



IMMIGRAZIONE E SALUTE IN TOSCANA

Documenti dell'Agenzia Regionale
di Sanità della Toscana

L'ospedalizzazione



La gravidanza
e gli esiti



Le malattie infettive



La mortalità



La salute
dei detenuti

58

Giugno
2011

Immigrazione e salute in Toscana

L'ospedalizzazione

**La gravidanza
e gli esiti**

Le malattie infettive

La mortalità

**La salute
dei detenuti**

Collana dei Documenti ARS

Direttore responsabile: Francesco Cipriani

Registrazione REA Camera di Commercio di Firenze N. 562138

Iscrizione Registro stampa periodica Cancelleria Tribunale di Firenze N. 5498
del 19/06/2006

ISSN stampa 1970-3244

ISSN on-line 1970-3252

Immigrazione e salute in Toscana

Coordinamento

Francesco Cipriani

Coordinatore Osservatorio di epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Summary

a cura di Fabio Voller

Dirigente - Settore Epidemiologia servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 1

Le dinamiche demografiche e sociali della popolazione immigrata

a cura di Monica Da Frè

Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 2

La salute riproduttiva delle donne immigrate

a cura di Monia Puglia¹, Veronica Casotto¹ e Valeria Dubini²

¹ Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Direttore SC ostetricia e ginecologia - Ospedale San Giovanni di Dio

Azienda sanitaria di Firenze

Capitolo 3

L'ospedalizzazione della popolazione immigrata

a cura di Veronica Casotto

Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 4

Le principali malattie infettive nella popolazione immigrata

a cura di Veronica Casotto

Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 5

La mortalità nella popolazione straniera

a cura di Elisabetta Chellini¹, Andrea Martini¹ e Antonino Sala²

¹ SC Epidemiologia Ambientale Occupazionale

Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica - Firenze

² Scuola di Specializzazione in Igiene e Sanità Pubblica

Università degli Studi di Firenze

Capitolo 6

La salute degli immigrati detenuti

a cura di Cristina Orsini¹ e Caterina Silvestri¹

¹ Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Capitolo 7

L'intervento dei medici per i diritti umani nella popolazione ROM a Firenze

a cura di Francesco Innocenti¹, Andrea Bassetti², Saverio Caini², Paolo Dirindelli² e Cecilia Francini²

¹ Funzionario di ricerca - Settore Epidemiologia servizi sociali integrati

Agenzia regionale di sanità della Toscana

² Associazione medici per i diritti umani

Revisione editoriale

Elena Marchini

Osservatorio di epidemiologia

Agenzia regionale di sanità della Toscana

Indice

Summary pag. 7

Capitolo 1

Le dinamiche demografiche e sociali della popolazione immigrata	13
1.1 Gli stranieri residenti	14
1.2 La struttura per età	17
1.3 I paesi di provenienza	19
1.4 Gli stranieri non residenti	21
1.5 La scuola: gli alunni con cittadinanza straniera	23

Capitolo 2

La salute riproduttiva delle donne immigrate	31
2.1 Aborti spontanei	31
2.2 Interruzioni volontarie di gravidanza	33
2.2.1 Caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all'IVG	37
2.2.2 Anamnesi ostetrica	39
2.2.3 Certificazione, tempo di attesa, luogo di intervento	40
2.2.4 Epoca gestazionale	42
2.2.5 Modalità di svolgimento dell'interruzione volontaria di gravidanza	43
2.3 Parti	44
2.3.1 Caratteristiche socio-demografiche delle mamme	48
2.3.2 Dove è stata seguita principalmente la gravidanza	50
2.3.3 Esami in gravidanza	53
2.3.4 Diagnosi prenatale	55
2.3.5 Il parto con taglio cesareo	56
2.3.6 Presenza di una persona di fiducia della donna in sala parto	57
2.3.7 Esito del parto	59

Capitolo 3

L'ospedalizzazione della popolazione immigrata	63
3.1 L'assistenza sanitaria ai cittadini non italiani	64
3.2 Il ricovero ospedaliero negli stranieri temporaneamente presenti	64
3.3 Il ricovero ospedaliero nei cittadini stranieri	65
3.4 Motivi del ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario	69

Capitolo 4

Le principali malattie infettive nella popolazione immigrata	77
4.1 AIDS/HIV	77
4.2 La tubercolosi	81

Capitolo 5	
La mortalità nella popolazione straniera	87
5.1 Introduzione	87
5.2 I dati del RMR in Toscana dal 1997 al 2008	88
5.3 La distribuzione dei decessi per anno di morte, genere e età	89
5.4 Le cause di morte	93
5.5 Andamenti 2002-2008 delle principali cause di morte	96
5.6 La mortalità nella fascia di età 0-14 anni	101
5.7 Conclusioni	102
Capitolo 6	
La salute degli immigrati detenuti	105
6.1 Introduzione	105
6.2 Lo studio di coorte nelle carceri toscane	106
6.3 Lo stato di salute dei detenuti	108
6.4 La salute mentale	110
6.5 Le malattie infettive e parassitarie	112
6.6 I disturbi dell'apparato digerente	115
6.7 Conclusioni	116
Capitolo 7	
L'intervento dei medici per i diritti umani nella popolazione ROM a Firenze	121
7.1 Introduzione	121
7.2 L'attività dell'unità mobile dei Medici per i diritti umani	122
7.3 Il sospetto diagnostico	124
7.4 Conclusioni	126
Bibliografia	131
Appendice I - Fonti	135
Appendice II - Classificazione paesi di provenienza	139
Appendice III - Popolazione straniera residente in Toscana per genere e cittadinanza - Anni 2003-2009	145
Appendice IV - Dinamiche demografiche della popolazione straniera residente in Toscana per Azienda USL di residenza	163

Summary

La Toscana, come l'Italia, ha subito negli ultimi 20 anni un radicale cambiamento, passando dall'essere una regione storicamente di emigrazione ad una di immigrazione. Il monitoraggio costante e accurato dei bisogni di salute della popolazione immigrata, finalizzato all'attuazione di interventi di sanità pubblica, è una questione di particolare rilevanza per il Sistema sanitario nazionale. Tanto più la presenza degli stranieri diviene consistente, quanto più forte si avverte l'esigenza di studiare a fondo il fenomeno, non solo nei suoi risvolti sociali, culturali ed economici, ma anche nelle implicazioni sanitarie, al fine di compiere delle scelte politico-programmatiche incentrate sui reali bisogni degli immigrati. L'Agenzia regionale di sanità ha tentato di utilizzare in modo intensivo i dati amministrativi rilevati dai flussi informativi sanitari (e non) correnti (SDO, CAP, RMR, Registro regionale AIDS e flussi sulle malattie infettive, flussi Istat demografici e sull'istruzione) e attraverso studi ad hoc ("Salute in carcere", "Intervento MEDU nella popolazione ROM a Firenze"), nell'ottica di avviare un monitoraggio costante e sistematico dei bisogni di salute della popolazione immigrata e di approfondire lo stato di salute stesso di tale popolazione.

Ma quali sono le evidenze maggiori che emergono dalle analisi congiunte di flussi e ricerche?

Intanto la quota di stranieri regolarmente iscritti nelle Anagrafi dei Comuni della Toscana è aumentata notevolmente, passando dal 3,6% del totale dei residenti al 31/12/2002 al 9,1% al 31/12/2009 e, in termini assoluti, da 127.298 a 338.746 persone. La proporzione di stranieri in Toscana è inoltre di due punti superiore alla media nazionale. La zona di Firenze, area principale di primo arrivo, ha perso nel tempo il suo primato a vantaggio di altre province (Caritas 2010). La popolazione straniera residente supera il 10,0% nelle AUSL di Arezzo, Siena, Firenze ed Empoli, mentre raggiunge il 12,7% nell'AUSL di Prato. È invece più bassa nelle AUSL dell'Area vasta Nord-Ovest. È in diminuzione relativamente alla percentuale di stranieri irregolari (dal 13,4% al 9% Stima Fondazione Iniziative e studi sulla multietnicità - ISMU).

Negli ultimi dieci anni, in Toscana, il numero di parti da donne straniere è più che raddoppiato: nel 2010, il 25,5% dei parti (era il 17,7% nel 2005) è da attribuire a donne di nazionalità straniera, con una diversa distribuzione per Azienda sanitaria. È l'Azienda sanitaria di Prato a detenere il primato della frequenza di parti da donne straniere, soprattutto cinesi, raggiungendo, nel 2010, il 53,6%. L'attenzione è rivolta maggiormente alle donne straniere provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria (PFPM): più giovani rispetto alle donne italiane, con un diverso comportamento riproduttivo, anticipato di circa un quinquennio.

Per quanto riguarda la gravidanza, le donne PFPM si rivolgono prevalentemente al consultorio per eseguire visite e controlli. La presenza, nei consultori, di mediatori culturali rappresenta la carta vincente per attrarre questa popolazione, in quanto facilita la comunicazione delle buone pratiche relative all'assistenza. Il numero medio di visite ed ecografie sono in linea con le indicazioni regionali, anche se 4 donne su 100 dichiarano di non aver effettuato controlli in gravidanza. L'indicatore essenziale nella valutazione dell'assistenza in gravidanza è l'effettuazione della prima visita entro il primo trimestre di gravidanza: si registra un accesso tardivo ai servizi per le donne PFPM, soprattutto di cittadinanza cinese. Diversamente dalle donne italiane, le donne straniere sono sottoposte al taglio cesareo con minor frequenza, anche se la differenza tra le due popolazioni non risulta significativa qualora si aggiusti per le variabili socio-demografiche e materne. Un indice di sofferenza da non sottovalutare è rappresentato dalla presenza di una persona di fiducia in sala parto: al momento del parto, il 16,6% delle donne PFPM è sola rispetto al 6,8% delle donne italiane.

La proporzione di cittadini non italiani (stranieri temporaneamente presenti compresi) che vengono dimessi dalle strutture ospedaliere della Toscana è in aumento: nel 2000 era il 3,3%, nel 2005 il 4,6% e nel 2010 il 6,8% e la maggior parte di essi proviene dai PFPM. L'Azienda sanitaria di Prato è quella che registra il maggior numero di ricoveri effettuati da cittadini stranieri (15,3%), seguita da Empoli (9,1%) e dall'Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) di Careggi (7,9%). I primi tre paesi di provenienza sono nella quasi totalità dei casi Romania, Marocco e Albania, ad eccezione delle Aziende sanitarie di Prato, Firenze e Careggi. La tendenza per regime di ricovero è simile sia per gli italiani sia per gli stranieri: ad una diminuzione dei ricoveri per regime ordinario si registra un progressivo aumento dei ricoveri in regime di day-hospital, ad eccezione dell'ultimo anno (2009) in cui si nota un'inversione di tendenza. Mediamente, i soggetti residenti in Toscana provenienti dai PFPM presentano un'età media al ricovero inferiore rispetto ai cittadini italiani, in entrambi i generi. Indipendentemente dall'età, le prime tre cause di ricovero in regime ordinario per i cittadini italiani di genere maschile sono nell'ordine: malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie dell'apparato digerente, rispetto a traumatismi e avvelenamenti, malattie dell'apparato digerente e malattie dell'apparato respiratorio per gli stranieri PFPM. Per questi problemi di salute i tassi degli stranieri PFPM risultano sempre più bassi rispetto a quelli dei residenti italiani.

Relativamente alle malattie infettive, in Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2010, sono 389 (l'8,7% del totale) i soggetti di cittadinanza non italiana (di cui 46 provenienti dai Paesi a sviluppo avanzato - PSA) ai quali è stata notificata la Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). La maggior parte dei cittadini non italiani proviene dal Brasile (26,2%) e dalla Nigeria (13,1%), il cui rischio di trasmissione del virus HIV è legato prevalentemente a rapporti sessuali connessi alla prostituzione. Particolarmente allarmanti i dati relativi alla tubercolosi (TBC) che rimandano a determinanti economici e di integrazione: dal 1994 al 2009, i casi di TBC notificati in Toscana in cittadini non

italiani hanno rappresentato nel complesso il 33,7% del totale dei casi. La proporzione di casi di TBC in soggetti stranieri è in costante aumento: era il 17,6% nel 1994, il 30,5% nel 2001, sino ad arrivare al 59,4% nel 2009. La quasi totalità dei casi di TBC nati all'estero proviene dai PFPM.

In Toscana, i tassi di mortalità degli immigrati sono più bassi di quelli degli italiani. Si tratta di un fenomeno ben noto, dovuto in parte al cosiddetto "effetto migrante sano" (la popolazione che migra gode in genere di un buono stato di salute e, non a caso, gli immigrati sono prevalentemente giovani) e in parte al ritorno nel Paese di provenienza degli immigrati più vecchi e più gravemente malati. Nella nostra regione, dal 1997 al 2008, sono stati registrati 1.782 decessi di immigrati PFPM, la maggior parte dei quali nelle 3 Province con il maggior numero di immigrati: 915 a Firenze, 114 a Pisa e 109 a Prato.

Esaminando la mortalità infantile, cioè quella nel primo anno di vita, indicatore altamente sensibile di rischi socio-ambientali, notiamo che in Toscana, come nel resto del Paese, negli immigrati PFPM questa è più elevata di quella registrata nei bambini nati da italiani, e sembra aumentare negli ultimi anni (la differenza percentuale passa dal 4,6% nel 2002-04 al 29,7% nel 2006-08). Al primo posto tra le cause di decesso negli immigrati di sesso maschile vi sono le cause violente: rappresentano ben il 26,2% dei decessi totali osservati, 5 volte più frequenti di quelli negli italiani (4,9%). Nelle donne, i decessi per cause violente sono più contenuti, ma sono comunque il triplo di quanto osservato nelle donne italiane. Si notano in particolare percentuali più elevate di infortuni sul lavoro, di omicidi e incidenti stradali.

Relativamente allo stato di salute degli immigrati detenuti all'interno delle carceri toscane, confrontato con quello proveniente della popolazione libera, si è portati a trarre un giudizio confortante dal momento che non vi si ritrovano patologie dell'apparato respiratorio, cardiocircolatorio od oncologiche che, come è noto, rappresentano malattie fortemente invalidanti e con ampia diffusione nella popolazione generale. Nella popolazione detenuta, le affezioni principali risultano essere quelle legate alla salute mentale, all'apparato digerente e agli stati infettivi che, pur rappresentando importanti stati patologici, normalmente non hanno la stessa diffusione. La presenza di disturbi così importanti in una popolazione giovane (32 anni nella popolazione straniera, 42 anni quella italiana), lo stile di vita altamente a rischio, il forte consumo di tabacco, la vita sedentaria e la forzata convivenza in spazi così ristretti, lasciano spazio al possibile instaurarsi, in età più avanzata, di patologie fortemente invalidanti in misura molto più elevata rispetto alla popolazione generale. Alla luce di questi primi dati, appare, quindi, fin troppo evidente la necessità di attuare interventi di carattere preventivo al fine di ridurre non soltanto la diffusione di patologie già esistenti ma, soprattutto, di limitare tutti quei fattori in grado di favorire la stabilizzazione di patologie croniche.

Le nostre analisi confermano, quindi, quello che già si sapeva a livello epidemiologico e scientifico, in generale, sulla salute della popolazione immigrata: la migrazione rappresenta di per sé un fattore di rischio per la salute, e lo svantaggio degli immigrati è particolarmente

evidente quando si considerano le malattie infettive, l'area dei traumatismi e quella del materno-infantile. Tutte queste condizioni rimandano direttamente alle condizioni di vita e di lavoro che sperimentano le popolazioni immigrate e che sono, quasi sistematicamente, peggiori di quelle degli italiani e tali da comportare maggiori rischi per la salute.

Fabio Voller

*Responsabile Settore Epidemiologia servizi sociali integrati
Agenzia regionale di sanità della Toscana*

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Fabio Voller', written in a cursive style.

Capitolo 1

Le dinamiche demografiche e sociali della popolazione immigrata

Monica Da Frè

1. Le dinamiche demografiche e sociali della popolazione immigrata

1.1 Gli stranieri residenti

Negli ultimi anni la quota di stranieri regolarmente iscritti nelle anagrafi dei Comuni della Regione Toscana è aumentata notevolmente passando dal 3,6% del totale dei residenti al 31/12/2002 al 9,1% al 31/12/2009 e, in termini assoluti, da 127.298 a 338.746. Tale incremento è anche conseguente all'entrata in vigore delle leggi n. 189 e n. 222 del 2002 che hanno favorito la regolarizzazione di molti stranieri già presenti nel territorio. Inoltre, dall'1 gennaio 2004, otto paesi dell'Europa dell'Est (Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Repubblica Ceca, Slovacchia, Slovenia e Ungheria), con Cipro e Malta, sono entrati a fare parte dell'Unione Europea, seguiti da Bulgaria e Romania a partire dal primo gennaio 2007. Dal 27 marzo 2007 non è più previsto il rilascio dei documenti di soggiorno per i cittadini neocomunitari.

La proporzione di stranieri in Toscana è di due punti superiore alla media nazionale che è passata dal 2,7% al 31/12/2002 al 7,0% al 31/12/2009 (Figura 1.1) e, in termini assoluti, da 1.549.373 a 4.235.059 con una maggiore concentrazione nelle regioni del Nord, dove c'è una maggiore offerta di lavoro, e proporzioni molto basse in quelle del Sud e nelle Isole. La Toscana si colloca tra le regioni con le presenze straniere più elevate in Italia, preceduta solamente da Emilia-Romagna (10,5%), Umbria (10,4%), Lombardia (10,0%) e Veneto (9,8%) (Figura 1.2).

Figura 1.1

Proporzione della popolazione straniera residente in Toscana sul totale della popolazione residente al 31 dicembre. Confronto tra Italia e Toscana. Anni 2002-2009 - Fonte: Istat

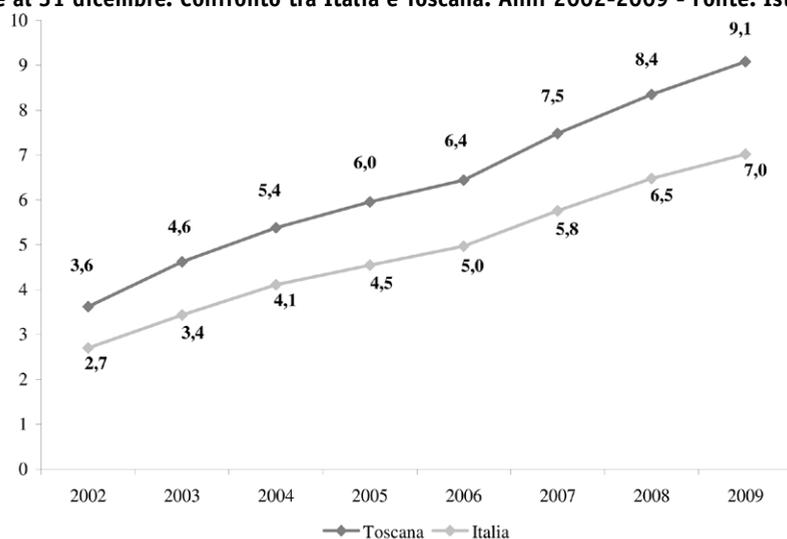
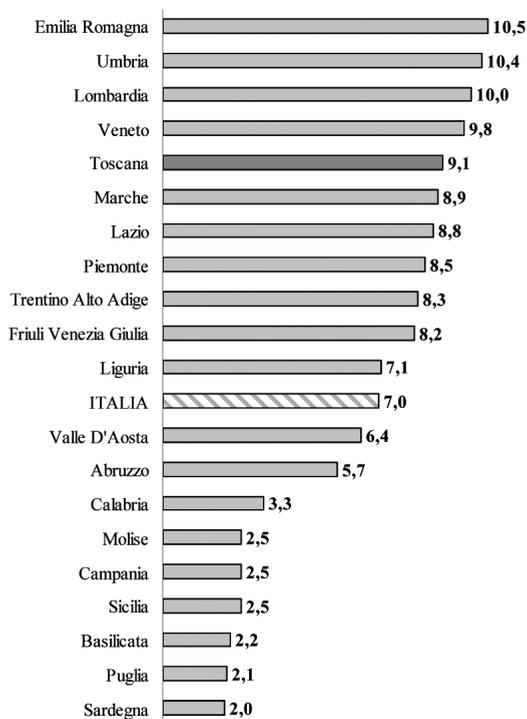


Figura 1.2

Proporzione della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente al 31/12/2009 per regione - Fonte: Istat



La Tabella 1.1 presenta alcuni dati relativi ai principali movimenti demografici degli stranieri residenti in Toscana nel periodo 2002-2009. Considerando il numero totale di iscritti (per nascita, per iscrizione dall'estero, da altri comuni italiani o per rettifiche anagrafiche) e dei cancellati (per decesso, per trasferimento all'estero, per acquisizione della cittadinanza italiana e per rettifiche anagrafiche), il saldo positivo che ne deriva fornisce la misura del contributo della popolazione straniera alla crescita della popolazione toscana. Appare evidente che il maggiore incremento percentuale rispetto all'anno precedente si è registrato al 01/01/2004, ossia al termine del primo anno in cui si sono visti gli effetti degli atti legislativi menzionati precedentemente. Una successiva impennata del numero di iscritti dall'estero in Toscana, così come del saldo migratorio con l'estero, si ha nel 2007, in concomitanza con l'entrata di Romania e Bulgaria nell'Unione Europea. Il contributo maggiore deriva dalla comunità rumena che è passata da 27.604 unità al 31/12/2006 a 71.255 al 31/12/2009: un incremento di più di 43.000 persone, mentre la comunità bulgara ha avuto un incremento di "solo" 1.858 unità, raggiungendo quota 3.113.

