

Salute degli immigrati

“... Le misure sanitarie per i migranti che siano ben gestite, inclusa la salute pubblica, promuovono il benessere di tutti e possono facilitare l'integrazione e la partecipazione dei migranti all'interno dei Paesi ospitanti promuovendo l'inclusione e la comprensione, contribuendo alla coesione, aumentando lo sviluppo” (Dichiarazione di Bratislava a conclusione dell'8ª Conferenza dei Ministri Europei della Salute, 2007).

Con questo auspicio abbiamo concluso l'introduzione della parte dedicata alla salute degli immigrati nel Rapporto Osservasalute 2008. Auspicio del tutto disatteso, se si considera che proprio il diritto alla salute è stato, in quest'ultimo anno, bersaglio di una insensata rappresaglia legislativa, la cosiddetta norma sui medici-spia (cui è dedicata una scheda a conclusione di questo capitolo) che ha rischiato di vanificare le conquiste giuridiche di un decennio, compiute a tutela degli immigrati più vulnerabili, quelli senza permesso di soggiorno, in un'ottica di garanzia e di sicurezza non solo loro, ma dell'intera collettività.

Se è vero che la salute dipende in larga misura dalla capacità di sviluppare politiche globali di sostegno alle fasce più svantaggiate della popolazione e di contrasto alle disuguaglianze, gli stranieri rischiano di essere ancor più penalizzati da un approccio “ideologico” al fenomeno che tende a indebolire e rendere precaria la vita delle persone, invece di favorirne l'integrazione: è sempre più difficile entrare regolarmente in Italia; molti richiedenti asilo rischiano di essere respinti prima ancora di poter chiedere aiuto; il ricongiungimento familiare è condizionato da molti ostacoli; il mantenimento del permesso di soggiorno è difficile per un mercato del lavoro sempre più flessibile, a fronte della richiesta di un lavoro a tempo indeterminato come condizione per rimanere in Italia; i tempi per il rinnovo del permesso di soggiorno sono diventati improponibili; varie ordinanze locali discriminano di fatto gli immigrati nell'accesso ai servizi e alle prestazioni sociali.

Eppure, diverse fonti (demografiche, sociali ed economiche) indicano nell'immigrazione l'unico futuro percorribile per un Paese come il nostro, in costante invecchiamento e con un progressivo indebolimento delle politiche di *welfare*. Gli stranieri producono il 9,5% del Prodotto Interno Lordo e rendono annualmente alle casse dello Stato 7 miliardi di euro sotto forma di contributi previdenziali, anche se a essere pensionati sono solo poche migliaia; inoltre, contribuiscono al mantenimento dello stato sociale con 4 miliardi di euro di tasse pur incidendo, secondo una stima della Banca d'Italia, solo per il 2,5% sulle spese per istruzione, pensione, sanità e sostegno al reddito (all'incirca la metà di quello che assicurano in termini di gettito).

Queste considerazioni ci sono sembrate la giusta premessa al capitolo di quest'anno che, ancora una volta, si cimenta con l'analisi e l'approfondimento di un fenomeno complesso, conflittuale e, tuttavia non eludibile, con qualche differenza rispetto ai passati Rapporti Osservasalute.

La più importante è che, in questa edizione 2009, si è deciso di non procedere al calcolo dei tassi sanitari (incidenza, ospedalizzazione, etc.), ma di presentare solo analisi basate su percentuali. Le ragioni di questa scelta, ampiamente ragionate e riassunte nel paragrafo dedicato alle fonti demografiche, derivano dall'impossibilità di disporre, al momento attuale, di denominatori affidabili per il calcolo delle misure epidemiologiche. L'Istat è impegnato a produrre nuove stime sulla presenza straniera in Italia, in ottemperanza al regolamento europeo, e i risultati di questa attività saranno auspicabilmente disponibili per future elaborazioni.

Tra gli argomenti affrontati nel capitolo, ampio spazio è dedicato ai temi della salute materno-infantile, con specifici approfondimenti sull'evento nascita, l'abortività volontaria e la mortalità neonatale e infantile: fenomeni di grande rilevanza e meritevoli di politiche attive volte a favorire, da una parte, la piena tutela delle persone e la riduzione dei differenziali di salute tra stranieri e italiani e, dall'altra, a definire programmi preventivi assolutamente necessari e non più rinviabili.

Fonti demografiche per la stima della presenza straniera in Italia: punti di forza, limiti e prospettive future

L'utilizzo di misure di occorrenza, come tassi o rapporti, è molto frequente in epidemiologia e in Sanità Pubblica, per via della necessità di valutare la frequenza di particolari esiti o condizioni di salute in relazione alla dimensione della popolazione che li origina.

In particolare, negli studi volti a indagare i fenomeni di salute-malattia tra gli immigrati, è di fondamentale importanza poter disporre di dati statistici affidabili e dettagliati, tanto sul numero assoluto degli eventi (numeratori) quanto sulla presenza straniera (denominatori), al fine di effettuare le opportune comparazioni con la popolazione italiana.

Sul versante dei numeratori, a fronte di un crescente utilizzo dei dati sanitari correnti nelle analisi epidemiologiche, si è registrato in questi ultimi anni un progressivo miglioramento dei flussi informativi (Schede di Dimissioni Ospedaliere - SDO, modelli Istat D.11 e D.12, Certificati Di Assistenza al Parto - CeDAP, etc.), quanto a copertura territoriale, completezza delle informazioni e possibilità di identificare gli stranieri all'interno degli archivi, pur in presenza di una certa variabilità tra le diverse regioni e i diversi flussi.

Per quanto riguarda i denominatori, nonostante i progressi compiuti dall'Istat nel migliorare la rilevazione demografica e facilitare l'accesso ai dati, permangono a tutt'oggi dei limiti in ordine alla possibilità di stimare la presenza straniera in Italia, per ragioni in parte strutturali ai sistemi di rilevazione (indisponibilità di informazioni dettagliate nei tracciati record, difficoltà operative nei processi di acquisizione/aggiornamento dei dati) e in parte legate a situazioni congiunturali (nuove regole per il soggiorno dei neocomunitari).

Proprio alla questione dei denominatori è dedicato il presente approfondimento introduttivo del capitolo, nel tentativo di fornire un quadro aggiornato delle problematiche inerenti alle fonti demografiche, con particolare riferimento ai principali punti di forza e di debolezza e alle prospettive di sviluppo futuro.

Descrizione delle fonti demografiche

In Italia, le principali fonti demografiche attualmente disponibili per la rilevazione della presenza straniera sono:

- a) le indagini Istat relative alla popolazione straniera residente (popolazione straniera all'1 gennaio e bilancio demografico annuale), basate sugli archivi anagrafici comunali;
- b) i Permessi Di Soggiorno (PDS), rilasciati dal Ministero dell'Interno agli stranieri regolarmente soggiornanti;
- c) gli archivi regionali delle anagrafi sanitarie, relativi agli iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tali fonti fanno riferimento ad aggregati demografici non perfettamente coincidenti; pertanto, la scelta di riferirsi all'una o all'altra, ha importanti implicazioni sulle misure epidemiologiche e deve essere di volta in volta esplicitata.

a) Popolazione residente

L'Istat pubblica annualmente l'ammontare della popolazione residente con cittadinanza straniera, fino al dettaglio territoriale del Comune di residenza.

I dati provengono da una doppia rilevazione annuale effettuata presso le anagrafi comunali. La prima, attiva dal 1994 (con riferimento ai dati 1993), è basata sul modello P.3 "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente" e riporta il numero di stranieri per sesso e Paese di cittadinanza, oltre alla quota di minorenni distinta per sesso (a partire dal 1996). La seconda rilevazione, attiva dal 2002, è denominata Strasa "Popolazione residente straniera comunale per sesso e anno di nascita" e riporta il conteggio delle schede individuali di residenza per sesso e singolo anno d'età¹.

Il principale limite delle fonti anagrafiche consiste nel fatto che le due rilevazioni, essendo condotte in modo disgiunto, non consentono di avere informazioni incrociate per età e Paese di cittadinanza.

L'Istat segnala anche problemi legati al ritardo nella cancellazione degli iscritti non più presenti, soprattutto in alcuni grandi comuni del Centro-Sud.

Nell'effettuare analisi in serie storica va, infine, tenuto presente che l'aggiornamento dei dati anagrafici relativi alla popolazione residente, in conseguenza dei risultati del censimento, determina in alcuni casi delle variazioni che si traducono in una instabilità nelle stime demografiche. Il grado di instabilità dipende sia dalla qualità della manutenzione degli archivi anagrafici sia dal livello di integrazione e mobilità sul territorio della popolazione immigrata.

¹Una terza rilevazione dell'Istat, non considerata in questa sede, è quella relativa agli iscritti in anagrafe per nascita (modello Istat P.4).

b) Popolazione regolarmente presente

L'Istat elabora e diffonde i dati sui cittadini stranieri in possesso di un valido permesso di soggiorno (Ministero dell'Interno). La rilevazione riguarda i permessi di soggiorno in vigore all'inizio di ciascun anno.

Vengono riportate le principali caratteristiche demografiche (sesso, età, stato civile e Paese di cittadinanza), nonché i motivi della presenza in Italia, con un dettaglio territoriale fino al livello provinciale. Attualmente, tra le tabelle pubblicate sul sito <http://demo.istat.it/altridati/permessi> sono disponibili, per singola regione, gli incroci relativi alle seguenti variabili:

- regione, sesso, classe di età;
- regione, sesso, classe di età, area geografica di provenienza e principali Paesi di cittadinanza;
- regione, area geografica di provenienza.

Oltre che per area geografica, sono riportati anche i dati per livello di sviluppo del Paese di provenienza (Paesi a sviluppo avanzato - Psa; Paesi a forte pressione migratoria - Pfp).

Un importante limite di questo sistema di rilevazione riguarda la sottostima dei minori, la cui presenza viene registrata il più delle volte nel permesso di soggiorno dei genitori.

Inoltre, tale fonte non è più in grado di rilevare la presenza dei cittadini neo-comunitari, ai quali non viene richiesto il permesso di soggiorno; è, quindi, rappresentativa della sola presenza straniera regolare extra-comunitaria. Il problema assume oggi particolare rilevanza, in considerazione del fatto che i rumeni rappresentano la prima comunità di immigrati in Italia e l'ingresso della Romania nell'Unione Europea, a partire dall'1 gennaio 2007, ne ha reso di fatto "invisibile" la presenza.

Infine, nelle serie storiche, va tenuto presente che gli andamenti temporali relativi ai permessi di soggiorno sono soggetti a un effetto immediato di perturbazione indotto dalle sanatorie, che portano alla luce quote rilevanti di immigrazione irregolare fino a quel momento sommerse.

c) Popolazione iscritta al Servizio Sanitario Nazionale (SSN)

Gli stranieri iscritti al SSN sono registrati negli archivi anagrafici sanitari, organizzati su base regionale.

Dal 1998, con la Legge Turco-Napolitano, la residenza anagrafica non è più un requisito per l'iscrizione al SSN e, quindi, possono usufruire dell'assistenza sanitaria anche gli stranieri regolarmente presenti, ma non residenti.

Il limite più importante all'utilizzo dell'anagrafe sanitaria per la quantificazione della presenza straniera è rappresentato dall'indisponibilità in quasi tutte le regioni dell'informazione sulla cittadinanza degli iscritti, cui si può supplire, non senza implicazioni, utilizzando come variabili *proxy* il luogo di nascita e/o il luogo di residenza.

Esiste, inoltre, una spiccata disomogeneità tra le diverse regioni rispetto alla qualità dei dati, alla completezza e alla tempestività degli aggiornamenti degli archivi.

Analisi comparativa delle fonti

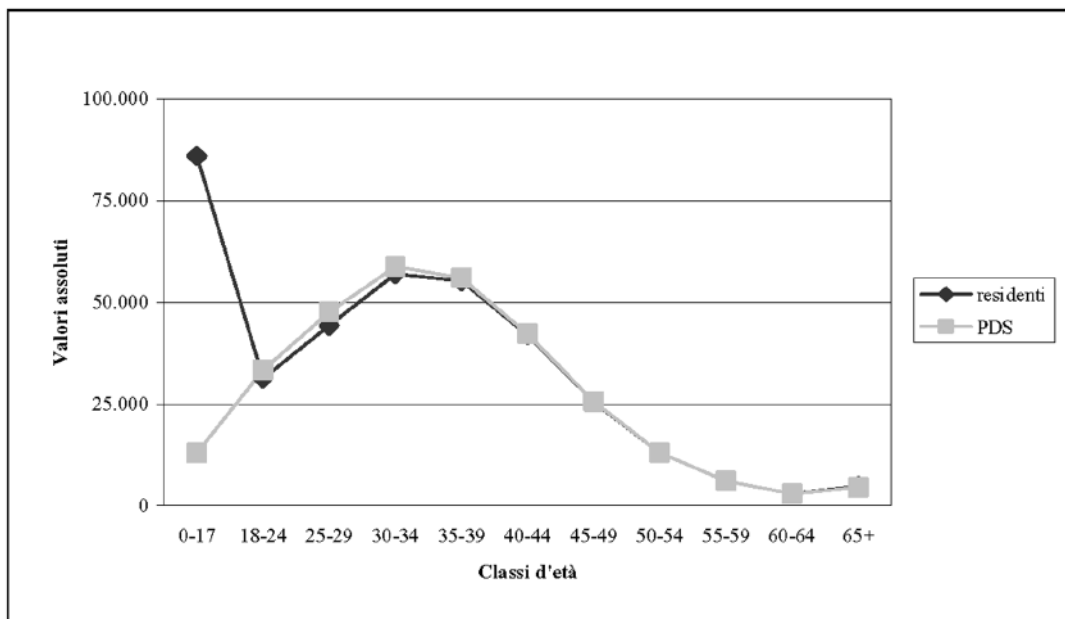
Al fine di mettere in evidenza le discrepanze nelle stime demografiche basate sulle diverse fonti di rilevazione, i Grafici 1 e 6 riportano la distribuzione degli stranieri residenti e presenti nel 2006 (media dei dati all'1/1/2006 e all'1/1/2007), per sesso e classe di età. L'analisi, essendo solo a titolo esemplificativo, è concentrata su tre regioni (Lombardia, Lazio e Campania) che, per rilevanza numerica e collocazione geografica, possono meglio rappresentare i diversi livelli di stabilità e le dinamiche di integrazione degli immigrati. Limitatamente al Lazio, il confronto tra le fonti è stato esteso all'anagrafe sanitaria. Non è stato possibile effettuare l'analisi separatamente per gli stranieri provenienti dai Psa e dai Pfp, perché la fonte anagrafica, come osservato in precedenza, non consente di disaggregare il dato per sesso, età e livello di sviluppo del Paese di cittadinanza.

Quali risultati emergono dal confronto?

In tutte e tre le regioni considerate, si registra nei permessi di soggiorno una forte sottostima degli stranieri di età 0-17 anni, proprio in conseguenza della prassi di registrare i minori nei permessi dei genitori.

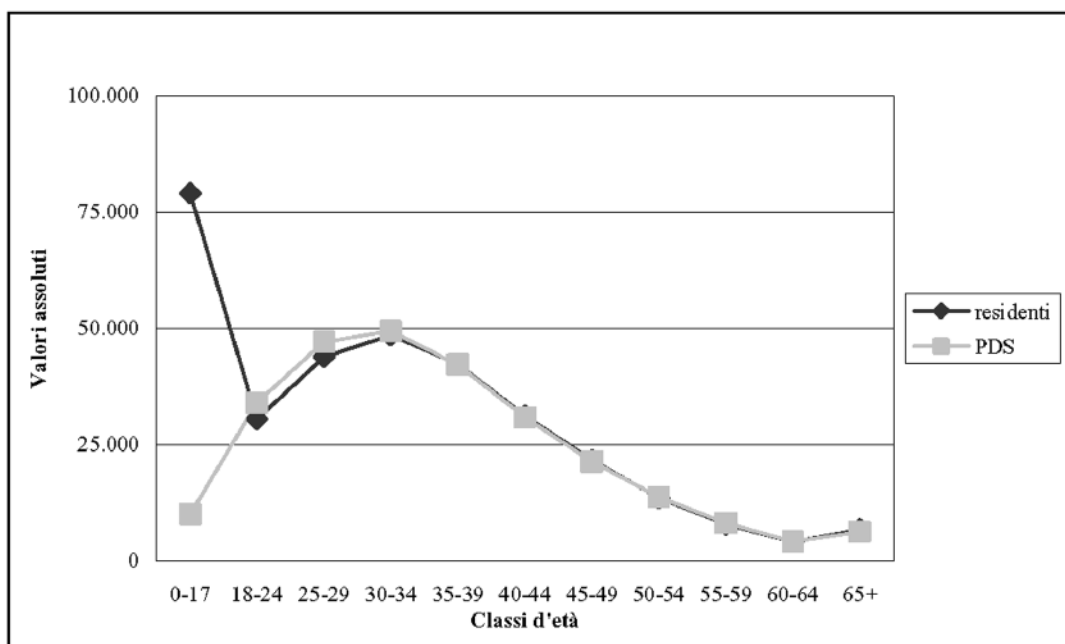
Per quanto riguarda gli adulti, in Lombardia si osserva un'elevata concordanza tra le due fonti, a eccezione delle classi di età più giovani in cui il numero di residenti risulta mediamente inferiore del 6% rispetto al numero di permessi di soggiorno (Grafici 1 e 2).

