.054	100	2.123	18	773	4	665	178	4	0	10.919
Valle d'Aosta	233	4	22	1	17	0	12	5	0	0	294
Lombardia	13.533	204	2.942	74	1.713	24	2.999	1.318	8	254	23.069
Trentino-Alto Adige	1.198	29	295	12	87	3	81	49	0	0	1.754
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>360</i>	<i>10</i>	<i>92</i>	<i>4</i>	<i>17</i>	<i>1</i>	<i>23</i>	<i>18</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>525</i>
<i>Trento</i>	<i>838</i>	<i>19</i>	<i>203</i>	<i>8</i>	<i>70</i>	<i>2</i>	<i>58</i>	<i>31</i>	<i>0</i>	<i>0</i>	<i>1.229</i>
Veneto	3.859	75	1.474	49	673	24	214	359	11	33	6.771
Friuli-Venezia Giulia	1.512	31	331	21	174	2	71	46	1	14	2.203
Liguria	2.591	45	298	11	142	4	740	59	0	1	3.891
Emilia-Romagna	6.994	146	1.925	70	1.085	19	428	606	0	0	11.273
Toscana	5.298	103	1.068	20	242	14	255	251	4	849	8.104
Umbria	1.397	37	477	16	124	6	175	46	1	14	2.293
Marche	1.702	31	501	19	159	2	146	107	0	5	2.672
Lazio	9.275	184	3.689	40	488	42	975	484	8	2	15.187
Abruzzo	2.112	68	439	38	83	17	84	51	3	7	2.902
Molise	453	16	33	6	1	1	12	1	0	1	524
Campania*	3.634	52	521	52	38	15	46	34	3	1	4.396
Puglia	11.446	213	450	125	100	16	61	57	5	39	12.512
Basilicata	550	8	31	7	7	0	6	2	1	3	615
Calabria	2.561	61	358	25	44	14	24	27	3	8	3.125
Sicilia	8.217	186	278	60	178	32	72	155	6	19	9.203
Sardegna	2.135	41	95	8	41	7	24	30	4	26	2.411
<i>Nord-Ovest</i>	<i>23.411</i>	<i>353</i>	<i>5.385</i>	<i>104</i>	<i>2.645</i>	<i>32</i>	<i>4.416</i>	<i>1.560</i>	<i>12</i>	<i>255</i>	<i>38.173</i>
<i>Nord-Est</i>	<i>13.563</i>	<i>281</i>	<i>4.025</i>	<i>152</i>	<i>2.019</i>	<i>48</i>	<i>794</i>	<i>1.060</i>	<i>12</i>	<i>47</i>	<i>22.001</i>
<i>Nord</i>	<i>36.974</i>	<i>634</i>	<i>9.410</i>	<i>256</i>	<i>4.664</i>	<i>80</i>	<i>5.210</i>	<i>2.620</i>	<i>24</i>	<i>302</i>	<i>60.174</i>
<i>Centro</i>	<i>17.672</i>	<i>355</i>	<i>5.735</i>	<i>95</i>	<i>1.013</i>	<i>64</i>	<i>1.551</i>	<i>888</i>	<i>13</i>	<i>870</i>	<i>28.256</i>
<i>Sud</i>	<i>20.756</i>	<i>418</i>	<i>1.832</i>	<i>253</i>	<i>273</i>	<i>63</i>	<i>233</i>	<i>172</i>	<i>15</i>	<i>59</i>	<i>24.074</i>
<i>Isole</i>	<i>10.352</i>	<i>227</i>	<i>373</i>	<i>68</i>	<i>219</i>	<i>39</i>	<i>96</i>	<i>185</i>	<i>10</i>	<i>45</i>	<i>11.614</i>
<i>Mezzogiorno</i>	<i>31.108</i>	<i>645</i>	<i>2.205</i>	<i>321</i>	<i>492</i>	<i>102</i>	<i>329</i>	<i>357</i>	<i>25</i>	<i>104</i>	<i>35.688</i>
Italia	85.754	1.634	17.350	672	6.169	246	7.090	3.865	62	1.276	124.118

*I dati relativi alla regione Campania sono incompleti.

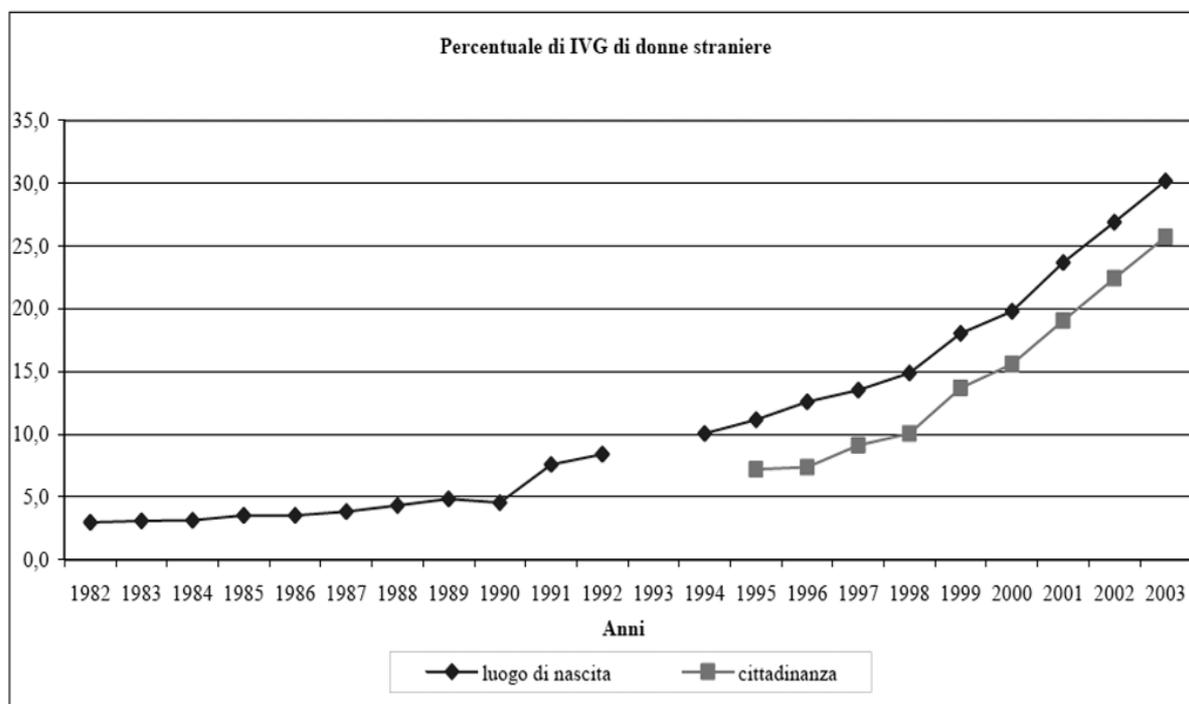
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2006.