Tabella 1.1**Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti in Toscana - Anni 2003-2009 - Fonte: Istat**

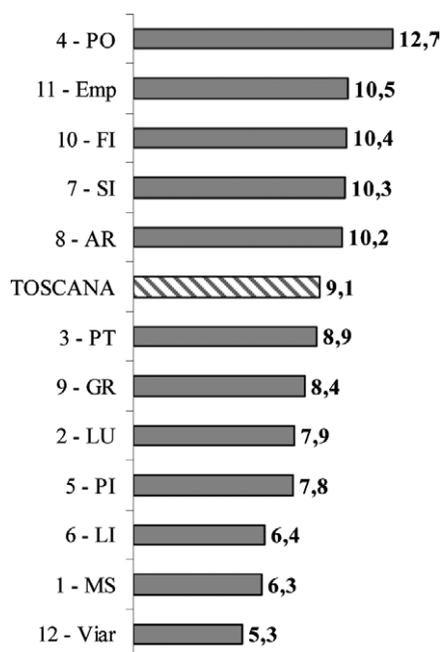
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	108.702	127.298	164.800	193.608	215.490	234.398	275.149	309.651
Variatione percentuale rispetto al 01/01 dell'anno precedente	17,1	29,5	17,5	11,3	8,8	17,4	12,5	
Di cui minorenni: numero	33.384	39.843	45.591	50.847	58.399	65.167	71.277	
%	26,2	24,2	23,5	23,6	24,9	23,7	23,0	
Nati	2.347	4.016	3.902	4.282	4.898	5.465	5.604	
Iscritti dall'estero	32.506	29.431	22.782	20.456	42.856	39.060	33.862	
Totale iscritti \$	51.395	49.408	43.961	43.573	66.287	64.132	60.577	
Deceduti	192	210	241	253	308	343	392	
Cancellati per l'estero	1.057	1.186	1.272	1.476	1.655	2.224	2.785	
Acquisizione della cittadinanza italiana	1.270	1.370	1.954	2.543	3.135	3.447	3.707	
Totale cancellati \$\$	13.893	20.600	22.079	24.665	25.536	29.630	31.482	
Popolazione straniera residente al 31/12	127.298	164.800	193.608	215.490	234.398	275.149	309.651	338.746
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	3,6	4,6	5,4	6,0	6,4	7,5	8,4	9,1
Saldo naturale	2.155	3.806	3.661	4.029	4.590	5.122	5.212	
Saldo migratorio con l'estero	31.449	28.245	21.510	18.980	41.201	36.836	31.077	
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	14,8	21,2	17,9	17,9	18,0	17,5	16,1	
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	215,3	157,6	105,2	84,4	161,7	126,0	95,9	

La massiccia regolarizzazione negli anni 2003-2004, con conseguente incremento dei ricongiungimenti familiari, ha portato a un picco delle nascite a partire dal 2004: il tasso di natalità è passato infatti dal 16,1 per 1.000 residenti di cittadinanza straniera nel 2003, a 22,4 nel 2004 e a 19,1 nel 2005, scendendo progressivamente al 17,3 per 1.000 nel 2009. Mentre in Toscana la popolazione italiana residente presenta un saldo naturale negativo, la popolazione straniera residente presenta un saldo positivo che è salito dal 14,8 per 1.000 stranieri residenti nel 2003 al 21,2 nel 2004 ed è lentamente sceso al 16,1 per 1.000 nel 2009. La proporzione di minorenni si è mantenuta costante nel tempo ed è nel 2009 del 23%.

Gli stranieri hanno cominciato a distribuirsi nel territorio toscano, seppur ancora in modo non uniforme. La zona di Firenze, area principale di primo arrivo, ha perso nel tempo il suo primato a vantaggio delle provincie (Caritas 2010). In previsione delle analisi che saranno presentate in seguito, consideriamo come aree le Aziende USL (AUSL) di residenza. La popolazione straniera residente supera il 10,0% nelle AUSL di Arezzo, Siena, Firenze ed Empoli (Figura 1.3), mentre raggiunge il 12,7% nell'AUSL di Prato. È invece più bassa nelle AUSL dell'Area vasta Nord-Ovest.

Figura 1.3

Proporzione della popolazione straniera residente sul totale della popolazione residente al 31/12/2009 per AUSL di residenza - Fonte: Istat



1.2 La struttura per età

La proporzione di stranieri residenti rispetto alla popolazione totale è stabile nei due generi (Figura 1.4), ma presenta delle importanti differenze per classi di età: è superiore al 15% nella classe di età 0-4 anni e tra i 20 e i 34 anni che rientrano nella fascia di età fertile e di pianificazione familiare. La proporzione di stranieri è invece inferiore al 2,5% a partire dai 65 anni di età.

La diversa struttura per età della popolazione straniera (Figura 1.5), assieme al dato delle nascite visto nel paragrafo precedente, è un importante segnale di una presenza sempre più stabile nel territorio. Gli stranieri sono infatti una popolazione giovane rispetto a quella locale: il 18,1% dei residenti stranieri è in età scolare (0-14 anni) contro il 12,1% dei residenti italiani; il 59,8% degli stranieri ha un'età compresa tra i 15 e i 44 anni contro il 34,4% degli italiani. La presenza di persone di 65 anni o più è bassissima tra i residenti stranieri (2,9%), mentre è del 25,3% tra gli italiani.

Figura 1.4

Proporzione di residenti stranieri sul totale dei residenti in Toscana al 31/12/2009 per fascia di età - Fonte: Istat

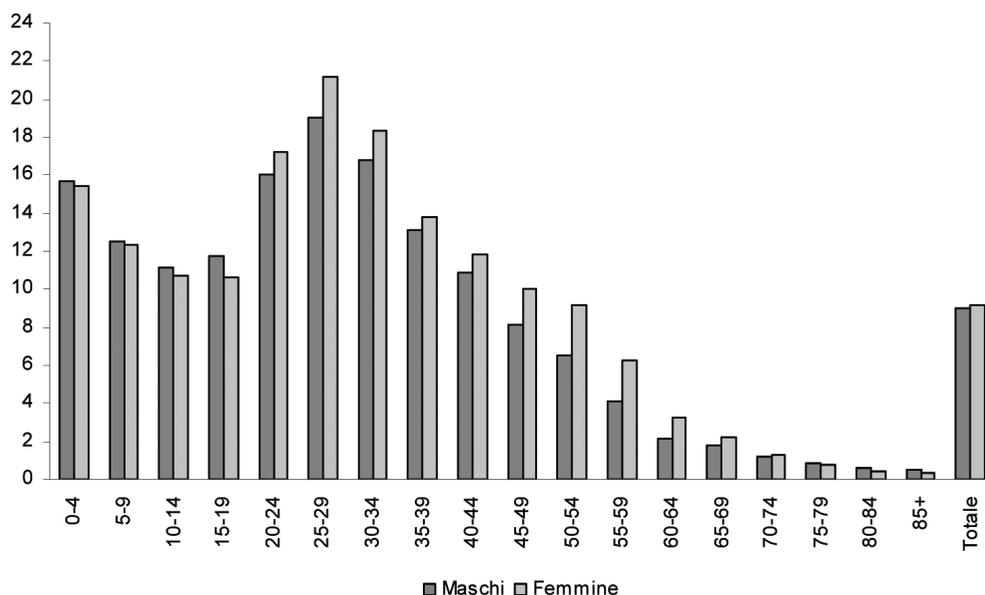
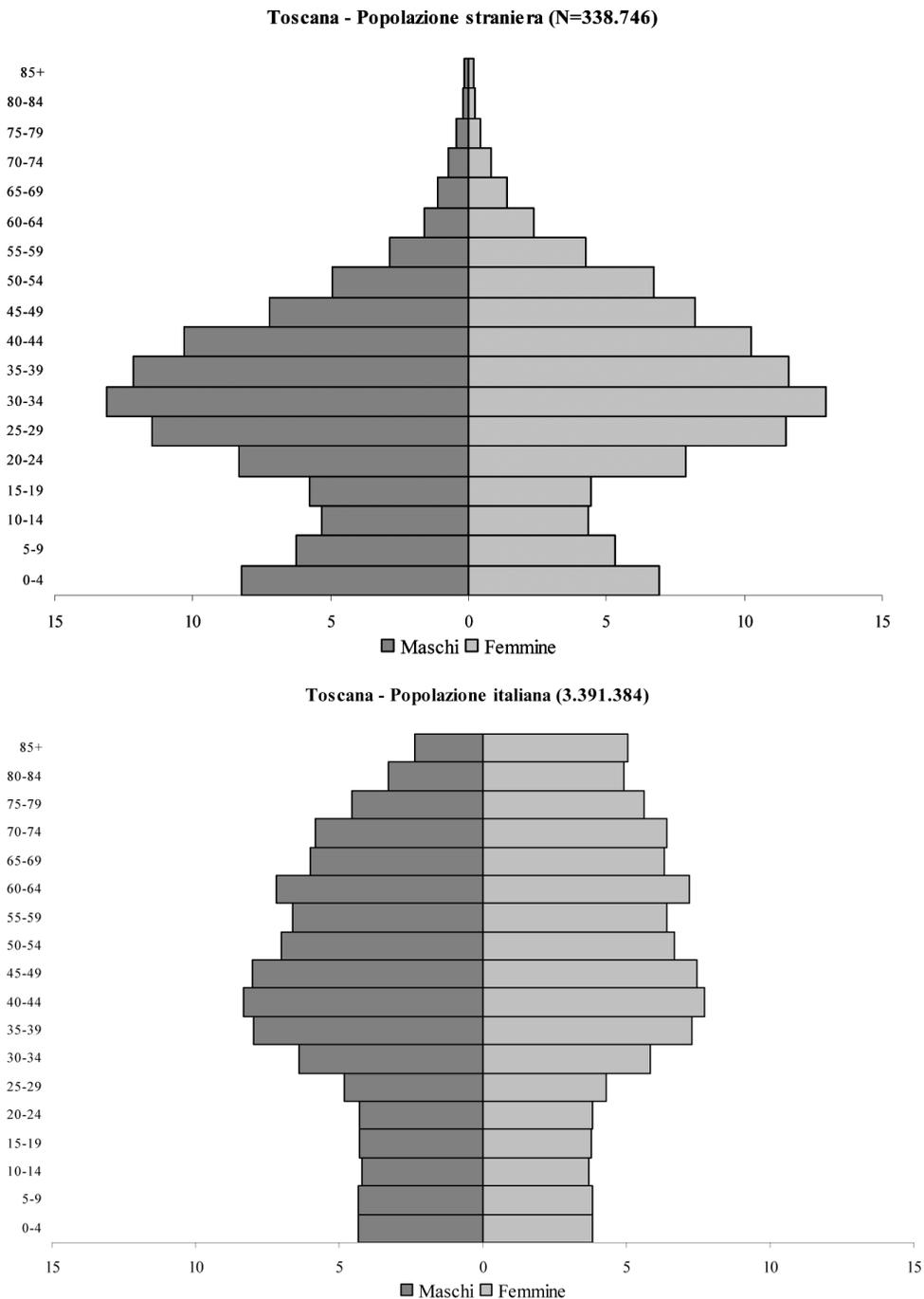


Figura 1.5

Struttura per età della popolazione italiana e straniera residente in Toscana al 31/12/2009

Fonte: Istat



1.3 I paesi di provenienza

Il territorio toscano è caratterizzato dalla presenza di un'immigrazione multi-etnica con ben 173 nazionalità rappresentate. La maggior parte degli stranieri (Tabella 1.2), così come a livello nazionale, proviene dai paesi a forte pressione migratoria (PFPM), anche se in Toscana si riscontra una proporzione più alta rispetto all'Italia di stranieri originari dai paesi a sviluppo avanzato (PSA) (7,0% contro 4,2%). Più della metà (54,2%) degli stranieri residenti in Toscana al 31/12/2009 proviene dall'Europa centro-orientale, il 18,3% è di origine asiatica, il 10,2% è nordafricano con una più forte presenza maschile (13,0%), tra questi ultimi, rispetto a quella femminile (7,7%). Rispetto al dato nazionale, in Toscana è più elevata la presenza di esturopei e di asiatici, mentre è più bassa la presenza di africani e di sudamericani.

Tabella 1.2

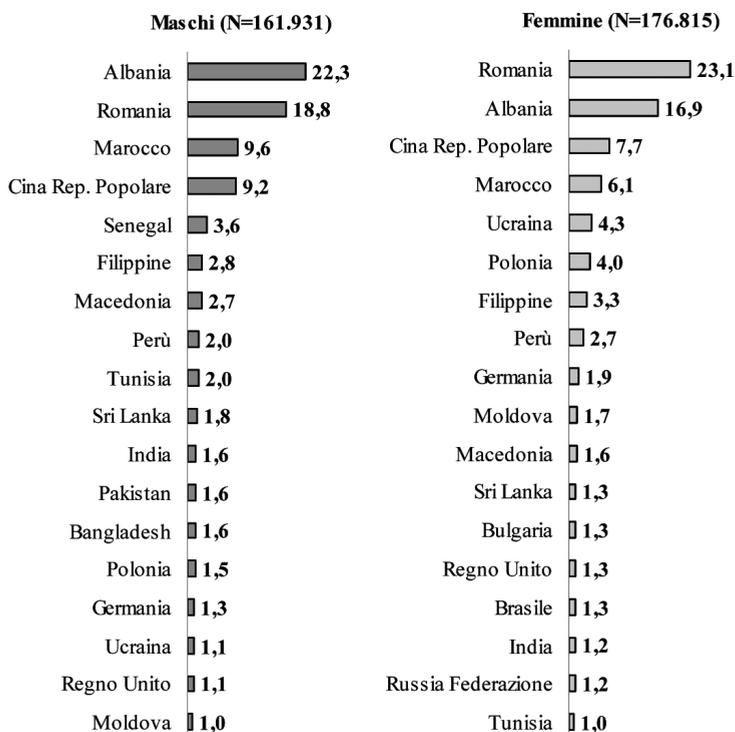
Distribuzione percentuale dei residenti toscani di cittadinanza non italiana al 31/12/2009 per area di provenienza. Confronto tra Toscana e Italia - Fonte: Istat

Area di provenienza	Toscana			Italia		
	Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	4,7	6,8	5,8	3,5	5,1	4,3
Europa centro-orientale	51,1	57,0	54,2	45,1	53,2	49,3
Asia	19,9	16,9	18,3	18,1	14,4	16,2
Africa settentrionale	13,0	7,7	10,2	18,8	11,9	15,3
Africa centro-meridionale	6,1	3,3	4,6	8,1	5,5	6,7
America settentrionale	0,6	0,8	0,7	0,4	0,5	0,4
America centro-meridionale	4,6	7,4	6,0	5,9	9,4	7,7
Oceania	0,05	0,09	0,07	0,1	0,1	0,1
Apolidi	0,01	0,01	0,01	0,0	0,0	0,0
PFPM	94,3	91,7	92,9	95,8	94,1	95,8
PSA	5,7	8,3	7,0	4,2	5,9	4,2

Le comunità maggiormente presenti sono rappresentate in Figura 1.6, dove sono state selezionate le comunità più numerose, vale a dire quelle che, nel 2009, superavano la percentuale dell'1% rispetto al totale della popolazione straniera. Per entrambi i generi, i paesi più rappresentati in Toscana sono Albania, Romania, Cina e Marocco che, nel loro insieme, costituiscono il 59,9% dei residenti stranieri tra i maschi e il 53,8% tra le femmine.

Figura 1.6

Distribuzione percentuale degli stranieri residenti in Toscana al 31/12/2009 per cittadinanza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti) - Fonte: Istat



La migrazione assume delle caratteristiche diverse a seconda della nazionalità. Per quanto riguarda i paesi dell'Europa centro-orientale, il rapporto di mascolinità è di poco superiore a uno per l'Albania e la Bosnia Erzegovina ed è di poco inferiore a uno per la Romania e la Croazia. L'immigrazione è un fenomeno prevalentemente maschile per alcune nazioni dell'ex Jugoslavia (Macedonia, Serbia, Montenegro, Kosovo) e per la Turchia, mentre è prevalentemente femminile per le altre nazioni dell'Europa dell'Est. Le maggiori presenze femminili si registrano per Ucraina, Polonia, Moldova, Bulgaria e Federazione Russa. Le migrazioni dall'Esteuropa a prevalenza femminile sono legate alle professioni di colf e badanti, mentre le quelle a prevalenza maschile sono legate all'impiego nel settore dell'edilizia e dell'agricoltura.

Gli asiatici residenti in Toscana provengono prevalentemente dalla Cina, ma si registrano anche consistenti presenze da Filippine, Sri Lanka, India, Bangladesh e Pakistan. Queste ultime due nazioni presentano un rapporto di mascolinità maggiore di due.

La maggior parte degli stranieri provenienti dall'Africa settentrionale è di origine marocchina. Si registrano inoltre quasi 5.000 residenti di origine tunisina e circa 2.100 egiziani. Il rapporto di mascolinità è di 1,4 per il Marocco, mentre è vicino o superiore a due per le altre nazioni nordafricane.

Gli stranieri residenti in Toscana provenienti dall'Africa centro-meridionale sono prevalentemente di origine senegalese con un rapporto di mascolinità di 4,2. Si registrano, inoltre, più di 2.600 presenze nigeriane prevalentemente femminili (rapporto di mascolinità: 0,7).

Gli stranieri provenienti dall'America centro-meridionale sono di origine peruviana (più di 8.000 residenti), brasiliana (circa 3.200), dominicana (circa 2.400), ecuadoregna e cubana (più di 1.400 ciascuna). Le presenze sono per tutte le nazionalità prevalentemente femminili, in particolare per Brasile e Cuba.

Le nazionalità non sono uniformemente distribuite nel territorio, ma sono concentrate in aree più piccole. I residenti rumeni costituiscono più di un terzo degli stranieri nelle AUSL di Massa-Carrara (35,7%), Arezzo (35,5%) e Viareggio (34,0%) e circa un quarto nelle AUSL di Grosseto (25,6%), Pistoia (25,3%) e Lucca (28,8%). La maggior concentrazione di cittadini albanesi si ha nell'AUSL di Pistoia, dove il 39,5% degli stranieri residenti proviene dall'Albania. La presenza è alta in tutte le AUSL, ad eccezione di Viareggio e Grosseto. La presenza cinese è legata all'impiego nel settore tessile ed è molto alta nell'AUSL di Prato (38,2%), seguita da Empoli (20,6%) e da Firenze (9,3%); è invece inferiore al 3% nelle altre Aziende. La maggior concentrazione di residenti provenienti dal Marocco si registra nelle AUSL di Massa-Carrara (15,4%), Lucca (15,1%), Viareggio (11,1%) ed Empoli (10,9%).

1.4 Gli stranieri non residenti

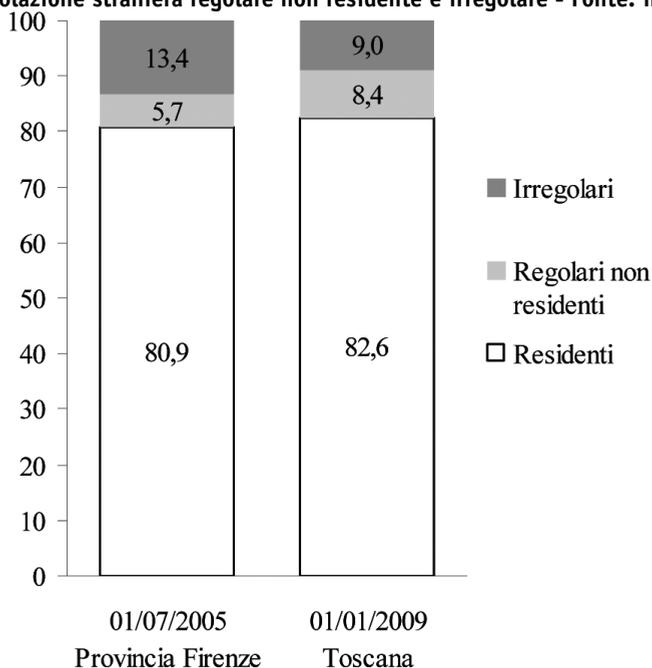
Oltre agli stranieri residenti, bisogna considerare anche coloro che sono regolarmente presenti sul territorio, vale a dire in possesso di un valido titolo di soggiorno in Italia ma non iscritti in anagrafe, e coloro che sono irregolari rispetto all'attuale normativa sulla permanenza all'interno del territorio italiano. La Fondazione Iniziative e studi sulla multietnicità (ISMU) ha coordinato un'indagine campionaria sul campo e, integrando i dati raccolti con quelli dell'Istat, ha stimato i non residenti (regolari e irregolari) provenienti dai PFPM al 01/01/2009.

Gli stranieri PFPM residenti costituivano l'82,6% degli stranieri PFPM presenti nel territorio al 01/01/2009, che erano stimati intorno alle 347.000 unità (Berti e Valzania, 2010). Gli stranieri regolari non residenti erano 29.000, l'8,4% dei presenti, mentre gli irregolari 31.000, il 9,0% della presenza immigrata complessiva. Rispetto ai dati

di una precedente indagine ISMU sulla provincia di Firenze, le proporzioni stimate di irregolari e di regolari non iscritti all'anagrafe al 01/07/2005 erano rispettivamente del 13,4% e del 5,7% (Figura 1.7). La diminuzione delle presenze straniere irregolari unita all'andamento crescente delle presenze di stranieri regolari non iscritti all'anagrafe è, seppur calcolata su popolazioni diverse, riconducibile al nuovo status di cittadini comunitari di rumeni e bulgari.

Figura 1.7

Stima della popolazione straniera regolare non residente e irregolare - Fonte: indagine Ismu



Circa 17.000 dei 31.000 stranieri irregolari provengono da Albania (6.720), Marocco (3.830), Cina (3.720), e Senegal (2.770). Con Perù, Ucraina e Filippine (1.310, 1.290 e 1.220 presenze irregolari rispettivamente) si raggiungono i due terzi delle presenze irregolari in Toscana.

L'incidenza dell'irregolarità della presenza (proporzione di irregolari sul totale dei presenti per ogni nazione) è invece più elevata tra gli immigrati dell'Africa sub-sahariana (23%), seguiti dai latinoamericani (15%), nordafricani (14%), asiatici (11%) e infine est-europei (5%). Quest'ultimo dato è influenzato dalla presenza di neocomunitari. I valori di incidenza più elevati per singola nazionalità si rilevano per Senegal (29%), Nigeria (20%), Camerun (18%), Costa d'Avorio e Tunisia (16%) (Berti e Valzania, 2010).

1.5 La scuola: gli alunni con cittadinanza straniera

La scuola è il primo contesto di socializzazione che differenzia i bambini stranieri dai loro genitori per molteplici aspetti e, in particolare, per quelli relativi all'integrazione, le aspettative di realizzazione professionale e i progetti di vita (Caritas 2010).

Gli alunni con cittadinanza non italiana che frequentano istituti scolastici in Toscana (Tabella 1.3) sono aumentati del 9,8% (del 9,6% in Italia) nell'anno scolastico 2008/09 rispetto all'anno scolastico precedente. L'incremento maggiore si è registrato nella scuola secondaria di II grado (13,5%), seguito dall'incremento nella scuola per l'infanzia (11,2%), nella scuola secondaria di I grado (10,3%) e nella scuola primaria (6,7%). La presenza degli alunni con cittadinanza non italiana nelle scuole toscane è superiore al valore medio nazionale: 10,2% in Toscana rispetto al 7,0% in Italia.

Tabella 1.3

Alunni con cittadinanza non italiana per livello scolastico e anno scolastico - Fonte: Elaborazione ARS su dati MIUR

Anno scolastico	Totale	Infanzia	Primaria	Secondaria I grado	Secondaria II grado
<i>Valori assoluti</i>					
2004/05	29.445	5.922	11.146	7.281	5.096
2005/06	34.017	6.747	12.541	8.053	6.676
2006/07	39.776	7.492	14.809	9.015	8.460
2007/08	45.243	8.541	16.864	10.101	9.737
2008/09	49.693	9.499	18.001	11.142	11.051
<i>Valori percentuali</i>					
2004/05	6,4	6,7	7,8	8,1	3,7
2005/06	7,3	7,5	8,6	9,0	4,7
2006/07	8,4	8,3	9,9	10,1	5,8
2007/08	9,4	9,3	11,1	11,2	6,6
2008/09	10,2	10,3	11,7	12,0	7,5

La maggior parte degli alunni di cittadinanza non italiana risulta iscritta alla scuola primaria (Tabella 1.4) senza rilevanti differenze tra le provincie toscane. La provincia toscana che presenta la quota maggiore di iscritti con cittadinanza straniera è Prato (16,4%), seguita da Siena (11,9%), Arezzo (11,8%) e Firenze (11,5%).

