

Gli immigrati stranieri: il loro aumento negli anni '90 secondo le diverse fonti

Significato. La presenza nella popolazione di cittadini stranieri è ormai diventata di una certa consistenza quasi ovunque in Italia. Il fenomeno ha avuto negli anni '90 un vistoso incremento di fatto, ma anche una migliore sistemazione legale grazie a due specifici provvedimenti legislativi (legge «Martelli» e legge «Turco-Napolitano», alle quali nel 2002 si è aggiunta la legge «Bossi-Fini»), provvedimenti che sono sempre stati accompagnati nella loro prima applicazione da «sanatorie», che hanno trasformato numerosi immigrati irregolari in stranieri regolarmente residenti nel nostro paese.

Dal momento che, in genere, un'immigrazione recente come la nostra è costituita per la maggior parte da individui giovani e tendenzialmente selezionati per uno stato di salute sufficientemente buono, la popolazione immigrata non presenta particolari aspetti di rischio sanitario, se non per le cattive condizioni nelle quali spesso si trova costretta a vivere e per la pericolosità dei lavori che spesso svolge. Nei casi in cui l'insediamento dell'immigrato sia compiuto nelle forme della formazione di una nuova famiglia o di un ricongiungimento con la famiglia precedentemente lasciata nel paese d'origine ci si può aspettare una maggiore utilizzazione dei servizi materno-infantili, proprio a causa dell'alta quota di coppie giovani più che ai differenziali dei loro livelli riproduttivi.

Validità e limiti. Alle due tradizionali fonti di dati sulla presenza straniera – i permessi di soggiorno e le anagrafi – in occasione dei censimenti se ne aggiunge una terza, che enumera i residenti in possesso di cittadinanza straniera. Nei casi di presenza più precaria o irregolare il reperimento degli immigrati da parte dei rilevatori di censimento può non essere stato esaustivo, specie in alcune aree del paese dove è più facile occultare la propria presenza (in particolare le grandi città) o dove è minore l'integrazione sociale o la presenza di organizzazioni etniche ed assistenziali (segnatamente il Sud Italia), le quali in molte situazioni hanno validamente coadiuvato gli organi ufficiali per il censimento degli immigrati.

Per quanto riguarda i dati sui cittadini stranieri iscritti nelle anagrafi dei comuni italiani va ricordato che gli immigrati dall'estero sono estremamente mobili, specialmente nella prima fase di insediamento. Tale mobilità, in genere connessa con le vicende lavorative, può comportare sia spostamenti temporanei o definitivi tra le varie aree del nostro paese, sia ritorni più o meno prolungati al paese d'origine, sia eventualmente migrazioni verso altri paesi. In molti di questi casi l'immigrato non ha alcun interesse a comunicare all'anagrafe d'iscrizione il suo spostamento. Può così succedere che le anagrafi riportino una situazione non attuale della presenza straniera.

Infine, i dati statistici tratti dalla tenuta dei registri dei permessi di soggiorno, per quanto saltuariamente «ripuliti» dai permessi scaduti e dalle sempre possibili duplicazioni, costituiscono più il sottoprodotto di una fonte amministrativa che una specifica fonte statistica. Va considerato inoltre il fatto che le leggi più recenti hanno teso ad abbinare la concessione del permesso di soggiorno con l'iscrizione in anagrafe, facendo così dell'immigrato regolare forzatamente un residente con cittadinanza straniera.

Per le misure qui utilizzate, che sono calcolate come media a livello regionale, va tenuto presente che la concentrazione della presenza straniera è molto difforme sul territorio di una regione, potendosi avere, in generale, una maggiore presenza nei grandi centri, nelle aree industriali, ovvero in quelle ad agricoltura intensiva. Per questo motivo, si è preferito presentare sul cartogramma la misura più generica della presenza straniera (cittadini stranieri residenti per 100 residenti in totale) ad un livello territoriale molto articolato (le ASL), senza però poter distinguere la tipologia della loro provenienza (paesi a forte pressione migratoria o meno).

Parametro misurato	Presenza di cittadini stranieri
Numeratore	Cittadini stranieri secondo le diverse fonti
Denominatore	Popolazione residente totale

Fonte dei dati e anni di riferimento: Istat: 13° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni: 20 ottobre 1991; 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni: 21 ottobre 2001; La presenza straniera in Italia negli anni '90. (Informazioni n. 61 - 1998); La popolazione straniera residente in Italia al 1° gennaio 2001. (Statistiche in breve - 1° agosto 2001); La presenza straniera in Italia: caratteristiche socio-demografiche. Permessi di soggiorno al 1° gennaio degli anni 2001, 2002, 2003. (Collana Informazioni 21 giugno 2004).

Descrizione dei Risultati

Nella situazione ancora immatura dell'immigrazione d'inizio anni '90 il censimento del 1991 era riuscito ad enumerare nell'insieme dell'Italia solo circa 350 mila stranieri residenti, che corrispondevano a poco più della metà dei contemporanei permessi di soggiorno e che sottovalutavano di circa 200 mila i cittadini stranieri iscritti in anagrafe. Nel 2001, i dati delle tre fonti tendono invece a coincidere intorno a 1,4 milioni, con il dato tratto dal censimento leggermente inferiore (1,335 milioni) e quello d'anagrafe al 1° gennaio 2001 un po' più elevato (1,465 milioni).

L'aumento (qui misurato con la variazione media annua percentuale) è stato dunque molto rilevante, in parte come conseguenza dei reali afflussi di nuovi immigrati nel corso del decennio, in parte per una più corretta considerazione legale della loro presenza a seguito delle diverse sanatorie intervenute e, per quanto riguarda i censimenti, probabilmente per una più efficace azione di reperimento dei residenti stranieri. Gli aumenti più vistosi sono registrati nelle regioni della cosiddetta «Terza Italia», cioè nelle Venezie, in Emilia-Romagna, nelle Marche ed in Umbria; quelli più ridotti si sono registrati nelle Isole, e poi in Campania, Molise e Lazio – in quest'ultima regione, però, la presenza straniera era già forte all'inizio del decennio.