Tabella 2 - Tassi di abortività volontaria per cittadinanza e classi d'età (tassi per 1.000 donne) - Anni 1996, 2002-2003

Età	1996				2002				2003* (escludendo la Campania)			
	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane
18-24	10,9	51,6	11,7	4,7	11,5	58,2	13,5	5,1	11,2	56,1	13,9	5,0
25-29	11,6	38,1	12,4	3,3	10,7	50,6	13,1	4,7	10,4	48,0	13,5	4,6
30-34	11,9	27,5	12,3	2,3	9,8	38,4	11,5	3,9	9,2	39,3	11,4	4,3
35-39	10,7	19,5	10,9	1,8	7,7	27,4	8,5	3,6	7,6	26,4	8,7	3,4
40-44	5,3	9,0	5,4	1,7	4,1	13,7	4,4	3,4	3,9	10,5	4,2	2,7
45-49	0,5	1,0	0,5	2,0	0,4	1,2	0,4	3,1	0,4	0,7	0,4	1,8
18-49 grezzo	8,9	30,3	9,3	3,4	7,6	36,7	8,9	4,8	7,3	34,5	8,9	4,8
18-49 std	9,1	28,0	9,5	3,1	8,1	35,5	9,4	4,4	7,8	34,0	9,6	4,3

* Dati provvisori.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat, Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2006.

Grafico 1 - Percentuale di IVG di donne straniere – Anni 1982-2003

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il dato per luogo di nascita e quello per cittadinanza non differiscono di molto ed hanno un andamento simile.

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 in Italia (vedi capitolo Salute materno-infantile) ed evidenzia la necessità di specifiche politiche di supporto per queste donne.

Tasso di mortalità tra gli stranieri

Significato. Il principale indicatore di sintesi proposto è il tasso di mortalità, utile in analisi di tipo differenziale per sottolineare le eventuali disuguaglianze nell'universo degli stranieri preso in esame. La fonte di riferimento è l'“*Indagine sulle cause di morte*” dell'Istat, a carattere censuario e corrente, che utilizza

la scheda di morte come modello per la raccolta delle informazioni (Istat D4 e D5). Tale rilevazione riguarda, senza distinzione, tutti i decessi che si verificano sul territorio italiano; al contempo consente analisi disaggregate per aree di cittadinanza, sesso e gruppi di cause di morte.

Tasso di mortalità standardizzato della popolazione straniera residente in Italia

Numeratore	Decessi di stranieri residenti in Italia (fascia di età 18-64 anni), aree di cittadinanza, sesso, cause di morte	
		x 10.000
Denominatore	Popolazione media straniera residente in Italia (fascia di età 18-64 anni), area di cittadinanza e sesso	

Più precisamente, al fine di raggiungere un sufficiente grado di comparabilità a fronte di un universo di riferimento tutt'altro che composito, il tasso considerato è stato standardizzato attraverso il metodo diretto o della popolazione tipo, individuata nella popolazione standard mondiale.

Validità e limiti. Al fine della costruzione dell'indicatore prescelto sono stati considerati nello specifico gli stranieri residenti in Italia: in effetti, essendo il concetto di residenza imprescindibile dalla presenza “regolare” sul territorio (connotata dal permesso o dalla carta di soggiorno validi), solo per loro è possibile ricavare una misura corretta della popolazione di riferimento. In tal modo, seppur con alcuni limiti inevitabili, legati alla molteplicità e alla natura stessa delle fonti ufficiali a disposizione, diventa possibile anche con riferimento agli stranieri procedere alla misura di indicatori importanti all'approfondimento delle caratteristiche più significative della tipologia della presenza sul territorio italiano. Nello specifico, nel calcolo dei tassi differenziali per sesso, età, cittadinanza, causa, per la popolazione media al denominatore è stata considerata quella residente al 31.12 degli anni di interesse, che non essendo disponibile nell'incrocio cittadinanza/età è stata riproporzionata utilizzando la struttura dei permessi di soggiorno. L'ipotesi di base, valida esclusivamente a livello Italia, è l'analogia tra i permessi da una parte, la popolazione residente dall'altra (la maggior parte degli stranieri con permesso di soggiorno risulta iscritta nei registri anagrafici). Al momento del calcolo dei tassi complessivi a livello regionale, invece, è stata utilizzata la popolazione straniera residente in Italia per sesso e singolo anno di età, che non consente altri incroci.

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 decennio di osservazione (1992-2002), l'ammontare complessivo dei decessi tra gli stranieri oltre il primo anno di vita in Italia supera le 32.000 unità, con un andamento crescente che mostra negli anni delle forti correlazioni con il processo legislativo delle regolarizzazioni della popolazione straniera. Gli eventi dei non residenti rappresentano sempre la maggioranza, mentre il sotto universo degli stranieri con cittadinanza dell'area dei paesi a forte pressione migratoria evidenzia percentuali superiori al 50% tra i decessi di residenti rispettivamente nel 1992 e soprattutto nel 1999 (52,4%) anche se, nel confronto con la totalità dei decessi di stranieri residenti, questi rappresentano la maggioranza a partire dal 1997. Tra i non residenti, i decessi dei cittadini dei paesi a forte pressione migratoria diventano la maggioranza solo a partire dal 2000 (tabella 1 e grafico 1).

La distribuzione territoriale delle intensità tra le regioni di residenza rispecchia quella della popolazione di riferimento, con una prevalenza del Nord (Nord-Ovest per gli uomini, Nord-Est per le donne) 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, seguito dall'Italia meridionale e insulare (tabella 2).

In generale, dopo attenti e accurati controlli, si è ritenuto di limitare l'analisi differenziale per i più significativi gruppi di cause di morte agli stranieri residenti nella fascia di età 18-64 anni, così da giungere a risul-

tati più affidabili considerato il carattere di elevata stabilità della loro presenza sul territorio italiano. A tale proposito, si può affermare che la mortalità degli stranieri è assoggettata a due effetti in qualche modo convergenti che contribuiscono a mantenerla su livelli piuttosto contenuti. Il primo, senz'altro più evidente e rilevante, è quello del *migrantesano*, alla base della logica stessa dei flussi migratori: in sintesi, una delle caratteristiche che determinano la decisione allo spostamento è proprio la buona condizione di salute. Il secondo, dal significato meno immediato e strettamente legato all'età, che potrebbe avere effetti sul paese di arrivo, è il possibile ritorno nel paese di origine di chi ha sviluppato una malattia. Ciò porterebbe, nel medio periodo, a una diminuzione del numero dei decessi in Italia a fronte di popolazioni di riferimento che non rispondono in modo così repentino al cambiamento. Le cancellazioni anagrafiche, per loro natura caratterizzate da una certa rigidità generale comune a tutta la popolazione residente indipendentemente dalla cittadinanza, con la loro diversa velocità di risposta al cambiamento potrebbero avere delle conseguenze sul calcolo dei tassi in maniera certamente più evidente per il sotto universo, di per sé contenuto, degli stranieri.

Passando all'analisi dei tassi standardizzati di morta-

lità, riferiti ai cittadini stranieri residenti in età 18-64 anni, tra gli elementi degni di nota si segnala una tendenza alla diminuzione, seppur leggera, dei tassi attribuibile soprattutto al 2002. Inoltre, accanto a questo, si evidenzia un netto vantaggio delle donne, che registrano, tra il 1994 e il 2002, valori più contenuti rispetto agli uomini, indipendentemente dall'area di cittadinanza (tabella 3 e grafico 2).