Tabella 1.4

Alunni con cittadinanza non italiana per livello scolastico e provincia. Anno scolastico 2008/09
- Fonte: Elaborazione ARS su dati MIUR

Province	Totale	Infanzia	Primaria	Secondaria I grado	Secondaria II grado
<i>Valori assoluti</i>					
Arezzo	5.569	1.042	1.970	1.190	1.367
Firenze	15.044	2.977	5.385	3.397	3.285
Grosseto	2.427	393	818	568	648
Livorno	2.634	419	838	636	741
Lucca	4.122	838	1.528	898	858
Massa	1.709	338	645	343	383
Pisa	4.534	878	1.754	1.032	870
Prato	5.560	1.080	2.163	1.312	1.005
Pistoia	4.011	761	1.482	833	935
Siena	4.083	773	1.418	933	959
Toscana	49.693	9.499	18.001	11.142	11.051
<i>Valori per 100 studenti</i>					
Arezzo	11,8	11,9	13,7	13,5	8,9
Firenze	11,5	11,6	12,8	13,6	8,6
Grosseto	8,6	7,7	9,7	11,0	6,8
Livorno	6,2	5,5	6,3	7,7	5,5
Lucca	7,9	8,5	9,5	8,9	5,4
Massa	6,6	7,4	8,3	7,2	4,3
Pisa	8,7	8,5	10,4	10,1	5,9
Prato	16,4	16,1	19,0	19,7	11,1
Pistoia	10,3	10,4	12,0	11,2	7,9
Siena	11,9	11,9	13,1	14,0	9,2
Toscana	10,2	10,3	11,7	12,0	7,5
<i>Valori per 100 studenti con cittadinanza non italiana</i>					
Arezzo	100,0	18,7	35,4	21,4	24,5
Firenze	100,0	19,8	35,8	22,6	21,8
Grosseto	100,0	16,2	33,7	23,4	26,7
Livorno	100,0	15,9	31,8	24,1	28,1
Lucca	100,0	20,3	37,1	21,8	20,8
Massa	100,0	19,8	37,7	20,1	22,4
Pisa	100,0	19,4	38,7	22,8	19,2
Prato	100,0	19,4	38,9	23,6	18,1
Pistoia	100,0	19,0	36,9	20,8	23,3
Siena	100,0	18,9	34,7	22,9	23,5
Toscana	100,0	19,1	36,2	22,4	22,2

Il 12,8% dei 338.746 immigrati residenti in Toscana è costituito dalle seconde generazioni, vale a dire da persone di cittadinanza straniera ma nate e sempre vissute in Italia. Il fenomeno riguarda più di un residente su dieci di origine non italiana (Caritas 2010).

Nell'anno scolastico 2008/09 gli alunni di cittadinanza non italiana nati in Italia rappresentano il 3,7% del totale degli iscritti, con differenze per livello scolastico e provincia (Tabella 1.5). Quasi la metà degli stranieri nati in Italia è iscritta alla scuola primaria, mentre solo il 3,7% frequenta un corso di scuola secondaria di II grado in linea con il dato nazionale. La proporzione di alunni stranieri nati in Italia sul totale degli alunni con cittadinanza non italiana è più elevata nella scuola dell'infanzia, dove raggiunge il valore regionale del 74,7% con una variabilità intraregionale (51,9% a Grosseto - 86,7% a Prato).

È il 7,6% la proporzione di studenti di cittadinanza non italiana che entra per la prima volta nel sistema scolastico regionale sul totale degli studenti stranieri iscritti all'anno scolastico 2008/09 (Tabella 1.6); tra i livelli scolastici si registra una maggior presenza di nuovi alunni stranieri nella scuola primaria.

Tabella 1.5

Alunni con cittadinanza non italiana nati in Italia per livello scolastico e provincia. Anno scolastico 2008/09 - Fonte: Elaborazione ARS su dati MIUR

Provincia	Totale	Infanzia	Primaria	Secondaria I grado	Secondaria II grado
Valori assoluti					
Arezzo	1.752	738	788	174	52
Firenze	5.999	2.331	2.638	705	325
Grosseto	462	204	195	47	16
Livorno	701	307	275	92	27
Lucca	1.270	539	579	116	36
Massa	548	242	258	31	17
Pisa	1.691	664	784	215	28
Prato	2.746	936	1.400	331	79
Pistoia	1.308	571	626	72	39
Siena	1.295	565	560	138	32
Toscana	17.772	7.097	8.103	1.921	651
Valori per 100 studenti					
Arezzo	3,7	8,4	5,5	2,0	0,3
Firenze	4,6	9,1	6,2	2,8	0,9
Grosseto	1,6	4,0	2,3	0,9	0,2
Livorno	1,6	4,0	2,1	1,1	0,2
Lucca	2,4	5,4	3,6	1,2	0,2
Massa	2,1	5,3	3,3	0,7	0,2
Pisa	3,2	6,4	4,6	2,1	0,2
Prato	8,1	13,9	12,3	5,0	0,9
Pistoia	3,4	7,8	5,1	1,0	0,3
Siena	3,8	8,7	5,2	2,1	0,3
Toscana	3,7	7,7	5,3	2,1	0,4
Valori per 100 studenti con cittadinanza non italiana					
Arezzo	31,5	70,8	40,0	14,6	3,8
Firenze	39,9	78,3	49,0	20,8	9,9
Grosseto	19,0	51,9	23,8	8,3	2,5
Livorno	26,6	73,3	32,8	14,5	3,6
Lucca	30,8	64,3	37,9	12,9	4,2
Massa	32,1	71,6	40,0	9,0	4,4
Pisa	37,3	75,6	44,7	20,8	3,2
Prato	49,4	86,7	64,7	25,2	7,9
Pistoia	32,6	75,0	42,2	8,6	4,2
Siena	31,7	73,1	39,5	14,8	3,3
Toscana	35,8	74,7	45,0	17,2	5,9
Valori per 100 studenti con cittadinanza non italiana nati in Italia					
Arezzo	100,0	42,1	45,0	9,9	3,0
Firenze	100,0	38,9	44,0	11,8	5,4
Grosseto	100,0	44,2	42,2	10,2	3,5
Livorno	100,0	43,8	39,2	13,1	3,9
Lucca	100,0	42,4	45,6	9,1	2,8
Massa	100,0	44,2	47,1	5,7	3,1
Pisa	100,0	39,3	46,4	12,7	1,7
Prato	100,0	34,1	51,0	12,1	2,9
Pistoia	100,0	43,7	47,9	5,5	3,0
Siena	100,0	43,6	43,2	10,7	2,5
Toscana	100,0	39,9	45,6	10,8	3,7

Tabella 1.6

Alunni con cittadinanza non italiana entrati nel sistema scolastico per la prima volta, per livello scolastico e provincia. Anno scolastico 2008/09 - Fonte: Elaborazione ARS su dati MIUR

Provincia	Totale	Primaria	Secondaria I grado	Secondaria II grado
Arezzo	284	136	116	32
Firenze	836	360	336	140
Grosseto	191	88	57	46
Livorno	212	86	69	57
Lucca	202	94	53	55
Massa	127	66	32	29
Pisa	230	107	46	77
Prato	459	277	122	60
Pistoia	217	110	39	68
Siena	301	109	56	136
Toscana	3.059	1.433	926	700
Valori per 100 studenti				
Arezzo	0,7	0,9	1,3	0,2
Firenze	0,8	0,9	1,3	0,4
Grosseto	0,8	1,0	1,1	0,5
Livorno	0,6	0,6	0,8	0,4
Lucca	0,5	0,6	0,5	0,3
Massa	0,6	0,8	0,7	0,3
Pisa	0,5	0,6	0,5	0,5
Prato	1,7	2,4	1,8	0,7
Pistoia	0,7	0,9	0,5	0,6
Siena	1,1	1,0	0,8	1,3
Toscana	0,8	0,9	1,0	0,5
Valori per 100 studenti con cittadinanza non italiana				
Arezzo	6,3	6,9	9,7	2,3
Firenze	6,9	6,7	9,9	4,3
Grosseto	9,4	10,8	10,0	7,1
Livorno	9,6	10,3	10,8	7,7
Lucca	6,2	6,2	5,9	6,4
Massa	9,3	10,2	9,3	7,6
Pisa	6,3	6,1	4,5	8,9
Prato	10,2	12,8	9,3	6,0
Pistoia	6,7	7,4	4,7	7,3
Siena	9,1	7,7	6,0	14,2
Toscana	7,6	8,0	8,3	6,3
Valori per 100 studenti con cittadinanza non italiana entrati nel sistema scolastico per la 1 volta				
Arezzo	100,0	47,9	40,8	11,3
Firenze	100,0	43,1	40,2	16,7
Grosseto	100,0	46,1	29,8	24,1
Livorno	100,0	40,6	32,5	26,9
Lucca	100,0	46,5	26,2	27,2
Massa	100,0	52,0	25,2	22,8
Pisa	100,0	46,5	20,0	33,5
Prato	100,0	60,3	26,6	13,1
Pistoia	100,0	50,7	18,0	31,3
Siena	100,0	36,2	18,6	45,2
Toscana	100,0	46,8	30,3	22,9

Capitolo 2

La salute riproduttiva delle donne immigrate

Monia Puglia

Veronica Casotto

Valeria Dubini

2. La salute riproduttiva delle donne immigrate

2.1 Aborti spontanei

Per aborto spontaneo¹ si intende l'espulsione spontanea o morte del feto/embrione entro il 180° giorno compiuto di amenorrea. Tuttavia, negli ultimi anni, a fronte delle migliorate tecniche di rianimazione neonatale e dell'assistenza ai neonati gravemente prematuri, questa definizione dimostra una certa inadeguatezza e andrebbe forse rivista.

Attraverso la rilevazione Istat è possibile descrivere i casi di aborto spontaneo per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici sia privati. Gli aborti spontanei non soggetti a ricovero, quali ad esempio gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, non vengono rilevati.

Le misure più comunemente impiegate nella valutazione dell'abortività volontaria sono: a) misure che rapportano gli aborti verificatisi in un dato anno di calendario alla popolazione media femminile, generalmente considerata nella classe di età da 15 a 49 anni (tasso di abortività); b) il rapporto fra il numero di aborti e di nati vivi riferito ad un dato anno (rapporto di abortività). Altra misura che illustra un aspetto importante del fenomeno consiste nel tasso di abortività per classi di età delle donne (eventualmente si può calcolare anche il rapporto di abortività per classi di età).

Complessivamente, nel 2009, sono state registrate in Toscana 4.3424 dimissioni per aborto spontaneo: 3.322 a carico di donne italiane, 924 di donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e 78 di donne straniere provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (PSA).

L'abortività spontanea sembra essere un fenomeno più frequente tra le straniere PSA (206,5 aborti ogni 1.000 nati vivi), rispetto alle straniere PFPM (127,5 aborti ogni 1.000 nati vivi) e alle italiane (140,1 aborti ogni 1.000 nati vivi). Se si analizzano i dati disaggregati per area geografica, i rapporti di abortività spontanea più elevati si registrano tra le peruviane (265,1 aborti ogni 1.000 nati vivi), le donne provenienti dai paesi dell'Africa centro-meridionale (211,6 aborti ogni 1.000 nati vivi) e dell' America centro-meridionale (200,6 aborti ogni 1.000 nati vivi); seguono le romene con un rapporto di abortività pari a 182,9 per 1.000.

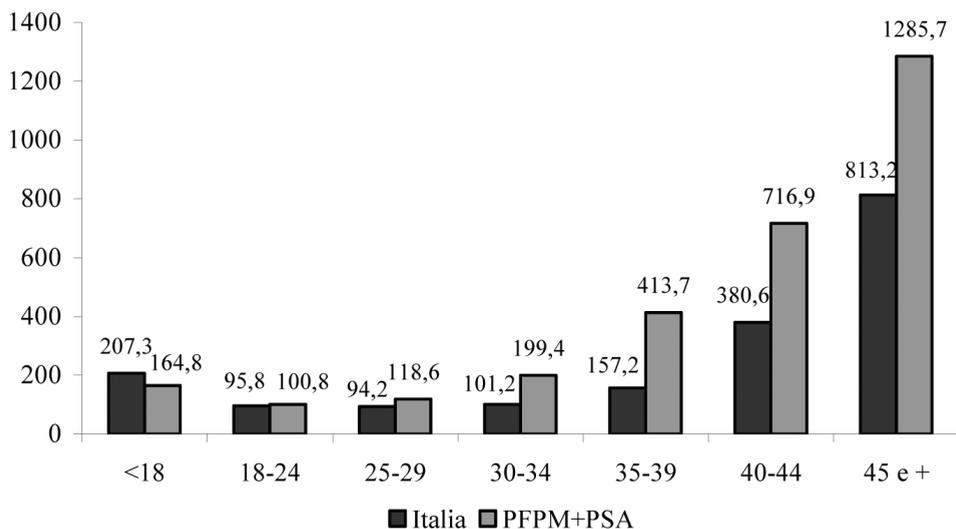
Riguardo alle caratteristiche socio-demografiche, il fattore maggiormente associato all'aborto spontaneo è l'età (Figura 2.1). All'aumentare dell'età materna aumenta il rischio di aborto spontaneo sia nelle donne italiane che straniere.

¹ Secondo la definizione Istat.

La figura 2.2 illustra la distribuzione degli aborti spontanei per età e cittadinanza: mentre per le donne italiane il picco si registra nella classe di età 35-39 anni, per le straniere PFPM è nella classe 25-29 anni, in cui più frequentemente si rilevano le dimissioni per aborto spontaneo.

Figura 2.1

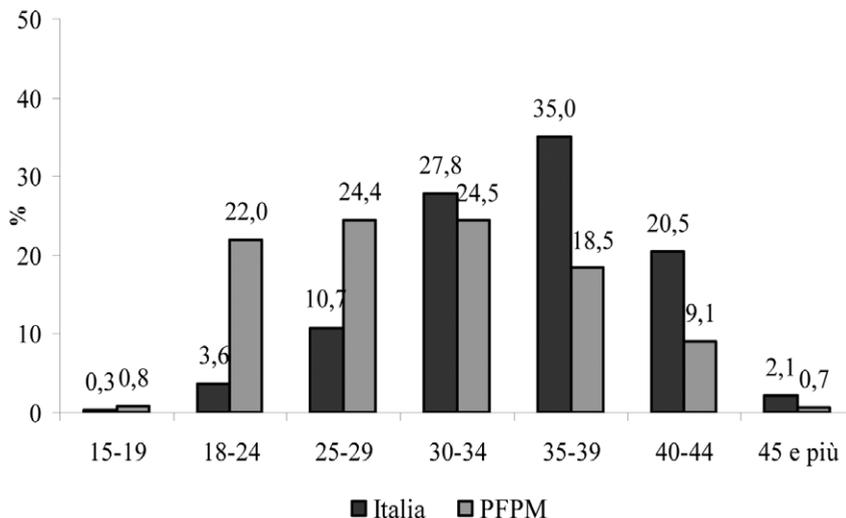
Rapporti di abortività^s spontanea per classi di età e Paese di provenienza - Anno 2009



^s Rapporto tra il numero di aborti spontanei avvenuti in Toscana e le donne residenti per classe di età e Paese di provenienza. Popolazione residente al 01/01 dell'anno di riferimento.

Figura 2.2

Distribuzione dell'aborto spontaneo per classe di età e Paese di provenienza - Anno 2009



Altre caratteristiche legate all'abortività spontanea sono riportate in Tabella 2.1. Nella maggior parte dei casi, si tratta di donne alla prima gravidanza, con nessuna storia precedente di abortività (sia spontanea che indotta). In caso di aborto spontaneo generalmente si ricorre a terapia chirurgica quale raschiamento o isterosuzione. Negli ultimi anni però si sta affermando l'indicazione clinica di limitare il ricorso alla terapia chirurgica, non esente da possibili rischi, a favore di una politica di attesa, o di utilizzo di sostanze mediche che favoriscono l'espulsione spontanea (misoprostolo, prostalgine). Questa tendenza, che non richiede il ricovero ospedaliero, potrebbe in futuro rendere il dato rilevato dalla scheda Istat poco informativo al fine della quantificazione del fenomeno.

Tabella 2.1**Principali indicatori sugli aborti spontanei per Paese di provenienza - Anno 2009**

Indicatore	Paese di provenienza		
	Italia	PFPM	PSA
Primipare (%)	65,4	58,5	71,9
Precedenti aborti spontanei (%)			
Nessuno	80,8	79,2	87,2
Uno	13,1	13,3	10,3
Due o più	6,1	7,5	2,5
Precedenti IVG (%)			
Nessuna	95,0	88,3	96,0
Una	4,2	7,2	4,0
Due o più	0,8	4,5	0,0
Epoca gestazionale >12 settimane (%)	5,6	8,7	8,8
Raschiamento (%)	38,9	40,2	36,4
Isterosuzione (%)	55,7	52,9	62,3

Mentre i dati sull'abortività spontanea sono piuttosto inattendibili, sia perché spesso sfuggono a ogni accertamento sia perché vengono condotti più sul fronte medico-sanitario che su quello statistico-demografico, i dati sugli aborti volontari legali sono più attendibili, grazie anche all'obbligo della segnalazione delle interruzioni volontarie di gravidanza al Ministero della sanità.

2.2 Interruzioni volontarie di gravidanza

Con l'entrata in vigore della legge 22 maggio 1978, n. 194, la volontaria interruzione della gravidanza (IVG) è lecita, se compiuta con il rispetto di determinate procedure fissate dalla legge, entro i primi 90 giorni, qualora vi siano circostanze per le quali la

prosecuzione della gravidanza, il parto o la maternità comporterebbero un serio pericolo per la salute fisica o psichica della donna, in relazione al suo stato di salute, o alle sue condizioni economiche, sociali o familiari, o alle circostanze nelle quali è avvenuto il concepimento, o a previsioni di anomalie o malformazioni del concepito. È lecita anche dopo il novantesimo giorno quando la gravidanza o il parto comportino un grave pericolo per la vita della donna, oppure quando siano accertati processi patologici, tra cui quelli relativi a rilevanti anomalie o malformazioni del nascituro, che determinino un grave pericolo per la salute fisica o psichica della donna. Tuttavia, quando sussiste la possibilità di vita autonoma del feto, l'interruzione è ammessa solo se vi sia grave pericolo per la vita della donna. In ogni caso, lo stato patologico deve essere accertato e documentato da un medico del servizio ostetrico e ginecologico che pratica l'intervento. Se la donna è minorenni, è necessario l'assenso da parte di chi esercita la potestà o la tutela; tuttavia, nel caso in cui la minore non desideri informare i propri familiari della sua scelta, è possibile ricorrere al giudice tutelare che darà l'assenso all'intervento in base a una relazione dei servizi sociali.

In caso di interdizione per infermità di mente, la richiesta di intervento deve essere fatta anche dal tutore o dal marito² della donna.

Negli ultimi dieci anni, in Toscana come in Italia, si è osservata una costante riduzione dell'IVG grazie a un maggiore e migliore uso dei metodi anticoncezionali, ma anche per l'attività sempre più decisiva svolta dai consultori familiari. In Toscana, nel 2009, hanno ricorso all'IVG 7.819 donne con un decremento dell'8% rispetto al 2000 (Tabella 2.2). Accanto a questa riduzione generale, però, si osserva un aumento costante delle interruzioni di gravidanza fra le donne straniere, in termini assoluti, dovuto al fatto che oggi, in Italia, l'immigrazione non è più un fenomeno transitorio, ma stabile e strutturale. Nel 2001 erano 1.810 le IVG fra le donne straniere (22,4% del totale), nel 2005 salgono a 3.137 (36,1%) e nel 2009 a 3.292, superando il 40% del totale. Questo aumento è dovuto all'aumento della popolazione straniera di genere femminile in età feconda. Infatti, se al dato assoluto accostiamo il tasso di abortività (Figura 2.3), si nota una diminuzione dell'incidenza delle IVG nelle donne straniere in proporzione superiore rispetto alle donne italiane, pur mantenendosi costantemente superiore a queste ultime. Nell'ultimo triennio si registra una forte riduzione del tasso di abortività nelle donne straniere (da 43,7 ogni 1.000 donne residenti in età feconda nel 2006 a 30,4 per 1.000 nel 2009), a conferma che il ricorso all'IVG avviene più frequentemente nei primi anni di immigrazione, per poi ridursi a seguito della stabilizzazione nel nuovo Paese di residenza.

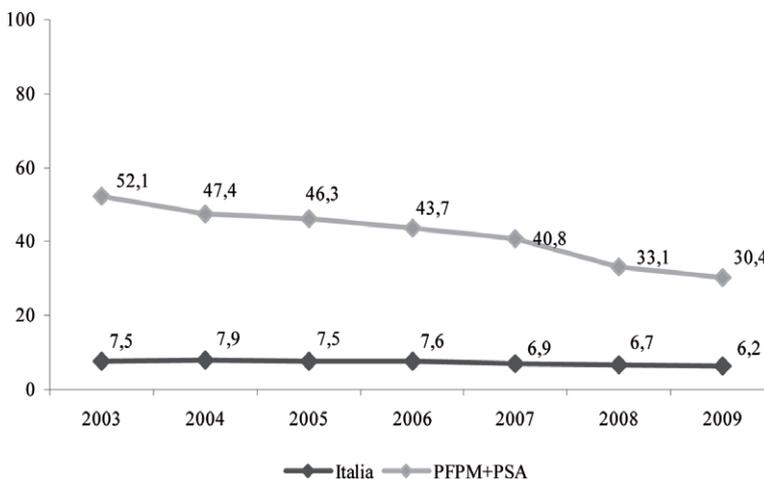
² Non legalmente separato.

Tabella 2.2

IVG effettuate in Toscana per Paese di provenienza - Anni 2001-2009

Anno	Paese di provenienza				totale
	Italia	PFPM	PSA	n.r	
<i>Valori assoluti</i>					
2001	6.270	1.719	91	42	8.122
2002	6.055	1.888	114	44	8.101
2003	5.617	2.202	109	96	8.024
2004	5.880	2.709	75	47	8.711
2005	5.562	3.030	107	56	8.755
2006	5.557	3.184	102	36	8.879
2007	5.042	3.238	69	10	8.359
2008	4.832	3.149	64	32	8.077
2009	4.457	3.224	68	70	7.819
<i>Valori percentuali</i>					
2001	77,6	21,3	1,1	-	100,0
2002	75,2	23,4	1,4	-	100,0
2003	70,9	27,8	1,4	-	100,0
2004	67,9	31,3	0,9	-	100,0
2005	63,9	34,8	1,2	-	100,0
2006	62,8	36,0	1,2	-	100,0
2007	60,4	38,8	0,8	-	100,0
2008	60,1	39,1	0,8	-	100,0
2009	57,5	41,6	0,9	-	100,0

Figura 2.3

Tasso di abortività[§] volontaria per 1.000 residenti in età feconda per Paese di provenienza. Anni 2003-2009

[§] Rapporto tra il numero di IVG avvenute in Toscana e le donne residenti in età feconda, per Paese di provenienza. Popolazione residente al 01/01 dell'anno di riferimento.