L'incidenza sulla popolazione totale è conseguentemente aumentata, portandosi ad una media italiana del 2,3%, ma non superando in alcuna regione la soglia del 4%. Le differenze tra il Centro-Nord ed il Sud sono però molto rilevanti, con quasi tutte le regioni del Sud su valori inferiori ad un immigrato residente ogni 100 residenti in totale. Si può imputare parte di questi divari ad una maggiore precarietà delle presenze straniere al Sud, sia sotto gli aspetti dell'insediamento che sotto quelli dell'ufficialità e continuità dei lavori svolti: in tali condizioni la loro presenza potrebbe risultare sia sottoregistrata nella popolazione anagrafica, sia più difficilmente censita durante le operazioni censuarie. Ad entrambi i censimenti prevalgono le provenienze da paesi «a forte pressione migratoria», ma la quota è sensibilmente aumentata, superando ora quasi ovunque l'80%. Sotto quest'aspetto, il Centro (Marche escluse) sta con le regioni del Sud, su valori inferiori alla media italiana, dovendosi però considerare per il Lazio la presenza della capitale come sede di ambasciate straniere e di congregazioni religiose che ospitano cittadini provenienti da tutto il mondo e, per la Toscana e l'Umbria, il non trascurabile fenomeno delle cosiddette «elezioni di residenza» da parte di cittadini abbienti e spesso anziani, provenienti da paesi sviluppati, che hanno scelto di trasferirsi nei luoghi considerati più ameni nel nostro paese.

Rispetto ai dati qui presentati, riferiti a periodi antecedenti l'ultima sanatoria, va considerato che questa ha accolto più di 600 mila immigrati portando il totale a più di due milioni.

Tasso di infortuni sul lavoro di lavoratori nati all'estero

Significato. L'indicatore esprime il rischio infortunistico che i lavoratori stranieri conoscono nel nostro paese. Il tasso di infortunio è tra gli indicatori strutturali selezionati dall'ESAW (European Statistics on Accidents at Work) per il monitoraggio del fenomeno infortunistico sul lavoro a livello europeo. L'indicatore esprime il rapporto tra il numero di infortuni occorsi nel 2001 a lavoratori nati all'estero, iscritti all'INAIL e indennizzati entro il 2003, e il numero di lavoratori nati all'estero iscritti all'INAIL. Sono esclusi i casi lievi, cioè quelli che hanno avuto durata non superiore a 3 giorni (non indennizzabili).

Numeratore Numero incidenti sul lavoro indennizzati dall'INAIL a lavoratori nati all'estero
 Denominatore Numero di lavoratori nati all'estero iscritti all'INAIL

Validità e limiti. L'assicurazione contro gli infortuni sul lavoro e le malattie professionali è obbligatoria solo per le persone che svolgono le attività previste dalla legge specifica in materia, pertanto non per tutti i lavoratori vige l'obbligo assicurativo. Sono quindi escluse alcune categorie di lavoratori e, naturalmente, tutti coloro che lavorano in condizioni di irregolarità. La statistica riporta i dati di lavoratori «nati all'estero» senza distinguere tra immigrati e cittadini italiani nati all'estero.

A imporre una certa cautela nella lettura dei risultati è il fatto che i dati sugli infortuni riguardano indistintamente sia i lavoratori stranieri che i lavoratori nati all'estero, includendo perciò anche una quota di figli di italiani emigrati. Perciò la cautela è d'obbligo nei confronti di paesi quali Svizzera, Germania, Francia e diversi paesi americani che sono stati tradizionale sbocco per i nostri flussi migratori.

Un'altra distorsione consiste nel fatto che il numero degli infortuni rilevato statisticamente è sottodimensionato rispetto alla realtà poiché molti lavoratori, specialmente quando lavorano in nero, sono costretti a denunciare gli eventi come semplici malattie al fine di evitare ritorsioni da parte dei datori di lavoro.

Benchmark. Dati lavoratori italiani: 4,2 infortuni per 100 addetti nel 2001.

Dati europei: 4,1 infortuni per 100 addetti nel 1999 (ESAW - EUROSTAT).

Dati europei: 3,8 infortuni per 100 addetti nel 2001 (UE - classificazione NACE).

Grafico 1 - Infortuni indennizzati a lavoratori nati all'estero - Tasso per 100 iscritti - Anno 2001