Accanto ai tassi standardizzati di mortalità complessiva sono stati calcolati anche tassi per alcune principali cause di decesso. Le cause selezionate, riferite a raggruppamenti della Classificazione Internazionale delle Malattie - ICD9, adottata per la codifica delle cause di morte in Italia per gli anni analizzati, sono le seguenti: Tumori (codici 140-239), Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo (codici 240-279 escluso il codice 279.1), Aids (codice 279.1), Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio (codici 390-459), Malattie dell'Apparato Respiratorio (codici 460-519), Cause esterne e/o accidentali (codici 800-999), Altre Malattie (gruppo residuale rispetto ai codici causa considerati negli altri raggruppamenti). Per quanto concerne invece le aree di cittadinanza in corrispondenza delle quali sono stati calcolati i tassi di mortalità, è necessario precisare che i paesi a forte pressione migratoria comprendono quelli appartenenti

Tabella 1 - Decessi oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia (valori assoluti e percentuali) - Anni 1992-2002

Anno di decesso	Totale decessi					
	Valori assoluti			Valori percentuali		
	Residenti	Non residenti	Totale	Residenti	Non residenti	Totale
1992	926	1.071	1.997	46,37	53,63	100,00
1993	862	1.091	1.953	44,14	55,86	100,00
1994	1.024	1.422	2.446	41,86	58,14	100,00
1995	1.004	1.525	2.529	39,70	60,30	100,00
1996	1.045	1.434	2.479	42,15	57,85	100,00
1997	1.289	1.563	2.852	45,20	54,80	100,00
1998	1.336	1.639	2.975	44,91	55,09	100,00
1999	1.702	1.990	3.692	46,10	53,90	100,00
2000	1.665	1.875	3.540	47,03	52,97	100,00
2001	1.938	2.112	4.050	47,85	52,15	100,00
2002	1.945	2.120	4.065	47,85	52,15	100,00
Totale	14.736	17.842	32.578	45,23	54,77	100,00
DI CUI CON CITTADINANZA DEI PAESI A FORTE PRESSIONE MIGRATORIA						
1992	390	389	779	50,06	49,94	100,00
1993	348	438	786	44,27	55,73	100,00
1994	467	598	1.065	43,85	56,15	100,00
1995	490	687	1.177	41,63	58,37	100,00
1996	517	625	1.143	45,27	54,73	100,00
1997	658	679	1.337	49,21	50,79	100,00
1998	747	807	1.554	48,07	51,93	100,00
1999	954	868	1.822	52,36	47,64	100,00
2000	845	1.015	1.860	45,43	54,57	100,00
2001	1.055	1.156	2.211	47,72	52,28	100,00
2002	1.134	1.240	2.374	47,77	52,23	100,00
Totale	7.605	8.502	16.108	47,22	52,78	100,00

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1992-2002.

Grafico 1 - Decessi oltre il primo anno di vita di stranieri residenti e non residenti in Italia, con particolare riferimento al complesso dei paesi a forte pressione migratoria – Anni 1992-2002

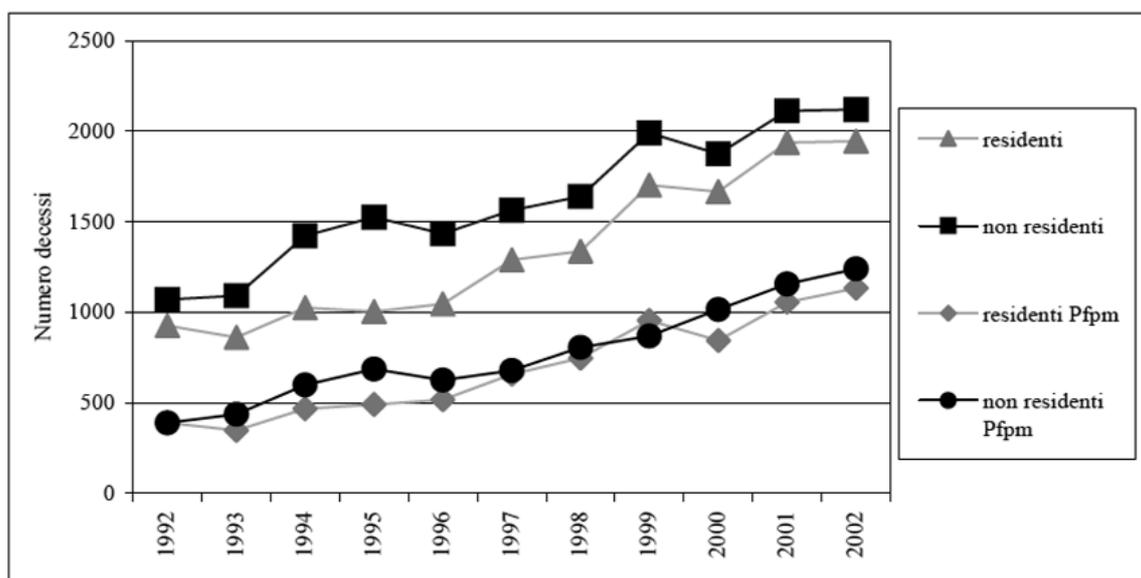


Tabella 2 - Decessi oltre il primo anno di vita di stranieri residenti in Italia, per sesso e regione di residenza (valori assoluti e tassi standardizzati per 10.000) – Anno 2002

Regioni	Decessi di stranieri residenti (valori assoluti)			Tassi standardizzati di mortalità (tassi per 10.000)		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Piemonte e Valle d'Aosta	95	55	150	22,16	12,29	16,69
Lombardia	229	142	371	21,26	13,35	17,08
Trentino-Alto Adige	95	154	249	84,18	85,11	85,32
<i>Bolzano-Bozen</i>	<i>74</i>	<i>132</i>	<i>206</i>	<i>96,67</i>	<i>68,24</i>	<i>79,29</i>
<i>Trento</i>	<i>21</i>	<i>22</i>	<i>43</i>	<i>43,99</i>	<i>41,97</i>	<i>45,47</i>
Veneto	101	57	158	21,33	14,25	17,86
Friuli-Venezia Giulia	50	25	75	36,08	13,26	22,51
Liguria	33	36	69	20,84	15,77	17,85
Emilia-Romagna	86	59	145	18,58	16,13	17,54
Toscana	89	59	148	21,05	11,82	16,24
Umbria	19	14	33	19,02	12,25	15,46
Marche	33	20	53	29,44	20,87	23,96
Lazio	113	102	215	21,72	11,85	15,51
Abruzzo e Molise	17	9	26	16,56	10,60	13,93
Campania	42	29	71	20,33	16,49	18,46
Puglia	25	18	43	18,08	13,20	15,85
Basilicata	5	5	10	58,57	36,24	69,46
Calabria	20	11	31	23,72	19,90	21,58
Sicilia	52	18	70	35,03	8,53	20,08
Sardegna	14	14	28	31,52	34,26	32,16
<i>Italia Nord-Occidentale</i>	<i>357</i>	<i>233</i>	<i>590</i>	<i>21,77</i>	<i>13,41</i>	<i>17,24</i>
<i>Italia Nord-Orientale</i>	<i>332</i>	<i>295</i>	<i>627</i>	<i>34,95</i>	<i>28,93</i>	<i>31,96</i>
<i>Italia Centrale</i>	<i>254</i>	<i>195</i>	<i>449</i>	<i>21,32</i>	<i>12,27</i>	<i>16,06</i>
<i>Italia Meridionale</i>	<i>109</i>	<i>72</i>	<i>181</i>	<i>20,24</i>	<i>15,18</i>	<i>17,91</i>
<i>Italia Insulare</i>	<i>66</i>	<i>32</i>	<i>98</i>	<i>33,83</i>	<i>13,06</i>	<i>22,30</i>
Italia	1.118	827	1.945	24,56	16,16	20,03