Grafico 1 - Distribuzione della popolazione straniera presente (PDS) e di quella residente (anagrafe comunale), per classe di età in Lombardia. Maschi - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Stranieri residenti e regolarmente presenti all'1/1/2006 e all'1/1/2007. www.demo.istat.it. Anno 2009.

Grafico 2 - Distribuzione della popolazione straniera presente (PDS) e di quella residente (anagrafe comunale), per classe di età in Lombardia. Femmine - Anno 2006

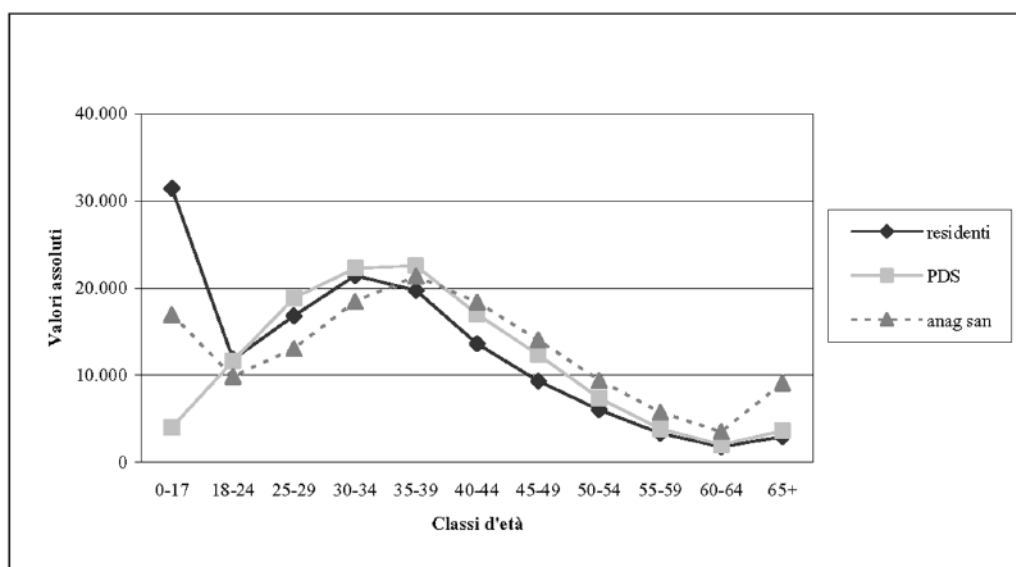


Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Stranieri residenti e regolarmente presenti all'1/1/2006 e all'1/1/2007. www.demo.istat.it. Anno 2009.

Tale concordanza conferma quanto già ampiamente noto a proposito del fenomeno migratorio in Italia che proprio in Lombardia, e più in generale nelle regioni del Nord, assume caratteristiche di maggiore stabilità e integrazione; non sorprende, dunque, che la maggior parte della popolazione immigrata presente sia anche residente.

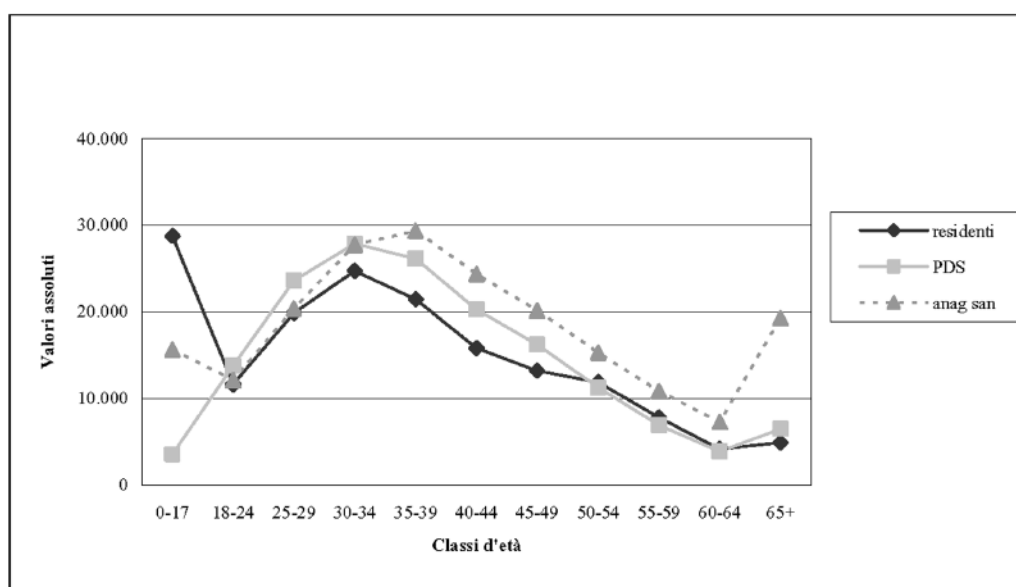
Diversamente, nel Lazio si evidenzia una forte discrepanza tra la popolazione residente e quella presente (Grafici 3 e 4). In particolare, la fonte anagrafica registra un numero di residenti inferiore a quello dei presenti, soprattutto tra le donne in età riproduttiva (-17%).

Grafico 3 - Distribuzione della popolazione straniera presente (PDS), di quella residente (anagrafe comunale) e degli iscritti al SSN (anagrafe sanitaria), per classe di età nel Lazio. Maschi - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Stranieri residenti e regolarmente presenti all'1/1/2006 e all'1/1/2007 (www.demo.istat.it). Anagrafe Sanitaria Regione Lazio. Stranieri iscritti al SSN. Anno 2009.

Grafico 4 - Distribuzione della popolazione straniera presente (PDS), di quella residente (anagrafe comunale) e degli iscritti al SSN (anagrafe sanitaria), per classe di età nel Lazio. Femmine - Anno 2006



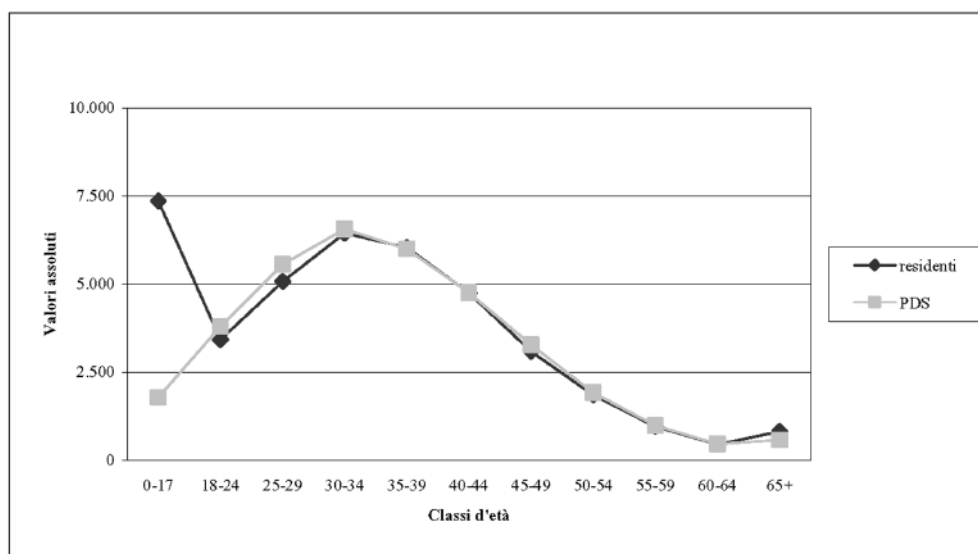
Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Stranieri residenti e regolarmente presenti all'1/1/2006 e all'1/1/2007 (www.demo.istat.it). Anagrafe Sanitaria Regione Lazio. Stranieri iscritti al SSN. Anno 2009.

Questo risultato potrebbe essere dovuto, almeno in parte, all'elevata dinamicità e al minore radicamento degli immigrati nel territorio.

Per quanto riguarda l'anagrafe sanitaria, i dati mostrano uno slittamento della distribuzione degli iscritti verso le età più avanzate, suggerendo la presenza di un effetto di accumulo dovuto alle mancate cancellazioni o alla duplicazione dei codici sanitari, soprattutto per gli ultra-sessantacinquenni. Tra i minori, si registrano valori intermedi rispetto alle altre due fonti: questo potrebbe essere dovuto al diverso criterio identificativo degli stranieri nell'archivio sanitario basato sul luogo di nascita invece che sulla cittadinanza.

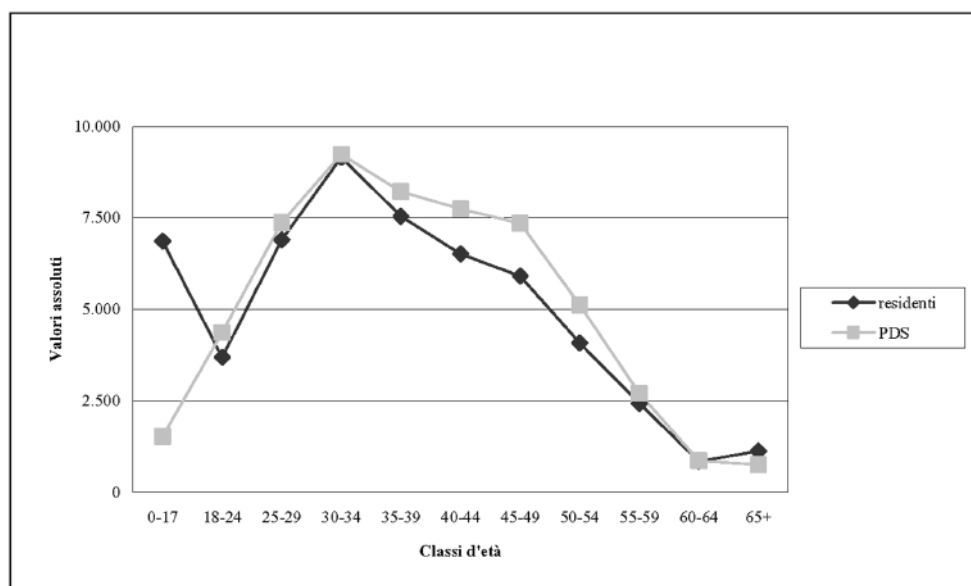
In Campania, il disallineamento delle fonti si fa più evidente tra le donne nelle classi di 35-54 anni, mentre risulta più contenuto nelle altre classi di età e in generale tra gli uomini (Grafici 5 e 6).

Grafico 5 - Distribuzione della popolazione straniera presente (PDS) e di quella residente (anagrafe comunale), per classe di età in Campania. Maschi - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Stranieri residenti e regolarmente presenti all'1/1/2006 e all'1/1/2007. www.demo.istat.it. Anno 2009.

Grafico 6 - Distribuzione della popolazione straniera presente (PDS) e di quella residente (anagrafe comunale), per classe di età in Campania. Femmine - Anno 2006



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Stranieri residenti e regolarmente presenti all'1/1/2006 e all'1/1/2007. www.demo.istat.it. Anno 2009.

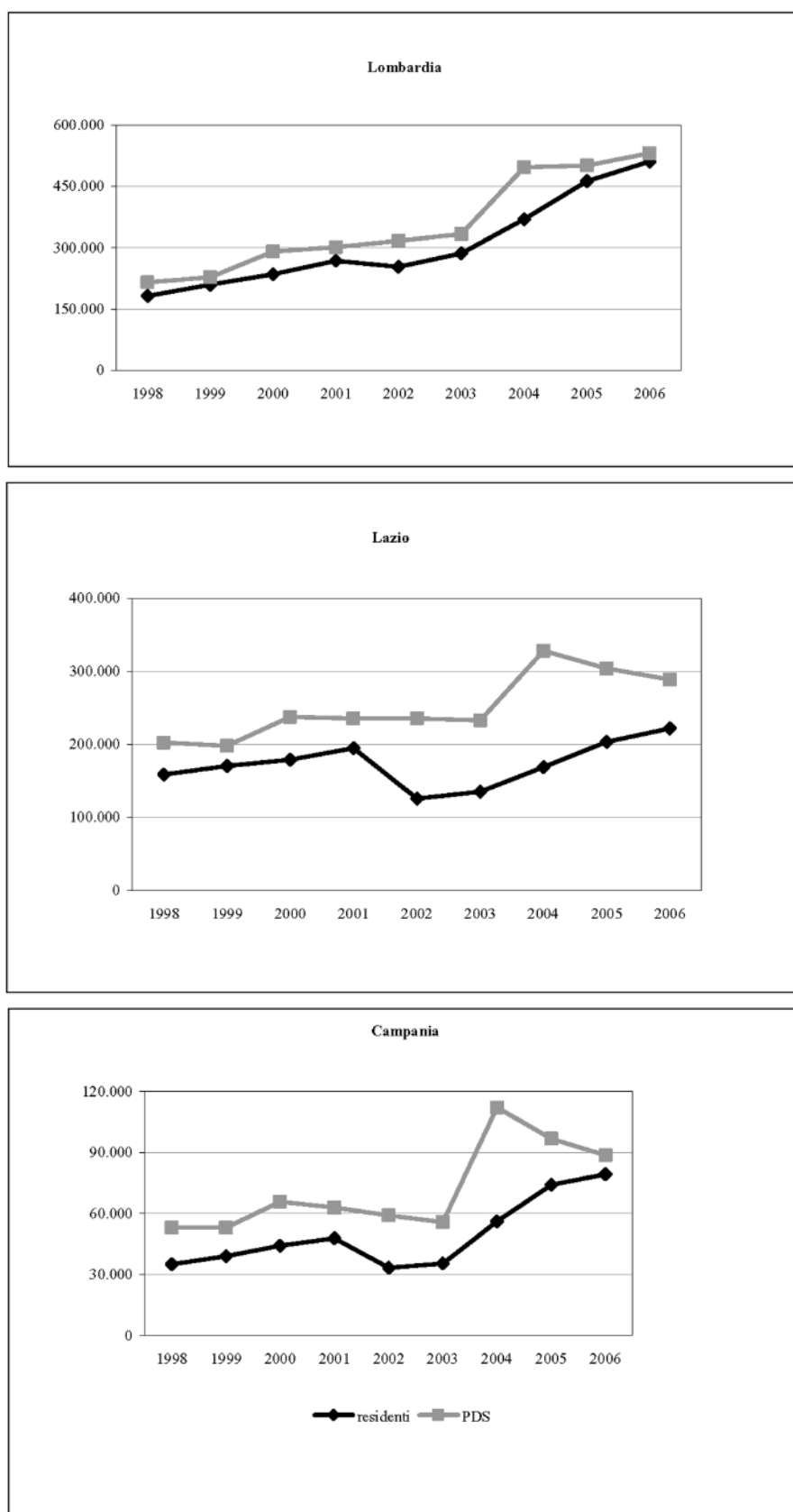
Analisi dei trend temporali

La valutazione comparativa delle fonti demografiche ha riguardato anche l'analisi delle serie storiche. Le variazioni registrate sono state messe in relazione con tre importanti eventi "demografici": la sanatoria per gli immigrati irregolari prevista dalla Legge n. 40/1998 (cosiddetta legge "Turco-Napolitano"); il censimento della popolazione del 2001; la sanatoria prevista dalla Legge n. 189/2002 (cosiddetta Legge "Bossi-Fini").

Come in precedenza, sono stati considerati a titolo esemplificativo i dati della Lombardia, del Lazio e della Campania. Il Grafico 7 riporta gli andamenti temporali registrati per la popolazione straniera presente e per quella residente nel periodo 1998-2006; l'analisi è stata ristretta ai soli maggiorenni, per via dei noti problemi di sottostima dei minori nei permessi di soggiorno.

Si può osservare come la presenza stimata sulla base dei permessi risulti superiore in valore assoluto alla popolazione straniera residente, in tutte e tre le regioni analizzate, con scostamenti variabili nel corso del periodo considerato.

Grafico 7 - Andamento delle stime della popolazione straniera di 18 anni ed oltre presente (PDS) e residente (anagrafe comunale). Lombardia, Lazio e Campania - Anni 1998-2006 (all'1 gennaio)



Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Stranieri residenti e regolarmente presenti all'1 gennaio, anni 1998-2006. www.demo.istat.it. Anno 2009.

Un primo picco è osservabile nel 2000 per le serie temporali dei permessi di soggiorno, come effetto della sanatoria prevista dalla Legge “Turco-Napolitano”. La Tabella 1 riporta per ciascuna regione l’incremento di presenze straniere osservato l’1/1/2000, rispetto alla proiezione calcolata sui dati del biennio precedente.