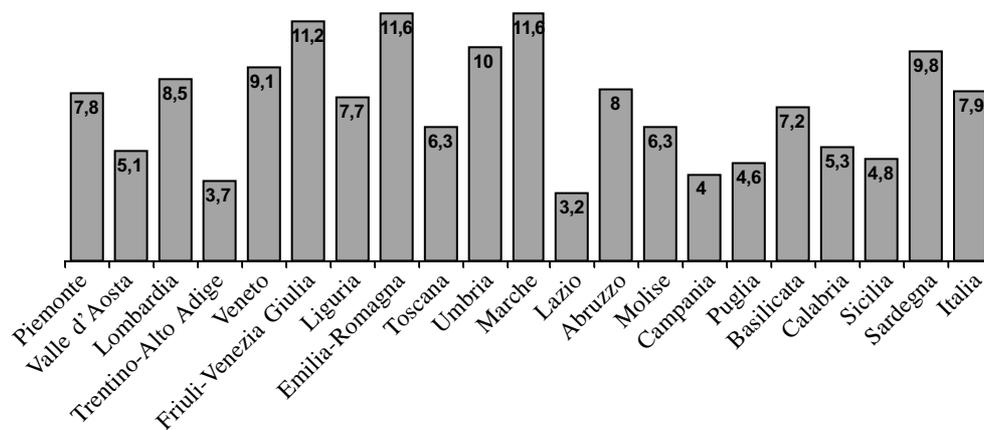


Tabella 1 - *Infortuni indennizzati a lavoratori nati all'estero - Anno 2001*

Regione	N. infortuni	N. iscritti	Tasso per 100 iscritti
Piemonte	3.658	46.617	7,8
Valle d'Aosta	132	2.585	5,1
Lombardia	13.063	153.870	8,5
Trentino-Alto Adige	2.259	61.395	3,7
Veneto	11.010	121.350	9,1
Friuli-Venezia Giulia	2.973	26.602	11,2
Liguria	943	12.295	7,7
Emilia-Romagna	10.823	93.443	11,6
Toscana	3.379	53.992	6,3
Umbria	1.602	16.006	10,0
Marche	3.130	27.034	11,6
Lazio	1.656	52.243	3,2
Abruzzo	1.162	14.510	8,0
Molise	97	1.546	6,3
Campania	469	11.679	4,0
Puglia	825	17.979	4,6
Basilicata	180	2.495	7,2
Calabria	183	3.452	5,3
Sicilia	712	14.862	4,8
Sardegna	238	2.418	9,8
Italia	58.494	736.373	7,9

Fonte dati: INAIL - infortuni sul lavoro indennizzati, Anno 2001.

Descrizione dei Risultati

Nel nostro paese il numero di lavoratori stranieri è cresciuto sensibilmente negli ultimi anni e nel 2001 rappresenta circa il 4% degli occupati. Si tratta di lavoratori spesso adibiti alle mansioni più gravose, nei settori dell'edilizia e dell'agricoltura. Il rischio infortunistico è conseguentemente più alto tra questi lavoratori, mediamente circa il doppio di quello dei lavoratori italiani. Le regioni con il maggior numero di casi di infortunio tra gli stranieri sono la Lombardia, il Veneto e l'Emilia Romagna, ma in termini relativi spiccano, insieme alla stessa Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Umbria e Marche con circa un infortunio indennizzato per ogni dieci lavoratori assicurati. I dati ufficiali forniscono indicazioni utili sulle caratteristiche dell'incidentalità; tuttavia comparazioni geografiche tra lavoratori stranieri e italiani e tra settori lavorativi sono inficiate dalla diversa incidenza del lavoro irregolare nelle regioni.

Raccomandazioni di Osservasalute

Il rapporto tra numero di infortuni e numero di occupati è un indicatore del fenomeno infortunistico. Va tenuto presente che l'incidenza degli infortuni dipende dal numero degli assicurati.

Il tasso di infortunio va calcolato con riferimento non alla popolazione in generale bensì alle forze lavoro in attività e, in particolare, a quelle assicurate all'INAIL. Queste distinzioni pongono una certa complessità nel caso dei lavoratori immigrati. Per calcolare il tasso di rischio infortunistico degli immigrati è necessario rapportare gli infortuni al totale dei lavoratori stranieri occupati. Sono disponibili dati INAIL sul totale delle posizioni assicurative di lavoratori nati all'estero a tutto dicembre 2001 e sul numero di nuove assunzioni a livello regionale. Da questi dati è stato possibile stimare un denominatore quanto più possibile coerente con i dati disponibili sugli infortuni indennizzati.

Tasso di incidenza triennale di AIDS tra gli stranieri in Italia

Significato. In Italia la popolazione straniera è raddoppiata nell'ultimo decennio, passando da circa 650.000 a 1.350.000 presenze regolari. Nonostante l'AIDS venga da più parti indicato come un'area critica per la salute degli immigrati, a tutt'oggi non esistono stime dell'incidenza della malattia tra gli stranieri nel nostro paese, soprattutto per via delle difficoltà legate alla quantificazione dei denominatori.

Il tasso di incidenza dell'AIDS permette di valutare la frequenza di casi diagnosticati in relazione alla dimensione della popolazione che li ha originati. I tassi, costruiti su base triennale per attenuare le imprecisioni dei denominatori stimati su base annua, sono stati calcolati specifici per età, sesso e area di provenienza.

Numeratore	Numero di casi di AIDS diagnosticati a stranieri in Italia nel triennio, età > 17 anni	x 100.000
Denominatore	Popolazione straniera regolarmente soggiornante in Italia nel triennio, età > 17 anni	

La fonte dei dati relativi ai casi di AIDS è rappresentata dal Registro Nazionale AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità. Tale registro raccoglie le diagnosi di AIDS notificate in Italia a partire dal 1982. La notifica è obbligatoria per legge dal 1987.

La stima della popolazione straniera presente in Italia, utilizzata al denominatore, si basa sui dati dei permessi di soggiorno rilasciati annualmente dal Ministero dell'Interno e rielaborati dall'Istat.

Il presente studio, nato da una collaborazione tra Istituto Superiore di Sanità, Istituto Italiano di Medicina Sociale e Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, ha l'obiettivo di stimare l'incidenza dell'AIDS tra gli immigrati presenti in Italia e di analizzarne i trend temporali. Il periodo considerato è compreso tra il 1992 e il 2000.

Validità e limiti. Lo studio, condotto su scala nazionale, è basato su dati di popolazione raccolti da un registro consolidato: questi rappresentano i suoi principali punti di forza.

I limiti riguardano essenzialmente la stima dei denominatori.

In primo luogo, la presenza straniera in Italia è sottostimata in quanto le fonti di rilevazione ufficiali non permettono di individuare la quota di irregolari. Questo limite dovrebbe tradursi verosimilmente in una sovrastima dei tassi. Tuttavia, è possibile che tale effetto sia in parte controbilanciato dalla quota di stranieri regolari che soggiornano in Italia per periodi di tempo inferiori all'anno e che, pertanto, dovrebbe contribuire al calcolo del denominatore solo per frazioni di anno.