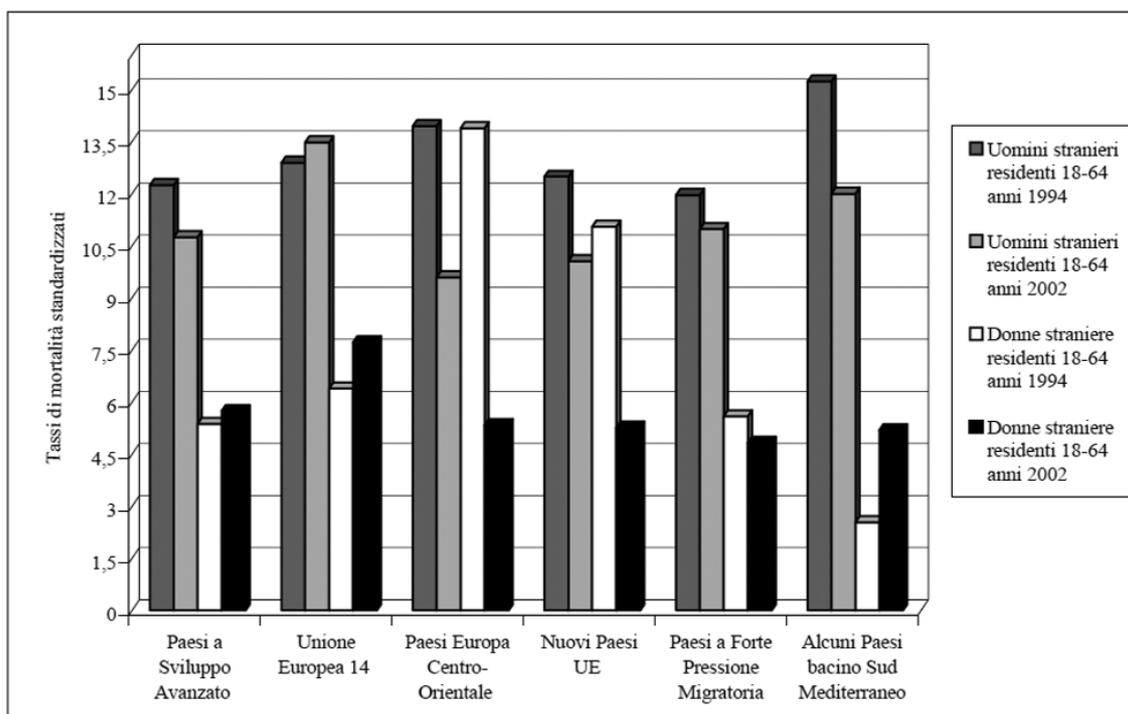
Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anno 2002.

Tabella 3 - Tassi standardizzati di mortalità degli stranieri residenti in Italia in età 18-64 anni, per sesso, aree di cittadinanza e principali gruppi di cause di decesso (tassi per 10.000) - Anni 1994, 2002

Aree di cittadinanza	Cause di decesso	Tassi standardizzati - età 18-64 anni (tassi per 10.000)					
		Anno 1994			Anno 2002		
		Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Paesi a Sviluppo Avanzato	Tumori	2,74	2,09	2,43	2,34	2,98	2,69
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	0,15	-	0,08	0,43	0,28	0,33
	Aids	0,50	-	0,23	-	0,07	0,05
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,93	1,12	2,53	2,56	0,59	1,50
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,48	0,22	0,33	0,57	0,26	0,43
	Cause esterne e/o accidentali	2,50	0,90	1,64	2,03	0,69	1,26
	Altre Malattie	1,95	1,05	1,46	2,81	0,88	1,74
	Tasso standardizzato totale 18-64 anni	12,25	5,38	8,70	10,75	5,75	8,00
Paesi Europa Centro-Orientale	Tumori	4,21	7,45	5,83	2,26	2,50	2,32
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,18	-	0,08
	Aids	-	-	-	0,03	-	0,01
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	2,76	1,40	2,27	1,87	1,39	1,64
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,70	0,36	0,05	-	0,03
	Cause esterne e/o accidentali	5,42	2,71	4,42	3,90	1,04	2,46
	Altre Malattie	1,56	1,64	1,51	1,31	0,41	0,79
	Tasso standardizzato totale 18-64 anni	13,95	13,89	14,39	9,60	5,34	7,33
Paesi a Forte Pressione Migratoria	Tumori	2,64	1,87	2,28	2,06	1,74	1,86
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	0,05	0,02	0,01	0,07	0,05
	Aids	0,77	0,21	0,55	0,41	0,20	0,32
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	1,37	1,37	1,41	2,47	0,90	1,74
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,35	0,24	0,31	0,59	0,24	0,41
	Cause esterne e/o accidentali	5,00	1,00	3,36	4,14	0,74	2,55
	Altre Malattie	1,84	0,86	1,44	1,31	0,95	1,15
	Tasso standardizzato totale 18-64 anni	11,97	5,59	9,36	10,99	4,83	8,07
FOCUS SU ALCUNE SPECIFICHE AREE DI CITTADINANZA							
Unione Europea 14	Tumori	2,26	2,30	2,28	2,65	4,10	3,39
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	0,59	0,40	0,48
	Aids	0,71	-	0,35	-	0,09	0,06
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	3,95	1,38	2,70	3,67	0,80	2,13
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,69	-	0,32	0,60	0,27	0,43
	Cause esterne e/o accidentali	2,89	1,29	2,06	2,49	0,80	1,49
	Altre Malattie	2,39	1,42	1,85	3,48	1,28	2,26
	Tasso standardizzato totale 18-64 anni	12,90	6,40	9,56	13,48	7,72	10,24
Nuovi Paesi UE	Tumori	4,06	7,00	5,50	1,97	3,09	2,62
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	-	-	-
	Aids	-	-	-	-	-	-
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	2,77	2,40	2,79	-	0,42	0,25
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	-	0,80	0,40	-	-	-
	Cause esterne e/o accidentali	5,15	2,78	4,37	4,42	1,10	2,25
	Altre Malattie	0,91	1,01	0,89	3,67	0,66	1,47
	Tasso standardizzato totale 18-64 anni	12,90	13,99	13,96	10,06	5,27	6,59
Alcuni Paesi bacino Sud Mediterraneo	Tumori	3,87	0,14	2,93	1,45	2,16	1,69
	Malattie Ghiandole Endocrine e Metabolismo	-	-	-	-	-	-
	Aids	0,15	-	0,12	0,14	0,19	0,14
	Malattie del Sistema Cardio-Circolatorio	1,77	1,86	1,66	2,23	0,56	1,71
	Malattie dell'Apparato Respiratorio	0,56	0,55	0,69	0,68	0,27	0,48
	Cause esterne e/o accidentali	7,57	-	5,64	5,83	0,47	3,82
	Altre Malattie	1,32	-	1,06	1,68	1,54	1,65
	Tasso standardizzato totale 18-64 anni	15,24	2,54	12,11	12,00	5,19	9,50

Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni su dati Istat "Indagine sulle cause di morte". Anni 1994 e 2002.