Un secondo scostamento si registra per l’anno 2002 nelle serie temporali dei residenti, per effetto dell’aggiornamento dei dati demografici conseguente al censimento. Il decremento è calcolato all’1/1/2002 rispetto alla proiezione del quadriennio precedente (Tabella 1).

Infine, l’andamento dei permessi di soggiorno subisce un’ulteriore impennata per effetto della sanatoria introdotta dalla Legge “Bossi-Fini”, rispetto all’andamento lineare degli anni 2000-2003.

Tabella 1 - Effetto immediato delle sanatorie e del censimento sugli andamenti temporali: variazioni percentuali tra dati osservati e proiezioni stimate nella popolazione straniera presente e residente. Lombardia, Lazio e Campania - Anni 2000, 2002, 2004

| Regioni | Popolazione presente | | Popolazione residente |
|-----------|----------------------|--------|-----------------------|
| | 2000* | 2004** | 2002*** |
| Lombardia | +17,3 | +43,0 | -14,6 |
| Lazio | +25,1 | +41,8 | -39,3 |
| Campania | +24,2 | +113,8 | -35,9 |

*Incremento calcolato rispetto all’andamento del biennio 1998-1999.

**Incremento calcolato rispetto al trend lineare registrato nel periodo 2000-2003.

***Decremento calcolato rispetto al trend lineare registrato nel periodo 1998-2001.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Stranieri residenti e regolarmente presenti all’1 gennaio, anni 1998-2004. www.demo.istat.it. Anno 2009.

L’analisi conferma, dunque, che gli andamenti temporali relativi agli immigrati presenti risentono molto dell’influenza delle regolarizzazioni; tale influenza non si esercita in modo altrettanto evidente sui trend della popolazione residente, probabilmente perché la messa in regola degli immigrati non si traduce immediatamente nell’iscrizione anagrafica e l’impatto si diluisce in un arco temporale più ampio.

Per contro, la rilevazione censuaria e il conseguente riallineamento delle anagrafi comunali rappresentano un importante elemento di instabilità delle stime relative alla popolazione residente, con un’intensità variabile per regione.

Considerazioni conclusive

Una prima conclusione è che allo stato attuale non si dispone in Italia di un apparato di rilevazione in grado di restituire una fotografia attendibile e dettagliata della popolazione straniera a livello territoriale.

La fonte anagrafica relativa alla popolazione residente si rivela affidabile nel quantificare la presenza straniera quando il livello di integrazione degli immigrati nel territorio è elevato. Viceversa, tende a sottostimare l’entità del fenomeno nei casi in cui questo presenti spiccate caratteristiche di dinamicità e instabilità, come avviene in molte regioni del Centro-Sud. Al momento, inoltre, l’utilizzo della popolazione residente nel calcolo delle misure epidemiologiche si presenta particolarmente problematica, a causa della indisponibilità dei dati incrociati per età e cittadinanza, indispensabili ad esempio per le procedure di standardizzazione.

Per contro la fonte dei permessi appare sempre meno utilizzabile, per via del problema dei neocomunitari, ma anche perché, a seguito delle lungaggini burocratiche segnalate soprattutto nei grandi centri urbani, si registra un crescente numero di permessi in prolungata fase di rinnovo che sfugge al conteggio, con inevitabile sottostima degli stranieri presenti.

Per ovviare ad alcuni dei limiti sopra elencati, l’Istat si è impegnato a produrre delle nuove stime, in ottemperanza al regolamento comunitario che obbliga tutti i Paesi europei a produrre dati sulla popolazione residente straniera per sesso, età e cittadinanza. Tuttavia, in prima battuta, tali dati saranno disponibili solo a livello nazionale, mentre per il dettaglio regionale sarà necessario un ulteriore investimento, con tempi difficilmente prevedibili. L’Istat sta anche valutando la possibilità di identificare un campione statistico di comuni cui richiedere dati anagrafici individuali relativi alla popolazione straniera, al fine di ottenere stime della popolazione residente immigrata affidabili a livello regionale; ma i risultati di questa attività, ancora in fase di studio, saranno disponibili solo nel medio periodo.

È pur vero che la possibilità di avere tempestivamente informazioni attendibili è il presupposto indispensabile per impiantare qualsivoglia attività di valutazione e per sviluppare iniziative programmatiche coerenti con il quadro dei bisogni. Una possibile strada da battere è rappresentata, anche nell’immediato, dall’utilizzo combinato delle diverse fonti demografiche e di altri archivi (come, ad esempio, quello degli occupati nati all’estero,

gestito dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro), nel tentativo di potenziare la capacità di lettura del fenomeno migratorio e di attenuare i limiti insiti in ciascun sistema di rilevazione. Un esempio viene dall'esperienza del Dossier Statistico sull'Immigrazione curato e pubblicato annualmente da Caritas/Migrantes, che nelle ultime edizioni ha esplorato interessanti possibilità di stima.

Infine, rimane fuori dalle nostre considerazioni la questione degli immigrati che soggiornano irregolarmente nel nostro Paese, presenze queste difficilmente intercettabili da qualsiasi sistema di rilevazione, la cui quantificazione rimane affidata a specifici sondaggi e indagini *ad hoc*.

Ringraziamenti

Si ringrazia il Sig. Leandro Piccioli di Laziosanità-ASP, per l'elaborazione dei dati relativi all'anagrafe sanitaria del Lazio.

Stranieri in Italia

Significato. L'impatto della popolazione straniera sull'andamento dei principali indicatori demografici del Paese è sempre più significativo. Verranno qui analizzati i dati più recenti sui permessi di soggiorno validi e sui residenti stranieri iscritti in Anagrafe per

Permessi di soggiorno

Permessi di soggiorno per area geografica di provenienza

Percentuale della popolazione straniera residente

$$\frac{\text{Numeratore}}{\text{Denominatore}} = \frac{\text{Popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe}}{\text{Popolazione residente iscritta in Anagrafe}} \times 100$$

Validità e limiti. L'analisi della presenza straniera, così come evidenziato nel paragrafo precedente, risente dei limiti delle fonti delle statistiche ufficiali a disposizione. In particolare, i dati derivanti dall'archivio dei permessi di soggiorno validi sottostimano la presenza straniera in quanto i minori non sono possessori di un proprio permesso di soggiorno, ma vengono registrati su quello dei genitori e, soprattutto, a partire dal 27 marzo 2007 i cittadini dei Paesi che hanno aderito all'Unione Europea, avendo diritto alla libera circolazione e soggiorno nel territorio degli Stati membri, non necessitano più del permesso di soggiorno per poter risiedere regolarmente in Italia. I minori stranieri risultano, invece, negli archivi anagrafici dei residenti: tuttavia, non tutti coloro che hanno un regolare permesso di soggiorno presentano domanda di iscrizione in Anagrafe. Inoltre, sia le statistiche sui permessi di soggiorno che quelle di fonte anagrafica non tengono conto di quanti sono presenti irregolarmente sul territorio nazionale. Infine, i cambiamenti di definizioni (derivanti ad esempio dall'entrata nell'Unione Europea di nuovi Paesi o dalle disposizioni giuridiche sulla definizione di chi necessita del permesso di soggiorno) o la messa in atto di (frequenti) "sanatorie" della posizione giuridica degli stranieri irregolari comportano ulteriori difficoltà. In questo paragrafo verranno utilizzate le due principali fonti di dati che misurano la presenza degli stranieri nel nostro Paese ossia i dati sullo *stock* dei permessi di soggiorno rilasciati dal Ministero degli Interni e gli stranieri residenti iscritti in Anagrafe.

Descrizione dei risultati

Nel Grafico 1 è riportato l'andamento del numero di permessi di soggiorno validi all'1 gennaio di ciascuno degli anni che vanno dal 1992 al 2008. Si può facilmente notare come la presenza straniera (così come

evidenziare a quanto ammonta tale componente della popolazione sul territorio regionale e nazionale e come la presenza straniera sia cambiata negli ultimi anni.

risulta utilizzando tale fonte) sia aumentata notevolmente nei diciassette anni considerati. In particolare, nel 1992 i permessi di soggiorno validi erano circa 650 mila, mentre nel 2008 questi erano più che triplicati. In particolare, balza all'occhio l'ingente crescita del numero di permessi di soggiorno che è stata registrata durante il 2003: all'1 gennaio 2004 il numero di permessi di soggiorno validi risultava, infatti, di oltre 724 mila unità superiore rispetto a quello registrato l'anno precedente. Tale crescita repentina è in larga parte la conseguenza del D. Lgs. 195 del 2002 che ha consentito la regolarizzazione della posizione di molti stranieri irregolari che avevano un rapporto di lavoro dipendente da almeno tre mesi dall'emanazione del D. Lgs. stesso. La flessione nel numero di permessi di soggiorno validi registrata alla data dell'1 gennaio 2008 è imputabile non ad un calo del numero di stranieri presenti nel nostro Paese, quanto, piuttosto, agli effetti del D. Lgs. 30 del 2007 che, come anticipato, ha stabilito che i cittadini degli Stati membri dell'Unione Europea non necessitano del permesso di soggiorno per risiedere regolarmente nel nostro Paese. Il Grafico 2 illustra l'andamento del numero di permessi di soggiorno validi per macroaree di provenienza: dalla sua lettura si evince come nel periodo considerato si sia assistito ad un vero e proprio cambiamento non solo dell'entità della presenza straniera, ma anche della sua composizione per Paese di provenienza. Nel 1992 la maggior parte dei permessi di soggiorno validi erano intestati a cittadini provenienti dai Paesi europei allora non Unione Europea e dall'Africa (rispettivamente 32% e 35% del totale): nel decennio successivo è, invece, aumentato in modo consistente il peso relativo dei permessi di soggiorno concessi ai cittadini europei a scapito delle altre macroaree. In particolare, così come emerge dallo studio dei permessi di soggiorno per singole cittadinanze effettuato

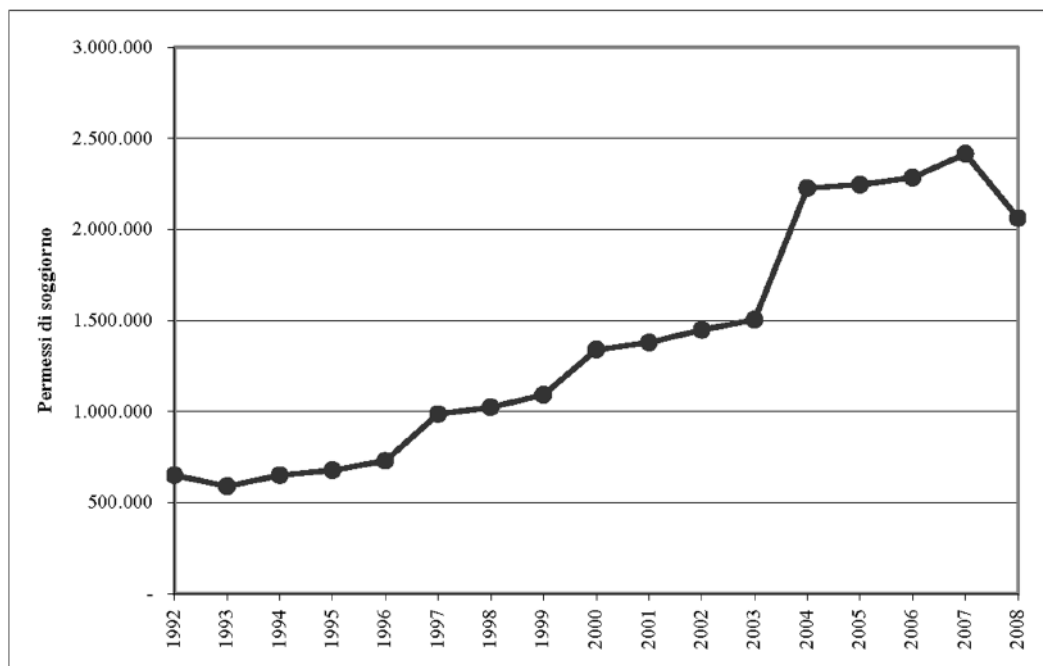
dall'Istat (1), l'aumento del peso relativo dei permessi di soggiorno concessi ai cittadini provenienti dai Paesi europei centro-orientali è stato particolarmente consistente in occasione della sanatoria avviata nel 2002 a seguito della quale è più che raddoppiato il numero dei rumeni con permesso di soggiorno (tanto da rendere tale comunità la più numerosa nel nostro Paese) e più che settuplicato quello degli Ucraini. A partire dal 27 marzo del 2007, così come anticipato, non è richiesto ai cittadini dell'Unione Europea il possesso di un regolare permesso di soggiorno per poter risiedere legalmente nel territorio degli Stati Membri. Questo ha portato ad una netta flessione del numero assoluto dei permessi di soggiorno concessi ai cittadini europei e del loro peso relativo sul totale dei permessi di soggiorno visto che a partire dall'1 gennaio 2007 la Romania (ossia uno dei principali Paesi di provenienza dei cittadini stranieri) e la Bulgaria sono entrate a far parte dell'Unione Europea.

Dall'analisi dei dati provenienti dalla rilevazione sulla "Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita" emerge che al 31 dicembre 2007 gli stranieri residenti in Italia hanno superato 3,4 milioni di unità tanto da rappresentare il 5,8% dell'intera popolazione residente sul territorio italiano (Tabella 1). Tuttavia, l'incidenza della presenza straniera è assai diversificata sul territorio nazionale. In particolare, la quota di cittadini stranieri si attesta su valori relativamente più elevati (ossia superiori all'8%) in Emilia-Romagna, Umbria, Lombardia e Veneto. Al contrario la presenza straniera regolare è particolarmente contenuta nel Mezzogiorno, specie in Puglia, Basilicata e Sardegna dove meno di 2 residenti su 100 hanno una cittadinanza diversa da quella italiana. Oltre la metà dei residenti stranieri provengono da un Paese del continente europeo (ossia sia

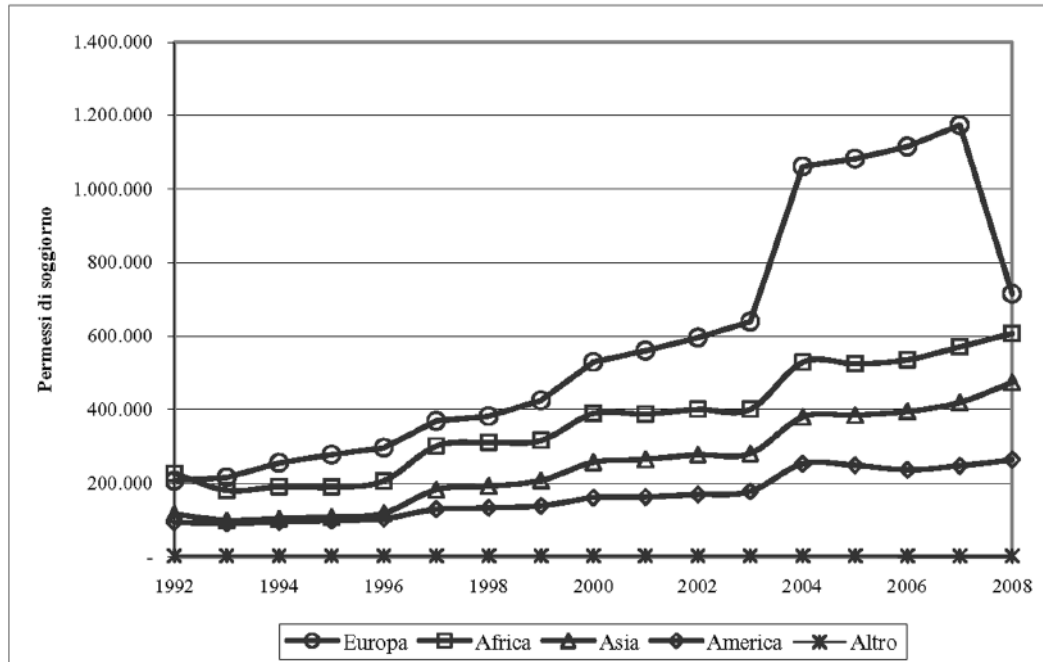
dell'Unione Europea che dell'Europa centro-orientale). La quota di cittadini provenienti dall'Africa è pari al 23,2%, il 16,1% dei residenti proviene dall'area asiatica, mentre solo l'8,6% ha la cittadinanza americana (sia essa del Nord che dell'America centro-meridionale).

La Tabella 2 permette di analizzare la presenza straniera per singolo Paese di cittadinanza. In particolare vengono indicate per ciascuna regione le prime tre comunità straniere per presenza e il peso percentuale di ciascuna di queste sul totale degli stranieri residenti. Rumeni, albanesi e marocchini costituiscono le 3 comunità più numerose in Italia, sia quando si considerano gli stranieri residenti uomini che donne. Le differenze regionali non sono molto marcate, ma ci sono delle eccezioni. Da un lato, emerge la presenza della comunità tedesca nella PA di Bolzano (imputabile a fattori storici e culturali), dall'altro spicca la presenza degli ucraini in Campania o degli ecuadoriani in Liguria.