In secondo luogo, si osservano nel periodo in studio forti oscillazioni dei denominatori, soprattutto in concomitanza con le due sanatorie, avvenute nel 1995 (D.L. 489/95) e nel 1998 (L. 40/98). Per tale ragione, si è scelto di calcolare l'incidenza come tasso medio triennale.

Benchmark. Può essere utile confrontare i tassi di incidenza tra gli stranieri con quelli registrati tra gli italiani, nei tre trienni considerati (valori di riferimento: 8,8 nel 1992-1994; 8,3 nel 1995-1997; 3,5 nel 1998-2000).

Descrizione dei Risultati

Dal 1992 al 2000, sono stati notificati all'Istituto Superiore di Sanità 34.718 casi di AIDS, relativi a soggetti maggiorenni: di questi 2.069 (6%) erano stranieri.

Nel periodo in studio, la percentuale di stranieri tra i casi è aumentata costantemente, passando dal 3% nel 1992 al 14% nel 2000.

Per quanto riguarda i tassi di incidenza, si è registrata una sensibile diminuzione a partire dal 1995-1997, sia tra gli stranieri provenienti da paesi in via di sviluppo che tra quelli provenienti da paesi a sviluppo avanzato.

Tabella 1 - *Tassi di incidenza triennali di AIDS tra gli stranieri in Italia di età >17 anni, per area di provenienza - Anni 1992-2000 (tassi per 100.000)*

Area di provenienza	Triennio		
	1992-1994	1995-1997	1998-2000
Paesi in via di sviluppo	56,1	72,1	53,5
Paesi a sviluppo avanzato	22,0	24,0	8,7
Italia	8,8	8,3	3,5

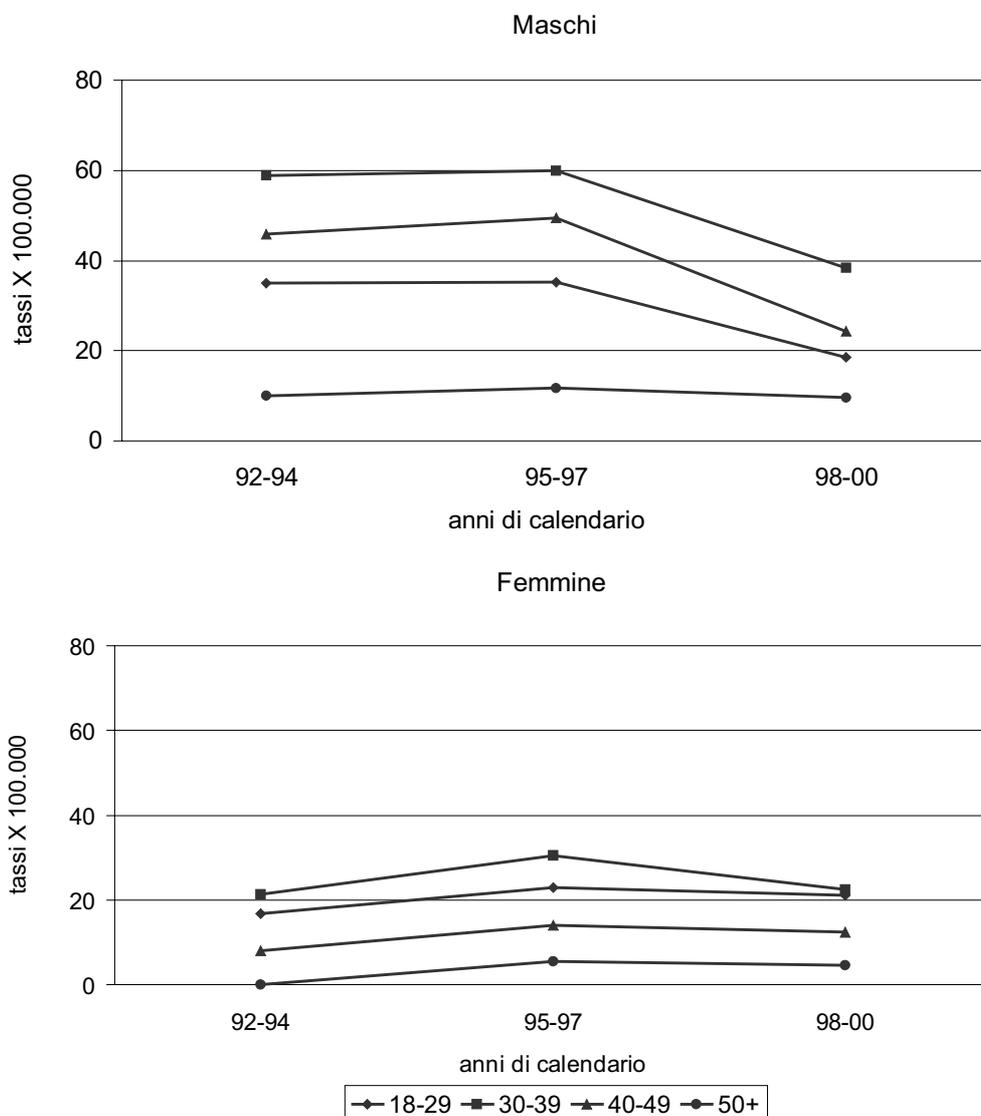
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istituto Superiore di Sanità - Registro Nazionale AIDS, Anni 1992-2000; Istat, Anni 1992-2000.

La riduzione dell'incidenza è stata osservata in entrambi i sessi e ha riguardato tutte le classi d'età. In particolare, negli uomini il decremento è stato intorno al 40%, tranne che nella classe d'età ≥ 50 anni (-18%); nelle donne, l'incidenza si è ridotta apprezzabilmente solo nella classe 30-39 anni, con un decremento pari al 26% (vedi grafico 1). Si deve sottolineare come il trend osservato tra gli stranieri sia analogo a quello registrato negli italiani e la riduzione coincida temporalmente con l'introduzione in Italia di combinazioni di farmaci antiretrovirali dimostratesi altamente efficaci nel ridurre il rischio di progressione in AIDS nei soggetti HIV-positivi.