Considerando il Paese di provenienza delle donne straniere, in termini assoluti, la quota maggiore di IVG è effettuata da romene, cinesi, albanesi e peruviane (Figura 2.4) ma, studiando il fenomeno in relazione al totale delle gravidanze portate a termine, emerge che sono le peruviane con 1.563 IVG ogni 1.000 nati vivi a ricorrere all'aborto volontario più frequentemente (Figura 2.5).

Figura 2.4

Distribuzione percentuale delle straniere che hanno effettuato interruzioni volontarie di gravidanza in Toscana per Paese di provenienza - Anno 2009

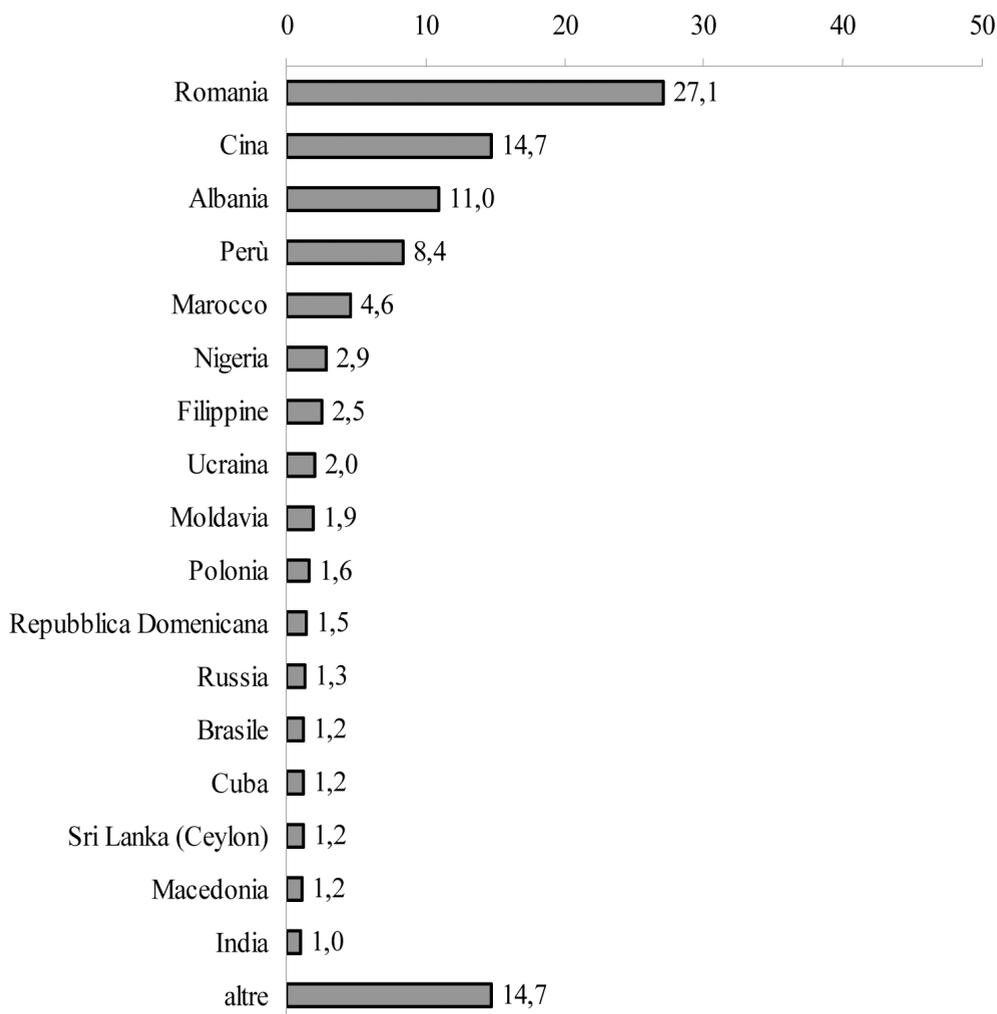
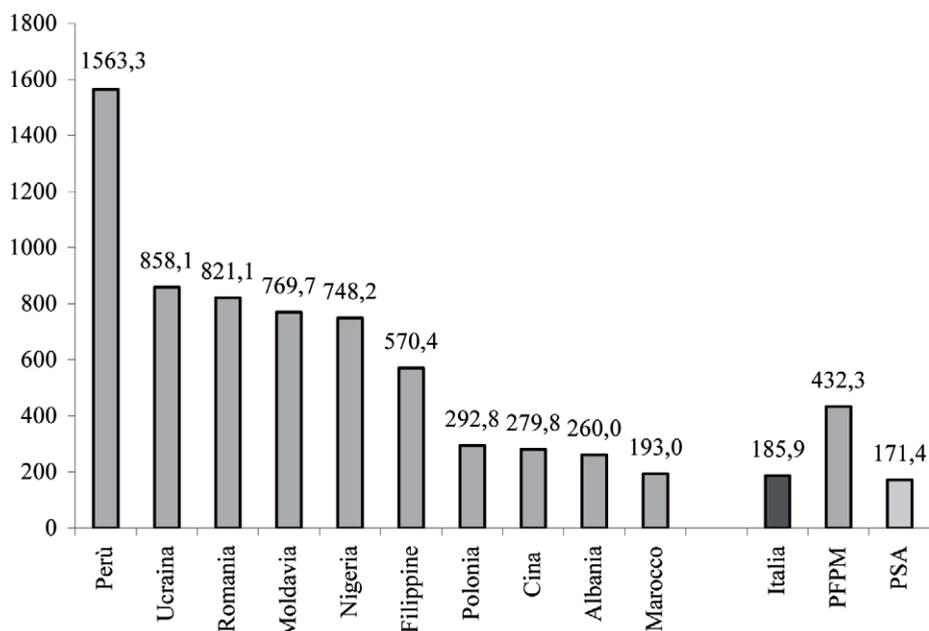


Figura 2.5**Rapporto di abortività[§] volontaria per Paese di provenienza - Periodo 2008-2009**

[§] Rapporto tra il numero di IVG avvenute in Toscana e il numero di nati vivi, per Paese di provenienza.

2.2.1 Caratteristiche socio-demografiche delle donne che ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza

L'età media in cui le straniere PFPM fanno ricorso all'IVG è leggermente inferiore a quella delle italiane (29,3 anni rispetto a 30,7 anni), tuttavia le IVG delle minorenni sono più frequenti tra le italiane, che vi ricorrono molto più di quanto partoriscono. La Figura 2.6 mostra infatti che le minorenni italiane effettuano 4.427 IVG ogni 1.000 nati, rispetto a 858 ogni 1.000 nati per le donne PFPM. Anche per la classe d'età 18-24 anni il rapporto di abortività delle italiane risulta il doppio di quello delle PFPM. Il fenomeno si inverte ad età materne più elevate.

Le straniere PFPM che ricorrono all'IVG hanno una scolarizzazione medio-bassa (56,4% rispetto al 37,5% delle italiane e al 21,7% delle PSA), sono più frequentemente coniugate (49,8% rispetto al 33,9% delle italiane e al 24,6% delle PSA) e non lavorano in proporzioni maggiori rispetto alle italiane e alle PSA (**Tabella 2.3**).

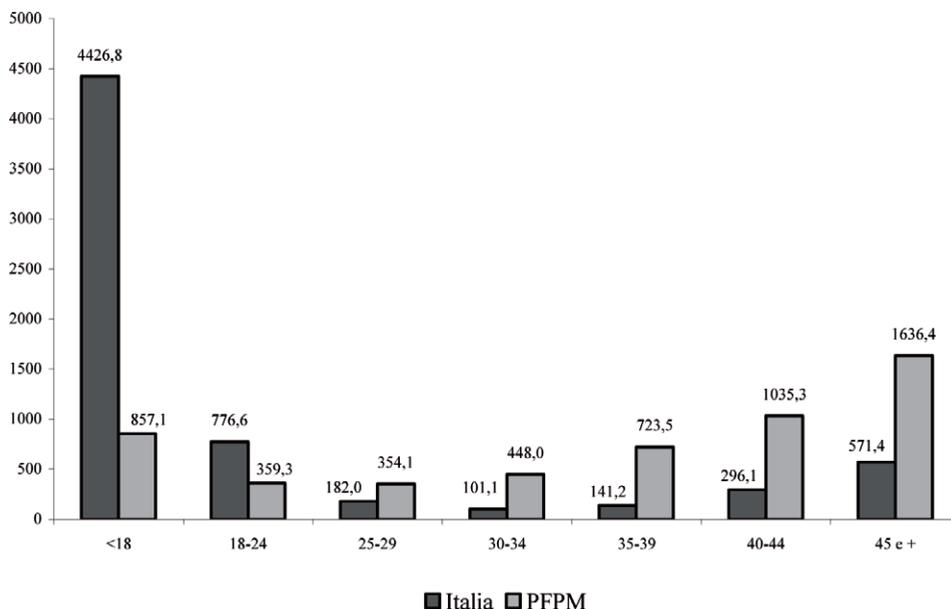
Figura 2.6
Rapporti di abortività^s volontaria per età e Paese di provenienza - Periodo 2008-2009

^s Rapporto tra il numero di IVG avvenute in Toscana e il numero di nati vivi, per Paese di provenienza.

Tabella 2.3
Caratteristiche socio-demografiche delle donne che effettuano interruzioni volontarie di gravidanza in Toscana per Paese di provenienza - Anno 2009

Indicatore	Paese di provenienza		
	Italia	PFPM	PSA
Età media	30,7	29,3	31,3
% Minorenni	3,7	1,2	2,9
Stato civile (%)			
nubile	56,7	43,8	64,6
coniugate	33,9	49,8	24,6
separate/divorziate/vedove	9,4	6,5	10,8
Scolarizzazione (%)			
elementare/ media	37,5	56,4	21,7
diploma media superiore	46,9	36,3	46,7
laurea	15,5	7,3	31,7
Occupazione (%)			
occupate	61,1	52,1	56,5
disoccupate/in cerca di lavoro	13,0	20,9	12,9
casalinghe	13,3	23,0	11,3
studentesse /altre	12,7	4,1	19,4

2.2.2 Anamnesi ostetrica

La conoscenza della storia riproduttiva delle donne che richiedono l'IVG è importante per comprendere il fenomeno. La Tabella 2.4 riporta l'anamnesi ostetrica delle donne che hanno effettuato l'IVG nel 2009.

Tra le straniere PFPM che interrompono la gravidanza è più alta la proporzione di quelle con figli: il 35,6% risulta primipara, rispetto al 50,6% delle italiane. Questo dato è in accordo con la maggior fecondità osservata tra la popolazione generale delle donne straniere.

Non emergono differenze significative per cittadinanza riguardo ai precedenti aborti spontanei, mentre tra le PFPM è maggiore la proporzione di donne che hanno avuto precedenti IVG: una su quattro ne ha avuta almeno una e il 16,1% ne ha avute due o più. Analizzando il dato per Paese di provenienza, emerge una differenza di comportamento tra le varie etnie: il fenomeno delle IVG ripetute coinvolge in particolar modo le peruviane, le nigeriane e le romene (Figura 2.7).

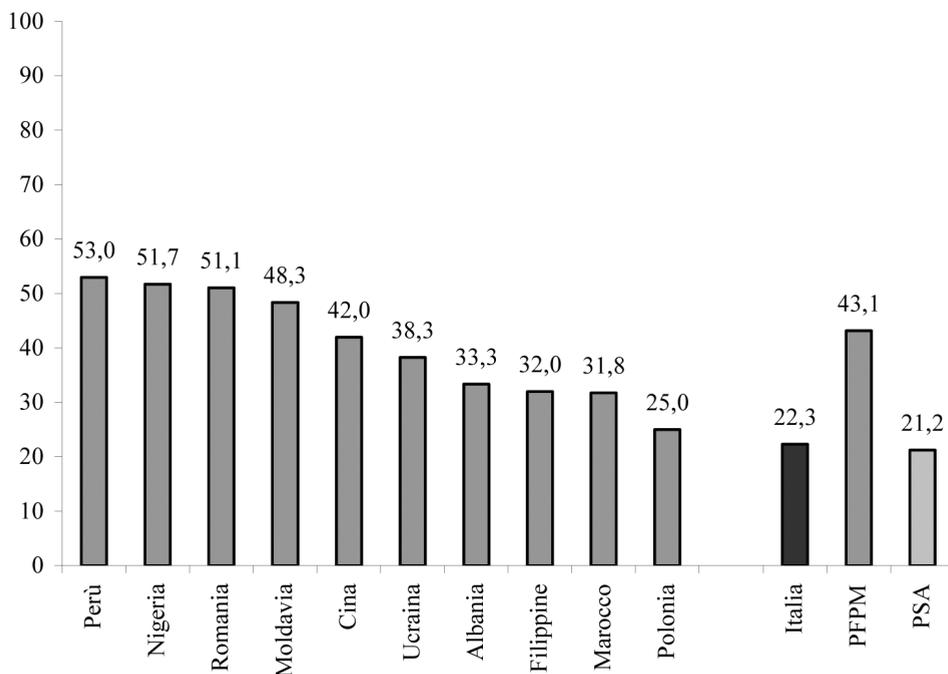
Tabella 2.4

Anamnesi ostetrica delle donne che sono ricorse all'interruzione volontaria di gravidanza in Toscana per Paese di provenienza - Anno 2009

Indicatore	Paese di provenienza		
	Italia	PFPM	PSA
% primipare	50,6	35,6	43,9
Aborti spontanei precedenti (%)			
Nessuno	87,9	86,4	89,7
Uno	9,8	10,1	8,8
Due o più	2,3	3,5	1,5
IVG precedenti (%)			
Nessuna	78,6	58,9	77,3
Una	16,7	25,0	18,2
Due o più	4,7	16,1	4,5

Figura 2.7

Proporzione di interruzioni volontarie di gravidanza ripetute per Paese di provenienza - Periodo 2008-2009



2.2.3 Certificazione, tempo di attesa, luogo di intervento

La certificazione è il documento con cui si attesta lo stato di gravidanza e la richiesta della donna di interrompere la gravidanza, oltre all'invito a soprassedere per sette giorni. Trascorso tale periodo, la donna può presentarsi presso le sedi autorizzate per ottenere l'interruzione di gravidanza.

Si osserva una generale tendenza all'aumento del ruolo dei consultori familiari per il rilascio di tale documento (Tabella 2.5), prevalentemente determinato dal contributo delle donne straniere che ricorrono più frequentemente al consultorio in quanto a più bassa soglia di accesso e dove è spesso presente il mediatore culturale. Nel 2009, l'autorizzazione è stata rilasciata dal consultorio familiare al 61,4% delle donne straniere PFPM, mentre è meno frequente il rilascio da parte del medico di fiducia (24%) o del servizio ostetrico-ginecologico (13%).

Il tempo di attesa tra l'autorizzazione all'IVG e l'effettuazione dell'intervento è generalmente più lungo per le donne straniere, indicando un problema di accessibilità

ai servizi. Il 43,6% delle straniere PFPM attende più di 15 giorni, rispetto al 39,5% delle italiane. Percentuali elevate di tempi di attesa oltre le 2 settimane vanno valutate con attenzione, in quanto possono segnalare presenza di difficoltà nell'applicazione della legge. Tuttavia, va considerato che i tempi di attesa possono risultare brevi se la donna si rivolge ai servizi ad epoca gestazionale abbastanza avanzata, al fine di effettuare l'intervento nel tempo stabilito dalla legge.

Nella scelta del luogo di intervento, entrambi i gruppi prediligono l'istituto pubblico (Tabella 2.6).

Tabella 2.5

Distribuzione percentuale delle interruzioni volontarie di gravidanza per luogo di rilascio del certificato e Paese di provenienza - Anni 2001-2009

Anno	Consultorio familiare		Medico di fiducia		Servizio Ostetrico Ginecologico		Altra struttura	
	Italia	PFPM	Italia	PFPM	Italia	PFPM	Italia	PFPM
2001	32,4	50,8	43,9	26,4	21,4	18,6	2,4	4,3
2002	31,9	52,1	43,1	26,6	22,0	16,7	3,1	4,6
2003	34,6	53,9	42,2	25,5	21,1	16,7	2,1	4,0
2004	39,4	59,6	39,0	24,1	20,3	15,0	1,3	1,2
2005	38,3	56,6	40,4	25,9	20,0	16,6	1,3	0,9
2006	39,3	58,9	35,8	24,1	23,8	16,3	1,1	0,8
2007	35,2	56,6	39,1	24,3	24,3	18,6	1,5	0,6
2008	37,5	56,6	38,9	26,3	22,4	16,2	1,2	0,8
2009	44,1	61,4	35,7	24,2	18,3	13,3	2,0	1,1

Tabella 2.6

Tempo di attesa e luogo di intervento dell'interruzione volontaria di gravidanza per Paese di provenienza - Anno 2009

Indicatore	Paese di provenienza		
	Italia	PFPM	PSA
Tempo di attesa (%)			
inferiore a 15 giorni	60,5	56,4	49,3
superiore a 14 giorni	39,5	43,6	50,7
Intervento istituto pubblico (%)	74,4	66,6	60,3
Intervento ambulatorio pubblico (%)	24,2	31,4	38,2

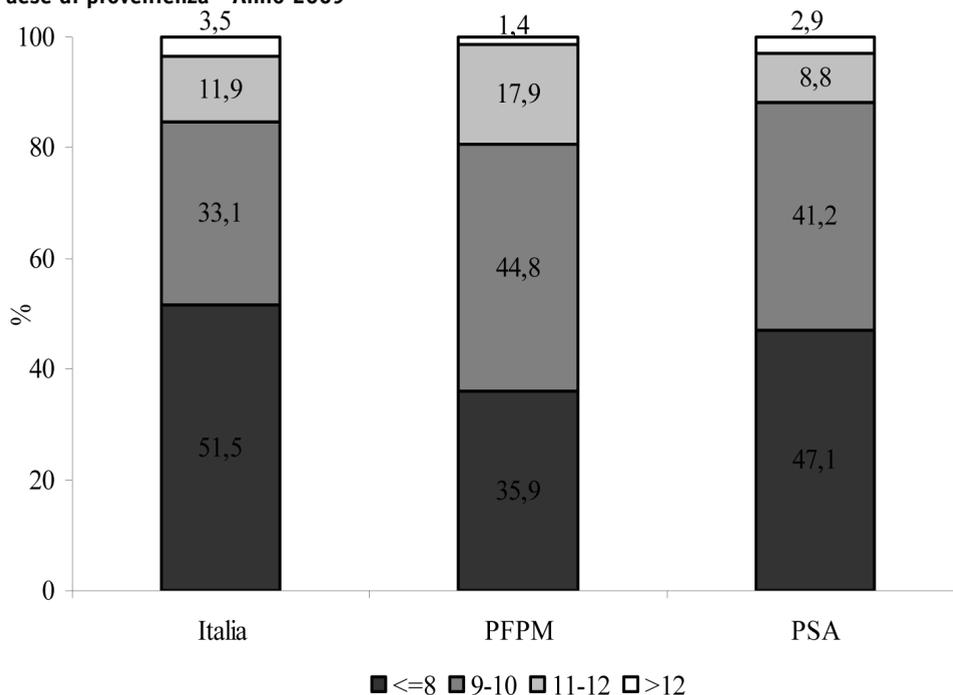
2.2.4 Epoca gestazionale

Riguardo all'epoca gestazionale alla quale viene praticato l'intervento, la distribuzione delle IVG per età gestazionale (Figura 2.8) mostra che le cittadine straniere tendono ad abortire, entro i novanta giorni, a settimane gestazionali più avanzate. Il 17,9% delle IVG effettuate dalle donne straniere PFPM è stato praticato a 11-12 settimane di gestazione, rispetto all'11,9% delle italiane.

Le interruzioni di gravidanza dopo i 90 giorni (rappresentano circa il 3% delle interruzioni di gravidanza e rimangono stabili nel tempo) riguardano, nella gran parte dei casi, gravidanze interrotte in seguito a risultati sfavorevoli delle analisi prenatali, a cui le donne straniere ricorrono meno per difficoltà di accesso e costi non trascurabili. Si osservano infatti percentuali più basse di interventi oltre le 12 settimane per le PFPM (1,4% rispetto al 3,5% delle italiane).

Figura 2.8

Distribuzione percentuale delle interruzioni volontarie di gravidanza per epoca gestazionale e Paese di provenienza - Anno 2009



2.2.5 Modalità di svolgimento dell'interruzione volontaria di gravidanza

Sebbene linee-guida internazionali raccomandino l'impiego dell'anestesia locale, piuttosto che della generale, per un minor rischio di perforazione dell'utero e per una maggiore tutela della salute della donna, nonché per i minori costi, viene spesso data la possibilità di scelta alla paziente. L'intervento risulta così eseguito in anestesia totale nell'83,7% dei casi (88,9% delle straniere PFPM e 79,8% delle italiane).

La metodica secondo Karman risulta la tecnica più utilizzata, seguita dall'isterosuzione e dal raschiamento (Tabella 2.7). L'aborto medico indotto mediante farmaci Mifepristone (RU486) e/o Misoprostol è utilizzato nel 2009 in 58 donne (52 delle quali italiane).

Riguardo alle complicanze immediate dell'IVG, si sono registrate 4 complicanze ogni 1.000 IVG, senza osservare variazioni per cittadinanza.

Tabella 2.7

Modalità di svolgimento dell'IVG per Paese di provenienza - Anno 2009

Indicatore	Paese di provenienza		
	Italia	PFPM	PSA
Anestesia totale (%)	79,8	88,9	81,8
Anestesia locale (%)	17,3	10,0	13,6
Analgesia senza anestesia (%)	0,7	0,5	0,0
Raschiamento (%)	8,7	5,9	11,8
Isterosuzione (%)	19,4	27,5	22,1
Karman (%)	69,2	65,9	61,8

2.3 Parti

La nascita costituisce un evento in cui gli aspetti sociali e culturali si intrecciano strettamente con gli aspetti sanitari. Un'analisi delle modalità e delle caratteristiche della gravidanza e del parto nelle donne straniere non può quindi prescindere da questi aspetti. D'altra parte, in Toscana come nel resto d'Italia, l'assistenza alla nascita rappresenta l'intervento assistenziale più frequente delle strutture sanitarie, in particolare per le donne straniere, come menzionato nel Capitolo 3. Nel 2010, in Toscana, il parto vaginale senza complicazioni e il taglio cesareo senza complicazioni costituiscono rispettivamente il secondo (22.995) e il settimo (7.916) dei primi 10 DRG degli acuti in regime ordinario. Le informazioni maggiormente dettagliate sull'assistenza in gravidanza sono quelle raccolte al momento della nascita e desunte dai certificati di assistenza al parto. È importante ricordare che la gravidanza è una condizione di salute e non di malattia e interessa una popolazione particolarmente composita e con caratteristiche in rapida evoluzione.