Il Cartogramma consente di valutare il peso relativo degli stranieri residenti sul totale dei residenti nelle diverse realtà territoriali del Paese all'1 gennaio 2008. Il dettaglio territoriale utilizzato è quello delle ASL, così come definite all'1 gennaio 2008, tranne che per le unità territoriali sub-comunali, per le quali il riferimento è l'intero comune. La scala delle campiture è costruita in modo da garantire l'equinumerosità delle classi. Dalla lettura del Cartogramma risulta confermato quanto emerso dalla Tabella 1: la presenza straniera regolare si articola, infatti, in un *continuum* Nord-Sud, dove la quota di stranieri residenti sul resto della popolazione è relativamente più alta nelle regioni settentrionali e centrali e più limitata nel resto del Paese.

Grafico 1 - *Permessi di soggiorno validi - Anni 1992-2008*

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

Grafico 2 - *Permessi di soggiorno validi per macroarea di provenienza - Anni 1992-2008*

Nota: la macroarea "Altro" è ottenuta come la somma dei permessi di soggiorno rilasciati ai cittadini provenienti dai Paesi dell'Oceania e quelli intestati agli stranieri apolidi.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

Tabella 1 - Stranieri residenti (migliaia), composizione percentuale per macroarea di provenienza e quota degli stranieri residenti (per 100), per regione - 31/12/2007

| Regioni | Stranieri residenti | Presenza straniera per macroarea di provenienza % | | | | | Stranieri residenti/ totale residenti % |
|------------------------------|---------------------|---|-------------|-------------|------------|------------|--|
| | | Europa | Asia | Africa | America | Altro | |
| Piemonte | 310,5 | 59,3 | 6,9 | 25,9 | 7,8 | 0,0 | 7,1 |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 6,6 | 47,5 | 4,2 | 39,7 | 8,4 | 0,1 | 5,3 |
| Lombardia | 815,3 | 37,4 | 21,1 | 28,5 | 12,9 | 0,1 | 8,5 |
| Trentino-Alto Adige | 70,8 | 66,8 | 10,6 | 16,7 | 5,9 | 0,1 | 7,1 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | 32,9 | 68,7 | 13,5 | 13,3 | 4,4 | 0,1 | 6,8 |
| <i>Trento</i> | 37,9 | 65,1 | 8,1 | 19,6 | 7,1 | 0,0 | 7,5 |
| Veneto | 404,0 | 55,1 | 16,1 | 24,4 | 4,4 | 0,1 | 8,5 |
| Friuli-Venezia Giulia | 83,3 | 69,8 | 8,9 | 16,5 | 4,7 | 0,2 | 6,9 |
| Liguria | 90,9 | 44,3 | 8,2 | 18,3 | 29,2 | 0,1 | 5,7 |
| Emilia-Romagna | 365,7 | 46,5 | 17,0 | 32,0 | 4,6 | 0,0 | 8,7 |
| Toscana | 275,1 | 58,8 | 19,1 | 15,3 | 6,7 | 0,1 | 7,6 |
| Umbria | 75,6 | 64,9 | 6,7 | 19,0 | 9,3 | 0,1 | 8,7 |
| Marche | 115,3 | 58,0 | 14,6 | 21,7 | 5,6 | 0,0 | 7,5 |
| Lazio | 391,0 | 58,9 | 18,5 | 11,9 | 10,6 | 0,2 | 7,1 |
| Abruzzo | 59,7 | 72,5 | 9,5 | 11,7 | 6,1 | 0,2 | 4,6 |
| Molise | 6,3 | 67,2 | 7,5 | 17,2 | 7,9 | 0,2 | 2,0 |
| Campania | 114,8 | 58,8 | 15,2 | 19,8 | 6,0 | 0,2 | 2,0 |
| Puglia | 63,9 | 66,3 | 10,2 | 19,4 | 4,0 | 0,1 | 1,6 |
| Basilicata | 9,6 | 66,8 | 10,8 | 18,2 | 4,1 | 0,1 | 1,6 |
| Calabria | 50,9 | 62,5 | 11,4 | 22,3 | 3,5 | 0,3 | 2,5 |
| Sicilia | 98,2 | 39,6 | 20,9 | 35,1 | 4,2 | 0,2 | 2,0 |
| Sardegna | 25,1 | 51,4 | 16,5 | 25,8 | 6,1 | 0,2 | 1,5 |
| Italia | 3.432,7 | 52,0 | 16,1 | 23,2 | 8,6 | 0,1 | 5,8 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

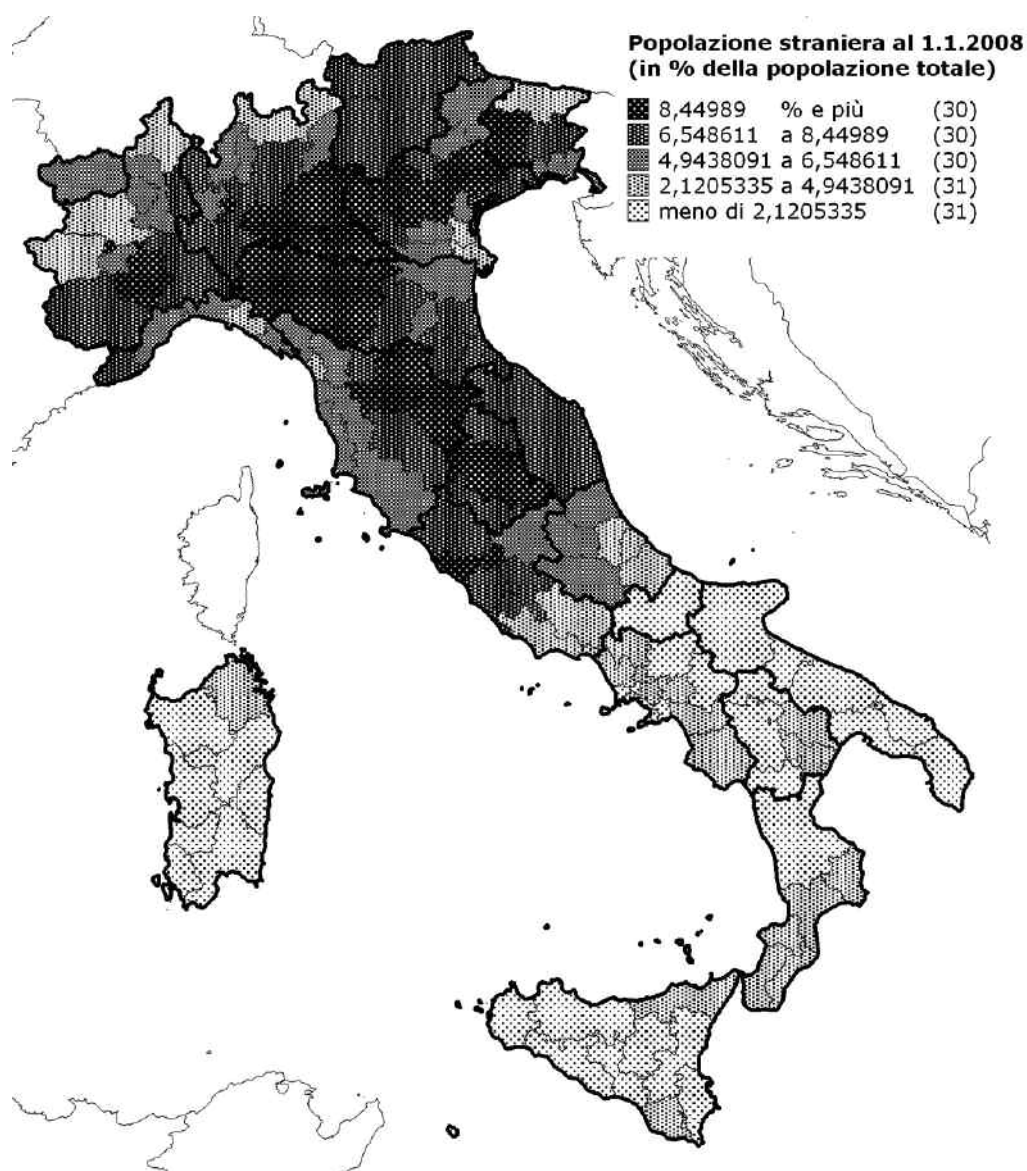
Tabella 2 - Stranieri residenti (migliaia) per regione, sesso e cittadinanze prevalenti - 31/12/2007

| Regioni | Stranieri residenti | Maschi | | | | | Femmine | | | | |
|------------------------------|---------------------|----------------------------------|------------------|------------------|----------------|------------------|---------------------|----------------------------------|--|--|--|
| | | Cittadinanza e peso % sul totale | | | | | Stranieri residenti | Cittadinanza e peso % sul totale | | | |
| | | Prima | Seconda | Terza | Prima | Seconda | | Terza | | | |
| Piemonte | 152,4 | Rom. 31,9 | Mar. 20,0 | Alb. 13,6 | 158,2 | Rom. 34,2 | Mar. 14,5 | Alb. 11,2 | | | |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 3,1 | Mar. 31,8 | Rom. 16,5 | Alb. 13,3 | 3,5 | Mar. 24,7 | Rom. 20,6 | Alb. 9,3 | | | |
| Lombardia | 425,8 | Mar. 12,4 | Rom. 11,3 | Alb. 10,8 | 389,5 | Rom. 12,2 | Mar. 9,3 | Alb. 9,3 | | | |
| Trentino-Alto Adige | 35,1 | Alb. 16,2 | Mar. 11,0 | Rom. 9,5 | 35,7 | Alb. 12,4 | Rom. 10,8 | Mar. 8,6 | | | |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | 16,3 | Alb. 15,5 | Ger. 11,5 | Mar. 9,4 | 16,7 | Ger. 14,4 | Alb. 11,1 | Mar. 6,9 | | | |
| <i>Trento</i> | 18,9 | Alb. 16,7 | Rom. 15,1 | Mar. 12,4 | 19,0 | Rom. 16,4 | Alb. 13,5 | Mar. 10,0 | | | |
| Veneto | 210,4 | Rom. 18,2 | Mar. 13,9 | Alb. 9,9 | 193,6 | Rom. 19,9 | Mar. 10,5 | Alb. 8,8 | | | |
| Friuli-Venezia Giulia | 42,6 | Rom. 15,4 | Alb. 14,5 | Ser. 11,4 | 40,7 | Rom. 17,2 | Alb. 13,6 | Ser. 9,8 | | | |
| Liguria | 42,8 | Alb. 20,8 | Ecu. 16,0 | Mar. 14,8 | 48,1 | Ecu. 21,7 | Alb. 14,5 | Rom. 9,6 | | | |
| Emilia-Romagna | 185,0 | Mar. 17,7 | Alb. 14,5 | Rom. 10,3 | 180,7 | Mar. 13,4 | Rom. 12,5 | Alb. 11,7 | | | |
| Toscana | 134,5 | Alb. 23,3 | Rom. 16,9 | Cina 10,2 | 140,6 | Rom. 20,6 | Alb. 17,4 | Cina 8,6 | | | |
| Umbria | 35,5 | Alb. 21,7 | Rom. 18,9 | Mar. 14,0 | 40,2 | Rom. 22,1 | Alb. 15,8 | Mar. 8,6 | | | |
| Marche | 57,2 | Alb. 18,6 | Mar. 12,4 | Rom. 11,4 | 58,1 | Alb. 15,6 | Rom. 15,2 | Mar. 9,5 | | | |
| Lazio | 180,6 | Rom. 32,4 | Alb. 5,9 | Fil. 5,7 | 210,4 | Rom. 29,2 | Fil. 7,8 | Pol. 6,4 | | | |
| Abruzzo | 28,3 | Alb. 22,2 | Rom. 21,3 | Mac. 9,9 | 31,5 | Rom. 23,8 | Alb. 16,8 | Ucr. 7,6 | | | |
| Molise | 2,7 | Rom. 25,3 | Mar. 18,3 | Alb. 16,2 | 3,6 | Rom. 29,0 | Alb. 10,3 | Mar. 10,3 | | | |
| Campania | 47,8 | Mar. 14,9 | Ucr. 12,4 | Rom. 11,6 | 67,0 | Ucr. 32,5 | Pol. 10,6 | Rom. 10,5 | | | |
| Puglia | 31,1 | Alb. 33,6 | Rom. 12,9 | Mar. 11,3 | 32,7 | Alb. 27,7 | Rom. 18,3 | Mar. 6,1 | | | |
| Basilicata | 4,3 | Rom. 24,7 | Alb. 19,5 | Mar. 15,7 | 5,3 | Rom. 32,2 | Alb. 12,4 | Ucr. 10,5 | | | |
| Calabria | 22,9 | Rom. 26,4 | Mar. 24,3 | Alb. 5,8 | 28,0 | Rom. 25,9 | Ucr. 13,1 | Mar. 12,7 | | | |
| Sicilia | 48,1 | Tun. 20,3 | Rom. 13,8 | Mar. 11,6 | 50,1 | Rom. 21,6 | Tun. 10,1 | Mar. 7,6 | | | |
| Sardegna | 11,7 | Mar. 18,3 | Rom. 14,9 | Sen. 14,8 | 13,4 | Rom. 20,5 | Mar. 10,3 | Cina 7,3 | | | |
| Italia | 1.701,8 | Rom. 17,3 | Alb. 13,1 | Mar. 12,7 | 1.730,8 | Rom. 19,1 | Alb. 10,4 | Mar. 8,6 | | | |

Legenda: Alb. = Albania; Cina = Repubblica popolare cinese; Ecu. = Ecuador; Fil. = Filippine; Ger. = Germania; Mac. = Macedonia; Mar. = Marocco; Pol. = Polonia; Rom. = Romaniaa; Sen. = Senegal; Ser. = Serbia Montenegro; Tun. = Tunisia; Ucr. = Ucraina.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazione di dati Istat disponibili sul sito <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

Popolazione straniera residente iscritta in Anagrafe (per 100 residenti iscritti) per ASL - 01/01/2008



Raccomandazioni di Osservasalute

Il peso assoluto e relativo degli stranieri sulla popolazione residente è andato aumentando notevolmente nel tempo e ci si aspetta che tale trend proseguirà nei prossimi anni. Oltretutto, gli stranieri presentano una struttura per età che ben si differenzia da quella che caratterizza i residenti italiani (con evidenti conseguenze sulla domanda di servizi sanitari) e contribuiscono ampiamente all'aumento del numero delle nascite registrato negli anni più recenti ("Nati da cittadini stranieri" ed il capitolo "Popolazione"). È,

quindi, quanto mai necessario che l'offerta di servizi sanitari si adegui alle esigenze di cui tale eterogeneo segmento della popolazione è portatore (2).

Riferimenti bibliografici

(1) Istat. Statistiche in breve. Gli stranieri in Italia: gli effetti dell'ultima regolarizzazione. Stima all'1 gennaio 2005; Istat: 2005.

(2) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; Istat: 2008.

Nati da cittadini stranieri

Significato. Nell'ultimo decennio si è registrato in Italia un incremento del numero di nati: ciò è da un lato imputabile all'aumento del numero di iscritti in Anagrafe per nascita avvenuto nelle regioni del Centro-Nord e dall'altro al forte incremento del numero di nati da genitori stranieri. Quest'ultimo fenomeno può aver avuto un'influenza sulla leggera

ripresa della natalità e fecondità osservata negli ultimi anni e può essere considerato come effetto di una integrazione degli stranieri nel nostro Paese. Viene, quindi, proposto un indicatore che permette di valutare la percentuale dei nati con almeno un genitore straniero e la sua influenza sull'andamento delle nascite in Italia.

Percentuale di nati con almeno un genitore cittadino straniero

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

Numeratore: Nati in Italia con almeno uno dei genitori cittadino straniero
 Denominatore: Nati in Italia

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

Sebbene negli anni la fonte "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" (Modello Istat P.4) abbia quasi raggiunto la copertura totale (nel 2007 è risultata essere del 98,5%), per disporre di un'informazione più completa, finora si è reso necessario correggere i dati con quelli della rilevazione dei "Cittadini stranieri iscritti in anagrafe" (Modello Istat P.3). Questi dati sono diffusi sul sito <http://demo.istat.it>.

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

Dalla "Nuova rilevazione degli iscritti in anagrafe" è disponibile anche l'informazione sulla cittadinanza del nato. Questa risulta essere straniera (o italiana) se entrambi i genitori hanno cittadinanza straniera (o italiana) in conseguenza della legislazione attualmente vigente in Italia che si basa sul principio giuridico dello *ius sanguinis*: in altre parole, è cittadino italiano non chi nasce su suolo italiano, come avviene in altri Paesi europei, ma chi è figlio di genitori italiani. Se, invece, solo uno dei due genitori risulta cittadino stra-

niero, il nato acquisisce la cittadinanza italiana (Legge n. 91/1992).