Pertanto, è ipotizzabile che proprio la possibilità di accesso alle cure da parte degli immigrati abbia determinato tale inversione di tendenza. Questo anche in considerazione del fatto che non si è registrata nel periodo un'analogia riduzione di incidenza dell'AIDS nei paesi di provenienza; inoltre, l'Italia in questi anni ha compiuto numerosi sforzi, sia in termini normativi che programmatici, per garantire l'accesso degli immigrati ai servizi socio-sanitari.

Peraltro, il decremento dell'incidenza pressoché uniforme per età, sesso e area di provenienza conferma che il trend non dipende da modifiche nel profilo demografico della popolazione immigrata, né dall'aumento del flusso migratorio da paesi a bassa endemia.

Grafico 1 - Tassi di incidenza triennali di AIDS tra gli stranieri in Italia di età >17 anni, per classi d'età e sesso - Anni 1992-2000 (tassi per 100.000)



Raccomandazioni di Osservasalute

L'accesso all'assistenza sanitaria da parte dei cittadini stranieri ha assunto in tempi recenti una posizione centrale, non solo nell'organizzazione dei servizi di offerta ma anche nell'ambito delle scelte strategiche di tutela e promozione della salute della popolazione immigrata.

Questi risultati sembrano confermare che, laddove l'accesso ai servizi viene garantito e la fruibilità delle prestazioni assicurata, le condizioni di salute degli immigrati possono migliorare anche in riferimento a situazioni di particolare criticità sanitaria.

Tasso di abortività volontaria specifico per cittadinanza

Significato. Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero di interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Infatti, delle 129.446 IVG effettuate nel 2002 per le quali è disponibile il dato sulla cittadinanza, 29.263 (pari al 22,4%) hanno riguardato cittadine straniere rispetto a 10.131 (7,4%) del 1996. L'aumento numerico delle IVG effettuate da donne straniere è dovuto principalmente all'aumento della presenza straniera in Italia. L'apporto delle donne straniere al numero di IVG in Italia potrebbe essere la causa principale dell'attuale fase di stabilizzazione dell'incidenza generale del fenomeno in Italia e nelle regioni con un numero elevato di donne straniere.

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

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

Un altro problema per gli indicatori che riguardano la popolazione straniera è la disponibilità di denominatori attendibili e aggiornati.