Il numero di parti da donne straniere in Toscana è negli ultimi 10 anni più che raddoppiato (Tabella 2.8): si passa da 3.473 parti nel 2001 a 8.267 nel 2010. Nel 2010, il 25,5% dei parti è da attribuire a donne di nazionalità straniera con distribuzioni diverse all'interno delle Aziende sanitarie toscane (Figura 2.9): nell'AUSL di Prato, più della metà delle donne che partorisce è straniera, mentre nelle altre AUSL toscane la proporzione di madri straniere varia dal 14,2% nell'AUSL di Massa-Carrara al 35,8% nell'AUSL di Empoli. È quest'ultima a registrare l'incremento maggiore nel tempo (erano il 19,6% i parti da donne straniere nel 2001), a dimostrazione della modificazione della distribuzione della presenza straniera sul territorio: se fino a una decina di anni fa gli stranieri erano concentrati soprattutto nella zona di Prato, Firenze e Arezzo, ultimamente si stanno espandendo nell'empolese, probabilmente dettata da fenomeni di tipo economico e produttivo. Il 95,3% delle madri straniere proviene dai cosiddetti Paesi a forte pressione migratoria (straniere PFP) e il 4,7% dai Paesi a sviluppo avanzato (straniere PSA). Considerando il Paese di provenienza (Tabella 2.9), emergono essenzialmente quattro etnie con le quali si supera il 60% dei parti effettuati da madre straniera in Toscana: le cinesi (20,2%), le albanesi (17,5%), le rumene (14,2%) e le marocchine (9,7%). I parti da donne pakistane, negli ultimi due anni, sono quasi raddoppiati (+40,7%); elevato è l'incremento dei parti da donne provenienti dall'Ucraina (+36,3%). D'altra parte tra il 2009 e il 2010 si è registrata una diminuzione percentuale pari al 34,1% dei parti delle donne serbe. Le nazionalità più rappresentative (Cina, Albania, Romania e Marocco) sono pressoché stabili, ad eccezione di un lieve aumento dei parti (+5,8%) delle donne rumene.

Tabella 2.8**Distribuzione dei parti per Paese di provenienza della madre - Anni 2001-2010**

Anno	Italia	PFPM	PSA	n.r.	Totale
<i>Valori assoluti</i>					
2001	23.955	3.119	354	35	27.463
2002	23.980	3.574	315	27	27.896
2003	24.518	3.780	286	182	28.766
2004	25.137	4.498	346	125	30.106
2005	25.132	5.022	392	118	30.664
2006	25.323	5.656	358	116	31.453
2007	25.399	6.513	388	59	32.359
2008	25.229	7.024	386	167	32.806
2009	24.083	7.605	374	166	32.228
2010	24.169	7.880	387	128	32.564
<i>Valori percentuali</i>					
2001	87,3	11,4	1,3	-	100,0
2002	86,0	12,8	1,1	-	100,0
2003	85,8	13,2	1,0	-	100,0
2004	83,8	15,0	1,2	-	100,0
2005	82,3	16,4	1,3	-	100,0
2006	80,8	18,0	1,1	-	100,0
2007	78,6	20,2	1,2	-	100,0
2008	77,3	21,5	1,2	-	100,0
2009	75,1	23,7	1,2	-	100,0
2010	74,5	24,3	1,2	-	100,0

Figura 2.9

Proporzione di parti di donne straniere sul totale dei parti avvenuti in Toscana per Azienda sanitaria di evento - Anno 2010

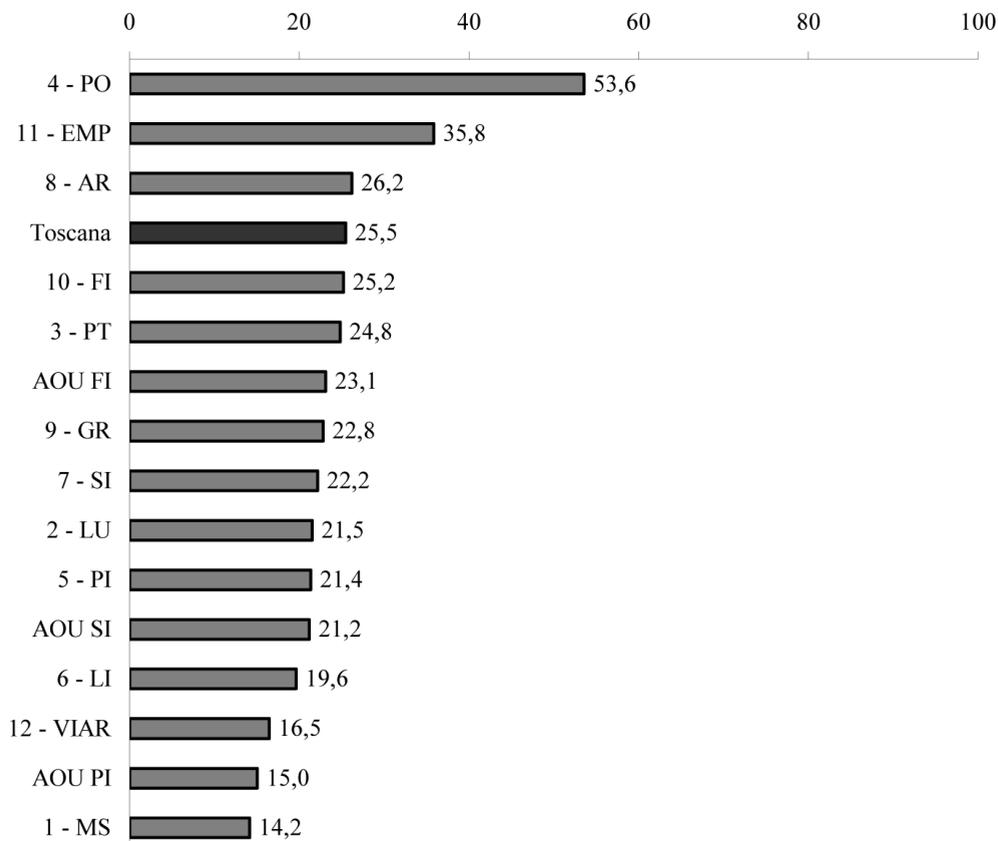


Tabella 2.9**Distribuzione dei parti per Paese di provenienza della madre - Anni 2009-2010**

Paese di provenienza	2009-2010		2009		2010		Variazione % 2009-2010
	N.	%	N.	%	N.	%	
Cina	3.275	20,2	1.629	20,4	1.646	19,9	1,0
Albania	2.836	17,5	1.420	17,8	1.416	17,1	-0,3
Romania	2.313	14,2	1.124	14,1	1.189	14,4	5,8
Marocco	1.581	9,7	792	9,9	789	9,5	-0,4
Perù	359	2,2	179	2,2	180	2,2	0,6
Polonia	329	2,0	169	2,1	160	1,9	-5,3
Senegal	314	1,9	149	1,9	165	2,0	10,7
Filippine	302	1,9	136	1,7	166	2,0	22,1
Nigeria	269	1,7	132	1,7	137	1,7	3,8
Tunisia	253	1,6	126	1,6	127	1,5	0,8
Bangladesh	230	1,4	104	1,3	126	1,5	21,2
Macedonia	228	1,4	124	1,6	104	1,3	-16,1
Russia	224	1,4	104	1,3	120	1,5	15,4
India	223	1,4	107	1,3	116	1,4	8,4
Sri Lanka (Ceylon)	222	1,4	104	1,3	118	1,4	13,5
Serbia	209	1,3	126	1,6	83	1,0	-34,1
Moldavia	202	1,2	99	1,2	103	1,2	4,0
Brasile	200	1,2	93	1,2	107	1,3	15,1
Pakistan	195	1,2	81	1,0	114	1,4	40,7
Ucraina	189	1,2	80	1,0	109	1,3	36,3
Altro	2.293	14,1	1.101	13,8	1.192	14,4	8,3
Totale straniere	16.246	100	7.979	100	8.267	100	3,6

2.3.1 Caratteristiche socio-demografiche delle mamme

Le caratteristiche socio-demografiche delle italiane sono diverse sia da quelle delle straniere PFPM sia, seppure in altri termini, da quelle delle straniere PSA.

Come mostra la Figura 2.10, le straniere PFPM sono più giovani (età al parto: 28,1 anni rispetto ai 33,2 delle italiane); ciò a causa della differente distribuzione dell'età e del differente comportamento riproduttivo, anticipato di circa un quinquennio rispetto a quello delle donne italiane (Figura 2.11).

Le straniere PFPM hanno un livello di scolarizzazione più basso (il 57,0% delle straniere PFPM dichiara di avere al più la licenza di scuola media inferiore, rispetto al 21,1% delle italiane) e, tra di loro, è più bassa la quota di donne che sono alla prima gravidanza (46,8% rispetto al 54,5% delle italiane) e presentano livelli più bassi di occupazione (38,5% rispetto al 79,0% delle italiane).

Le straniere PSA partoriscono mediamente in età più avanzata delle nostre connazionali (33,9 anni), hanno livelli di istruzione molto alti (è laureato il 58,0% delle PSA rispetto al 30,6% delle italiane e al 10,6% delle PFPM) ma, rispetto alle italiane, livelli più bassi di occupazione.

Da notare le ampie differenze che si osservano quando si analizzano le macroaree di cittadinanza (Tabella 2.10): le albanesi sono le donne che partoriscono in età più giovane, le cinesi sono quelle che hanno un livello di scolarizzazione più basso, le marocchine e le albanesi hanno i più bassi livelli di occupazione, mentre il 65,7% delle cinesi e il 55,9% delle peruviane risultano occupate. Le rumene sono primipare in proporzione maggiore rispetto alle italiane (57,7% rispetto al 54,5%).

Riguardo agli stili di vita, dal 2003, nel certificato di assistenza al parto viene rilevato il numero di sigarette al giorno fumate in gravidanza.

In metanalisi di studi di coorte, il fumo materno risulta associato a un aumentato rischio di mortalità perinatale e morte improvvisa del lattante, aborto spontaneo e basso peso alla nascita (Di Franza et al, 1995), distacco placentare, rottura prematura delle membrane, gravidanza ectopica e placenta previa (Castles et al, 1999), parto pretermine (Shah et al, 2000), sviluppo di labio-palatoschisi nel bambino (Clausson B, 1998).

Sebbene le donne straniere PFPM abbiano in generale una minor attitudine al fumo in gravidanza (il 6,0% delle PFPM fuma almeno una sigaretta in gravidanza rispetto al 10,3% delle italiane), si deve tenere in considerazione che il 19,1% delle polacche e il 19,3% delle romene non rinuncia alla sigaretta.

L'attività di comunicazione su questa tematica è essenziale per ridurre la propensione al fumo in gravidanza. Le linee-guida sulla gravidanza fisiologica raccomandano ai professionisti di chiedere già al primo contatto con la donna in gravidanza se fuma e, in caso positivo, discutere la sua condizione di fumatrice offrendole informazioni circa i rischi per il nascituro associati al fumo, enfatizzando i benefici che derivano dalla scelta di smettere di fumare.

Figura 2.10
Età media al parto per Paese di provenienza - Anni 2001-2010

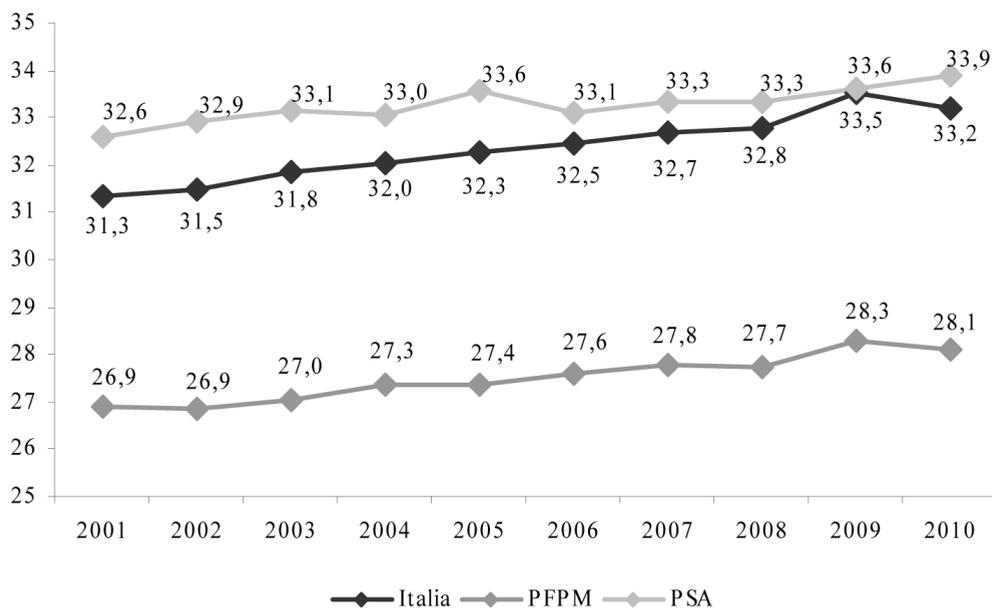


Figura 2.11
Distribuzione percentuale dei parti per età della madre e Paese di provenienza - Anno 2010

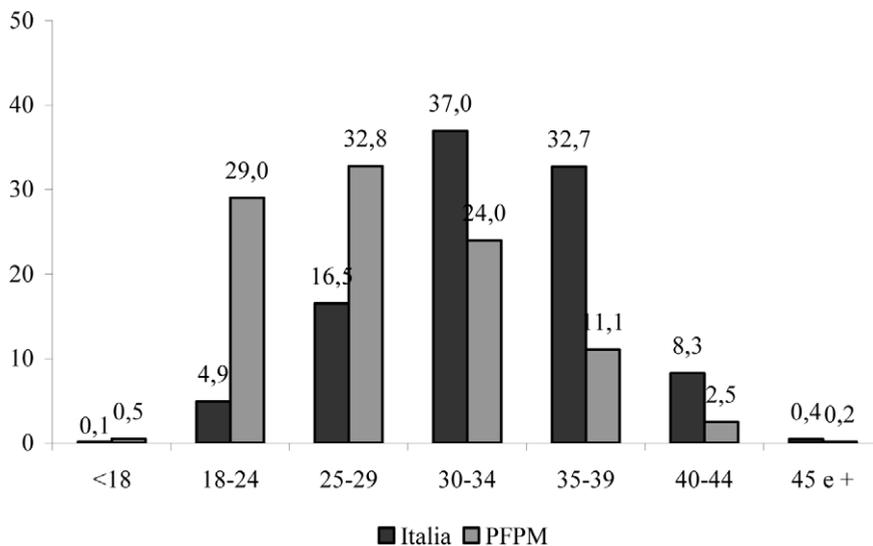


Tabella 2.10

Caratteristiche socio-demografiche delle donne che hanno partorito in Toscana per Paese di provenienza - Periodo 2009-2010

Paese di provenienza	età media al parto	Proporzione di donne		
		con titolo di studio basso	primipare	occupate
Cina	27,3	83,3	42,0	65,7
Albania	25,8	62,5	51,6	24,6
Romania	28,1	33,5	57,7	44,3
Marocco	28,0	69,5	41,5	13,9
Perù	30,5	39,2	46,2	55,9
Polonia	30,7	16,4	53,2	53,8
Altre Africa Nord	28,9	45,3	31,0	10,6
Africa centro-sud	30,4	60,5	35,3	29,8
Altre America Centro-Sud	29,8	32,6	50,1	41,2
Altre Asia [§]	29,4	46,8	44,8	30,4
Altre Europa centro-est	28,3	44,8	46,5	32,8
Totale PFPM	27,9	57,0	46,8	38,5
Totale PSA	33,7	8,3	48,4	66,8
Italia	33,1	21,1	54,5	79,0

[§] Escluso Cina, Giappone e Israele.

2.3.2 Dove è stata seguita principalmente la gravidanza

Il punto di riferimento del percorso nascita del servizio sanitario della Toscana è il consultorio. L'attività dei consultori presenti sul territorio regionale è principalmente orientata alla tutela della salute della donna in relazione all'esperienza della maternità e alla specificità del vissuto femminile ad ogni età, la tutela della salute e della qualità della vita nell'infanzia e nell'adolescenza e lo sviluppo della capacità di fare scelte responsabili di procreazione e di svolgere il ruolo genitoriale. L'intera équipe consultoriale accompagna la donna durante tutto il percorso nascita, sostenendola fisicamente ed emotivamente. In alcuni consultori sono presenti i mediatori culturali che aiutano le donne straniere ad orientarsi in un Paese che ha pratiche e strutture diverse da quello di origine. La legislazione italiana tutela la maternità consentendo un accesso libero e gratuito ai servizi anche alle donne non in regola con le norme di ingresso e di soggiorno.

In Toscana sono i consultori che seguono prevalentemente le donne straniere: il 65,6% delle donne straniere PFPM verso l'11,8% delle italiane. Le donne italiane sono seguite nel 74,4% dei casi dal ginecologo privato.

L'afferenza al consultorio non è la stessa per tutte le donne straniere (Tabella 2.11): le donne cinesi scelgono il consultorio in proporzione maggiore (85,8%), mentre sono le polacche a presentare il valore inferiore. Circa la metà delle polacche viene seguita dal ginecologo privato.

In generale le donne straniere sembrano seguire prevalentemente un modello di assistenza dell'ostetrica (*midwife-led model*), il quale trova il suo fondamento nel concetto che la gravidanza e la nascita sono eventi fisiologici basati sulla naturale capacità della donna di vivere l'esperienza della nascita, accompagnata dalla quantità minima di interventi necessari.

Sebbene la proporzione di donne che dichiara di non essere seguita da nessuna struttura in gravidanza sia in diminuzione, rimane comunque un 5,6% delle donne straniere PFPM che risulta "non seguita" rispetto al 2,1% delle donne italiane.

Tabella 2.11

Dove è stata seguita principalmente la gravidanza: donne che hanno partorito in Toscana per Paese di provenienza e struttura - Periodo 2009-2010

Paese di provenienza	Nessuna struttura	Consultorio	Ospedale	Studio privato	n.r.	Totale
<i>Valori assoluti</i>						
Cina	159	2.636	185	91	204	3.275
Albania	121	1.878	404	322	111	2.836
Romania	136	1.168	382	509	118	2.313
Marocco	72	1.115	237	71	86	1.581
Perù	22	163	79	38	57	359
Polonia	14	105	43	143	24	329
Altre Africa Nord	25	223	93	21	44	406
Africa Centro-Sud	37	493	142	58	53	783
Altre America Centro-Sud	20	257	106	243	48	674
Altre Asia [§]	83	837	220	160	67	1.367
Altre Europa centro-est	124	718	281	341	83	1.547
Totale PFPM	815	9.596	2.173	1.999	902	15.485
Totale PSA	25	152	115	417	52	761
Italia	968	5.412	5.324	34.009	2.539	48.252
<i>Valori percentuali</i>						
Cina	5,2	85,8	6,0	3,0	-	100,0
Albania	4,4	68,9	14,8	11,8	-	100,0
Romania	6,2	53,2	17,4	23,2	-	100,0
Marocco	4,8	74,6	15,9	4,8	-	100,0
Perù	7,3	54,0	26,2	12,6	-	100,0
Polonia	4,6	34,4	14,1	46,9	-	100,0
Altre Africa Nord	6,9	61,6	25,7	5,8	-	100,0
Africa Centro-Sud	5,1	67,5	19,5	8,0	-	100,0
Altre America Centro-Sud	3,2	41,1	16,9	38,8	-	100,0
Altre Asia [§]	6,4	64,4	16,9	12,3	-	100,0
Altre Europa centro-est	8,5	49,0	19,2	23,3	-	100,0
Totale PFPM	5,6	65,8	14,9	13,7	-	100,0
Totale PSA	3,5	21,4	16,2	58,8	-	100,0
Italia	2,1	11,8	11,7	74,4	-	100,0

[§] Escluso Cina, Giappone e Israele.

2.3.3 Esami in gravidanza

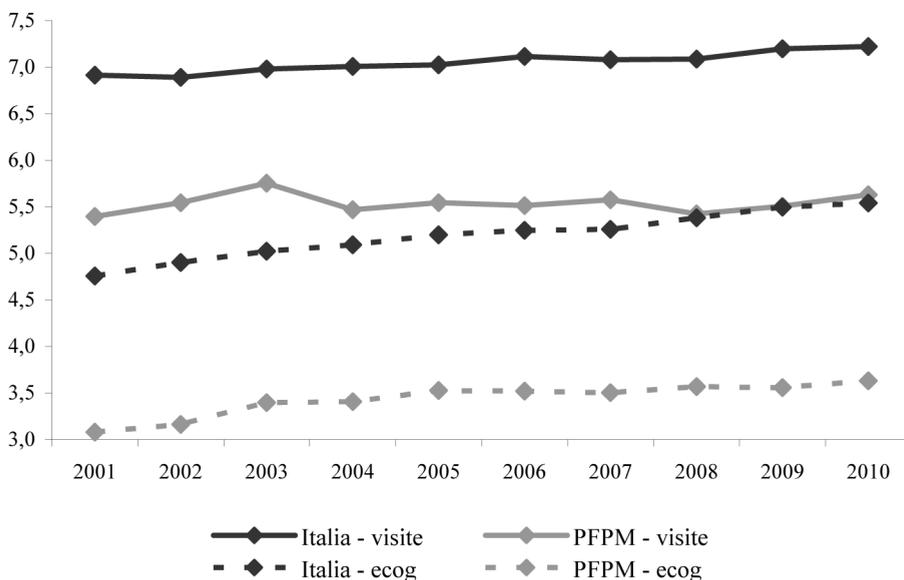
La Regione Toscana ha da tempo elaborato, in collaborazione con la Federazione toscana degli Ordini dei medici e avvalendosi della consulenza dei medici di medicina generale, specialisti e ostetriche, protocolli di prestazioni da assicurare alla donna in gravidanza contestualizzati nel “libretto di gravidanza”. Il libretto di gravidanza, che ogni donna può ritirare presso un consultorio della propria AUSL, è lo strumento utile per ottenere l'esenzione da ticket per tutte le prestazioni indicate e rappresenta per la donna uno strumento informativo che aiuta a renderla consapevole dei tempi e dei motivi delle prescrizioni sanitarie.

Mentre quasi tutte le donne italiane eseguono in gravidanza almeno le indagini previste dal protocollo regionale (95,8%), il 13,1% le straniere PFPM dichiara di non averlo seguito, proporzione quest'ultima in diminuzione negli ultimi dieci anni.

Tra gli esami in gravidanza, le donne straniere PFPM effettuano, rispetto alle donne italiane, meno visite e meno ecografie, anche se il numero medio di visite ed ecografie da esse effettuate risultano in aumento negli anni e mediamente adeguati: 5,6 e 3,6 rispettivamente (Figura 2.12). Quello che emerge come elemento critico dell'assistenza alle donne straniere è il ritardo con il quale queste arrivano al primo accesso alle strutture sanitarie durante la gravidanza: contrariamente alle indicazioni dell'OMS, il 16,4% delle straniere PFPM (rispetto al 2,5% delle italiane) effettua il primo controllo a 12 o più settimane di gravidanza e il 19,0% effettua meno delle 3 ecografie previste dal protocollo regionale (rispetto al 2,3% delle italiane). Si registra tuttavia una tendenza alla riduzione di queste frequenze: nel 2003 erano il 23,6% le PFPM che effettuavano la prima visita dopo il terzo mese di gravidanza e il 22,6% quelle che effettuavano meno di 3 ecografie. Le cinesi sono quelle che ricorrono meno alle prestazioni raccomandate e che presentano maggiori problemi in termini di accessibilità alle visite e alle ecografie: mediamente fanno 2,7 ecografie, 3,7 visite, il 35,5% effettua la prima visita dopo i tre mesi di gravidanza e il 43,8% effettua meno di tre ecografie (Tabella 2.12).