Descrizione dei risultati

Il confronto di questo indicatore nel tempo evidenzia un notevole aumento delle nascite da cittadini stranieri nel nostro Paese, sia con uno solo che con entrambi i genitori stranieri. In particolare, la quota più elevata è quella dei nati da madre straniera (indipendentemente dalla cittadinanza del padre). Quest'ultimo indicatore nel 1999 era pari a 5,4%: dall'ultimo dato disponibile del 2007 emerge, invece, come quasi 15 nascite ogni 100 avvenute in Italia sono ascrivibili a madri straniere (Grafico 1). Tuttavia, le differenze regionali sono notevoli e ricalcano la distribuzione territoriale della presenza straniera in Italia: in altre parole, laddove la presenza straniera è più consistente, è anche più elevata l'incidenza dei nati con almeno un genitore straniero sul totale degli iscritti in anagrafe per nascita (Tabella 1). Le regioni dove tale incidenza è più elevata sono quelle del Nord ed in particolare l'Emilia-Romagna, il Veneto e la Lombardia. Al contrario nelle regioni del Mezzogiorno la quota di nati con almeno un genitore straniero appare non solo inferiore al dato nazionale, ma estremamente contenuta.

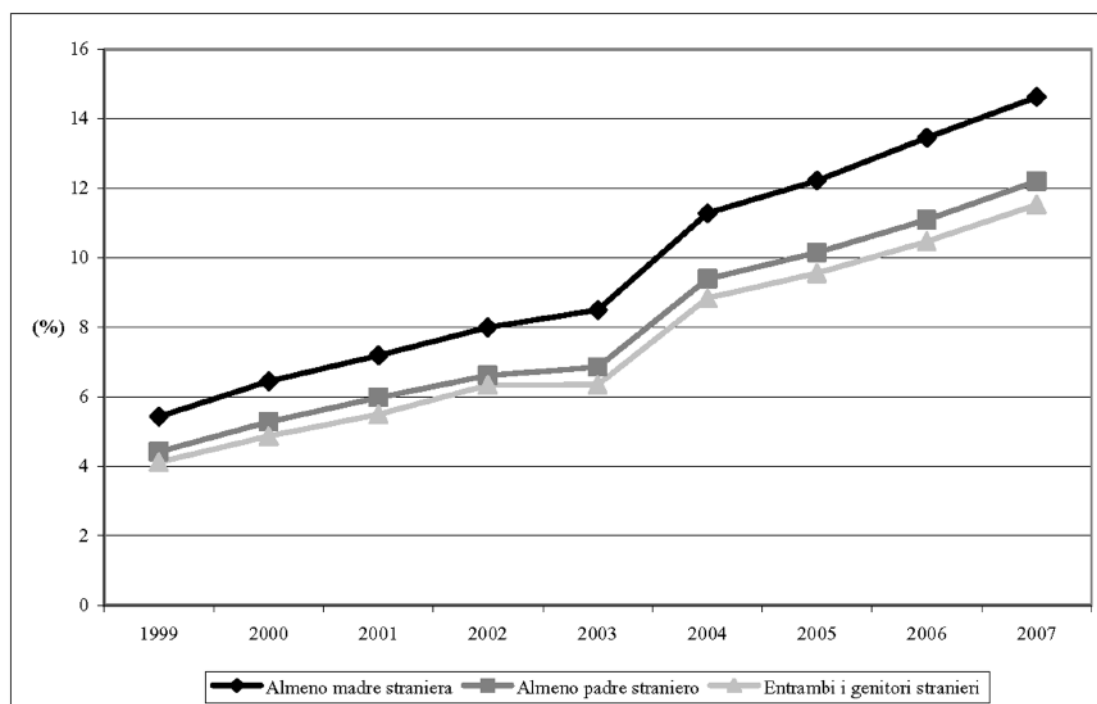
Altrettanto interessante è la composizione percentuale del numero di nati stranieri per grandi aree geografiche (Tabella 2). A livello nazionale la macroarea che contribuisce maggiormente alle nascite nel nostro Paese è quella europea: il 17,8% dei nati stranieri ha la cittadinanza di uno dei Paesi dell'UE (Romania in testa), mentre il 22,3% fa capo agli altri Paesi dell'Europa centro-orientale (specie Albania e Serbia-Montenegro). Anche l'apporto del Nord-Africa alla natalità registrata in Italia è notevole (25,3% dei nati stranieri) così come quello dell'Asia (20,8%). Tuttavia, il dato nazionale "nasconde" realtà territoriali molto variegata. Ad esempio, la quota di nati stranieri con cittadinanza di uno dei Paesi dell'Unione

Europea sul totale dei nati stranieri è particolarmente rilevante nel Molise (45,6%), mentre in Liguria è estremamente elevata la presenza di nati con cittadinanza di uno dei Paesi dell'America centro-meridionale (27%), specie se confrontata con la media nazionale (5,3%). Occorre, inoltre, sottolineare come i dati relativi alle macroaree geografiche di provenienza siano il frutto di un'operazione di sintesi dei comportamenti delle singole comunità che le compongono. Non di rado, infatti, si possono riscontrare comportamenti riproduttivi divergenti da parte di stranieri il cui Paese di origine afferisce ad una stessa macroarea geografica.

La Tabella 3 evidenzia le differenze circa il comportamento riproduttivo delle comunità maggiormente presenti in Italia. Le prime dieci comunità per presenza sul territorio nazionale rappresentano da sole il 62% di tutti gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2007 e proprio a queste comunità è imputabile il 67% del totale dei nati stranieri in Italia. Particolarmente numerosi sono i nati con cittadinanza marocchina: i residenti provenienti dal Marocco rappresentano, infatti, la terza comunità per presenza sul territorio

nazionale e al tempo stesso sono responsabili del più alto numero di nati stranieri. Al contrario, la comunità degli ucraini si caratterizza per il numero esiguo di nati se confrontato con la numerosità della collettività residente sul territorio. Tuttavia, è proprio con riferimento agli ucraini (e in misura lievemente inferiore ai rumeni) che si è riscontrata la maggiore crescita del numero dei nati se confrontato con i livelli che caratterizzavano queste comunità nel 2000. Ciò è imputabile non tanto a cambiati comportamenti riproduttivi degli stranieri di queste nazionalità quanto piuttosto alla forte crescita nell'ultimo decennio della loro presenza sul territorio italiano. Occorre, però, sottolineare come tale indicatore risenta della struttura per età e sesso della popolazione in relazione alla quale questo viene costruito e possa, per sua stessa costruzione, "sfavorire" alcune cittadinanze (ad esempio quelle dove la struttura per età è più invecchiata) rispetto ad altre. Il tema del comportamento riproduttivo delle donne straniere è stato trattato anche in una recente pubblicazione Istat (1) e nel paragrafo "Fecondità della popolazione" nel capitolo "Popolazione" di questo volume, al quale si rimanda.

Grafico 1 - Percentuale di nati da cittadini stranieri - Anni 1999-2007



Nota: i valori assoluti stimati dei nati per cittadinanza dei genitori sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

Tabella 1 - Percentuale di nati con almeno un genitore straniero per regione - Anno 2007

| Regioni | Nati con almeno il padre straniero | Nati con almeno la madre straniera |
|------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|
| Piemonte | 17,2 | 20,3 |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 11,3 | 14,0 |
| Lombardia | 19,2 | 21,7 |
| Trentino-Alto Adige | 14,6 | 18,0 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | <i>13,2</i> | <i>16,8</i> |
| <i>Trento</i> | <i>16,1</i> | <i>19,2</i> |
| Veneto | 19,6 | 22,2 |
| Friuli-Venezia Giulia | 15,1 | 18,1 |
| Liguria | 13,3 | 16,2 |
| Emilia-Romagna | 19,9 | 23,2 |
| Toscana | 16,3 | 19,4 |
| Umbria | 16,2 | 20,6 |
| Marche | 16,6 | 19,8 |
| Lazio | 11,6 | 14,5 |
| Abruzzo | 8,6 | 12,2 |
| Molise | 2,6 | 5,7 |
| Campania | 2,5 | 4,0 |
| Puglia | 2,7 | 3,7 |
| Basilicata | 2,6 | 4,2 |
| Calabria | 3,7 | 6,3 |
| Sicilia | 3,3 | 4,5 |
| Sardegna | 2,6 | 4,2 |
| Italia | 12,2 | 14,6 |

Nota: i valori assoluti stimati dei nati stranieri sono rapportati al totale dei nati desunti dal Movimento e calcolo della popolazione anagrafica residente (Modello Istat P.2).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

Tabella 2 - Percentuale di nati stranieri per regione e macroarea di cittadinanza - Anno 2007

| Regioni | Unione Europea | Altra Europa | Africa settentrionale | Altra Africa | Asia | America centro-meridionale | Altro | Totale |
|------------------------------|----------------|--------------|-----------------------|--------------|-------------|----------------------------|------------|--------------|
| Piemonte | 29,1 | 19,4 | 33,1 | 6,9 | 7,1 | 4,4 | 0,1 | 100,0 |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 18,8 | 12,8 | 63,9 | 0,0 | 1,5 | 3,0 | 0,0 | 100,0 |
| Lombardia | 11,4 | 16,6 | 29,1 | 9,1 | 24,4 | 9,3 | 0,1 | 100,0 |
| Trentino-Alto Adige | 15,7 | 38,7 | 26,4 | 2,2 | 14,2 | 2,7 | 0,0 | 100,0 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | <i>13,7</i> | <i>42,2</i> | <i>20,4</i> | <i>2,1</i> | <i>19,1</i> | <i>2,5</i> | <i>0,0</i> | <i>100,0</i> |
| <i>Trento</i> | <i>17,3</i> | <i>36,0</i> | <i>31,2</i> | <i>2,3</i> | <i>10,3</i> | <i>2,9</i> | <i>0,0</i> | <i>100,0</i> |
| Veneto | 16,7 | 25,5 | 22,1 | 12,0 | 22,4 | 1,3 | 0,1 | 100,0 |
| Friuli-Venezia Giulia | 17,1 | 36,5 | 12,8 | 16,3 | 15,1 | 1,7 | 0,5 | 100,0 |
| Liguria | 7,1 | 29,9 | 23,2 | 2,9 | 9,8 | 27,0 | 0,2 | 100,0 |
| Emilia-Romagna | 10,0 | 21,8 | 34,7 | 10,9 | 20,7 | 1,9 | 0,0 | 100,0 |
| Toscana | 15,9 | 31,5 | 15,0 | 5,7 | 28,1 | 3,7 | 0,1 | 100,0 |
| Umbria | 21,7 | 32,7 | 24,3 | 6,5 | 7,3 | 6,8 | 0,7 | 100,0 |
| Marche | 10,6 | 32,0 | 25,7 | 8,4 | 20,6 | 2,5 | 0,1 | 100,0 |
| Lazio | 42,6 | 13,6 | 9,9 | 4,5 | 21,9 | 7,2 | 0,2 | 100,0 |
| Abruzzo | 21,4 | 40,6 | 16,2 | 5,1 | 15,3 | 1,4 | 0,0 | 100,0 |
| Molise | 45,6 | 17,6 | 26,5 | 4,4 | 5,9 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Campania | 17,5 | 23,1 | 18,6 | 7,9 | 30,2 | 2,4 | 0,2 | 100,0 |
| Puglia | 17,4 | 42,6 | 18,8 | 5,8 | 14,0 | 1,2 | 0,2 | 100,0 |
| Basilicata | 26,6 | 21,1 | 25,7 | 1,8 | 24,8 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Calabria | 36,0 | 14,5 | 30,2 | 1,7 | 17,5 | 0,0 | 0,2 | 100,0 |
| Sicilia | 14,7 | 10,1 | 32,7 | 6,7 | 34,4 | 1,2 | 0,2 | 100,0 |
| Sardegna | 18,8 | 15,2 | 25,7 | 8,0 | 28,6 | 2,2 | 1,4 | 100,0 |
| Italia | 17,8 | 22,3 | 25,3 | 8,3 | 20,8 | 5,3 | 0,1 | 100,0 |

Nota: le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in anagrafe (Modello Istat P.3).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

Tabella 3 - Percentuale di stranieri residenti e di nati stranieri, stima dei nati da cittadini stranieri e variazione percentuale della stima del numero dei nati stranieri tra il 2000 ed il 2007, per le prime 10 collettività residenti - Anno 2007

| Cittadinanze | Stranieri % | Stima dei nati stranieri | Nati stranieri % | Δ % della stima del numero dei nati stranieri Anni 2000-2007 |
|--------------------|----------------|-----------------------------|---------------------|---|
| Romania | 18,2 | 9.731 | 15,2 | 929,8 |
| Albania | 11,7 | 8.491 | 13,3 | 124,8 |
| Marocco | 10,7 | 10.731 | 16,8 | 98,4 |
| Cina Rep. Popolare | 4,6 | 4.756 | 7,4 | 146,8 |
| Ucraina | 3,9 | 673 | 1,1 | 1.624,8 |
| Filippine | 3,1 | 1.533 | 2,4 | 17,7 |
| Tunisia | 2,7 | 2.607 | 4,1 | 60,8 |
| Polonia | 2,6 | 754 | 1,2 | 209,0 |
| Macedonia | 2,3 | 1.502 | 2,3 | 15,4 |
| India | 2,3 | 2.163 | 3,4 | 206,9 |
| Altra | 38,0 | 21.108 | 33,0 | 144,1 |
| Totale | 100,0 | 64.049 | 100,0 | 147,1 |

Nota: la distribuzione degli stranieri residenti per cittadinanza è al 31 dicembre 2007 ed è tratta dal Bilancio Demografico e popolazione residente per sesso e cittadinanza. Le stime dei nati stranieri per cittadinanza sono ottenute applicando la struttura per cittadinanza dei nati desunta dalla Rilevazione degli iscritti in anagrafe per nascita (Modello Istat P.4) all'ammontare dei nati vivi desunti dalla Rilevazione dei cittadini stranieri iscritti in anagrafe (Modello Istat P.3).

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. <http://demo.istat.it>. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

A fronte della leggera ripresa delle nascite registrata in Italia negli ultimi anni, la domanda sempre più ricorrente è, se e quanto incida su questo andamento il comportamento della componente straniera. Negli anni si è osservato certamente un aumento delle nascite straniere, in misura anche più elevata di quello dell'intera popolazione immigrata. È presumibile supporre che ciò dipenda in gran parte dalla composizione per età di questa popolazione (prevalentemente giovane) e dalle abitudini riproduttive dei Paesi di origine. È, tuttavia, molto difficile pensare che questo fenomeno possa compensare totalmente la bassa nata-

lità presente tra le donne italiane. Poiché alcuni studi hanno evidenziato differenze nell'assistenza in gravidanza e negli esiti alla nascita in relazione alla cittadinanza o al luogo di nascita delle donne, è raccomandabile che vengano condotte delle valutazioni a livello regionale e intraprese specifiche iniziative di Sanità Pubblica (2).

Riferimenti bibliografici

- (1) Istat. Statistiche in breve. La popolazione straniera residente in Italia all'1 gennaio 2007; Istat: 2007.
- (2) Istat. Statistiche in breve. Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Anno 2005; Istat: 2008.

Abortività volontaria delle donne straniere

Significato. Come anticipato nella parte introduttiva, quest'anno non vengono presentati i tassi di abortività volontaria delle donne straniere, miglior indicatore dell'intensità del fenomeno, per indisponibilità di stime attendibili della popolazione straniera in Italia. La descrizione del fenomeno, quindi, viene effettuata tramite valori assoluti e percentuali.

Negli ultimi anni si è evidenziato un incremento del numero delle Interruzioni Volontarie di Gravidanza (IVG) da parte di donne straniere immigrate in Italia. Monitorare il ricorso all'IVG di questa specifica popolazione può sicuramente essere utile al fine di

creare opportune politiche di prevenzione che tengano conto dei diversi aspetti socio-culturali.

La percentuale di IVG di donne straniere permette di comprendere il contributo di questa popolazione a tutto il fenomeno dell'IVG in Italia. Tuttavia, la mancata disponibilità del tasso di abortività non permette di valutare l'incidenza del fenomeno nelle donne straniere, anche in considerazione delle notevoli modifiche della popolazione straniera in Italia (aumento nel tempo, cambiamenti della struttura per provenienza, per età, etc.).

Percentuale di Interruzioni Volontarie di Gravidanze di donne straniere

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

IVG effettuate da cittadine straniere o donne nate all'estero
Totale IVG

Validità e limiti. Ci sono almeno due modi per identificare una donna come straniera. L'utilizzo della cittadinanza, se da una parte ha il vantaggio di distinguere le donne nate all'estero dalle cittadine italiane e figlie di italiani, dall'altra può non includere le donne immigrate in Italia che hanno acquisito, in seguito a matrimonio con cittadino italiano o altra motivazione, la cittadinanza italiana. L'alternativa può essere data dal luogo di nascita che, tuttavia, presenta anch'esso degli svantaggi (ad esempio include le cittadine italiane, figlie di genitori italiani, nate all'estero).