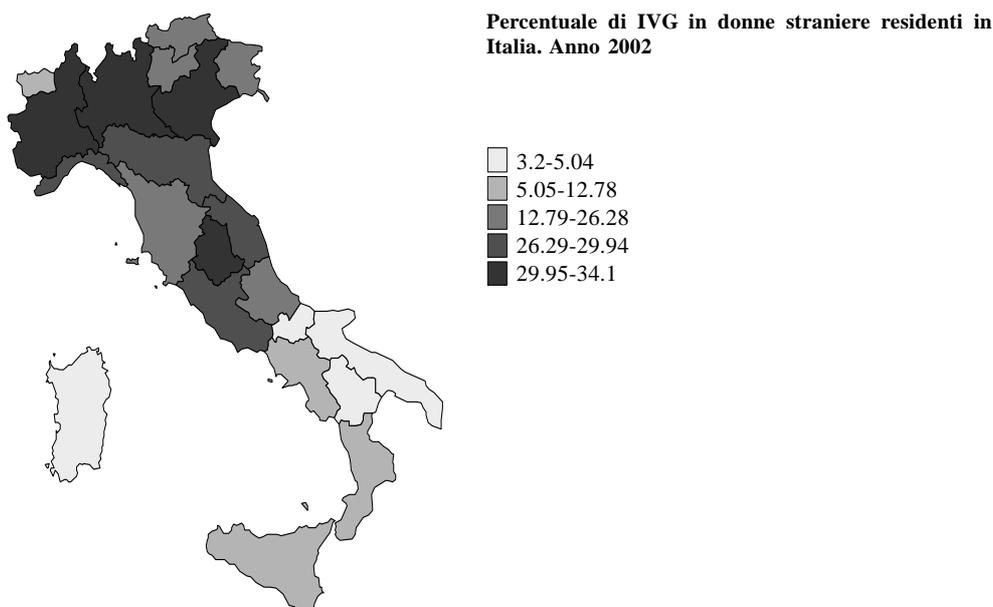


Tabella 1 - Numero di IVG per cittadinanza e regione di intervento - Anno 2002

Regione	Italia	Est Europa	Africa	America Latina	Asia	Altre nazionalità	Nazionalità non rilevata	Numero IVG in straniere	Totale IVG	% IVG in straniere
Piemonte	7.897	1.885	834	519	131	60	2	3.429	11.328	30,3
Valle d'Aosta	246	14	10	3	1	4	1	32	279	11,5
Lombardia	14.471	2.384	1.556	2.402	986	164	83	7.492	22.046	34,1
Prov. Aut. Bolzano	376	52	25	19	20	3	0	119	495	24,0
Prov. Aut. Trento	1.183	108	43	20	7	1	0	179	1.362	13,1
Veneto	4.544	1.155	577	135	277	58	149	2.202	6.895	32,6
Friuli-Venezia Giulia	1.721	216	142	45	32	13	7	448	2.176	20,7
Liguria	2.702	245	147	662	51	20	0	1.125	3.827	29,4
Emilia-Romagna	8.126	1.490	936	331	457	79	0	3.293	11.419	28,8
Toscana	6.100	1.101	293	249	294	111	14	2.048	8.162	25,1
Umbria	1.610	455	115	165	41	20	52	796	2.458	33,1
Marche	1.903	425	145	68	73	16	24	727	2.654	27,6
Lazio	11.096	2.808	390	786	445	100	0	4.529	15.625	29,0
Abruzzo	2.483	307	57	33	34	12	13	443	2.939	15,1
Molise	623	13	5	3	2	0	1	23	647	3,6
Campania	8.845	832	93	43	63	37	3.000	1.068	12.913	10,8
Puglia	12.616	265	70	21	30	15	73	401	13.090	3,1
Basilicata	615	20	6	0	0	2	1	28	644	4,4
Calabria	3.120	219	16	7	15	8	40	265	3.425	7,8
Sicilia	8.774	152	156	30	135	30	21	503	9.298	5,4
Sardegna	2.263	52	18	13	18	12	48	113	2.424	4,8
<i>Nord</i>	<i>41.266</i>	<i>7.549</i>	<i>4.270</i>	<i>4.136</i>	<i>1.962</i>	<i>402</i>	<i>242</i>	<i>18.319</i>	<i>59.827</i>	<i>30,7</i>
<i>Centro</i>	<i>20.709</i>	<i>4.789</i>	<i>943</i>	<i>1.268</i>	<i>853</i>	<i>247</i>	<i>90</i>	<i>8.100</i>	<i>28.899</i>	<i>28,1</i>
<i>Sud</i>	<i>28.302</i>	<i>1.656</i>	<i>247</i>	<i>107</i>	<i>144</i>	<i>74</i>	<i>3.128</i>	<i>2.228</i>	<i>33.658</i>	<i>7,3</i>
<i>Isole</i>	<i>11.037</i>	<i>204</i>	<i>174</i>	<i>43</i>	<i>153</i>	<i>42</i>	<i>69</i>	<i>616</i>	<i>11.722</i>	<i>5,3</i>
Italia	101.314	14.198	5.634	5.554	3.112	815	3.529	29.263	134.106	22,4

Nota: dati provvisori.

Fonte dei dati: Ministero della Salute.

Tabella 2 - Tassi* di abortività volontaria per cittadinanza ed età - Confronto 1996-2000

Età	1996				2000			
	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane	Italiane	Straniere	Totale	Straniere/Italiane
18-24	10,9	51,6	11,7	4,7	11,8	48,5	13,2	4,1
25-29	11,6	38,1	12,4	3,3	11,0	41,7	12,7	3,8
30-34	11,9	27,5	12,3	2,3	10,3	33,3	11,5	3,2
35-39	10,7	19,5	10,9	1,8	9,1	23,6	9,7	2,6
40-44	5,3	9,0	5,4	1,7	4,3	10,0	4,5	2,3
45-49	0,5	1,0	0,5	2,0	0,4	1,5	0,5	3,8
18-49 grezzo	8,9	30,3	9,3	3,4	8,2	32,0	9,1	3,9
18-49 std	9,1	28,0	9,5	3,1	8,5	29,7	9,5	3,5

* Per il calcolo dei tassi si sono considerate al numeratore le IVG effettuate da donne con cittadinanza straniera residenti in Italia. Al denominatore si è stimata la popolazione straniera residente. Al numeratore sono quindi stati eliminati i casi di IVG effettuati da donne straniere NON residenti in Italia.

Descrizione dei Risultati

Il numero e la percentuale di IVG effettuate da donne cittadine straniere nel 2002 è molto variabile a livello regionale, con valori più elevati nelle regioni con una maggior presenza di popolazione immigrata (con una variazione da 34% di IVG in Lombardia a 3% in Puglia). La maggior parte delle donne straniere che abortisce in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di paesi dell'Africa, del Centro-Sud America 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 1.000 nel 1996 e 29,7 nel 2000). Questo indicatore evidenzia un aumento molto contenuto nel tempo del ricorso all'IVG da parte delle straniere mentre tra le italiane si registra una lieve riduzione. In generale le straniere presentano valori molto più elevati rispetto alle italiane (di circa tre volte). Inoltre, risulta abbastanza diverso 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 per le donne straniere la fascia di popolazione a maggior rischio è diversa da quella italiana (tabella 2).

Note conclusive

L'elevato ricorso delle donne straniere all'IVG non sorprende se si considera che molte delle donne cittadine 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 può avere un'influenza sull'andamento generale dell'IVG in Italia e indica la necessità di indagini mirate su cui basare specifiche politiche di supporto per le donne straniere.

Le politiche regionali sulla salute degli immigrati

Significato. I profondi cambiamenti, avvenuti nell'ambito delle normative nazionali sull'immigrazione, hanno imposto un processo di revisione delle norme regionali che ha iniziato a produrre, solo lentamente, mutamenti significativi nelle politiche di accesso e fruibilità dei servizi sanitari dei cittadini immigrati a livello locale. In particolare il Decreto Legislativo n. 286 del 1998, in ambito sanitario ha cercato di superare un'ottica di emergenza garantendo la certezza del diritto e di inclusione ordinaria nel sistema di tutela sanitaria per avere politiche organiche e programmatiche.

Nel gennaio 2001 è stato elaborato dal Consiglio Nazionale Economia e Lavoro (CNEL), all'interno del gruppo salute dell'Organismo nazionale per le politiche d'integrazione degli immigrati e delle loro famiglie, un documento dal titolo «riorientamento dei servizi sanitari». In esso vengono analizzati gli ambiti di criticità per l'accesso ai servizi sanitari da parte dei cittadini immigrati e vengono indicate le seguenti priorità di politica aziendale: formazione del personale; lettura della domanda; lettura dei bisogni; organizzazione dei servizi; flessibilità dell'offerta; lavoro multidisciplinare e lavoro di rete. Alcune di queste priorità sono state individuate come indicatori per l'analisi delle politiche sanitarie locali per gli immigrati.