Grafico 2 - Tassi standardizzati di mortalità complessiva degli stranieri residenti in Italia in età 18-64 anni, per sesso e aree di cittadinanza (tassi per 10.000) - Anni 1994, 2002



Fonte dei dati e anno di riferimento: elaborazioni su dati Istat "Indagini sulle cause di morte". Anni 1994 e 2002.

all'Africa, all'Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) ed all'America centro-meridionale; per estensione anche gli apolidi sono stati inclusi in questo gruppo; all'Europa Centro-Orientale appartengono tutti i paesi dell'Europa dell'Est e Centrale, inclusi i 10 paesi compresi nell'allargamento dell'Unione Europea a 25 avvenuta nel maggio 2004 ed infine nei paesi a sviluppo avanzato rientrano i paesi appartenenti all'Unione europea a 15, gli Altri paesi europei, l'America settentrionale, l'Oceania, Israele e Giappone. Oltre ai raggruppamenti di cittadinanze in grandi aree, è stata focalizzata l'attenzione anche su alcuni gruppi contenuti nei precedenti ed in particolare i paesi dell'Unione Europea (esclusa l'Italia), i nuovi 10 paesi dell'Unione Europea a 25, inclusi dopo l'allargamento nel maggio 2004 ed alcuni paesi del bacino Sud del Mediterraneo, comprendente i paesi dell'Africa del Nord e la Turchia. Per gli stranieri con cittadinanza del complesso dei paesi a sviluppo avanzato, le cause di morte più rilevanti sono i tumori, il tasso standardizzato aumenta da 2,4 per 10.000 residenti a 2,7 nei due anni messi a confronto, e le malattie del sistema cardio-circolatorio che diminuiscono (da 2,5 per 10.000 a 1,5). In generale, i tumori caratterizzano la mortalità di tutte le aree di cittadinanza considerate e mettono in luce lo svantaggio delle donne e dei paesi dell'Europa Centro-Orientale. Questo, in particolare nel 1994, è fortemente correlato da un

lato alla scarsa attitudine alla prevenzione, dall'altro agli effetti di lungo periodo legati al disastro nucleare di Chernobyl del 1980; in ogni caso, la situazione presenta notevoli segnali di miglioramento nel 2002. D'altra parte, per il complesso dei paesi a forte pressione migratoria, soprattutto in relazione agli uomini, accanto ai tumori spiccano le cause esterne e/o violente (tra le quali gli incidenti stradali e sul lavoro) dovute alle difficili condizioni di vita e lavorative, addirittura prima causa di morte degli stranieri con cittadinanza dei paesi del bacino sud del Mediterraneo (nel complesso 5,6 per 10.000 nel 1994, 3,8 nel 2002; per gli uomini rispettivamente 7,6 e 5,8). 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 meno significativa, pur facendo emergere differenze nell'ordine di grandezza delle variazioni tra le aree di cittadinanza (tabella 3). Ciò suggerisce disuguaglianze nell'accesso alle cure.

Per concludere brevemente, è bene ricordare che la mortalità rappresenta un indicatore rilevante per il monitoraggio, anche se in qualche modo ex post, del grado di integrazione della popolazione straniera sul territorio, e il confronto temporale operato suggerisce, seppur con il permanere di evidenti differenze, un generale miglioramento delle condizioni degli stranieri in Italia.

Riferimenti bibliografici

1. Bruzzone S., Mignolli N., La mortalità per causa degli immigrati nell'Unione Europea e nei Paesi Candidati: "documentazione e criteri di misura", 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 2003; pp. 412-433.
2. Bruzzone S., Mignolli N., Lo studio della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia: problematiche metodologiche e disponibilità dei dati, Atti del Settimo Seminario Internazionale di Geografia Medica, Verona 13-15 Settembre 2001, RUX editrice, Perugia, 2002; pp. 395-410.
3. Maccheroni C., Bruzzone S., 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 2004; pp. 97 – 120.
4. Meslé F., Hertrich V., Évolution de la mortalité en Europe: la divergence s'accroît entre l'Est et l'Ouest, Atti del Congrès international de la population, Beijing 1997.
5. Waterhouse J., Muir C., Correa P., Powell J., Cancer in Five Continents, IARC, Scientific Publication, Lyon, 1976; Vol. 3, 15.

Tassi di ospedalizzazione tra gli immigrati in Italia: la standardizzazione indiretta-inversa

Dott.ssa Laura Cacciani, Dott. Giovanni Baglio, Dott.ssa Angela Spinelli, Prof. John Osborn

Contesto

Negli studi sulla salute degli immigrati, per attuare confronti tra i tassi di due o più popolazioni, ad esempio i tassi di mortalità o quelli di ospedalizzazione, si fa ricorso ai metodi classici della standardizzazione diretta o indiretta al fine di eliminare il confondimento di variabili come l'età o il sesso. Un limite frequentemente riscontrato nell'applicazione di tali metodi risiede nella difficoltà di disporre di stime attendibili sulla dimensione della popolazione immigrata e sulla sua distribuzione per età, soprattutto a causa della presenza difficilmente quantificabile di clandestini.

Di seguito viene presentato un metodo alternativo di standardizzazione, denominato standardizzazione indiretta-inversa¹, che può essere agevolmente utilizzato nei casi in cui la distribuzione per età della popolazione indice (in questo caso quella immigrata) non sia nota.

Obiettivo di questo lavoro è quello di confrontare i due approcci di standardizzazione diretta e indiretta-inversa nel calcolo del rapporto tra il tasso di ospedalizzazione degli immigrati rispetto a quello dei residenti in Italia nel 2003.

Metodi

I dati utilizzati per l'analisi si riferiscono alle dimissioni ospedaliere avvenute in Italia nell'anno 2003 presso istituti di ricovero pubblici e privati (fonte Ministero della Salute).

I rapporti tra i tassi di ospedalizzazione degli stranieri rispetto alla popolazione residente sono stati standardizzati utilizzando sia il metodo diretto (rapporti diretti, RD) che quello indiretto-inverso (RII). Le misure sono state calcolate e confrontate sotto diverse ipotesi di popolazione immigrata presente (+20% e +40% rispetto alle stime ufficiali riportate dall'Istat).

La stima della popolazione straniera utilizzata nel calcolo dei tassi è stata ottenuta come media tra i permessi di soggiorno al 1/1/2003 e al 1/1/2004 (fonte Istat). Ai fini dell'analisi, è stata considerata la popolazione di età compresa tra i 18 e i 64 anni, perché i permessi di soggiorno relativi ai minorenni sono notevolmente sottostimati e la classe degli ultrasessantacinquenni particolarmente esigua. Sono stati inoltre considerati solo gli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria^a, che rappresentano la parte più consistente dei flussi migratori.

La popolazione residente in Italia al 1/1/2003 è stata utilizzata come popolazione standard.

Per quanto riguarda i ricoveri delle donne, le misure di ospedalizzazione sono state calcolate sia includendo che escludendo le dimissioni legate alla salute riproduttiva, dato che i pattern di fecondità osservati tra le donne immigrate sono diversi rispetto a quelli delle donne residenti.