Due revisioni sistematiche della letteratura (Villary, 2003; Carroli et al, 2003), condotte in quattro paesi sviluppati e in tre paesi in via di sviluppo, hanno evidenziato che una riduzione del numero delle visite si correla a una diminuzione della soddisfazione delle donne rispetto all'assistenza ricevuta. Il numero di visite effettuato sembra inoltre dipendere (Clement, 1996) da come esse vengono gestite: le donne si ritengono soddisfatte anche ad effettuare un numero minore di visite qualora nel corso di queste il professionista sia in grado di dare spazio allo scambio informativo e di assicurare un buon livello di comunicazione.

La letteratura non è in grado di individuare il numero ottimale di visite da effettuare in gravidanza. Quello che emerge fortemente è come un buon livello di comunicazione tra professionista e paziente riesca a limitare il numero di visite.

Figura 2.12
Numero medio di visite e ecografie eseguite in gravidanza per Paese di provenienza - Anni 2001-2010

Tabella 2.12
Esami in gravidanza effettuati da donne che hanno partorito in Toscana per Paese di provenienza Periodo 2009-2010

Paese di provenienza	Visite (media)	Ecografie (media)	Nessuna visita %	Nessuna ecografia %	Prima visita oltre il primo trimestre %	Meno di tre ecografie %
Cina	3,7	2,7	3,4	3,5	35,5	43,8
Albania	6,1	3,7	3,5	3,4	9,3	9,7
Romania	6,2	4,1	4,6	4,5	9,9	11,7
Marocco	5,6	3,5	4,0	3,7	14,5	14,8
Perù	6,6	3,6	7,5	6,2	8,2	13,6
Polonia	6,7	4,6	3,8	3,1	6,0	8,9
Altre Africa Nord	5,8	3,4	5,7	5,1	9,3	18,8
Africa Centro-Sud	5,8	3,6	3,4	3,5	14,6	15,4
Altre America Centro-Sud	6,8	4,5	1,5	1,9	6,2	5,3
Altre Asia [§]	5,8	3,7	5,4	4,9	14,4	14,1
Altre Europa Centro-Est	6,1	4,0	6,0	5,3	9,9	14,2
Totale PFPM	5,6	3,6	4,1	4,0	16,4	19,0
Totale PSA	7,0	5,0	3,1	2,7	4,5	4,6
Italia	7,2	5,5	1,5	1,4	2,5	2,3

[§] Escluso Cina, Giappone e Israele.

2.3.4 Diagnosi prenatale

L'amniocentesi e la villocentesi sono due tecniche di diagnosi prenatale invasiva che, attraverso il prelievo del liquido amniotico o dei villi coriali, consentono di analizzare i cromosomi del feto e di individuarne possibili anomalie che si associano a patologie neonatali, fra cui la più conosciuta è la Sindrome di Down. La villocentesi si effettua entro la 12esima settimana, mentre l'amniocentesi si pratica tra la 15esima e la 19esima. La proporzione di donne straniere che ricorre a tali esami è decisamente più bassa rispetto a quanto si osserva per le italiane (6,2% delle straniere PFPM contro il 28,5% delle italiane). La proporzione rimane inferiore anche oltre i 35 anni, età che definisce la soglia oltre la quale l'esame è offerto gratuitamente: il 14,2% delle straniere PFPM effettua l'amniocentesi o la villocentesi, rispetto al 48,4% delle italiane.

Negli ultimi anni si registra una riduzione al ricorso a queste diagnosi prenatali invasive (**Tabella 2.13**) grazie all'introduzione del test combinato che si effettua nel primo trimestre di gravidanza. Il test combinato è un test di screening non invasivo che utilizza per il calcolo del rischio di malattia cromosomica del feto la misura della traslucenza nucale e il bitest (dosaggio della proteina PAPP-A e dell'ormone free Beta hCG nel sangue materno). La stima del rischio di anomalie fetali è ottenuta combinando le informazioni desunte dall'esame sierologico e ostetrico con l'età materna e l'epoca gestazionale. Purtroppo, ad oggi, non è possibile rilevare, attraverso lo strumento del certificato di assistenza al parto, informazioni sulla frequenza reale dell'utilizzo del test combinato. È necessario, comunque, come emerge dalla revisione sistematica di Green et al. del 2004, informare adeguatamente le donne anche personalmente e individualmente piuttosto che in gruppo. Il minor ricorso alla diagnosi prenatale, soprattutto nelle donne straniere, deriva inoltre dalla minor probabilità che il test sia offerto e una minore probabilità di adesione quando il test viene offerto.

Tabella 2.13

Percentuale di donne che effettuano l'amniocentesi o la villocentesi per cittadinanza ed età - Anni 2001-2010

Anno	Eta materna			
	<35 anni		≥ 35 anni	
	Italiane	PFPM	italiane	PFPM
2001	28,5	4,3	66,1	29,0
2002	26,7	4,1	66,1	28,0
2003	26,5	4,0	67,5	27,1
2004	26,6	3,9	66,7	26,1
2005	24,5	3,8	66,7	30,4
2006	23,0	4,2	63,7	31,2
2007	19,5	3,5	58,3	22,6
2008	17,5	3,6	55,5	24,5
2009	16,0	3,3	53,4	22,0
2010	14,2	3,8	48,4	20,9

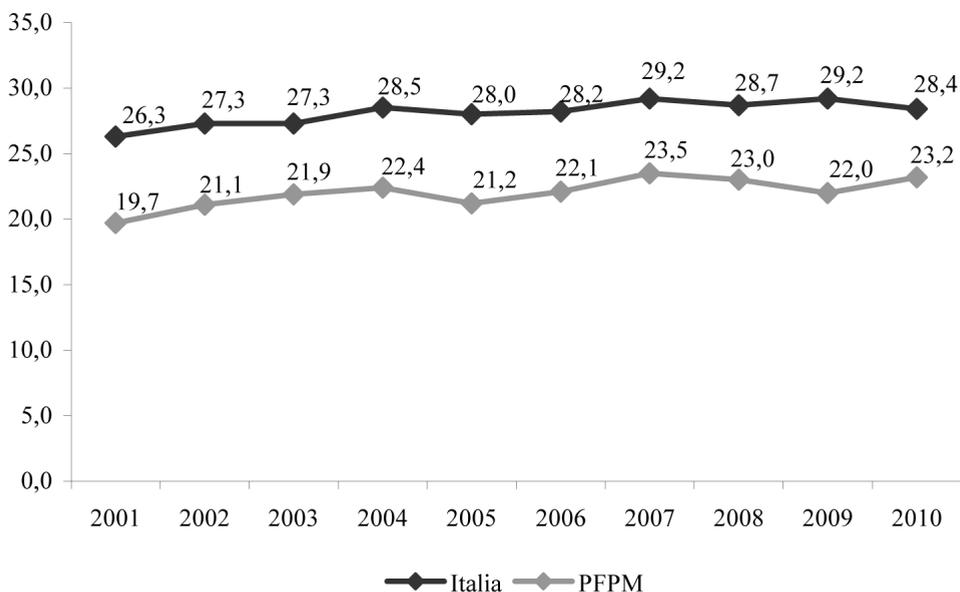
2.3.5 Il parto con taglio cesareo

Nel corso degli anni la proporzione di donne che partorisce con taglio cesareo presenta un modesto trend crescente (**Figura 2.13**) stabilizzandosi al 27,1%. Questa proporzione, sebbene buona a livello nazionale, supera la soglia del 10-15% che, secondo l'OMS, garantisce il massimo beneficio complessivo per la madre e il feto (WHO, 1985) e si discosta notevolmente anche dagli standard europei riportati nel rapporto Euro-Peristat del 2008 sulla salute materno-infantile.

Diversamente dalle italiane, le straniere PFPM, nel complesso, ricorrono con minor frequenza al parto cesareo, non solo per la minor età al momento del parto, ma probabilmente anche per fattori culturali e identitari che costituiscono una sorta di protezione contro la forte medicalizzazione del parto presente nelle donne italiane. Se si considerano i parti singoli, a termine, con presentazione vertice del neonato e le donne primipare, la proporzione di parti con taglio cesareo si mantiene comunque più bassa nelle straniere (17,2% contro il 22,2% delle italiane). Tuttavia, aggiustando per età, parità, titolo di studio, genere del parto, aborti spontanei precedenti, *body mass index* (BMI - indice di massa corporea) e struttura di erogazione, non emerge una differenza statisticamente significativa tra i due gruppi. Differenze significative emergono tra le diverse etnie: le donne cinesi e le donne dell'Europa centroorientale (ad esclusione di Romania, Albania e Polonia) presentano un minor rischio di parto con taglio cesareo rispetto alle italiane.

Figura 2.13

Proporzione di parti cesarei per Paese di provenienza - Anni 2001-2010



2.3.6 Presenza di una persona di fiducia della donna in sala parto

Uno studio Cochrane 2002 ha analizzato gli effetti del sostegno durante il travaglio e il parto. Le figure di sostegno non erano omogenee, ma si trattava o dei familiari stessi della donna, o di figure di sostegno professionali, o di persone comunque scelte dalla donna.

Dallo studio è emerso che la presenza di una figura di sostegno durante il travaglio e il parto si associa a una sostanziale diminuzione della frequenza dell'accelerazione farmacologica del travaglio. Inoltre, i travagli erano più brevi ed era minore la richiesta di analgesici o di epidurale, diminuivano i parti operativi, i tagli cesarei, era minore la percentuale di neonati con un basso punteggio Apgar al quinto minuto di vita ed era minore il bisogno del neonato di terapia intensiva o ricoveri in pediatria. Quest'ultimo punto non è più stato confermato in una ancora più ampia ricerca (Hodnett 2003), mentre la riduzione dei tagli cesarei è confermata solo quando la persona di sostegno è esterna all'ospedale.

Alcuni studi hanno anche osservato una diminuzione dei danni perineali, una minor frequenza di problemi di allattamento associata a una più lunga durata dello stesso, una minore percentuale delle depressioni post-partum e una maggiore soddisfazione della donna e dei familiari.

Dai dati del certificato di assistenza al parto del 2010 emerge una differenza tra le donne straniere PFPM e le italiane nel sostegno in sala parto: l'84,1% delle prime ha avuto accanto a sé al momento del parto (esclusi i cesarei) una persona di fiducia rispetto al 93,1% delle donne italiane. Per le donne straniere, nella maggior parte dei casi, è il padre del bambino che assiste la donna in sala parto, anche se in proporzione inferiore alle donne italiane (76,2% rispetto all'89,3%). Considerando il fenomeno per Paese di provenienza (Tabella 2.14), le straniere PFPM risultano, a differenza delle italiane, più frequentemente sole: in particolar modo le donne cinesi e le donne africane. Interessante è osservare come le donne straniere abbiano accanto a sé, al momento del parto, una persona diversa dal marito in proporzione maggiore rispetto alle italiane. Il padre del neonato è la persona che più frequentemente è presente in sala parto, ma in proporzione diversa tra i paesi di provenienza: sono le donne dell'Africa centro-meridionale a presentare la proporzione inferiore (64,9%), mentre le polacche quella superiore (83,0%). Ad una minor presenza del padre nelle donne straniere, si registra una maggior presenza di un familiare (6,4% per le donne PFPM rispetto al 3,0% per le donne italiane), soprattutto per le donne provenienti dai paesi dell'America centro-meridionale. Circa tre donne su dieci provenienti da paesi dell'Africa centro-meridionale non hanno accanto a sé, in sala parto, una persona di fiducia.

Tabella 2.14**Presenza di una persona di fiducia in sala parto per principali paesi di provenienza - Anno 2009-2010**

Paese di provenienza	Padre neonato	Familiare	Persona fiducia partoriente	Nessuno	n.r.	Totale
<i>Valori assoluti</i>						
Cina	2.154	104	27	560	8	2.853
Albania	1.690	181	40	262	75	2.248
Romania	1.226	129	40	251	127	1.773
Marocco	814	87	37	218	52	1.208
Perù	188	19	7	36	3	253
Polonia	186	4	4	30	28	252
Altre Africa del Nord	199	10	4	58	22	293
Africa centro-sud	318	28	11	133	4	494
Altre America Centro-Sud	318	26	17	48	28	437
Altre Asia [§]	721	65	19	112	10	927
Altre Europa centro-est	803	82	30	194	128	1.237
Totale PFPM	8.624	735	236	1.905	485	11.985
Totale PSA	486	9	6	42	26	569
Italia	29.361	974	271	2.242	1.509	34.357
<i>Valori percentuali</i>						
Cina	75,7	3,7	1,0	19,7	-	100,0
Albania	77,8	8,3	1,8	12,1	-	100,0
Romania	74,5	7,8	2,4	15,3	-	100,0
Marocco	70,4	7,5	3,2	18,9	-	100,0
Perù	75,2	7,6	2,8	14,4	-	100,0
Polonia	83,0	1,8	1,8	13,4	-	100,0
Altre Africa del Nord	73,4	3,7	1,5	21,4	-	100,0
Africa centro-sud	64,9	5,7	2,2	27,1	-	100,0
Altre America Centro-Sud	77,8	6,4	4,2	11,7	-	100,0
Altre Asia [§]	78,6	7,1	2,1	12,2	-	100,0
Altre Europa centro-est	72,4	7,4	2,7	17,5	-	100,0
Totale PFPM	75,0	6,4	2,1	16,6	-	100,0
Totale PSA	89,5	1,7	1,1	7,7	-	100,0
Italia	89,4	3,0	0,8	6,8	-	100,0

[§] Escluso Cina, Giappone e Israele.

2.3.7 Esito del parto

L'incremento della popolazione straniera ha portato con sé l'aumento delle nascite. Le nascite in Toscana presentano, infatti, un trend crescente nell'ultimo decennio (Tabella 2.15): da 27.730 nati vivi nel 2001 si è passati a 33.043 nel 2010. La scomposizione dei dati secondo la cittadinanza dei nati mostra che, mentre le nascite dalla popolazione italiana sono rimaste pressoché costanti, le nascite dalla popolazione straniera PFPM sono in continua crescita, raddoppiando ogni quattro anni circa.

Tabella 2.15

Distribuzione dei nati vivi in Toscana per Paese di provenienza della donna - Anni 2001-2010

Anno	Paese di provenienza				totale
	Italia	PFPM	PSA	<i>n.r.</i>	
<i>Valori assoluti</i>					
2001	24.196	356	3.145	33	27.730
2002	24.251	319	3.594	27	28.191
2003	24.768	290	3.813	185	29.056
2004	25.385	350	4.516	124	30.375
2005	25.352	398	5.042	118	30.910
2006	25.606	362	5.700	116	31.784
2007	25.696	393	6.547	59	32.695
2008	25.541	388	7.068	169	33.166
2009	24.429	382	7.675	166	32.652
2010	24.571	392	7.951	129	33.043
<i>Valori percentuali</i>					
2001	87,4	1,3	11,4	-	100,0
2002	86,1	1,1	12,8	-	100,0
2003	85,8	1,0	13,2	-	100,0
2004	83,9	1,2	14,9	-	100,0
2005	82,3	1,3	16,4	-	100,0
2006	80,9	1,1	18,0	-	100,0
2007	78,7	1,2	20,1	-	100,0
2008	77,4	1,2	21,4	-	100,0
2009	75,2	1,2	23,6	-	100,0
2010	74,7	1,2	24,2	-	100,0

Per quanto riguarda gli esiti della gravidanza (Tabella 2.16), la frequenza di nati vivi di basso peso alla nascita (inferiore a 2.500 grammi) da madre straniera risulta leggermente inferiore a quella dei nati da madre italiana (6,0% contro 7,2%). Questa differenza non è significativa qualora si tenga conto di fattori materni (quali età, parità, fumo in gravidanza e BMI), neonatali (prematùrità) e genere del parto.

L'essere donna straniera PFPM rappresenta un fattore di rischio per la prematurità (nati sotto le 37 settimane di gestazione) solo in caso di parto singolo (6,0% contro 5,3%).

Tabella 2.16

Nati vivi, proporzione di prematuri e di basso peso alla nascita per Paese di provenienza della madre - Nati in Toscana - Periodo 2009-2010

Paese di provenienza	Nati vivi	Nati vivi prematuri %	Nati vivi di basso peso alla nascita %
Cina	3.299	5,6	4,2
Albania	2.859	6,0	3,9
Romania	2.343	9,4	7,1
Marocco	1.600	5,7	5,9
Perù	359	6,4	3,1
Polonia	330	7,3	7,3
Altre Africa Nord	411	6,3	4,6
Africa centro-sud	800	10,6	10,2
Altre America Centro-Sud	679	7,2	6,9
Altre Asia [§]	1.381	9,7	10,3
Altre Europa centro-est	1.550	8,0	6,3
Totale PFPM	15.626	7,2	6,0
Totale PSA	774	7,1	5,6
Italia	49.000	7,2	7,2

[§] Escluso Cina, Giappone e Israele.

Capitolo 3

L'ospedalizzazione della popolazione immigrata

Veronica Casotto

3. L'ospedalizzazione della popolazione immigrata

La letteratura in materia di problemi di salute degli stranieri immigrati divide questi in tre categorie (Pasini, 2005): patologie di importazione, patologie di adattamento e patologie di acquisizione. È necessario tener presente la diversità dei bisogni in relazione ai differenti tempi di immigrazione. Gli immigrati non sono un “mondo unico”: gli individui di nuova migrazione presentano bisogni d’urgenza, gli individui di recente stabilizzazione bisogni di neo-accoglienza, gli individui di antica migrazione bisogni legati al radicamento.

Le malattie d’importazione possono essere legate a differenti eziologie: a fattori ereditari del Paese di origine, a consuetudini quotidiane del contesto di provenienza o ad agenti patogeni infettivi e trasmissibili, endemici nei propri paesi, quali ad esempio tubercolosi, malaria, infezione da HIV, HBC. Le patologie di adattamento sono il risultato dello sforzo di adattamento alla nuova società che possono causare ansia, depressione, nevrosi. Le patologie di acquisizione, infine, dipendono dai fattori di rischio a cui l’immigrato viene sottoposto nel Paese ospite. Generalmente, il migrante che sceglie di espatriare è giovane, in buone condizioni di salute, determinato e stabile psicologicamente, fenomeno che viene chiamato dagli esperti “effetto migrante sano” (Cravero, 2000). L’immigrato però si imbatte in molteplici problemi quotidiani: la ricerca di un alloggio e di un lavoro, l’accesso alle cure sanitarie e via dicendo, problemi che accrescono lo stato di stress emotivo e psicologico, con rilevanti conseguenze sulla salute. L’utilizzo e la conoscenza dei servizi socio-sanitari sono anche influenzati da variabili culturali e relazionali: l’immigrato può, per una sua impostazione culturale, rivolgersi ai servizi sanitari solo in casi urgenti, portando con sé un diverso modo di intendere la salute.

3.1 L’assistenza sanitaria ai cittadini non italiani

Per i cittadini stranieri, comunitari e non, l’iscrizione al Servizio sanitario nazionale (SSN) garantisce parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto riguarda l’assistenza sanitaria erogata. Se un cittadino straniero non ha il permesso di soggiorno, in quanto irregolarmente presente sul territorio nazionale e ha necessità di cure sanitarie, gli viene rilasciato un tesserino “straniero temporaneamente presente” (STP) direttamente dai servizi dell’Azienda sanitaria (punti di accesso ospedalieri, consultorio, distretti e/o centri socio-sanitari abilitati).

Il tesserino ha validità di sei mesi su tutto il territorio italiano ed è rinnovabile in caso di permanenza della persona. La tessera STP assicura l’erogazione di cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti e/o essenziali, continuative per malattia e infortunio, programmi di medicina preventiva, tutela della gravidanza e maternità, tutela salute dei minori, vaccinazioni obbligatorie, profilassi, diagnosi e cura di malattie infettive, cura e riabilitazione in stati di tossicodipendenza.

3.2 Il ricovero ospedaliero negli stranieri temporaneamente presenti

La proporzione degli stranieri temporaneamente presenti (STP) sul totale degli stranieri che si ricoverano in Toscana è in lieve diminuzione: era il 10% nel 2005, il 9,1% nel 2008 (IRPET, 2011), sino a raggiungere il 6,2% nel 2010 (circa 3.000 ricoveri). Questa diminuzione può essere spiegata nella stabilizzazione della popolazione presente sul territorio toscano, che tende a essere sempre più spesso in possesso di validi documenti di soggiorno.

L'incidenza degli STP sul totale delle prestazioni mostra una riduzione di 3,5 punti percentuali tra il 2006 e il 2007, periodo durante il quale il Governo italiano ha emanato due decreti flussi e che ha visto l'ingresso della Romania e della Bulgaria tra gli Stati membri dell'Unione Europea (IRPET, 2011). La maggior parte dei ricoveri STP nel 2010 è stata effettuata da donne (il 62,0%) e la classe di età 20-39 anni è la più rappresentativa (63,0%).

Si registrano differenze tra Aziende sanitarie: nell'AUSL di Prato il 14,3% delle prestazioni a stranieri è spiegato dall'impiego del tesserino STP, mentre lo è per il 9,6% nell'Azienda ospedaliero-universitaria (AOU) di Careggi. Seguono l'AUSL di Massa e Carrara (8,1%) e le AUSL di Firenze (7,0%) e Versilia (7,0%). Le restanti AUSL mostrano una quota di prestazioni inferiore al 5% del totale dei ricoveri di stranieri; nell'AUSL di Pistoia non si registrano ricoveri di STP nel 2009. Il motivo principale di ospedalizzazione¹ per gli stranieri STP di genere maschile riguarda traumatismi e avvelenamenti (19,5% sul totale dei ricoveri STP), seguito da ricoveri per fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie (12,1%) e ricoveri per malattie dell'apparato digerente (11,8%). I disturbi psichici e le malattie infettive rappresentano, rispettivamente, il 9,8% e il 7,3% del totale dei ricoveri. Per quanto riguarda il genere femminile, come prevedibile, i ricoveri per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio sono i più frequenti (63,2%), seguiti dai ricoveri per fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie (6,4%) e dai ricoveri per malattie dell'apparato genitourinario (5,0%).

I codici di diagnosi che identificano i ricoveri per fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie, i cosiddetti codici V, possono descrivere circostanze diverse dai problemi clinici o dai servizi erogati, che influenzano comunque l'andamento del ricovero. Nello specifico, nei ricoveri di entrambi i generi, i codici V identificano, nella maggior parte dei casi (più del 60%), il "nato singolo", ad indicare che il ricovero è concomitante a quello della donna per parto.

¹ Secondo la classificazione internazionale delle malattie ICD9-CM.