Valore di riferimento/Benchmark. Non esistono dei valori di riferimento riconosciuti in quanto questi indicatori dipendono molto dalla presenza della popolazione straniera nella zona considerata.

Descrizione dei risultati

Nel 2006, delle 125.782 IVG rilevate a livello nazionale (con una sottostima dei casi per Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia), 39.404 (pari al 31,4%) hanno riguardato cittadine straniere e 44.180 donne nate all'estero (35,1%) (dati elaborati utilizzando i D12 Istat). Dai dati del Sistema di Sorveglianza riportati nella Relazione del Ministro del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali presentata in Parlamento, queste percentuali per il 2007 risultano rispettivamente 32,2% e 37,0%. Dal Grafico 1 si osserva un andamento simile nelle due percentuali e un aumento anche della popolazione femminile straniera, sia considerando i dati sulla residenza, i permessi di soggiorno e le percentuali di nati in Italia da donne straniere.

Si rimanda al Rapporto Osservasalute 2008 per il calcolo dei tassi di abortività e il loro andamento nel

2005, che permette di confrontare la reale propensione all'aborto delle donne con riferimento alle loro caratteristiche (età e stato civile). I risultati mostrano che le donne straniere ricorrono all'IVG in misura maggiore rispetto alle donne italiane, soprattutto se nubili e giovani.

La composizione per età e stato civile delle donne che sono ricorse all'IVG evidenzia notevoli differenze (Grafici 2 e 3). La distribuzione per età delle donne italiane è più sbilanciata verso le età più elevate rispetto a quella delle donne straniere. A conferma di ciò la classe di età con la percentuale più elevata di IVG è quella di 30-34 anni tra le italiane (22,1%) e 25-29 tra le straniere (28,0%). Quest'ultima classe è quella in cui c'è una maggiore differenza tra i due gruppi di donne, seguita dalle classi 40-44 e 35-39 dove sono le italiane a prevalere rispetto alle straniere.

Le differenze per stato civile risultano più contenute: le italiane sono più spesso nubili (48,8%), le straniere più spesso coniugate (49,7%). Si ricorda che, però, trattandosi di percentuali, queste differenze possono essere collegate alle diverse strutture demografiche delle due popolazioni a confronto.

Nel corso del tempo, oltre all'aumento delle donne straniere che ricorrono all'IVG, si è osservato un cambiamento nella loro composizione (Tabella 1).

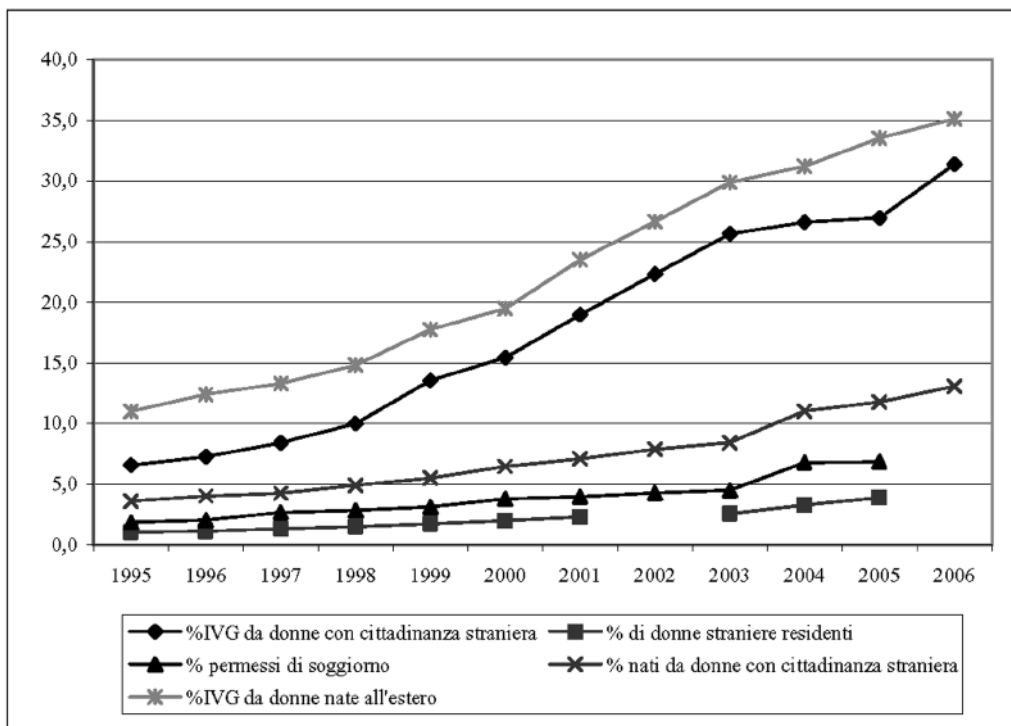
Nel 1996 il numero di IVG da donne straniere non è molto elevato (10.128) e tra queste un 8% è effettuato da donne peruviane, seguite da rumene, nigeriane e albanesi con una quota superiore al 7%, senza la presenza di una cittadinanza dominante rispetto alle altre. Nell'anno 2000, invece, inizia a distinguersi la comunità delle donne rumene che rappresenta il 13,6% di tutte le IVG effettuate in Italia da donne straniere. La loro numerosità, pari a 2.858, inizia ad essere consi-

stente e lo è diventata ancora di più nel 2006 con 11.281 IVG (cui corrisponde una quota del 28,6%). La seconda cittadinanza in ordine di numerosità è l'Albania con 2.630 casi, quindi, con evidente distacco dalla prima. Emergono anche altri Paesi dell'Europa dell'Est (Ucraina, Moldavia e Polonia). C'è da sottolineare che cambiamenti simili di composizione per provenienza si sono osservati nella popolazione generale immigrata in Italia, sebbene per alcune cittadinanze si noti che la proporzione riferita alla popolazione è inferiore a quella riferita alle IVG,

segnale di una più elevata propensione all'aborto rispetto al totale delle straniere.

La regione che si è trovata a dover gestire il più elevato numero di IVG da donne straniere nel 2006 è la Lombardia con 9.441 casi, seguita dal Lazio con 5.965 e dall'Emilia-Romagna con 4.632. La maggior parte delle IVG di donne rumene (il 28% circa) avviene nella regione Lazio (Tabella 2). Ovviamente questi numeri sono molto influenzati dalla presenza straniera nel territorio.

Grafico 1 - Percentuale di IVG tra le donne con cittadinanza straniera e tra le donne nate all'estero, percentuale di nascite da donne con cittadinanza straniera, percentuale di donne residenti con cittadinanza straniera e percentuale dei permessi di soggiorno sul totale delle donne residenti - Anni 1995-2006



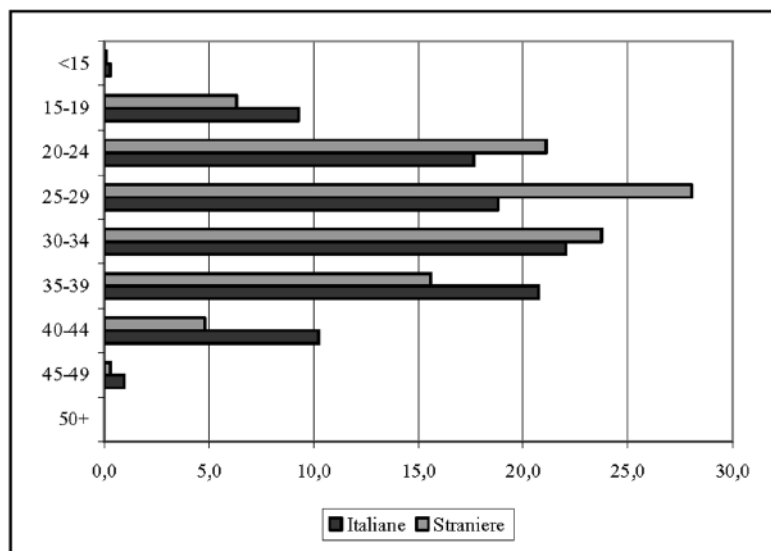
Nota: il dato sui cittadini stranieri residenti per sesso, età e cittadinanza all'1 gennaio 2002 non è disponibile.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

Istat. Rilevazione sugli stranieri iscritti in anagrafe. <http://demo.istat.it>. Ottobre 2009.

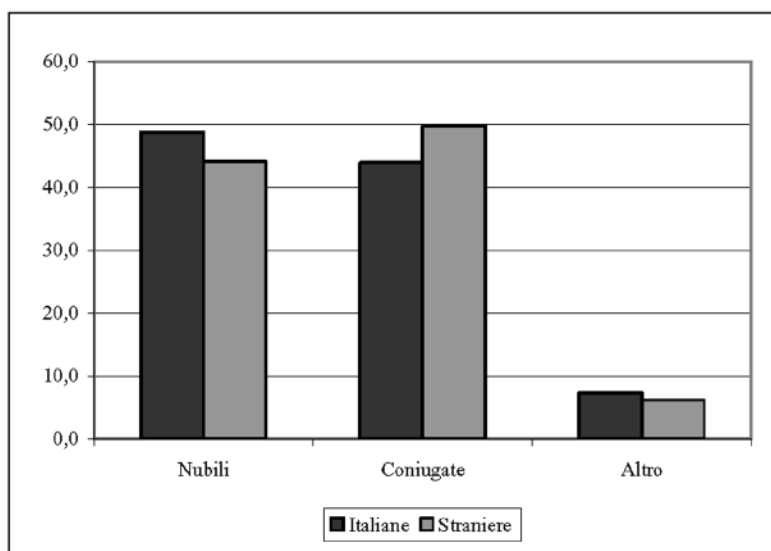
Istat. Elaborazioni sui dati dei permessi di soggiorno del Ministero dell'Interno. <http://demo.istat.it>. Ottobre 2009.

Istat. Indagine sulle iscrizioni in anagrafe per nascita. <http://demo.istat.it>. Ottobre 2009.

Grafico 2 - Percentuale di IVG tra le donne con cittadinanza italiana e straniera per classi di età - Anno 2006

Nota: i dati relativi al Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

Grafico 3 - Percentuale di IVG tra le donne con cittadinanza italiana e straniera per stato civile - Anno 2006

Nota: i dati relativi al Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

Tabella 1 - IVG (valori assoluti e percentuali) per le prime dieci cittadinanze - Anni 1996, 2000, 2006

| 1996 | | | 2000 | | | 2006 | | |
|-----------------------------|----------------|--------------|-----------------------------|----------------|--------------|-----------------------------|----------------|--------------|
| Paesi | N | % | Paesi | N | % | Paesi | N | % |
| Perù | 812 | 8,0 | Romania | 2.858 | 13,6 | Romania | 11.281 | 28,6 |
| Romania | 739 | 7,3 | Albania | 1.982 | 9,4 | Albania | 2.630 | 6,7 |
| Nigeria | 729 | 7,2 | Nigeria | 1.410 | 6,7 | Perù | 2.167 | 5,5 |
| Albania | 721 | 7,1 | Marocco | 1.332 | 6,4 | Marocco | 2.110 | 5,4 |
| Serbia e Montenegro | 672 | 6,6 | Ecuador | 1.260 | 6,0 | Ucraina | 2.048 | 5,2 |
| Filippine | 603 | 6,0 | Perù | 1.086 | 5,2 | Rep.Pop.Cinese | 1.916 | 4,9 |
| Marocco | 570 | 5,6 | Ucraina | 987 | 4,7 | Moldova | 1.785 | 4,5 |
| Rep.Pop.Cinese | 356 | 3,5 | Rep.Pop.Cinese | 778 | 3,7 | Ecuador | 1.561 | 4,0 |
| Polonia | 336 | 3,3 | Filippine | 719 | 3,4 | Nigeria | 1.307 | 3,3 |
| Ghana | 247 | 2,4 | Serbia e Montenegro | 621 | 3,0 | Polonia | 871 | 2,2 |
| Altri | 5.785 | 57,1 | Altri | 13.033 | 62,1 | Altri | 27.676 | 70,1 |
| Totale IVG straniere | 10.128 | 100,0 | Totale IVG straniere | 20.974 | 100,0 | Totale IVG straniere | 39.478 | 100,0 |
| Totale IVG | 138.925 | | Totale IVG | 134.740 | | Totale IVG | 125.782 | |

Nota: i dati relativi al Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

Tabella 2 - IVG per regione, macroarea di aborto e cittadinanza - Anno 2006

| Regioni | Italia | Paese estero | di cui Romania | Apolide + non indicato | Totale |
|------------------------------|---------------|---------------|----------------|------------------------|----------------|
| Piemonte | 6.978 | 4.052 | 1.698 | 0 | 11.030 |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | 201 | 73 | 12 | 0 | 274 |
| Lombardia | 12.658 | 9.441 | 1.513 | 146 | 22.245 |
| Trentino-Alto Adige | 1.313 | 559 | 102 | 15 | 1.887 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | <i>347</i> | <i>182</i> | <i>11</i> | <i>0</i> | <i>529</i> |
| <i>Trento</i> | <i>966</i> | <i>377</i> | <i>91</i> | <i>15</i> | <i>1.358</i> |
| Veneto | 4.015 | 2.998 | 645 | 76 | 7.089 |
| Friuli-Venezia Giulia | 1.401 | 553 | 98 | 10 | 1.964 |
| Liguria | 2.381 | 1.312 | 194 | 0 | 3.693 |
| Emilia-Romagna | 6.823 | 4.632 | 748 | 0 | 11.455 |
| Toscana | 5.581 | 3.285 | 986 | 11 | 8.877 |
| Umbria | 1.309 | 853 | 248 | 15 | 2.177 |
| Marche | 1.669 | 896 | 183 | 15 | 2.580 |
| Lazio | 9.279 | 5.965 | 3.108 | 5 | 15.249 |
| Abruzzo | 2.106 | 588 | 186 | 14 | 2.708 |
| Molise | 582 | 37 | 17 | 0 | 619 |
| Campania | 7.750 | 1.681 | 479 | 1 | 9.432 |
| Puglia | 10.490 | 730 | 287 | 109 | 11.329 |
| Basilicata | 634 | 66 | 32 | 1 | 701 |
| Calabria | 2.649 | 613 | 278 | 40 | 3.302 |
| Sicilia | 6.048 | 842 | 380 | 3 | 6.893 |
| Sardegna | 2.043 | 228 | 87 | 7 | 2.278 |
| <i>Nord-Ovest</i> | <i>22.218</i> | <i>14.878</i> | <i>3.417</i> | <i>146</i> | <i>37.242</i> |
| <i>Nord-Est</i> | <i>13.552</i> | <i>8.742</i> | <i>1.593</i> | <i>101</i> | <i>22.395</i> |
| <i>Nord</i> | <i>35.770</i> | <i>23.620</i> | <i>5.010</i> | <i>247</i> | <i>59.637</i> |
| <i>Centro</i> | <i>17.838</i> | <i>10.999</i> | <i>4.525</i> | <i>46</i> | <i>28.883</i> |
| <i>Sud</i> | <i>24.211</i> | <i>3.715</i> | <i>1.279</i> | <i>165</i> | <i>28.091</i> |
| <i>Isole</i> | <i>8.091</i> | <i>1.070</i> | <i>467</i> | <i>10</i> | <i>9.171</i> |
| <i>Mezzogiorno</i> | <i>32.302</i> | <i>4.785</i> | <i>1.746</i> | <i>175</i> | <i>37.262</i> |
| Italia | 85.910 | 39.404 | 11.281 | 468 | 125.782 |

Nota: i dati relativi al Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia sono incompleti.

Fonte dei dati e anno di riferimento: Istat. Indagine sulle interruzioni volontarie della gravidanza. Anno 2009.

Raccomandazioni di Osservasalute

Nell'analisi dei dati relativi all'aborto volontario in Italia è importante considerare il contributo delle donne straniere nel tempo a causa del loro frequente ricorso a quest'intervento. La composizione delle straniere secondo la cittadinanza risulta, infatti, un'informazione essenziale per chi deve operare nel campo della prevenzione dell'IVG. La necessità di comunicare con queste donne e di comprendere la loro cultura, quindi, l'utilità almeno in alcuni casi di un appropriato mediatore culturale, non può prescindere da questa conoscenza. Particolare attenzione va rivolta alla diversa composizione socio-demografica rispetto alle donne italiane, ai diversi comportamenti riproduttivi e alla diversa utilizzazione dei servizi. Quindi, l'attività di *counseling*, necessaria per promuovere competenze e consapevolezza delle donne, è molto più impegnativa, come in generale in caso di maggior svantaggio sociale. Il Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, nella sua relazione annuale al Parlamento afferma che “verso questa popolazione si impongono quindi specifici interventi di prevenzione che tengano conto anche delle

loro diverse condizioni di vita, di cultura e di costumi”. Tra gli interventi suggeriti vi sono “la formazione degli operatori socio-sanitari finalizzata ad approcci interculturali per la tutela della salute materno-infantile; l'organizzazione dei servizi per favorire l'accesso e il loro utilizzo; la promozione di una diffusa e capillare informazione per la popolazione immigrata” (1).