Si è analizzata la normativa regionale per la promozione della salute degli immigrati al fine di comprendere il percorso normativo sviluppato da ogni regione per adeguarsi ai cambiamenti nazionali e per rendere fruibili tali percorsi.

Validità e limiti. Le politiche sull'immigrazione e sui livelli assistenziali, pur essendo decise a livello nazionale, hanno una specifica implementazione locale: in particolare le politiche per l'integrazione e sull'accessibilità/fruibilità dei servizi sanitari, e più complessivamente sulla tutela della salute, passano attraverso scelte regionali. Analizzare gli atti che le rendono operative può tracciare un quadro dell'attenzione locale a tali problematiche; tuttavia, l'esperienza ci indica come anche in presenza di politiche «sensibili» possano esserci realtà completamente lontane dai livelli di attenzione programmate in ambito regionale, come è possibile, raramente, il contrario.

Benchmark. Normativa nazionale. La legge nazionale (Testo Unico sull'immigrazione - D.lg. n. 286/98) si sofferma su tre tipologie d'assistenza per i cittadini stranieri:

- stranieri regolarmente soggiornanti (assistenza per gli stranieri iscritti al SSN art. 34 T.U.);
- stranieri irregolari (assistenza per gli stranieri non iscritti al SSN art. 35 T.U.);
- stranieri che entrano in Italia per cure mediche (ingresso e soggiorno per cure mediche art. 36 T.U.).

Descrizione dei Risultati

Riportiamo una tabella riassuntiva ed una comparativa interregionale per permettere una rapida lettura dei risultati ottenuti.

La tabella riassuntiva (tab.1) fornisce una visione d'insieme sul quadro normativo e più strettamente operativo delle regioni italiane sulla tutela della salute degli stranieri. Dalla sua analisi è possibile evincere che diverse regioni, pur non avendo emanato una nuova legge regionale sull'immigrazione, hanno cominciato a recepire le nuove direttive nazionali attraverso iniziative a carattere locale, seppure con tempi e modalità diverse, concretizzatesi in Delibere e Circolari Regionali, ambiti specifici nei Piani Sanitari Regionali e nei Piani per la Politica Immigratoria.

Alla luce del passaggio avvenuto a livello nazionale da un'ottica d'emergenza alla promozione di interventi organici e programmatici lo studio dei Piani Sanitari Regionali, che si caratterizzano per la loro valenza programmatica, si è rivelato particolarmente interessante.

Tabella 1 - *Tabella riassuntiva delle normative regionali, con specifica attenzione alle indicazioni di programmazione e progettualità specifica sulla salute degli stranieri - Anni 1988/1999/2003*

Regione	L. regionale dal 1988		Piano sanitario regionale		Altri atti specifici 1999/2003		
	Riferimento	Politica sanitaria attiva	Anni di validità	Programmazione specifica	Informativa	Progettualità	Atti per cure mediche in Italia
Piemonte	n. 64/89	x	1997-1999	x	x	x	-
Valle d'Aosta	n. 51/95	-	2002-2004	x	x	x	-
Lombardia	n. 38/88	x	2002-2004	x	x	x	-
Prov. Aut. Bolzano	-	-	2000-2002	-	x	x	x
Prov. Aut. Trento	L.P. n. 13/90	x	2000-2002	x	x	-	x
Veneto	n. 9/90	x	2003-2005	x	x	x	x
Friuli-Venezia Giulia	n. 46/90	x	2000-2002	x	x	x	x
Liguria	n. 7/90	x	2003-2005	x	x	x	-
Emilia-Romagna	n. 5/04	x	1999/2001	x	x	x	x
Toscana	n. 22/90	x	2002-2004	x	x	x	x
Umbria	n. 18/90	x	2003-2005	x	x	x	x
Marche	n. 2/98	x	2003-2006	x	x	x	x
Lazio	n. 17/90	x	2002-2004	x	x	x	x
Abruzzo	n. 10/90	o	1999-2001	o	-	-	-
Molise	-	-	1997-1999	-	-	-	-
Campania	n. 33/94	x	2002-2004	x	x	x	-
Puglia	n. 26/00	-	2002-2004	x	x	-	-
Basilicata	n. 21/96	x	1997-1999	-	-	-	x
Calabria	n. 17/90	o	2004-2006	o	-	-	-
Sicilia	n. 55/80	-	2000-2002	o	x	-	x
Sardegna	n. 46/90	x	-	-	-	-	-

O = cenni; X = tema affrontato; - = tema non affrontato.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Caritas Roma, Osservatorio politiche regionali immigrazione e salute, 2003.

La tabella comparativa interregionale (tab. 2) consente di soffermare l'attenzione sugli indicatori più strettamente concernenti la politica sanitaria a favore degli immigrati.

Si è valutata la previsione di iniziative e percorsi specifici su:

Formazione del personale: scenari socio-sanitari, immigrazione in Italia e locale, relazione transculturale, profilo sanitario, aree critiche per la salute e normative specifiche;

Monitoraggio della domanda di salute: monitorare la domanda, in base all'offerta, di servizi e di prestazioni sanitarie utilizzando i flussi ordinari, rendendo possibile riconoscere il cittadino straniero, ed anche eventuali ricerche ad hoc;

Organizzazione dei servizi: riorganizzare i servizi sanitari ponendo attenzione verso l'utenza straniera (mediazione, modulistica multilingue, ...), attraverso un adeguato orientamento sanitario e dove necessario promuovere un'offerta attiva per quei gruppi di popolazione che non utilizzano adeguatamente le strutture sanitarie;

Lavoro di rete: ogni volta che si opera con un'utenza che esce dagli *standard* e dai canoni abituali si sente ancora di più l'esigenza di un lavoro di rete che vede impegnati diversi attori: attori intra ed extra aziendali, istituzionali, volontariato, associazionismo d'italiani e d'immigrati, privato sociale;

Stranieri temporaneamente presenti (STP): rilascio dei tesserini STP e attivazioni di ambulatori per la medicina di I livello.