La standardizzazione indiretta-inversa

Diversamente dalla standardizzazione diretta, che prevede l'applicazione dei tassi età-specifici della popolazione indice (immigrati) alla popolazione standard (residenti) per ottenere i casi attesi per classe d'età, il metodo indiretto-inverso prevede l'applicazione dei tassi standard età-specifici ai casi osservati nelle diverse classi d'età della popolazione indice per ottenerne la numerosità attesa. In altre parole, viene stimata la dimensione teorica della popolazione immigrata, nell'ipotesi che i pattern di ospedalizzazione degli stranieri siano gli stessi della popolazione residente.

In dettaglio, siano d_i il numero di ricoveri nella classe di età i -esima della popolazione indice e Q_i il tasso di ospedalizzazione nella medesima classe della popolazione standard. Il numero atteso di immigrati nella classe i -esima può essere calcolato come d_i/Q_i .

Il rapporto tra la numerosità totale attesa della popolazione indice e quella osservata, n , corrisponde a un rapporto standardizzato tra tassi (di ospedalizzazione):

$$R = \sum(d_i/Q_i)/n = n'/n$$

Il tasso standardizzato può essere stimato come prodotto QR (dove Q è il tasso grezzo della popolazione standard) e per tale tasso è anche possibile calcolare l'errore standard¹.

^a Paesi dell'Europa centro-orientale, dell'Africa, dell'Asia ad eccezione di Israele e Giappone, e dell'America centro-meridionale (Istat).

Risultati e discussione

Nel 2003, sono state registrate in Italia circa 366.000 dimissioni di cittadini stranieri da reparti per acuti, pari al 3% dell'ospedalizzazione complessivamente erogata nel Paese. L'89% ha riguardato immigrati da Paesi a forte pressione migratoria. Nella tabella 1 si riportano i risultati del calcolo dei rapporti tra i tassi di ospedalizzazione degli immigrati e dei residenti, standardizzati con metodo diretto e indiretto-inverso, secondo le tre ipotesi di popolazione immigrata presente. In assenza di clandestinità, tra i maschi l'ospedalizzazione degli stranieri sembra essere complessivamente inferiore rispetto a quella dei residenti, soprattutto in regime di Day-Hospital, a prescindere dal metodo utilizzato. L'approccio indiretto-inverso, se confrontato con quello diretto, mostra una leggera attenuazione delle differenze in regime ordinario (RII=0,99 verso RD=0,95) e un incremento in Day-Hospital (RII=0,52 verso RD=0,54). Tra le donne immigrate l'ospedalizzazione appare invece complessivamente superiore in entrambi i regimi di ricovero, indipendentemente dall'approccio utilizzato. Il metodo indiretto-inverso in questo caso accentua di molto le differenze sia in regime ordinario (RII=1,38 verso RD=1,22) che in Day-Hospital (RII=1,32 verso RD=1,01). Tuttavia, se si escludono dall'analisi le dimissioni legate alla salute riproduttiva (soprattutto parto, IVG, aborto spontaneo), i risultati cambiano: i rapporti tra i tassi subiscono una notevole riduzione in regime ordinario con entrambi i metodi di standardizzazione (RII=1,09 e RD=1,02); mentre si invertono in regime di Day-Hospital, mostrando una minore ospedalizzazione tra le immigrate rispetto alle residenti (RII=0,66 verso RD=0,62). In questo caso, inoltre, i due approcci tendono a dare risultati simili. Sotto le diverse ipotesi di popolazione immigrata presente (+20% e +40%), le differenze evidenziate in maniera coerente dai due metodi vanno nella direzione di un minore ricorso all'ospedalizzazione da parte degli immigrati rispetto ai residenti, sia tra i maschi che tra le femmine.

Tabella 1 - Rapporto tra tassi di ospedalizzazione standardizzati per età calcolati con il metodo diretto (RD) e indiretto-inverso (RII) sotto diverse ipotesi di popolazione immigrata presente. Stranieri da Paesi a forte pressione migratoria e residenti. Italia - Anno 2003

	Ipotesi di popolazione immigrata presente					
	Permessi di soggiorno*		+20%		+40%	
	RD	RII	RD	RII	RD	RII
REGIME ORDINARIO						
Maschi	0,95	0,99	0,79	0,83	0,68	0,71
Femmine	1,22	1,38	1,02	1,15	0,87	0,99
<i>esclusa salute riproduttiva**</i>	1,02	1,09	0,85	0,91	0,73	0,78
DAY-HOSPITAL						
Maschi	0,54	0,52	0,45	0,44	0,39	0,37
Femmine	1,01	1,32	0,84	1,10	0,72	0,94
<i>esclusa salute riproduttiva**</i>	0,62	0,66	0,52	0,55	0,44	0,47

* Media dei permessi di soggiorno al 1/1/2003 e al 1/1/2004 (fonte Istat).

** Codici ICD-9-CM 633-677, V22-V24, V27, V28.

In assenza di importanti differenze tra i due approcci, la standardizzazione indiretta-inversa permette di calcolare più agevolmente di quella diretta, e indipendentemente dalla distribuzione per età della popolazione indice, i rapporti standardizzati secondo i tre differenti scenari demografici ipotizzati. Questo metodo può, pertanto, essere utilizzato per effettuare analisi di sensitività sulle differenze di ospedalizzazione osservate tra le due popolazioni. In questo esempio, si calcola che l'ospedalizzazione tra gli immigrati maschi possa variare, in relazione alle diverse ipotesi, dall'1% al 29% in meno rispetto a quella dei residenti in regime ordinario; e dal 48% al 63% in meno in Day-Hospital. Tra le donne (escludendo i ricoveri legati alla salute riproduttiva) i valori variano dal 22% in meno al 9% in più in regime ordinario; e dal 34% al 53% in meno in Day-Hospital.

Le marcate differenze evidenziate dai due metodi nel caso in cui l'analisi includa i ricoveri per motivi di salute riproduttiva segnalano la presenza di forte eterogeneità nei rapporti tra i tassi specifici in età fertile, riconducibili all'anticipazione degli eventi riproduttivi tra le donne immigrate rispetto alle donne residenti. In casi del genere i metodi di aggiustamento non andrebbero utilizzati e pertanto si ritiene opportuno analizzare l'ambito della salute riproduttiva separatamente dal resto dell'ospedalizzazione, anche in considerazione del fatto che si tratta di eventi nella gran parte fisiologici non assimilabili ai ricoveri per patologia.

Riferimenti bibliografici

1. Cacciani L, Baglio G, Rossi L, Materia E, Marceca M, Geraci S, et al. (2006). Hospitalisation among immigrants in Italy. *Emerging Themes in Epidemiology*: 3:4.