A livello territoriale è importante individuare zone dove il numero di donne straniere è più elevato e dove il loro ricorso all'IVG è più frequente che in altre, per poter eventualmente indirizzare politiche preventive *ad hoc*.

Riferimenti bibliografici

(1) Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali. Relazione del Ministro della Salute sulla attuazione della legge contenente norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione della gravidanza (Legge 194/78). Dati definitivi 2007. Dati provvisori 2008. Roma: 2009. http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_publicazioni_1010_allegato.pdf.

(2) Istat (2009), L'interruzione volontaria di gravidanza in Italia. Anno 2006. Tavole di dati:

http://www.istat.it/dati/dataset/20090112_00/.

(3) Rapporto Osservasalute 2008, pp. 288-292.

Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri in Italia

Significato. Lo studio della mortalità infantile degli stranieri in un'ottica differenziale rappresenta un valore informativo di notevole importanza soprattutto per la nota correlazione negativa che lega questo indicatore alle condizioni sanitarie, ambientali e sociali della popolazione.

I tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita) e neonatale (nel primo mese di vita) sono stati calcolati sulla base del metodo longitudinale in modo da tenere sotto controllo due effetti rilevanti già evidenziati dalle autrici in diversi studi sul tema: l'*effetto immigrazione* e l'*effetto generazione*. Per il primo, connesso ai flussi migratori in entrata che influenzano i numeratori dei tassi, sono stati analizzati solo i bambini stranieri residenti morti nel primo anno di vita e nati in Italia. A questo scopo, attraverso l'utilizzo delle schede di morte dell'Istat sono stati esclusi dall'analisi i decessi avvenuti in Italia dei nati all'estero che, essendo entrati nel Paese in un momento succes-

sivo, avrebbero portato alla costruzione di rapporti non omogenei e sovrastimati. Di contro, non è in alcun modo possibile tenere sotto controllo l'*effetto emigrazione*, prodotto dal possibile ritorno nei Paesi di origine dei bambini entro il primo anno di vita¹, che agisce sui denominatori riducendo i valori complessivi dei tassi. Ciò soprattutto a causa delle mancate cancellazioni in tempo reale dai registri anagrafici dei Comuni di residenza degli individui con età inferiore a un anno (nati vivi) che si sono trasferiti, i quali rappresentano, appunto, il contingente di riferimento. Tuttavia, tale effetto non è così rilevante e risulta ancora più contenuto rispetto alla mortalità neonatale che rappresenta la parte più significativa della mortalità infantile. Riguardo all'*effetto generazione*, i tassi sono stati calcolati attraverso un reale riferimento alle generazioni di partenza: i numeratori sono stati disaggregati rispetto alla data di nascita e messi in relazione alla corrispondente generazione dei nati.

Tasso di mortalità infantile

| | | | | |
|--------------|---|---|---|---------|
| Numeratore | Numero di decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno precedente) | + | Numero di decessi di età <1 anno (coorte di nati dell'anno di riferimento) | x 1.000 |
| Denominatore | Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno precedente) | | Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno di riferimento) | |

Tasso di mortalità neonatale

| | | | | |
|--------------|---|---|---|---------|
| Numeratore | Numero di decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno precedente) | + | Numero di decessi di età 0-29 giorni (coorte di nati dell'anno di riferimento) | x 1.000 |
| Denominatore | Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno precedente) | | Numero di nati vivi (coorte di nati dell'anno di riferimento) | |

Validità e limiti. In relazione ai nati vivi, i dati sono stati ricavati dall'uso congiunto delle due Rilevazioni Istat del Movimento e calcolo della popolazione straniera residente, attraverso la quale si raccolgono le informazioni sullo *stock* complessivo dei nati vivi di cittadinanza straniera distinti solo per sesso e degli Iscritti in anagrafe per nascita², con la quale si possono misurare le principali caratteristiche strutturali come la cittadinanza specifica, che viene compilata sul modello a livello individuale sulla base di quella dei genitori. In particolare, riproporzionando lo *stock* dei nati vivi attraverso le caratteristiche degli iscritti

in anagrafe per nascita, è stato ottenuto il collettivo di riferimento utilizzato per tutte le elaborazioni presentate. Per quanto concerne, invece, la cittadinanza dei deceduti entro il primo anno di vita, che non viene registrata separatamente come per le nascite, si è proceduto a una elaborazione *ad hoc* e sono stati considerati stranieri gli individui con entrambi i genitori di cittadinanza straniera, attribuendo al bambino deceduto quella della madre in caso di non omogamia, ossia di non uguaglianza tra le cittadinanze dei genitori. In modo analogo, sono stati considerati come cittadini italiani i deceduti con almeno un genitore italiano³: di

¹I cittadini delle Filippine, ad esempio, pur decidendo di far nascere i propri figli in Italia, spesso preferiscono farli crescere con i familiari anziani rimasti nel Paese di origine, trasferendoli fin da molto piccoli.

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

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

conseguenza, tra i bambini italiani morti entro l'anno sono compresi quelli di coppie miste non omogenee con un genitore italiano. I tassi di mortalità infantile e neonatale sono stati calcolati per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative. Per motivi legati alla contenuta numerosità dei decessi, l'analisi per regione di residenza è stata effettuata considerando il complesso degli stranieri residenti ed effettuando un *focus* sui Paesi a forte pressione migratoria (Pfp)⁴.

Valore di riferimento/Benchmark. Per i confronti si fa riferimento al valore registrato per gli italiani o per il totale degli stranieri e si considera la tendenza o meno alla riduzione del tasso nel tempo. Il valore più basso raggiunto in corrispondenza di alcune aree di cittadinanza, inoltre, rappresenta un "benchmark" per le altre aree.

Descrizione dei risultati

Nel quinquennio più recente disponibile (2002-2006) l'ammontare dei decessi nel primo anno di vita con riferimento a tutti gli eventi dei residenti e dei non residenti in Italia è pari 1.458 bambini stranieri e 9.322 bambini italiani, con un rapporto di coesistenza complessiva di quasi 16 stranieri ogni 100 italiani. Tra gli stranieri è netta la prevalenza dei Paesi a forte pressione migratoria, tanto da poter affermare che il fenomeno della mortalità infantile riguarda esclusivamente queste cittadinanze (Tabella 1 e Grafico 1).

I decessi nel primo anno di vita interessano prevalentemente i bambini stranieri residenti (tra il 70% e l'80% del totale negli anni considerati). Ciò si spiega con il legame esistente tra queste morti precoci e la natalità che, presupponendo una certa stabilità della presenza in Italia, si esprime prevalentemente tra i residenti e, quindi, tra gli stranieri muniti di permesso o di carta di soggiorno; questo sottintende il raggiungimento di un certo grado di autonomia, in primo luogo economica.

Si è scelto di tenere separati i decessi nel primo mese di vita, denominato periodo neonatale, sia perché rappresentano sempre la maggioranza indipendentemente dalla cittadinanza, sia per la diversa natura delle cause di morte che li caratterizzano (Tabella 1 e Tabella 2). Nel periodo "neonatale" i decessi sono dovuti principalmente a cause denominate endogene, ossia a patologie legate a condizioni intrinseche della gravidanza e del parto o a malformazioni congenite del bambino. Queste sono difficilmente controllabili o almeno prevenibili e, di conseguenza, più elevata è l'incidenza di tali decessi, relativamente minore è l'allarme della situazione che ne deriva. Di con-

tro, il periodo "post-neonatale" è generalmente caratterizzato da decessi dovuti a cause esogene, corrispondenti a patologie legate a fattori quali una inadeguata alimentazione (soprattutto durante lo svezzamento), carenti condizioni igienico-sanitarie, insufficienti conoscenze da parte delle madri e scarso accesso ai servizi sanitari. In questo caso, il riscontro di tassi di mortalità più elevati può essere considerato un indicatore di persistenza del disagio sociale che rende possibile una pianificazione di interventi mirati di prevenzione a largo raggio. In quest'ottica, le percentuali di decessi nel primo mese di vita più alte per i bambini italiani evidenziano le differenze a svantaggio degli stranieri (Tabella 1).

L'andamento temporale attraverso i numeri indice a base fissa (2000 = 100) mette in luce un ulteriore divario tra i decessi: quelli dei bambini stranieri aumentano, addirittura con un'incisività maggiore considerando il sottoinsieme dei residenti in Italia, che registra una flessione tra il 2005 e il 2006 riportandosi ai livelli della crescita generale; quelli dei bambini italiani, per definizione tutti residenti, diminuiscono (Grafico 1).

I tassi di mortalità infantile sono stati calcolati per i soli residenti in Italia e per le principali aree di cittadinanza dei bambini stranieri, nell'ambito delle quali sono state selezionate le singole nazionalità più rappresentative (Tabella 2). L'insieme dei cittadini dell'Unione Europea 14, a bassa pressione migratoria, registra valori dell'indicatore stazionari per quasi tutto il quinquennio con una diminuzione nel 2006, quasi completamente concentrata nel primo mese di vita e di gran lunga inferiori rispetto a tutte le altre nazionalità, compresa quella italiana.

In relazione alle aree di cittadinanza a forte pressione migratoria, per i Paesi che hanno aderito all'Unione Europea nel 2004 e nel 2007 (dai quali sono stati esclusi Malta e Cipro) si riscontrano livelli di mortalità infantile molto più alti nel 2002, con una tendenza a decrescere malgrado la ripresa del 2005. Nel complesso, i tassi registrano una diminuzione e la variazione percentuale media annua (espressa dalla media geometrica), pari a -6,6% per il totale, è del -9,6% nel primo mese di vita. In questo ambito, per i bambini rumeni i tassi di mortalità neonatale sono superiori al dato medio rappresentato dal complesso degli stranieri, con l'eccezione del 2004 e un picco nel 2005 che si riscontra anche nel livello di mortalità infantile generale; tuttavia, la diminuzione nel tempo è continua, in media -5,6% all'anno per la mortalità nel primo mese di vita. I bambini albanesi presentano una connotazione molto simile con un picco di mortalità nel 2005, una decrescita significativa sia nel primo mese di vita (-14,7% annuo) sia nel complesso (-11,2% annuo); si

⁴Il gruppo dei Paesi a forte pressione migratoria include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (a esclusione del Giappone e di Israele), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda), i Paesi entrati nell'Unione Europea a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, quindi, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE.

differenziano, comunque, per una propensione verso la mortalità post-neonatale negli anni 2002, 2003 e 2006. I bambini di Serbia e Montenegro sono caratterizzati da un andamento dei tassi fortemente oscillatorio e da un evidente picco di mortalità infantile nel 2003 (9,3 decessi nel primo mese di vita per 1.000 nati vivi; 10,3 nel complesso) e nel 2005 (rispettivamente 5,8 il dato della mortalità neonatale e 7,3 il tasso di mortalità infantile): malgrado ciò, entrambi gli andamenti decrescono. Nel 2004, inoltre, si evidenzia una concentrazione della mortalità nel periodo post-neonatale che indica, come già sottolineato, un protrarsi del disagio sociale.

Per i cittadini dell'area africana, il tasso si attesta su valori più elevati rispetto al livello medio, evidenziando un andamento più costante rispetto alle altre nazionalità. I tassi di mortalità tra i bambini del Marocco assumono livelli simili a quelli del complesso dei Paesi a forte pressione migratoria e si pongono così in una posizione intermedia rispetto alle altre cittadinanze: nel quinquennio in esame sia il tasso di mortalità infantile totale sia quello nel primo mese di vita registrano un aumento (rispettivamente +0,5% e +1,5% all'anno).

All'opposto i bambini con cittadinanza dei Paesi dell'America centro-meridionale fanno registrare tassi di mortalità infantile più contenuti in tutti gli anni considerati, mettendo in luce una propensione verso il periodo post-neonatale soprattutto nel periodo 2002-2004. Riguardo ai Paesi asiatici si riscontra un generale miglioramento nel tempo che si traduce in un avvicinamento dei tassi di mortalità infantile al dato medio comprendente tutti gli stranieri residenti in Italia. La mortalità infantile e neonatale dei bambini cinesi evidenzia un profilo oscillatorio con alti e bassi nel corso degli anni considerati e con valori che si mantengono sempre al di sotto della media. La variazione percentuale media annua tende a diminuire in

modo più contenuto (-6% nel complesso, -1,3% nel primo mese di vita) con una concentrazione nel periodo post-neonatale nel 2002, e livelli di mortalità neonatale che comunque rimangono al di sotto del 60% del totale nel 2004 e nel 2006. I bambini delle Filippine sono caratterizzati da un andamento oscillatorio e da forti picchi di mortalità nel 2003 e nel 2004 (8,3 e 8 per 1.000 nati vivi nel complesso; 6,8 e 6 per 1.000 nati vivi nel primo mese di vita); si registra, comunque, una diminuzione complessiva dei tassi di circa -8% annuo e di -9% nel periodo neonatale.

Nel 2006, la distribuzione dei tassi per regione fa emergere lo svantaggio del Sud per ciò che riguarda la mortalità neonatale degli stranieri (+63% rispetto al dato nazionale) e dell'Italia sia meridionale sia insulare in relazione alla mortalità infantile complessiva (Tabella 3). I valori registrati in Calabria e Sardegna arrivano a superare i 9 decessi di bambini stranieri nel primo mese di vita per 1.000 nati vivi; il dato complessivo di mortalità infantile è pari a 11,4 per 1.000 nati vivi in Calabria e a poco più di 17 per 1.000 nati vivi in Sardegna dove, come in Puglia, si riscontra anche una concentrazione della mortalità nel periodo post-neonatale.

Nell'Italia centrale è il Lazio a presentare i livelli più consistenti di mortalità infantile degli stranieri residenti (3,9 per 1.000 nati vivi il dato di mortalità neonatale, 5 per 1.000 nati vivi il dato complessivo), mentre l'Umbria, con i valori più contenuti di tutta la ripartizione, si distingue per i significativi livelli di mortalità post-neonatale.

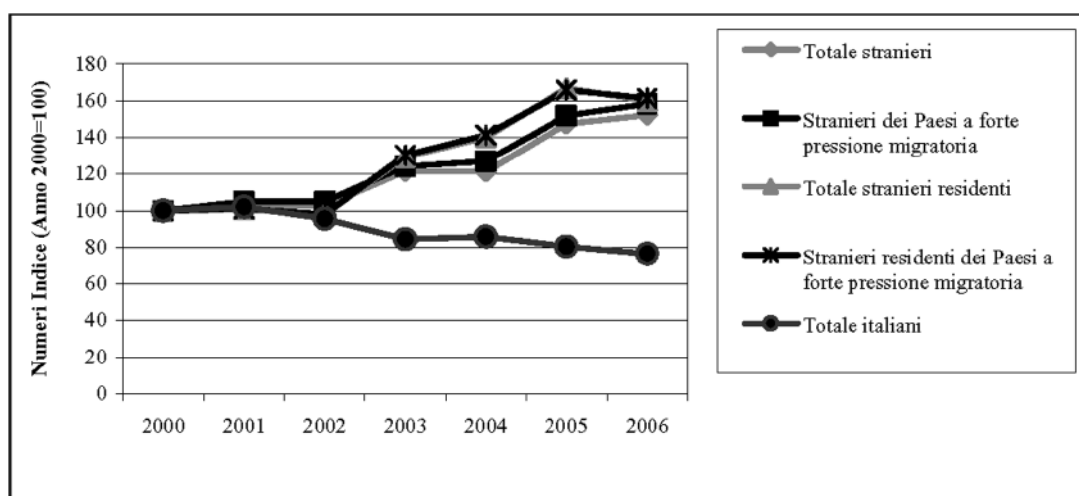
Il Nord-Ovest e il Nord-Est del Paese sono caratterizzati da valori dell'indicatore più contenuti, con punte più alte in Liguria, Veneto e Piemonte. Qui i tassi di mortalità dei bambini stranieri si concentrano dopo il primo mese di vita sia in Trentino-Alto Adige sia in Friuli-Venezia Giulia.

Tabella 1 - Morti nel primo anno di vita e percentuale di morti nel primo mese di vita: stranieri e italiani a confronto - Anni 2002-2006

| Anni di decesso | Stranieri | | di cui: Paesi a forte pressione migratoria | | Italiani | |
|-----------------|------------------------|--------------------------|--|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| | Nel primo anno di vita | Nel primo mese di vita % | Nel primo anno di vita | Nel primo mese di vita % | Nel primo anno di vita | Nel primo mese di vita % |
| 2002 | 232 | 62,9 | 226 | 63,3 | 2.106 | 73,4 |
| 2003 | 275 | 66,2 | 267 | 66,3 | 1.860 | 72,9 |
| 2004 | 274 | 67,9 | 272 | 67,6 | 1.894 | 73,5 |
| 2005 | 333 | 70,0 | 325 | 70,2 | 1.775 | 72,7 |
| 2006 | 344 | 70,6 | 339 | 71,1 | 1.687 | 74,9 |
| Totale | 1.458 | 67,9 | 1.429 | 68,1 | 9.322 | 73,5 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat su "Scheda di morte nel primo anno di vita". Anni 2002-2006.