Tabella 2 - Tabella comparativa sulle politiche interregionali di salvaguardia della salute degli stranieri

Regione	Formazione del personale	Monitoraggio della domanda di salute	Organizzazione dei servizi sanitari	Lavoro di rete (Collaborazioni con il privato sociale)	Interventi per STP (Stranieri temporaneamente presenti)
Piemonte	x	x	x	x	x
Valle d'Aosta	x	x	x	x	x
Lombardia	x	x	x	x	x
Prov. Aut. Bolzano	-	-	x	x	x
Prov. Aut. Trento	x	-	x	x	x
Veneto	x	x	x	x	x
Friuli-Venezia Giulia	x	x	x	x	x
Liguria	x	x	x	x	x
Emilia-Romagna	x	x	x	x	x
Toscana	x	x	x	x	x
Umbria	x	x	x	x	x
Marche	x	x	x	x	x
Lazio	x	x	x	x	x
Abruzzo	-	-	-	x	x
Molise	-	-	-	-	-
Campania	x	x	x	x	x
Puglia	-	x	x	x	x
Basilicata	x	-	-	-	-
Calabria	-	-	-	-	-
Sicilia	x	x	x	x	x
Sardegna	-	-	-	-	x

Fonte dei dati e anno di riferimento: Caritas Roma, Osservatorio politiche regionali immigrazione e salute, 2003.

Al momento non è ancora possibile valutare l'impatto delle scelte regionali sulla condizione di salute degli immigrati; l'esperienza personale ci indica come da una parte realtà locali con più alta pressione immigratoria si siano attivate in genere tempestivamente ma come i percorsi maggiormente innovativi e particolarmente attenti nascano da realtà meno pressate da urgenze ed emergenze. Desti a qualche preoccupazione il ritardo di alcune regioni rispetto ad altre nell'implementare localmente scelte ed indicazioni nazionali nel garantire dei livelli assistenziali soprattutto nei confronti degli immigrati irregolari e clandestini.

In particolare abbiamo analizzato il seguente materiale: leggi regionali sull'immigrazione ed eventuali modifiche ed integrazioni; Delibere Regionali di Giunta e di Consiglio; Circolari e Note regionali; Progetti regionali specifici; Piani sanitari regionali prodotti dalle regioni italiane dal 1988 all'inizio del 2004.

Riportiamo, infine, le risorse destinate dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) per le cure essenziali agli immigrati irregolari e clandestini, risorse aggiuntive rispetto al fondo sanitario regionale.

Tabella 3 - *Risorse destinate dal Comitato Interministeriale per la Programmazione Economica (CIPE) per le cure essenziali agli immigrati irregolari e clandestini - Risorse aggiuntive rispetto al FSR*

Regione	Delibera 30.1.1997 Anno 1996	Delibera 5.8.1998 Anno 1997	Delibera 21.4.1999 Anno 1998	Delibera 15.2.2000 Anno 1999	Delibera 21.12.2001 Anno 2000	Delibera 25.7.2003 Anno 2001	Delibera 25.7.2003 Anno 2002
Piemonte	2.313	2.382	2.469	2.450	3.253	3.342	3.342
Lombardia	6.634	6.896	7.121	8.176	7.229	7.759	7.759
Veneto	2.153	2.276	2.319	2.303	1.998	2.448	2.448
Friuli-Venezia Giulia	232	0	0	0	0	0	0
Liguria	680	665	671	735	1.144	1.091	1.091
Emilia-Romagna	1.753	1.732	1.968	1.855	3.247	2.625	2.625
Toscana	2.028	2.488	1.965	2.139	3.274	2.802	2.802
Umbria	351	380	449	545	724	714	714
Marche	377	399	449	463	499	460	460
Lazio	6.817	6.370	6.285	6.282	5.392	5.655	5.655
Abruzzo	399	428	487	498	449	266	266
Molise	32	33	48	49	48	33	33
Campania	3.779	3.402	2.896	2.364	1.625	2.015	2.015
Puglia	1.063	1.191	1.299	1.162	760	778	778
Basilicata	102	103	124	120	116	63	63
Calabria	674	830	872	531	460	337	337
Sicilia	1.368	1.195	1.323	1.079	640	436	436
Sardegna	232	218	242	237	127	161	161
Italia	30.987	30.987	30.987	30.987	*30.987	30.987	30.987

Note: * Dati alterato dagli arrotondamenti effettuati; negli ultimi anni il Friuli Venezia Giulia ha provveduto autonomamente al finanziamento.

La delibera CIPE 5.12.2003, riferita all'anno 2003, riconferma gli stessi importi previsti dalla delibera 25.7.2003.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborato su dati CIPE, 1997/2003

Raccomandazioni di Osservasalute

La tutela della salute dei cittadini stranieri necessita di politiche attive nell'accoglienza, nell'inserimento sociale, nella garanzia dei diritti primari, nella partecipazione. La politica migratoria pur essendo di pertinenza nazionale, assume un ruolo cruciale a livello locale in particolare per gli aspetti legati all'integrazione ed all'inserimento degli stranieri. In ambito sanitario politiche di accesso e fruibilità nei confronti di una popolazione che mostra situazioni di svantaggio rispetto a quella autoctona, sono doverose e necessarie al fine di garantire a tutti i cittadini pari opportunità di cure e di benessere. L'istituzione di uno specifico tavolo di collegamento tra le regioni e le province autonome, consentirebbe, in questa fase di consolidamento del fenomeno ma con caratteristiche ancora estremamente dinamiche e diversificate, una condivisione di percorsi normativi atti ad implementare l'accessibilità alle strutture ed uno scambio di esperienze positive, che consentirebbero di rispondere prontamente alle esigenze che questa popolazione sollecita.