3.3 Il ricovero ospedaliero nei cittadini stranieri

La proporzione di cittadini non italiani (STP compresi) che vengono dimessi dalle strutture ospedaliere della Toscana sono in aumento: nel 2000 era il 3,3%, nel 2005 il 4,6% e nel 2010 il 6,8% e la maggior parte di essi proviene dai Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM). L'AUSL di Prato (Tabella 3.1) è l'Azienda che registra il maggior numero di ricoveri effettuati da cittadini stranieri (15,3%), seguita da quella di Empoli (9,1%) e dall'AOU di Careggi (7,9%). I primi tre paesi di provenienza sono, nella quasi totalità dei casi, Romania, Marocco e Albania, ad eccezione delle Aziende di Prato, Firenze e Careggi. Nell'AUSL di Prato, il 54,9% dei ricoveri viene effettuato da cittadini provenienti dalla Cina (Paese che detiene il primo posto); l'Azienda sanitaria di Firenze, oltre alla presenza rumena e albanese, registra l'8,3% dei ricoveri di cittadini peruviani e la Cina risulta il terzo Paese di provenienza nei ricoveri presso l'AOU di Careggi.

Dal 2003 è disponibile da fonte Istat la popolazione straniera residente per genere-cittadinanza, mentre l'informazione età-cittadinanza non è disponibile e, quindi, non è possibile calcolare tassi specifici per età e singola nazionalità.

I tassi di ospedalizzazione presentano un trend decrescente sia per i cittadini italiani sia per gli stranieri PFPM, assestandosi nell'ultimo anno su 560.000 ricoveri per i primi e su 31.000 per i secondi (Figura 3.1).

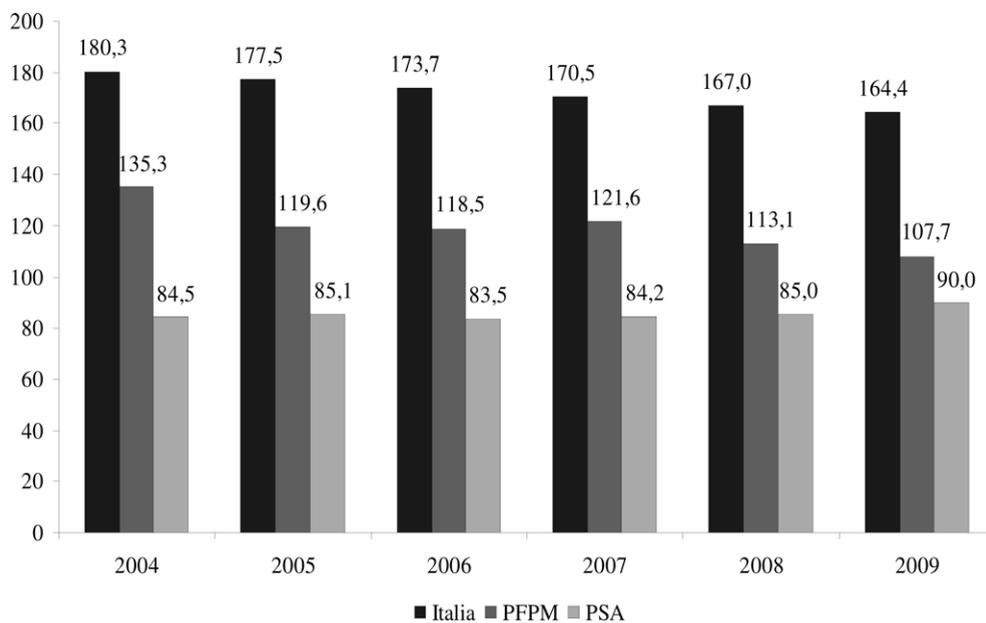
Tabella 3.1

Proporzione di ricoveri effettuati da cittadini non italiani per Azienda sanitaria di erogazione (escluso il ricovero neonato sano) - Anno 2010

Azienda sanitaria di erogazione	% ricoveri effettuati da cittadini non italiani sul totale dei ricoveri	% sul totale dei ricoveri effettuati da cittadini non italiani		
		Primo Paese	Secondo Paese	Terzo Paese
101 - MS	4,6	Romania 32,4	Marocco 15,9	Albania 13,2
102 - LU	5,5	Romania 20,8	Albania 19,9	Marocco 16,3
103 - PT	7,4	Albania 34,3	Romania 21,9	Marocco 9,8
104 - PO	15,3	Cina 54,9	Albania 11,4	Romania 6,3
105 - PI	6,5	Albania 21,9	Romania 16,8	Marocco 12,5
106 - LI	6,0	Romania 17,1	Albania 13,6	Marocco 8,9
107 - SI	6,0	Romania 20,7	Albania 18,5	Marocco 6,1
108 - AR	7,0	Romania 33,2	Albania 14,7	Marocco 6,2
109 - GR	7,2	Romania 26,2	Albania 10,9	Marocco 7,8
110 - FI	6,4	Romania 16,4	Albania 13,8	Perù 8,3
111 - Emp	9,1	Albania 23,1	Cina 20,1	Marocco 13,4
112 - Viar	4,5	Romania 30,9	Marocco 10,1	Albania 8,9
AOU Pisa	4,8	Albania 18,3	Romania 16,3	Marocco 6,9
AOU Siena	7,0	Romania 16,1	Albania 15,2	Marocco 3,9
AOU Careggi	7,9	Romania 16,6	Albania 15,9	Cina 11,0

Figura 3.1

Tassi grezzi[§] di ospedalizzazione dei residenti in Toscana per Paese di provenienza e anno di ricovero - Esclusi i neonati sani - Anni 2004-2009



[§] Ricoveri sulla popolazione residente al 01/01 dell'anno di riferimento per cittadinanza. Coefficiente moltiplicativo: 1.000.

La tendenza per regime di ricovero è simile sia per gli italiani sia per gli stranieri: a una diminuzione dei ricoveri per regime ordinario si registra un progressivo aumento dei ricoveri in regime di day-hospital, ad eccezione dell'ultimo anno (2009) in cui si nota un'inversione di tendenza.

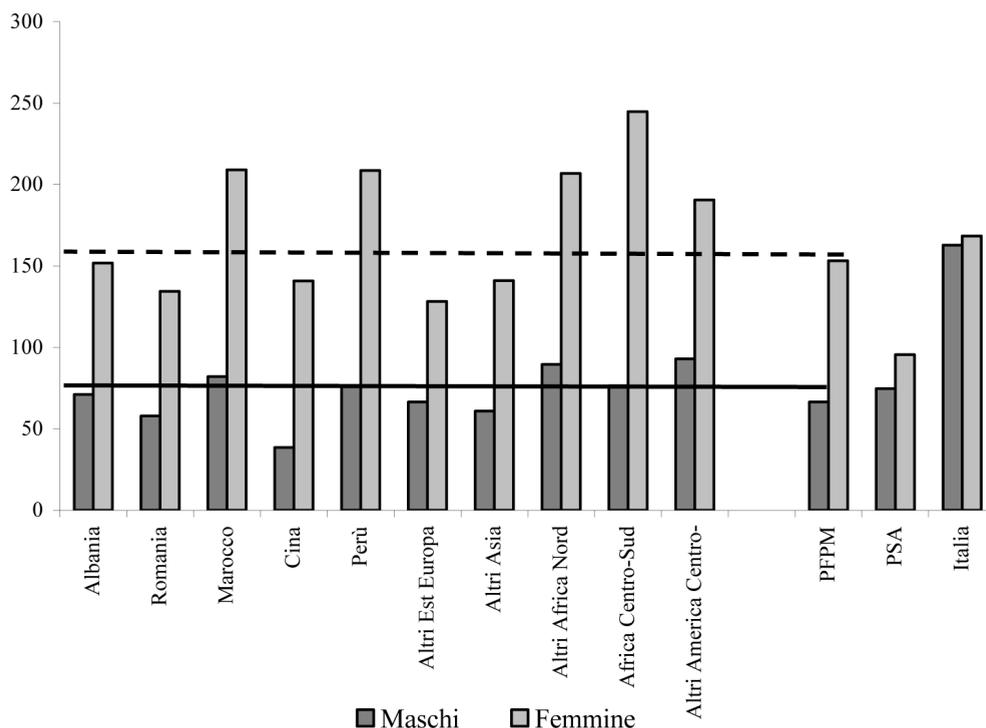
Al fine di valutare le differenze tra i tassi di ricovero della popolazione straniera e quelli della popolazione italiana è necessario, vista la diversa struttura per età delle due popolazioni, effettuare confronti per età. Per il genere maschile, i tassi di ospedalizzazione 2009 nella popolazione italiana sono superiori rispetto a quelli della popolazione straniera in tutte le classi di età, mentre si registra una differenza significativa nei tassi di ospedalizzazione delle donne di età 15-39 anni: in questa classe di età, le donne straniere si ricoverano maggiormente rispetto alle donne italiane (198,3 per 1.000 rispetto al 139,3 per 1.000). Il maggior ricorso al ricovero della popolazione femminile straniera, nell'età riproduttiva, è dovuto prevalentemente a problemi legati a gravidanza, parto e puerperio, come emerge dall'analisi del motivo di ricovero riportata nel paragrafo successivo.

I tassi di ospedalizzazione per genere e cittadinanza (Figura 3.2) evidenziano valori elevati per il genere femminile rispetto al genere maschile; tra le donne, quelle provenienti

dai paesi dell'Africa centro-meridionale, registrano il tasso di ospedalizzazione più elevato (224,7 per 1.000), seguite dalle donne provenienti dai paesi dell'Africa settentrionale (Marocco: 209,1 per 1.000; altri Africa settentrionale: 206,8 per 1.000).

Figura 3.2

**Tassi grezzi^s di ospedalizzazione dei residenti in Toscana per Paese di provenienza e genere
Esclusi i neonati sani - Anni 2008-2009**



Altri Asia: ad esclusione di Giappone e Israele.

^s Ricoveri sulla popolazione residente al 01/01 dell'anno di riferimento per cittadinanza. Coefficiente moltiplicativo: 1.000.

Mediamente, i soggetti residenti in Toscana provenienti da PFPM presentano un'età al ricovero inferiore rispetto ai cittadini italiani, in entrambi i generi (Tabella 3.2). In particolare, il 58,5% degli stranieri PFPM ha un'età al ricovero compresa tra i 20 e i 39 anni, mentre il 51,0% degli italiani si ricovera in età avanzata (maggiore di 59 anni). Questa diversa distribuzione di età al ricovero delinea tipologie di accessi diverse: le donne di cittadinanza non italiana si ricoverano maggiormente nella classe di età feconda, in quanto accedono prevalentemente al ricovero per problematiche legate alla maternità.

Tabella 3.2

Età media, mediana (primo e terzo quartile) per Paese di provenienza e genere - Ricoveri effettuati da soggetti residenti in Toscana (escluso il ricovero per neonato sano) - Anno 2009

Cittadinanza e genere	N.	Età media	Età mediana	(25° p - 75° p)
Maschi				
Italia	181.207	55,2	62	(40-75)
PFPM	7.107	28,4	29	(10-43)
PSA	487	50,8	53	(37-68)
Femmine				
Italia	213.511	55,0	58	(36-76)
PFPM	17.318	31,0	30	(24-37)
PSA	1.101	43,2	39	(33-53)
Totale				
Italia	394.719	55,1	60	(37-75)
PFPM	24.425	30,2	30	(22-39)
PSA	1.588	45,5	42	(33-59)

3.4 Motivi del ricovero ospedaliero in regime di ricovero ordinario

Il motivo del ricovero ospedaliero è legato alle caratteristiche del soggetto: genere ed età sono i principali determinanti.

Indipendentemente dall'età, le prime tre cause di ricovero in regime ordinario per i cittadini italiani di genere maschile sono nell'ordine: malattie del sistema circolatorio, tumori e malattie dell'apparato digerente, rispetto a traumatismi e avvelenamenti, malattie dell'apparato digerente e malattie dell'apparato respiratorio per gli stranieri PFPM. Per questi problemi di salute, i tassi degli stranieri PFPM risultano sempre più bassi rispetto a quelli dei residenti italiani.

In particolare, nel gruppo dei traumatismi e avvelenamenti nei cittadini maschi PFPM le diagnosi di dimissione principale riguardano frattura di tibia e perone, frattura di rano e ulna, frattura delle ossa facciali. Per l'apparato digerente, invece, si riscontrano tipologie di ricovero connesse a problemi di alcolismo (malattia epatica cronica e cirrosi, coledoliti, appendicite acuta) e nel gruppo delle malattie dell'apparato respiratorio emergono fattori connessi al fumo.

I ricoveri per complicanze della gravidanza, parto e puerperio rappresentano più della metà dei ricoveri ordinari delle donne PFPM (con un tasso grezzo del 58,2 per 1.000) rispetto al 13,8% delle donne con cittadinanza italiana (tasso grezzo del 17,1 per 1.000).

Queste ultime si ricoverano prevalentemente per malattie del sistema circolatorio e, come terzo motivo, per tumori (Tabella 3.3). A differenza di quanto descritto nel paragrafo “Il ricovero ospedaliero negli STP”, i disturbi psichiatrici non presentano in termini di ospedalizzazione una voce particolarmente rilevante tra i cittadini stranieri residenti, mentre lo sono nel caso in cui si tratti di uno straniero STP, ad indicare una condizione di vulnerabilità di questa particolare popolazione straniera a causa della difficoltà di integrazione sociale.

La differenza tra le cause di ricovero tra i cittadini stranieri e italiani è dovuta prevalentemente alla diversa struttura per età: la popolazione italiana è più anziana e quindi si evidenziano maggiormente patologie più tipiche delle età più avanzate (tumori, malattie cardiovascolari, broncopneumopatie croniche ostruttive ecc.) ossia patologie che hanno un periodo di latenza più lungo rispetto alle malattie infettive e che, oltre a essere legate ai diversi fattori ambientali, dipendono molto dalle abitudini personali (alimentazione, tabagismo, abuso di alcol, sedentarietà ecc.). Per quanto riguarda le malattie infettive, la scheda di dimissione ospedaliera non è in grado di “catturarne” la reale incidenza: i tassi di ospedalizzazione non fanno emergere differenze tra la popolazione straniera e quella italiana. È necessario avvalersi delle sorveglianze attive sulle principali malattie infettive, quali HIV/AIDS e tubercolosi (le cosiddette malattie di importazione). Gli ultimi dati disponibili, riportati nei capitoli successivi, evidenziano un’incidenza maggiore nei cittadini stranieri rispetto ai cittadini italiani.

Considerando le prime tre cause di ricovero nella popolazione straniera, emergono differenze significative tra i diversi paesi di provenienza (Tabelle 3.4). I cittadini di genere maschile provenienti dai paesi dell’Africa del Nord presentano tassi di ricovero superiori per tutte le prime tre cause, mentre quelli provenienti dalla Cina i valori minori. Per quanto riguarda il genere femminile, sono le donne africane che si ricoverano maggiormente per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio.

L’incremento, anche se contenuto, nella popolazione straniera dei ricoveri per cause connesse a malattie tumorali e cardiache, annuncia una modifica, nel medio e lungo periodo, dell’attuale profilo di salute degli immigrati. Tale cambiamento potrebbe essere causato dall’acquisizione di stili di vita differenti da quelli dei paesi di origine (le cosiddette patologie di adattamento), dalla diversa caratterizzazione socio-demografica dei nuovi flussi migratori e dal progressivo invecchiamento di questa popolazione. L’aumento nel numero di ricongiungimenti familiari e dei matrimoni, pur rafforzando la stabilità sociale della popolazione straniera, potrebbe modificare le dinamiche epidemiologiche attuali: ad esempio, l’ingresso di membri della famiglia più vulnerabili, come bambini e anziani, e le nuove nascite lasciano prefigurare una riduzione progressiva nel tempo dell’impatto dell’effetto migrante sano.

Focalizzando l’analisi sui ricoveri per complicazioni di gravidanza, parto e puerperio, si registrano tassi di ospedalizzazione per aborto indotto legalmente e aborto spontaneo elevati per le donne peruviane e per le donne provenienti da altri paesi dell’America centromeridionale (Tabella 3.5). Le donne albanesi e le donne provenienti da altri

paesi dell'Europa dell'Est ricorrono all'interruzione volontaria di gravidanza in misura inferiore rispetto alle altre donne di cittadinanza non italiana. Si registra, inoltre, un elevato tasso di ospedalizzazione a seguito di trauma del perineo/vulva nel corso del parto per le donne cinesi e per le donne provenienti da paesi dell'Africa del Nord (ad esclusione del Marocco) (tabella 3.6). Il dato sulle interruzioni volontarie di gravidanza (IVG), di cui si dispone più dettagliatamente grazie alla rilevazione Istat (e trattato nel Capitolo 2), è indice di una spiccata fragilità sociale in grado di influenzare le scelte riproduttive.

Tabella 3.3

Numero di ricoveri ospedalieri in regime ordinario, tassi grezzi[§] di ospedalizzazione per classificazione delle cause di ricovero, Paese di provenienza e genere (escluso i ricoveri per neonato sano) - Anno 2009

Classificazione delle cause di ricovero per grandi gruppi	Italia		Maschi		Femmine	
	numero ricoveri	tasso per 1.000 ricoveri	numero ricoveri	tasso per 1.000 ricoveri	numero ricoveri	tasso per 1.000 ricoveri
Malattie infettive e parassitarie	3.474	2,1	365	2,6	3.038	1,7
Tumori	23.472	14,4	338	2,4	22.401	12,7
Malattie endocrine, del metabolismo ed immunitarie	3.706	2,3	195	1,4	6.335	3,6
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	1.360	0,8	75	0,5	1.671	0,9
Disturbi psichici	4.590	2,8	187	1,3	5.228	3,0
Malattie del sistema nervoso	7.136	4,4	311	2,2	7.329	4,2
Malattie del sistema circolatorio	46.445	28,5	694	4,9	37.732	21,4
Malattie dell'apparato respiratorio	20.593	12,7	849	6,0	16.157	9,2
Malattie dell'apparato digerente	22.566	13,9	898	6,4	18.700	10,6
Malattie dell'apparato genitourinario	11.516	7,1	339	2,4	11.879	6,7
Complicanze della gravidanza, parto e puerperio	-	-	-	0,0	30.026	17,1
Malattie della pelle e del sottocutaneo	1.571	1,0	106	0,8	1.581	0,9
Malattie del sistema osteomuscolare e del connettivo	12.661	7,8	365	2,6	16.457	9,3
Malformazioni congenite	1.901	1,2	112	0,8	1.469	0,8
Condizioni morbose di origine perinatale	631	0,4	101	0,7	510	0,3
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	5.986	3,7	310	2,2	5.859	3,3
Traumatismi e avvelenamenti	19.057	11,7	1174	8,3	21.052	12,0
Fattori che influenzano lo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari	8.359	5,1	639	4,5	9.017	5,1
Ricoveri di natura speciale	518	0,3	11	0,1	686	0,4

[§] Ricoveri sulla popolazione residente al 01/01/2009 per cittadinanza. Coefficiente moltiplicativo: 1.000.

Tabella 3.4

Prime tre cause di ricovero per i cittadini provenienti da Paesi a forte pressione migratoria di genere maschile: numero di ricoveri e tasso grezzo[§] di ospedalizzazione per Paese di provenienza - Anni 2008-2009

Paese di provenienza	Traumatismi e avvelenamenti		Malattie dell'apparato digerente		Malattie dell'apparato respiratorio	
	numero ricoveri	tasso per 1.000	numero ricoveri	tasso per 1.000	numero ricoveri	tasso per 1.000
Albania	685	10,4	597	11,5	583	8,9
Romania	585	11,5	359	5,5	233	4,6
Marocco	406	14,6	288	16,2	290	10,5
Cina	122	4,4	136	5,6	96	3,5
Perù	62	12,9	61	8,5	34	7,1
Altri Est Europa	283	10,3	202	4,0	224	8,1
Altri Asia	169	6,0	198	7,7	196	6,9
Altri Africa Nord	127	12,6	113	22,5	95	9,4
Africa Centro-Sud	140	7,9	140	13,7	132	7,4
Altri America Centro-Sud	120	17,3	58	3,9	68	9,8
Totale PFPM	2.699	10,1	2.152	7,9	1.951	7,3

Altri Asia: ad esclusione Giappone e Israele; [§] ricoveri sulla popolazione residente al 01/01/2009 per cittadinanza.

Tabella 3.5

Prime tre cause di ricovero per i cittadini provenienti da Paesi a forte pressione migratoria di genere femminile: numero di ricoveri e tasso grezzo[§] di ospedalizzazione per Paese di provenienza - Anni 2008-2009

Paese di provenienza	Complicanze della gravidanza, parto e puerperio		Malattie dell'apparato genitourinario		Malattie dell'apparato digerente	
	numero ricoveri	tasso per 1.000	numero ricoveri	tasso per 1.000	numero ricoveri	tasso per 1.000
Albania	4.090	78,6	402	7,7	433	8,3
Romania	4.484	68,8	697	10,7	512	7,9
Marocco	2.274	127,6	133	7,5	227	12,7
Cina	2.554	104,7	180	7,4	60	2,5
Perù	886	123,2	87	12,1	123	17,1
Altri Est Europa	2.987	59,4	481	9,6	432	8,6
Altri Asia	2.073	80,6	213	8,3	158	6,1
Altri Africa Nord	633	126,2	41	8,2	34	6,8
Africa Centro-Sud	1.408	137,3	132	12,9	82	8,0
Altri America Centro-Sud	1.315	89,2	202	13,7	175	11,9
Totale PFPM	22.704	83,3	2.568	9,4	2.236	8,2

Altri Asia: ad esclusione di Giappone e Israele; [§] ricoveri sulla popolazione residente al 01/01/2009 per cittadinanza.

Tabella 3.6

Prime dieci diagnosi di dimissione principale nelle donne ricoverate per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio per Paese di provenienza - Tasso grezzo[§] di ospedalizzazione per 1.000 residenti - Anni 2008-2009

Prime dieci diagnosi di dimissione principale	Albania	Romania	Marocco	Cina	Perù	Altri Est Europa	Altri Asia	Altri Africa Nord	Africa Centro-Sud	Altri America Centro-Sud	PFFPM	PSA	ITALIA
Parto normale	24,6	14,3	41,5	25,2	16,5	15,9	17,5	31,9	24,2	17,0	20,5	11,0	6,3
Aborto indotto legalmente	13,7	24,7	15,2	24,1	49,6	12,2	16,9	13,8	31,5	23,1	19,5	4,0	2,7
Trauma del perineo e della vulva nel corso del parto	6,8	3,8	7,9	16,5	4,0	4,3	6,1	14,8	6,0	4,0	6,4	3,2	1,6
Aborto spontaneo	2,5	2,9	4,6	4,7	8,5	2,7	3,3	3,8	9,1	4,3	3,6	2,1	1,1
Altri problemi collegati alla cavità amniotica e alle membrane	3,3	1,9	4,9	4,3	3,1	2,6	3,0	5,2	4,2	2,5	3,0	1,3	1,0
Anomalie degli organi e dei tessuti molli della pelvi	2,7	1,3	5,8	3,2	3,1	1,6	4,1	9,0	7,9	4,9	3,0	1,7	1,0
Minaccia o travaglio di parto precoce	2,0	2,5	5,2	2,7	4,4	2,2	2,4	6,4	7,3	3,9	2,9	1,2	0,8
Aborto ritenuto	2,5	2,7	3,8	4,1	3,3	1,9	2,3	4,4	5,7	3,5	2,9	1,6	1,1
Altre complicazioni del travaglio e del parto, non altrimenti classificate	2,5	1,5	3,4	2,3	5,8	1,7	3,0	4,2	3,6	3,5	2,4	1,5	1,0
Diabete mellito	1,6	0,8	4,4	2,0	3,6	1,0	3,7	4,6	4,9	2,0	2,0	0,6	0,5

Altri Asia: ad esclusione di Giappone e Israele.