Grafico 1 - Numeri indice dell'ammontare totale dei decessi nel primo anno di vita in Italia per cittadinanza - Anni 2000-2006 (Anno 2000 = 100)



Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat su "Scheda di morte nel primo anno di vita". Anni 2000-2006.

Tabella 2 - Tassi di mortalità neonatale e infantile (per 1.000 nati vivi residenti in Italia), per aree di cittadinanza e alcuni principali Paesi - Anni 2002-2006

| Aree di cittadinanza | Tassi di mortalità neonatale (nel primo mese di vita) | | | | |
|---|---|------------|------------|------------|------------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| Unione Europea 14 | - | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 2,0 |
| Paesi di nuova adesione UE | 4,5 | 3,7 | 2,7 | 4,6 | 3,0 |
| Romania | 3,9 | 3,2 | 2,9 | 4,4 | 3,1 |
| Altri Paesi Europei | 2,8 | 2,8 | 1,9 | 2,6 | 1,6 |
| Albania | 1,7 | 1,5 | 1,5 | 2,4 | 0,9 |
| Serbia e Montenegro | 4,3 | 9,3 | 2,0 | 5,8 | 1,3 |
| Africa | 3,6 | 4,0 | 3,4 | 3,9 | 3,6 |
| Marocco | 3,3 | 3,6 | 2,9 | 3,5 | 3,5 |
| America centro-meridionale | 1,9 | 2,4 | 2,7 | 2,7 | 2,1 |
| Asia | 2,9 | 4,4 | 2,9 | 2,8 | 2,4 |
| Filippine | 2,8 | 6,8 | 6,0 | 3,1 | 1,9 |
| Repubblica Popolare Cinese | 1,9 | 3,2 | 1,8 | 2,2 | 1,8 |
| Totale stranieri | 3,2 | 3,9 | 3,1 | 3,4 | 3,1 |
| Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria | 3,2 | 3,9 | 2,8 | 3,6 | 3,2 |
| Totale italiani | 3,1 | 2,7 | 2,7 | 2,6 | 2,5 |

| Aree di cittadinanza | Tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita) | | | | |
|---|---|------------|------------|------------|------------|
| | 2002 | 2003 | 2004 | 2005 | 2006 |
| Unione Europea 14 | 1,9 | 2,3 | 2,3 | 2,3 | 2,0 |
| Paesi di nuova adesione UE | 5,0 | 4,3 | 3,6 | 5,6 | 3,8 |
| Romania | 3,9 | 4,0 | 4,0 | 5,4 | 3,9 |
| Altri Paesi Europei | 4,3 | 3,9 | 2,8 | 3,6 | 2,4 |
| Albania | 2,9 | 2,6 | 2,0 | 3,0 | 1,8 |
| Serbia e Montenegro | 6,0 | 10,3 | 4,7 | 7,3 | 1,3 |
| Africa | 4,7 | 6,5 | 5,0 | 5,7 | 4,9 |
| Marocco | 4,7 | 5,5 | 4,5 | 5,0 | 4,8 |
| America centro-meridionale | 3,8 | 5,4 | 4,2 | 3,7 | 2,5 |
| Asia | 4,7 | 6,8 | 4,7 | 3,9 | 3,9 |
| Filippine | 3,5 | 8,3 | 8,0 | 3,1 | 2,5 |
| Repubblica Popolare Cinese | 4,2 | 4,8 | 3,1 | 2,9 | 3,3 |
| Totale stranieri | 4,6 | 6,0 | 4,6 | 4,7 | 4,3 |
| Stranieri dei Paesi a forte pressione migratoria | 4,6 | 6,1 | 4,2 | 5,0 | 4,4 |
| Totale italiani | 4,2 | 3,7 | 3,7 | 3,6 | 3,4 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat su "Scheda di morte nel primo anno di vita"; "Movimento e calcolo della popolazione straniera residente"; "Iscritti in anagrafe per nascita". Anni 2002-2006.

Tabella 3 - Tassi di mortalità neonatale e infantile (per 1.000 nati vivi residenti in Italia) degli stranieri per regione di residenza e macroarea - Anno 2006

| Regioni | Tassi di mortalità neonatale (nel primo mese di vita) | | Tassi di mortalità infantile (nel primo anno di vita) | |
|---|--|------------|--|------------|
| | Totale stranieri residenti | Pfpm | Totale stranieri residenti | Pfpm |
| Piemonte | 3,4 | 3,4 | 4,3 | 4,4 |
| Valle d'Aosta-Vallée d'Aoste | - | - | - | - |
| Lombardia | 2,6 | 2,7 | 3,7 | 3,7 |
| Trentino-Alto Adige | 0,8 | 0,9 | 1,7 | 1,7 |
| <i>Bolzano-Bozen</i> | 1,9 | 2,1 | 1,9 | 2,1 |
| <i>Trento</i> | - | - | - | - |
| Veneto | 3,7 | 3,7 | 4,2 | 4,2 |
| Friuli-Venezia Giulia | 1,6 | 1,6 | 3,2 | 3,3 |
| Liguria | 4,7 | 4,8 | 5,5 | 5,6 |
| Emilia-Romagna | 2,6 | 2,7 | 4,3 | 4,1 |
| Toscana | 3,3 | 3,3 | 4,5 | 4,5 |
| Umbria | 1,7 | 1,7 | 4,2 | 4,2 |
| Marche | 3,1 | 3,1 | 4,6 | 4,6 |
| Lazio | 3,9 | 3,9 | 5,0 | 5,1 |
| Abruzzo | 5,0 | 5,1 | 6,3 | 6,4 |
| Molise | - | - | - | - |
| Campania | 5,3 | 5,3 | 7,0 | 7,1 |
| Puglia | 3,9 | 4,0 | 7,9 | 8,0 |
| Basilicata | - | - | - | - |
| Calabria | 9,1 | 9,2 | 11,4 | 11,5 |
| Sicilia | 2,4 | 2,4 | 4,8 | 4,8 |
| Sardegna | 8,6 | 8,8 | 17,2 | 17,6 |
| <i>Nord-Ovest</i> | 2,9 | 2,9 | 3,9 | 4,0 |
| <i>Nord-Est</i> | 2,9 | 3,0 | 4,0 | 4,0 |
| <i>Centro</i> | 3,3 | 3,4 | 4,7 | 4,7 |
| <i>Sud</i> | 5,2 | 5,3 | 7,3 | 7,4 |
| <i>Isole</i> | 3,4 | 3,4 | 6,7 | 6,8 |
| Totale stranieri residenti in Italia | 3,2 | 3,2 | 4,4 | 4,4 |

Fonte dei dati e anno di riferimento: Elaborazioni su dati Istat su “Scheda di morte nel primo anno di vita”; “Movimento e calcolo della popolazione straniera residente”; “Iscritti in anagrafe per nascita”. Anno 2006.

Raccomandazioni di Osservasalute

Le informazioni mostrano una tendenza alla riduzione delle disuguaglianze di mortalità infantile fra italiani e stranieri nel loro complesso; malgrado ciò emergono alcune problematiche per i bambini di specifiche aree di cittadinanza legate al percorso verso l'integrazione ancora piuttosto oneroso, le quali influiscono fortemente sulla variabilità dei dati di riferimento. Entrando nel merito delle specifiche cause di decesso nel primo anno di vita, da una prima valutazione si ricava che, indipendentemente dalla cittadinanza, sono rappresentate soprattutto da malformazioni congenite e da condizioni morbose di origine perinatale. Nell'ambito delle prime spiccano le malattie a carico del sistema circolatorio e le complicanze respiratorie, mentre tra le seconde un peso rilevante è rivestito dalla prematurità fetale e dalle condizioni del parto e del puerperio.

Riferimenti bibliografici

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

Segnalazione della presenza degli immigrati clandestini

Note a margine della proposta di abrogazione del comma 5 dell'art. 35 del Decreto Legislativo 269/98 (Testo Unico sull'immigrazione)

Dott. Salvatore Geraci

L'Italia nell'ultimo decennio ha costruito una politica sanitaria per gli immigrati di avanguardia, coerente con il mandato costituzionale (art. 32) e con un sistema sanitario di tipo universalistico ed equo (almeno sulla carta, ma spesso anche nella prassi). Dal 1998, con il T.U. sull'immigrazione (Decreto Legislativo 269) si è stabilita la possibilità di accesso ai servizi sanitari in un'ottica estremamente inclusiva: quasi la totalità degli stranieri con regolare permesso di soggiorno ha il diritto/dovere di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (a parità di condizioni con i cittadini italiani) ed una parte ne ha facoltà attraverso una iscrizione volontaria. Coloro che ne sono esclusi (turisti, uomini d'affari con soggiorni brevi, etc.) devono avere un'assicurazione sanitaria privata, avendo comunque sempre garantiti gli interventi d'urgenza. Anche gli immigrati irregolari e clandestini hanno il diritto ad essere assistiti e non solo per l'urgenza, ma anche per le cure essenziali (cioè quelle non gravi nell'immediato, ma che se trascurate possono portare a situazioni critiche direttamente ed indirettamente), per interventi di prevenzione e di continuità assistenziale (in particolare per donne, bambini e per coloro con malattie infettive), attraverso il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente). *“L'accesso alle strutture sanitarie (sia ospedaliere, sia territoriali) da parte dello straniero non in regola con le norme sul soggiorno non può comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio il referto, a parità di condizioni con il cittadino italiano”* (comma 5, art. 35 D. Lgs. 286/98). Quest'ultima norma, tuttora pienamente in vigore, è presente nell'ordinamento italiano già dal 1995, attraverso un decreto legge (D.L. 489/95, art.13 più volte reiterato) voluto ed approvato dal centro destra anche con i voti della Lega. Questo perché la “logica” della norma non è solo quella di “aiutare/curare l'immigrato irregolare”, ma in particolare di tutelare la collettività: prevedere la denuncia contestuale alla prestazione sanitaria, creerebbe una barriera insormontabile per l'accesso e spingerebbe ad una “clandestinità sanitaria” pericolosa per l'individuo, ma anche per la popolazione laddove possano esserci malattie trasmissibili.

Argomentazioni queste ormai permeate nella realtà assistenziale italiana, per altro con indicatori di efficacia estremamente interessanti: complessivamente la salute degli immigrati è migliorata, non ci sono particolari e specifiche emergenze sanitarie, i costi sono relativamente contenuti, il sistema sanitario, complessivamente, diventa più leggibile da parte di tutti i cittadini.

In questo contesto le proposte di abrogare il divieto di segnalazione, l'obbligatorietà di esibire documenti di soggiorno per accedere ai servizi sanitari, o diversificare la partecipazione alla spesa da parte degli immigrati irregolari, contenute nel cosiddetto “pacchetto sicurezza” discusso a partire da ottobre 2008 e per la prima metà del 2009, sono sembrate irrazionali e demagogiche. In particolare, le tesi a sostegno dell'abrogazione del divieto di segnalazione (le altre proposte sono state ritirate quasi subito) oltre che essere grossolane, in alcuni casi erano palesemente sbagliate e prive di ogni fondamento giuridico o evidenza scientifica. Nonostante ciò, la proposta, presentata come emendamento al ddl 773 nell'ottobre 2008, viene approvata al Senato con una netta maggioranza a febbraio 2009.

La reazione alla proposta è stata, però, dirompente: mai il mondo socio-assistenziale è stato così compatto nel prendere una posizione chiara non per rivendicare condizioni salariali o di lavoro, ma per affermare un diritto nei confronti di persone in condizione di estrema fragilità sociale. Gli ordini professionali dei medici, assistenti sociali, psicologi, i collegi degli infermieri e delle ostetriche, le società scientifiche e facoltà universitarie, i sindacati tutti unitariamente, le organizzazioni non governative, organizzazioni religiose e laiche, singole aziende sanitarie, le Regioni di cui 10 con atti formali, fino a 101 parlamentari appartenenti alla stessa maggioranza che aveva approvato il testo, ne chiedono il ritiro. Da segnalare anche la decisa presa di posizione della Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (SIIP) che, il 9 febbraio 2009, ha espresso in un comunicato ufficiale *“preoccupazione per le possibili ripercussioni negative sulla salute pubblica dell'abolizione del divieto di segnalazione da parte dei professionisti sanitari degli stranieri senza regolare permesso di soggiorno”*, o quella della Facoltà di Medicina e Chirurgia dell'Università Cattolica del sacro Cuore che in occasione della Giornata Mondiale del malato (11 febbraio 2009) esprime *“la sua forte preoccupazione”* anche perché *“la norma contraddice le norme morali che disciplinano la professione medica”* ed, infine, quella della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) che fin dall'inizio ha definito il provvedimento in esame *“inutile, dannoso e pericoloso”*.

Il 27 aprile 2009 l'articolo del disegno di legge viene stralciato.

La vicenda, purtroppo, non si è conclusa, poiché l'approvazione finale della Legge n. 94 del 15 luglio 2009

recante “Disposizioni in materia di sicurezza pubblica”, introduce nell’ordinamento italiano il reato di ingresso e soggiorno illegale e, pertanto, obbliga, essendo reato perseguibile d’ufficio ai sensi di due articoli del codice penale (artt. 361 e 362), i pubblici ufficiali e gli incaricati di pubblico servizio alla denuncia. Ciò non vale per la sanità proprio per la validità del divieto di segnalazione, ma questa situazione di “doppia norma” sta producendo confusione e discrezionalità (a volte pretestuosa) tra gli operatori e diffuso timore da parte degli immigrati. Ancora una volta c’è stata una reazione e 14 regioni (Toscana, Piemonte, Puglia, Lazio, Umbria, Marche, Liguria, Campania, Valle d’Aosta, Veneto, Calabria, Emilia-Romagna, Molise, Sicilia) ed 1 Provincia Autonoma (Bolzano) hanno emanato circolari di chiarimento a sostegno del “divieto di segnalazione”. A seguito di queste iniziative locali e della specifica richiesta della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (congiuntamente a Medici Senza Frontiere, Osservatorio Italiano sulla Salute Globale, Associazione Studi Giuridici sull’Immigrazione), il Ministero dell’Interno - Dipartimento per le libertà civili e l’immigrazione, a firma del Prefetto Morcone, il 27 novembre 2009, ha emanato una circolare, la numero 12, che ha fornito chiarimenti riguardo l’attualità del divieto di segnalazione alle autorità degli stranieri irregolarmente presenti nel territorio italiano che chiedono assistenza presso le strutture del Servizio Sanitario Nazionale, previsto dal comma 5 dell’art. 35 del Testo Unico immigrazione, in seguito all’entrata in vigore della Legge 15 luglio 2009, n. 94.

La circolare ricorda che la legge sulla Sicurezza Pubblica non ha abrogato l’art. 35 e di conseguenza continua a trovare applicazione per i medici e per il personale che opera presso le strutture sanitarie il divieto di segnalare alle autorità lo straniero irregolare che richiede le prestazioni sanitarie, salvo il caso in cui il personale stesso sia tenuto all’obbligo del referto, ai sensi dell’art. 365 del codice penale, a parità di condizioni con il cittadino italiano. Poiché l’obbligo di referto, precisa la circolare, sussiste solo nel caso di delitti per i quali si deve procedere d’ufficio, esso non ricorre riguardo al reato di immigrazione clandestina, trattandosi di un reato contravvenzionale e non di un delitto. La circolare ricorda, infine, che per quanto riguarda la questione dell’esibizione dei documenti inerenti il soggiorno per l’accesso alle prestazioni della pubblica amministrazione, anche in questo caso restano escluse le prestazioni di carattere sanitario che lo straniero irregolare può chiedere senza alcun bisogno di esibire i documenti comprovanti la regolarità del suo soggiorno in Italia. Si conclude, così, una campagna iniziata dalle associazioni citate a ottobre 2008 dal titolo emblematico “Siamo medici e infermieri non siamo spie”, che ha visto coinvolti gli ordini professionali degli operatori sanitari, sindacati, settori della società civile, organizzazioni *no profit* e semplici cittadini che si sono mobilitati più volte contro l’abrogazione del “divieto di segnalazione”.

Riferimenti bibliografici

(1) www.simmweb.it: in Dossier tutti gli eventi ed i documenti in ordine cronologico.

(2) Salvatore Geraci. Politiche sanitarie e immigrazione: crisi ed opportunità. In Dossier Statistico Immigrazione 2009. Caritas/Migrantes; Idos, Roma, ottobre 2009.