Persone straniere e accesso/fruibilità alle strutture sanitarie impegnate nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS

Dott.ssa Anna Colucci, Dott. Pietro Gallo, Prof. Giampiero Carosi, Dott. Issa El Hamad, Dott. Tullio Prestileo, Prof. Vincenzo Vullo, Dott. Nicola Petrosillo, Dott.ssa Anna Maria Luzi

Contesto

Evidenze scientifiche mostrano come i flussi migratori dai paesi in via di sviluppo verso quelli ad economia avanzata dell'Europa Occidentale siano caratterizzati da persone in giovane età, single, provenienti da aree geografiche ad alta endemia per malattie infettive e che giunti nelle nazioni ospiti spesso vivono in precarie condizioni abitative e lavorative, con difficoltà di inserimento nel tessuto sociale e culturale. La compresenza di tali elementi, potrebbe favorire criticità nell'accedere e nel fruire di interventi sanitari, nonché una maggiore vulnerabilità delle persone straniere relativamente alle malattie infettive¹⁻². Per quanto riguarda il nostro Paese, il fenomeno migratorio è stato sempre caratterizzato da elementi di complessità e diversità (provenienza, status giuridico, progetto migratorio, stili di vita adottati) che hanno richiesto specifica attenzione verso le popolazioni straniere in termini di tutela della salute e di interventi di prevenzione, diagnosi e cura di malattie infettive evitabili, come l'infezione da HIV³. In riferimento all'infezione da HIV non ci sono elementi che indichino la reale diffusione dell'infezione nella popolazione non italiana, ma dal Registro AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS), si rileva un aumento della proporzione di casi cumulativi di AIDS notificati a cittadini stranieri (dal 4,4% nel 1994-95 al 17,6% nel 2004-05)⁴.

Il trend in crescita delle diagnosi di AIDS, registrato nell'ultimo decennio, potrebbe essere determinato anche da un aumento della popolazione straniera (circa 3 milioni con regolare permesso di soggiorno al primo gennaio 2005 rispetto alle poche centinaia di migliaia – 729.000 del 1995)³⁻⁵.

La letteratura scientifica evidenzia alcune criticità nell'accesso e nella fruibilità delle strutture pubbliche, nonché nell'effettuazione del test per la ricerca degli anticorpi anti-HIV. Ciò comporta per il cittadino straniero, difficoltà a sottoporsi ad accertamenti clinici e a cure tempestive⁶⁻¹¹. In Italia, la proporzione delle persone straniere che hanno ricevuto la diagnosi di HIV in coincidenza con quella di AIDS è pari al 69,5% vs il 36,1% di persone italiane per le quali il tempo tra il primo test con esito positivo e la diagnosi di AIDS è uguale o inferiore a 6 mesi⁴. D'altro canto uno studio condotto in Italia sui casi di AIDS notificati in cittadini stranieri, nel periodo 1982-2000, mette in rilievo la diminuzione dei tassi di incidenza delle nuove diagnosi di AIDS, parimenti a quanto osservato anche tra gli italiani. Tale riduzione è stata registrata a seguito dell'introduzione delle terapie altamente efficaci (Highly Active Antiretroviral Therapy – HAART), evidenziando come l'accesso alle cure garantisca migliori condizioni di salute anche per target particolarmente vulnerabili¹².

Un ulteriore aspetto da considerare è una non sempre adeguata risposta delle strutture sanitarie pubbliche ai bisogni di salute espressi dai cittadini stranieri. In particolare, i principali nodi critici riguardano le modalità comunicativo-relazionali degli operatori sanitari e la difficoltà del sistema sanitario a riorganizzare i servizi in funzione delle reali esigenze del target.

Sulla base di tali considerazioni alcuni esperti, componenti del National Focal Point italiano (progetto europeo AIDS & Mobility), hanno proposto, all'interno del V Programma Nazionale di Ricerca sull'AIDS – 2003, uno studio sullo sviluppo di programmi di prevenzione volti ad individuare i bisogni di salute dei cittadini stranieri in merito all'infezione da HIV/AIDS. Ciò al fine di monitorare le modalità di risposta fornite dalle strutture sanitarie italiane ai bisogni di salute delle persone straniere coinvolte in tali problematiche. Inoltre, attraverso questo studio si sono anche potute confrontare le strategie di intervento messe in atto da strutture sanitarie presenti sul territorio nazionale a favore della popolazione straniera.

Metodi

È stata costruita una scheda raccolta dati ed inviata ai responsabili di 302 strutture pubbliche presenti su tutto il territorio nazionale, impegnate nell'ambito dell'infezione da HIV e alle quali afferisce anche un'utenza straniera. È stato possibile individuare tali strutture attraverso un'indagine telefonica effettuata prima dell'avvio dello studio e rivolta a 550 servizi di prevenzione, diagnosi e cura per l'infezione da HIV del Sistema Sanitario Nazionale. La scheda, costituita da 45 quesiti, ha permesso di focalizzare l'attenzione sull'organizzazione della struttura (tipologia, figure professionali coinvolte, formazione, prestazioni erogate), sulle caratteristiche delle persone straniere che vi afferiscono (sesso, provenienza, status, tipo di richiesta formulata) e sugli interventi di prevenzione promossi dal singolo centro. Alcuni quesiti, inoltre, hanno rilevato le criticità emergenti nella relazione professionale tra operatore sanitario e cittadino non italiano (lingua, cultura, aderenza alle misure preventive e al trattamento).

Risultati e discussione

Il 54,6% (165/302) delle strutture contattate, ha restituito la scheda dati compilata; nello specifico dalle Isole è pervenuto il 65,5% delle schede inviate, dal Nord il 55,8%, dal Centro il 44,9%, dal Sud il 40%. Il rapporto tra le schede inviate e ricevute sembrerebbe corrispondere a quanto indicato dalla letteratura inerente i metodi e le tecniche della ricerca sociale¹³.

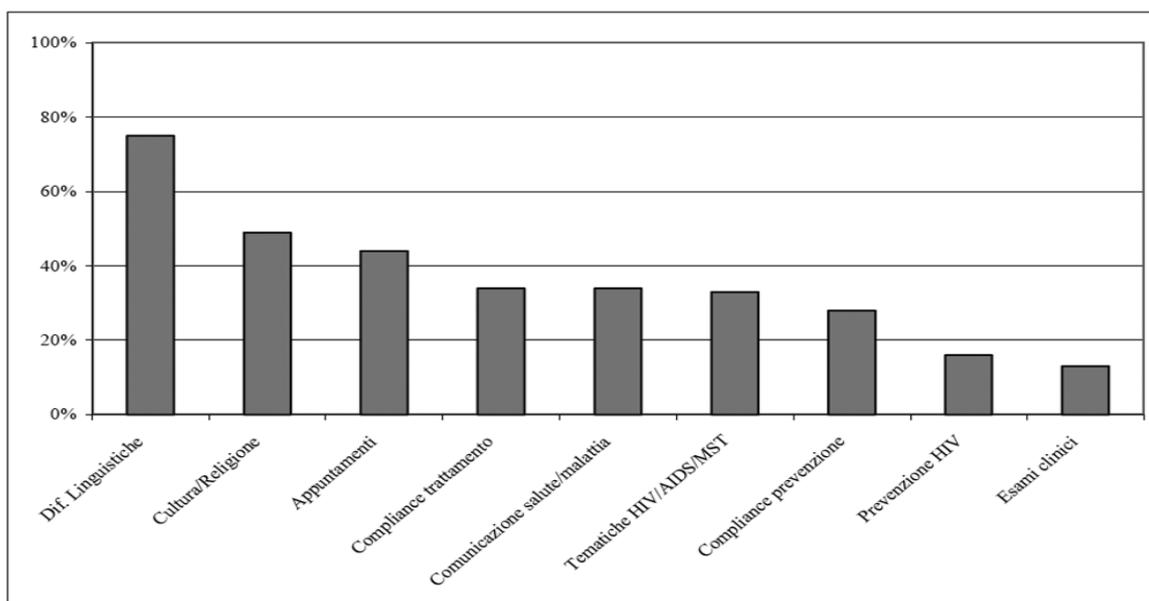
L'analisi dei dati ha evidenziato che le prestazioni, erogate principalmente da Ambulatori e Day Hospital di reparti di malattie infettive, riguardano: interventi di screening/test (83,9%), di counselling vis à vis (69,7%) e di medicina specialistica (53,5%). A tale offerta corrisponde la tipologia di richiesta di prestazioni formulate dalle persone straniere, quali: effettuazione del test HIV (76,1%), visite mediche (59,4%), analisi chimico-cliniche (58,1%) e visite specialistiche (45,5%). La "confidenzialità" della prestazione è assicurata nel 76,3% delle strutture, il 7,7% garantisce il pieno anonimato anche se la persona non ne fa esplicita richiesta. Dallo studio emerge che il mediatore linguistico-culturale è presente nel 30,8% delle strutture, ma solo nel 4,8% dei casi questa figura professionale "è sempre presente". Nel 19,4% dei centri contattati il personale ha eseguito un training di sensibilizzazione su specifici aspetti della salute delle persone straniere. Delle 165 strutture coinvolte nell'indagine, 55 (33,3%) sono a conoscenza delle Campagne informative effettuate nella propria area geografica e dirette alle persone immigrate per migliorare l'accesso ai servizi sanitari impegnati nella lotta all'AIDS.

Inoltre, si evince che il 7,7% delle strutture contattate ha promosso interventi preventivi rivolti alla popolazione straniera. Tali interventi sono stati orientati verso la predisposizione di depliant informativi in differenti lingue, la promozione della salute per i minori di nazionalità non italiana, l'accompagnamento ai servizi sanitari con il supporto di mediatori linguistico-culturali, l'attivazione di seminari informativi rivolti a studenti delle scuole medie inferiori e superiori, istituti scolastici all'interno dei quali è presente un'alta proporzione di stranieri.

Una sezione della scheda ha focalizzato l'attenzione sulle informazioni raccolte dalle strutture sanitarie relativamente agli utenti di nazionalità non italiana. Emerge che vengono rilevati i dati concernenti lo status legale, il sesso e la provenienza degli stranieri, rispettivamente, nel 36,1%, nel 62,6% e nel 66,5% dei casi. Sembrerebbe, quindi, che in circa un terzo dei servizi oggetto di studio, mancano informazioni basilari come il sesso e la provenienza geografica degli assistiti.

Infine, l'ultima sezione della scheda raccoglie informazioni sulle criticità incontrate dagli operatori sanitari nella relazione professionale con la persona straniera. Dai dati si evince che i nodi critici maggiormente riscontrati nell'erogare la prestazione all'utente straniero, riguardano le differenze linguistiche (77,9%), le differenze culturali (43,1%), il rispetto degli appuntamenti per visite mediche o analisi cliniche (41,9%), l'adesione al trattamento (34,9%), le non poche differenze nel comunicare su salute e malattia (33,7%) (grafico 1).

Grafico 1 - Criticità incontrate dagli operatori nell'erogare la prestazione alla persona straniera – Maggio 2005 – Aprile 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Reparto Epidemiologia, Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità. Anno 2006.

Conclusioni

Lo studio ha permesso di rilevare, se pur in modo non esauriente, la tipologia di risposte fornite dalle strutture sanitarie pubbliche alla popolazione straniera che vi afferrisce.

I risultati mostrano una notevole eterogeneità non solo nel target, ma anche, nell'offerta dei servizi e nelle modalità di erogazione di cure e prestazioni (presenza del mediatore linguistico-culturale, training per gli operatori, promozione di interventi di prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS mirati alla popolazione straniera).

Denominatore comune a tutti i centri contattati sembrerebbe essere la presenza di aree critiche all'interno della relazione professionale tra operatore e persona straniera. Tali criticità riguardano prevalentemente differenze di lingua, di cultura e di sistemi di riferimento che costituiscono, talvolta, un ostacolo all'accesso e alla piena fruibilità dei servizi presenti sul territorio.

La ricerca ha fornito una panoramica dell'attuale situazione italiana, evidenziando come nonostante la legislazione del nostro Paese garantisca il diritto alla salute per tutti i cittadini stranieri anche senza documenti, di fatto, ancora oggi, si rilevano barriere organizzative nel Sistema Sanitario Nazionale che impediscono un completo soddisfacimento dei bisogni di salute del cittadino straniero. Al rapido e continuo cambiamento del fenomeno migratorio sembrerebbe non corrispondere un mirato intervento a tutela della salute della persona straniera. Ciò richiede, pertanto, una politica sanitaria in grado di adeguare l'offerta alla domanda attraverso un'attenta analisi delle differenze che caratterizzano la popolazione straniera, ma anche mediante una reale trasferibilità all'intero territorio nazionale di approcci e modelli di intervento risultati efficaci nelle singole aree geografiche.

Riferimenti bibliografici

1. Del Amo J, Bröring G, Hamers FF, Infuso A and Fenton K. Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. *AIDS* 2004;18:1867-1873.
2. Hamers F, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet* 2004;364:83-94.
3. Caritas/Migrantes. Immigrazione. Dossier Statistico 2005. XV Rapporto. Roma: IDOS;2005.
4. Suligo B, Boros S, Camoni L, Lepore D. AIDS cases in Italy: update to 31 June 2005. *Not Ist Super Sanità* 2004; 18(11) suppl.1.
5. Istituto Nazionale di Statistica – Istat. La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2005. <http://www.istat.it> (ultima consultazione 23 giugno 2006).
6. Petrosillo N, Colucci A, Luzi AM, Gallo P, Palmieri F per il gruppo National Focal Point. Italian public and non-governmental organisations related to HIV/AIDS infection and migrant populations. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(4):433-439.
7. Saracino A, El Hamad I, Prato R, Cibelli DC, Tartaglia A, Palombo E, Pezzoli MC, Angarano G, Scotto G and the SIMIT Study Group. Access to HAART in HIV-infected immigrants: a retrospective multicenter Italian study. *AIDS Patient Care and STDs* 2005;19(9):599-606.
8. Mc Donald JT, Kennedy S. Insights into the "healthy immigrant effect": health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004;59(8):1613-27.
9. Leduc N, Proulx M. Patterns of health services utilization by recent immigrants. *J Immigr Health* 2004;6(1):15-27.
10. Dray R and Lert F. Social health inequalities during the course of chronic HIV disease in the era of highly active antiretroviral therapy. *AIDS* 2003;17:283-290.
11. Stronks K, Ravelli ACJ, Reijnen SA. Immigrants in the Netherlands: equal access for equal needs? *J Epidemiol Community Health* 2001;55:701-707.
12. Cacciani L, Rosano A, Camoni L, Boros S, Urciuoli R, Rezza G, Baglio G, Colucci A, Pezzotti P. Casi di AIDS diagnosticati in Italia tra cittadini stranieri (1982-2000). 2005 Rapporti ISTISAN 05/39.
13. Corbetta P. Metodologia e tecniche della ricerca sociale. Bologna: Il Mulino; 2002.