[§] Ricoveri sulla popolazione residente al 01/01 per cittadinanza.

Capitolo 4

Le principali malattie infettive nella popolazione immigrata

Veronica Casotto

4. Le principali malattie infettive nella popolazione immigrata

4.1 AIDS/HIV

I dati del *Global Report 2010*, il rapporto di Unaid sulla epidemia di Sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), stimano che nel 2009 le persone affette da HIV nel mondo erano 33,3 milioni, di cui oltre 30 milioni residenti nei Paesi in via di sviluppo, 2,6 milioni quelle che hanno contratto il virus di recente e 1,8 milioni quelle decedute per malattie correlate all'AIDS.

Rispetto al 2001, il tasso di prevalenza globale del virus dell'HIV nelle persone di 15-49 anni è rimasto stabile (0,8%), ma guardando alle specifiche situazioni geografiche si registrano aumenti in Medio Oriente e Africa settentrionale, Africa orientale, Oceania, Europa orientale e Asia centrale e America settentrionale.

Complessivamente, rispetto al 2001, nel 2009 le nuove infezioni da HIV sono diminuite da 3,1 a 2,6 milioni. In sette Paesi asiatici, l'incidenza del virus HIV è aumentata di oltre il 25% tra il 2001 e il 2009. In Europa, Asia centrale e America settentrionale, i tassi annui di nuove infezioni da HIV si sono mantenuti stabili negli ultimi 5 anni. Il virus dell'HIV sembra, invece, tornare a essere aggressivo tra gli uomini omosessuali in diversi Paesi avanzati e in Europa orientale e Asia centrale tra le persone che consumano droghe da iniezione e i loro partner sessuali.

In Toscana, dall'inizio dell'epidemia al 31 dicembre 2010 sono 389 i soggetti di cittadinanza non italiana (di cui 46 provenienti dai Paesi a sviluppo avanzato) ai quali è stata notificata l'AIDS, l'80,4% dei quali risiede nella regione. Inoltre, otto cittadini stranieri residenti in Toscana sono stati notificati da strutture situate in altre regioni.

L'incidenza di casi di AIDS in Toscana si è assestata nell'ultimo decennio a circa 100 casi l'anno. La presenza straniera è in lieve aumento: in valore assoluto si tratta di 15-25 casi l'anno che corrispondono al 13-22% dell'intera casistica.

Tra i cittadini stranieri residenti in Toscana, il 68,1% è di genere maschile rispetto al 78,9% nei soggetti con cittadinanza italiana e i prevalenti al 31 dicembre 2010 sono 185. La maggior parte dei cittadini non italiani (Tabella 4.1) proviene dal Brasile (26,2%) e dalla Nigeria (13,1%), il cui rischio di trasmissione del virus HIV è legato prevalentemente a rapporti sessuali connessi alla prostituzione, in particolare modo a quella maschile (viados).

Tabella 4.1

Distribuzione dei soggetti in AIDS conclamato di cittadinanza non italiana e residenti in Toscana per Paese di provenienza - Periodo 1985-2010

Paese di provenienza	N.	%
Brasile	84	26,2
Nigeria	42	13,1
Senegal	20	6,2
Cina	11	3,4
Romania	11	3,4
Costa d'Avorio	10	3,1
Etiopia	10	3,1
Marocco	10	3,1
Altri paesi [§]	123	38,3
Totale	321	100,0

[§] Paesi con frequenza inferiore a 10 casi.

La metà dei soggetti provenienti da Paesi a forte pressione migratoria o in via di sviluppo presentano un'età alla diagnosi compresa tra i 30 e i 39 anni, rispetto al 44,1% della popolazione italiana (Tabella 4.2). Considerando i nuovi casi di AIDS nel periodo 2003-2010, si registra un tasso di incidenza nella popolazione straniera superiore rispetto a quello della popolazione italiana: differenze significative emergono nel confronto tra le diverse Aziende sanitarie (Figura 4.1). L'Azienda USL di Viareggio presenta il più alto tasso di incidenza di AIDS negli stranieri (25,5 per 10.000 residenti di cittadinanza non italiana), seguita dall'Azienda USL di Livorno (16,2 per 10.000 residenti di cittadinanza non italiana). Le Aziende USL di Grosseto, Arezzo e Siena, d'altra parte, registrano i tassi di incidenza più bassi.

La residenza dei casi di AIDS segnalati è rilevata attraverso la scheda di notifica di caso di AIDS compilata dal medico che diagnostica la malattia. Per il calcolo dei tassi di incidenza è stata utilizzata la popolazione Istat che si basa sull'archivio delle iscrizioni anagrafiche della popolazione residente, a sua volta collegato con gli uffici anagrafici dei comuni. Si deve tener presente che le diverse disposizioni di legge che hanno favorito la regolarizzazione¹ hanno contribuito significativamente ad accrescere il saldo positivo tra ingressi e uscite nei periodi seguenti alla loro emanazione. A tal proposito, i tassi di incidenza di seguito riportati possono risentire della sottostima della popolazione straniera realmente presente. D'altra parte è verosimile pensare a una sovrastima dei casi di AIDS di stranieri non regolari ma identificati come residenti al momento della notifica, per i quali la legge italiana prevede un'assistenza sanitaria. Tuttavia le stime dei tassi di incidenza costituiscono un utile riferimento per la valutazione dell'impatto dell'epidemia di AIDS tra la popolazione straniera nella regione Toscana.

¹ Decreto Dini – DL 489/95, legge Turco-Napolitano – L. 40/1998 e D. Lgs 286/1998, legge Bossi-Fini – L. 189/2002 e DL n. 195/2002.

Per quanto riguarda i comportamenti a rischio, nella popolazione straniera si registra un'alta frequenza di trasmissione del virus HIV per via sessuale, soprattutto eterosessuale (Tabella 4.3). La trasmissione per uso iniettivo di droghe è, nella popolazione straniera, molto inferiore rispetto a quella italiana e non si registrano casi di *emofilia o infezione trasfusionale*.

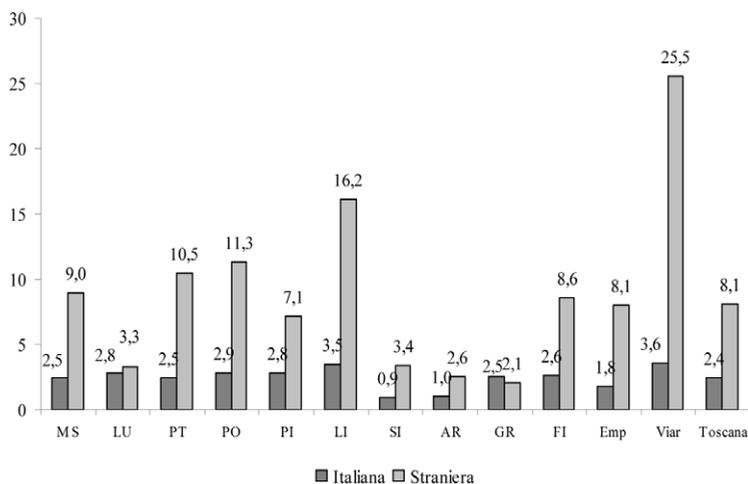
Tabella 4.2

Distribuzione dei casi di AIDS residenti in Toscana per età alla diagnosi e cittadinanza - Periodo 1985-2010

Classe di età	Italiana	Straniera	Totale
<i>Valori assoluti</i>			
0-19	50	5	55
20-29	636	85	721
30-39	1.629	162	1.791
40-49	823	56	879
50+	558	13	571
Totale	3.696	321	4.017
<i>Valori percentuali</i>			
0-19	1,4	1,6	1,4
20-29	17,2	26,5	17,9
30-39	44,1	50,5	44,6
40-49	22,3	17,4	21,9
50+	15,1	4,0	14,2
Totale	100,0	100,0	100,0

Figura 4.1

Tasso grezzo[§] di incidenza (per 100.000 residenti) per Azienda sanitaria di residenza e cittadinanza - Periodo 2003-2010



[§] Numero di casi di AIDS sulla popolazione residente al 01/01 dell'anno di riferimento per cittadinanza. Coefficiente moltiplicativo: 100.000.

4.2 La tubercolosi

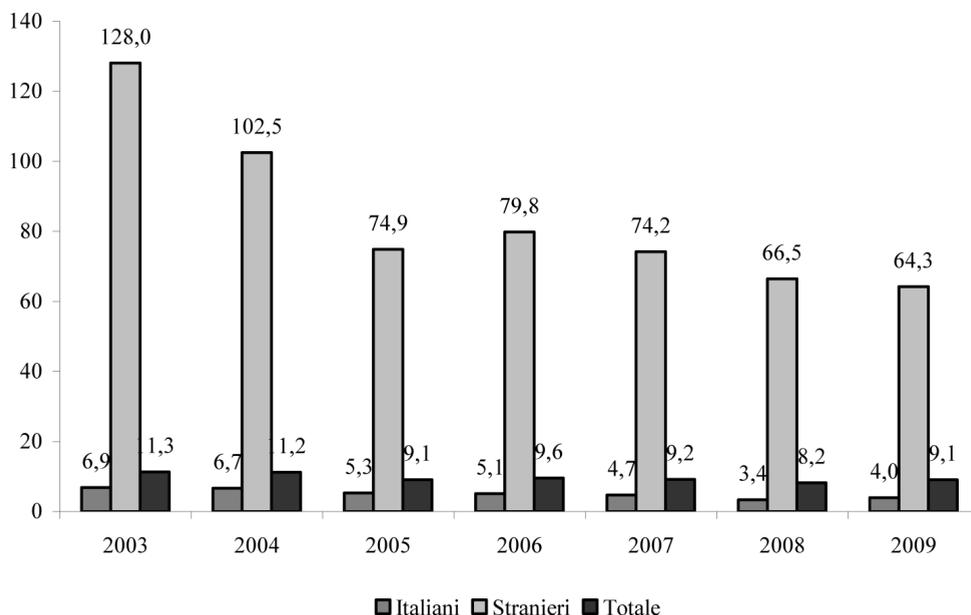
Secondo quanto riportato dal rapporto dell'Organizzazione mondiale della sanità *Global tuberculosis control 2010*, si stima che nel 2009 vi siano stati globalmente circa 9,4 milioni di casi incidenti di tubercolosi (equivalente a 137 casi per 100.000 abitanti), 14 milioni di casi prevalenti (pari a 200 casi per 100.000 abitanti), 1,3 milioni di decessi per tubercolosi tra persone HIV-negative (20 decessi per 100.000 abitanti) e 380 mila decessi tra persone HIV-positive (questi ultimi sono classificati nell'ICD10 come decessi per HIV). Nello stesso anno, il numero di casi di tubercolosi notificati è stato pari a 5,8 milioni, equivalente a un tasso di rilevazione dei casi (proporzione di casi incidenti notificati) del 63%.

La maggior parte del numero stimato di casi si è verificato in Asia (55%) e Africa (30%), con piccole proporzioni di casi nella Regione del Mediterraneo orientale (7%), nella Regione europea (4%) e nella Regione delle Americhe (3%). In particolare, l'81% dei casi stimati si è verificato in 22 Paesi. Tra questi, i cinque Paesi con il maggior numero di casi incidenti nel 2009 sono stati: India (1,6-2,4 milioni), Cina (1,1-1,5 milioni), Sud Africa (400-590 mila), Nigeria (370-550 mila) e Indonesia (350-520 mila). India e Cina da sole contano circa il 35% dei casi di tubercolosi di tutto il mondo.

La tubercolosi è una malattia fortemente associata alle condizioni in cui vivono le persone. L'abbassamento delle difese immunitarie, infatti, può dipendere dal fatto di vivere in condizioni igieniche molto scarse e di soffrire di uno stato di malnutrizione e cattive condizioni generali di salute.

La tubercolosi (TBC) è una patologia relativamente rara in Italia (l'incidenza nell'ultimo decennio si è mantenuta costantemente sotto i 10 casi ogni 100.000 abitanti, soglia considerata per definire un Paese come a bassa prevalenza), come anche in molti paesi dell'Europa occidentale. È comunque necessario mantenere alta l'attenzione a questo problema, garantire che gli interventi preventivi e di controllo siano attuati ovunque e che siano disponibili le risorse necessarie per perseguire gli obiettivi di intervento definiti.

Dal 1994 al 2009 i casi di TBC notificati in Toscana in cittadini non italiani hanno rappresentato nel complesso il 33,7% del totale dei casi. La proporzione di casi di TBC in soggetti stranieri è in costante aumento: era del 17,6% nel 1994, del 30,5% nel 2001, sino ad arrivare al 59,4% nel 2009. I tassi di incidenza specifici per gli stranieri residenti in Toscana sono molto elevati (Figura 4.2), tendenzialmente in diminuzione, ma con un ordine di grandezza superiore rispetto ai tassi di incidenza degli italiani. Si ricorda che i tassi sono calcolati sulla popolazione residente e quindi presentano una distorsione dovuta alla componente irregolare non nota. Del resto, questi dati vanno letti nell'ottica di un rischio specifico che la popolazione straniera ha di ammalarsi di TBC.

Figura 4.2**Tasso grezzo^s di incidenza di TBC per Paese di nascita - Anni 2003-2009**

^s Numero di casi di TBC notificati in Toscana sulla popolazione residente al 01/01 dell'anno di riferimento. Coefficiente moltiplicativo: 100.000.

I casi di tubercolosi sono prevalentemente maschi, sia nei cittadini italiani che stranieri rappresentando, rispettivamente, il 56,6% e il 68,3% del totale di casi notificati. Per quanto riguarda l'età, si registra una differente distribuzione tra italiani e stranieri: il 50% dei primi ha un'età superiore a 64 anni, rispetto all'80,9% dei secondi che presentano un'età tra i 25 e 64 anni. Nel 2009, il 67,4% dei cittadini non italiani con TBC risultano essere iscritti al Sistema sanitario nazionale (SSN) al momento della notifica, rispetto al 94,9% dei cittadini italiani. Per gli stranieri c'è inoltre una quota rilevante di soggetti la cui iscrizione all'SSN risulta non nota (20,7%): presumibilmente sono gli STP.

La quasi totalità dei casi TBC nato all'estero proviene da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM): tra questi ultimi (Tabella 4.4), l'area di provenienza prevalente risulta l'Asia (ad eccezione di Israele e Giappone) con il 28,0% nell'ultimo decennio, seguita dall'Europa centroorientale (26,7%) e dall'Africa centromeridionale (20,7%).

Nell'ultimo quinquennio (2005-2009), i PFPM più rappresentativi sono nell'ordine: Romania (23,2% sul totale degli stranieri PFPM), Cina (12,4%), Perù (10,7%), Senegal (10,5%), Marocco (8,8%) e Pakistan (6,6%). Il genere varia da Paese a Paese: nella maggior parte dei casi si registra una maggior proporzione di casi di TBC nei maschi, fatta eccezione per alcuni paesi (ad esempio: Perù e Cina).

Per poter confrontare l'incidenza nei singoli paesi di provenienza è necessario calcolare i tassi di incidenza (Figura 4.3) che individuano alcune nazionalità a particolare rischio

con tassi elevati (quali, ad esempio, Pakistan, Perù e Senegal, con tassi maggiori a 200 casi per 100.000 residenti). Il dato nazionale del 2008 vede ai primi tre posti Etiopia, Sudan e Bolivia, mentre Pakistan, Senegal e Perù si trovano rispettivamente al quinto, sesto e settimo posto.

Sino al 2007, oltre il 50% dei casi di TBC in persone nate all'estero insorgeva entro i primi tre anni dall'arrivo in Italia: questa proporzione è scesa a 45,1% nel 2009, mentre si registra un aumento della proporzione di casi insorti oltre i cinque anni dall'arrivo in Italia (46,3% nel 2009).

Tabella 4.4

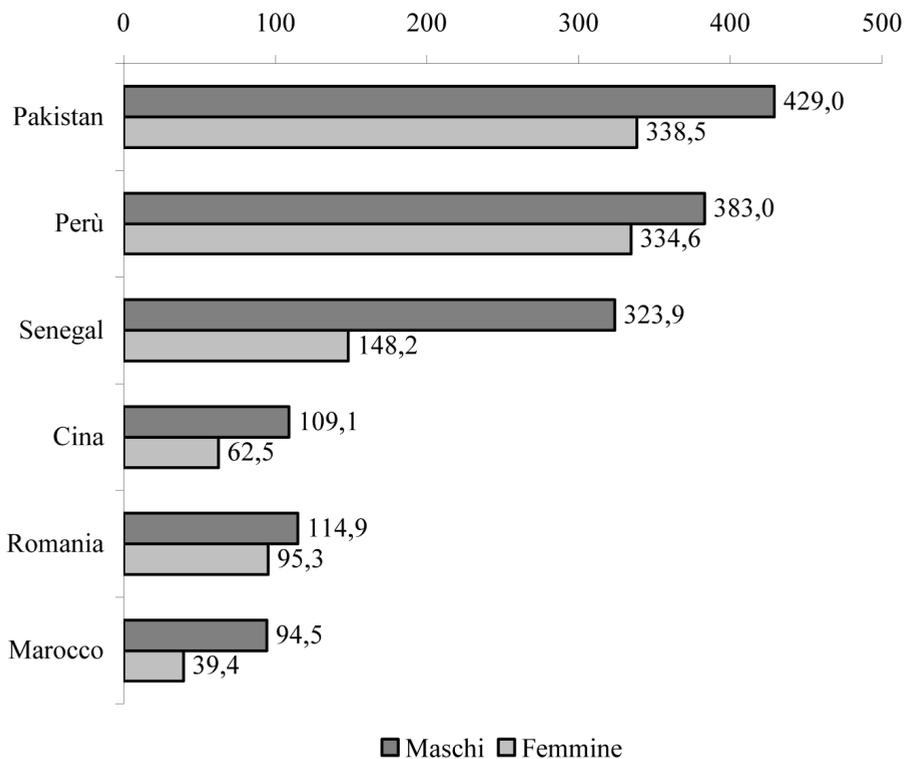
Distribuzione dei casi di TCB nati in Paesi a forte pressione migratoria per area di provenienza Anni 2000-2009

Area di provenienza	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
<i>Valori assoluti</i>										
Africa del Nord	10	11	19	22	17	15	13	12	21	23
Africa Centro-Sud	27	20	35	43	30	29	30	36	29	32
America Centro-Sud	14	10	17	16	18	20	23	31	21	35
Asia [§]	33	42	36	43	39	39	43	44	55	46
Europa Centro-Est	24	23	17	32	55	37	58	46	51	57
Totale PFPM	108	106	124	156	159	140	167	169	177	193
<i>Valori percentuali</i>										
Africa del Nord	9,3	10,4	15,3	14,1	10,7	10,7	7,8	7,1	11,9	11,9
Africa Centro-Sud	25,0	18,9	28,2	27,6	18,9	20,7	18,0	21,3	16,4	16,6
America Centro-Sud	13,0	9,4	13,7	10,3	11,3	14,3	13,8	18,3	11,9	18,1
Asia [§]	30,6	39,6	29,0	27,6	24,5	27,9	25,7	26,0	31,1	23,8
Europa Centro-Est	22,2	21,7	13,7	20,5	34,6	26,4	34,7	27,2	28,8	29,5
Totale PFPM	100,0									

[§] Ad eccezione di Israele e Giappone in quanto Paesi a sviluppo avanzato (PSA).

Figura 4.3

Tasso grezzo[§] di incidenza per Paese di nascita - Periodo 2005-2009



[§] Numero di casi di TBC notificati in Toscana sulla popolazione residente al 01/01 dell'anno di riferimento per Paese di provenienza. Coefficiente moltiplicativo: 100.000.

Capitolo 5

La mortalità nella popolazione straniera in Toscana

Elisabetta Chellini

Andrea Martini

Antonino Sala

5. La mortalità nella popolazione straniera

5.1 Introduzione

Il fenomeno immigrazione costituisce una realtà complessa e, per sua natura, in continua evoluzione. Può assumere caratteristiche territoriali diverse in relazione ai Paesi di provenienza e alle caratteristiche degli immigrati che vengono inseriti nelle attività produttive o del terziario delle aree di accoglienza.

Si tratta di un fenomeno in espansione particolarmente nella prima metà degli anni 2000, in relazione alla sanatoria sulle regolarizzazioni per la legge Bossi Fini del luglio 2002 e successivamente in relazione all'aumento dei paesi facenti parte dell'Unione Europea. Che tale incremento si sia verificato anche in Toscana come nel resto dell'Italia, lo mostrano gli ultimi dati Istat sul numero di immigrati residenti nella nostra regione nel 2010 (338.746 unità), più che triplicati rispetto a quelli presenti alla fine del 1998, quando erano più di 71.000, tanto da far indicare l'immigrazione *“non più un fenomeno residuale [anche se] non ancora una componente strutturale del tessuto sociale regionale”* (Caritas, 2009). Sono invece ormai una componente strutturale dell'economia toscana i lavoratori stranieri, come ha evidenziato lo stesso Dossier statistico 2009 della Caritas che ha registrato in toscana il 16% di stranieri assicurati INAIL sul totale dei lavoratori, un dato, questo, superiore a quello osservato in Italia. Il 90% di questi proviene da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) e sono in larga misura giovani (il 51% è nella classe di età compresa tra i 18 e i 39 anni). Le donne sono poco più della metà, mentre i minori circa il 22%. Negli ultimi anni si è inoltre notata una crescita dei bambini nati da genitori stranieri.

Anche nel nostro Paese, come accade storicamente per i fenomeni immigratori da paesi a basso sviluppo economico, le condizioni di vita e di lavoro della popolazione immigrata risultano in genere a maggior rischio per la salute rispetto a quelle della popolazione autoctona, e ci si aspetta che la mortalità della popolazione immigrata rispecchi questo quadro socio-demografico. Devono comunque essere tenuti in considerazione due fenomeni che si riverberano sui tassi di mortalità degli immigrati:

1. il primo concerne il fatto che le migrazioni sono un fenomeno selettivo sotto vari aspetti, non ultimo tra questi lo stato di salute al momento di emigrare. In altre parole, chi emigra non è un rappresentante medio del Paese da cui proviene, ma gode di diversi vantaggi, tra cui uno stato di salute migliore rispetto a quello del Paese di origine, ed è proprio questo fattore a selezionarlo per l'emigrazione. Questo fenomeno viene comunemente indicato come *“effetto migrante sano”*;
2. il secondo, denominato *“effetto salmone”*, evoca il comportamento dei salmoni che tornano nel luogo da cui sono partiti per depositare le uova allo scopo di morire; analogamente gli immigrati tornano nei paesi di origine più frequentemente se le loro condizioni di salute peggiorano (Colombo, 2007).

Questi due fenomeni impattano sulla mortalità, facendoci osservare differenze non elevate tra quella osservata negli immigrati e quella osservata negli autoctoni, come invece ci si aspetterebbe.

In questo capitolo vengono esaminate le caratteristiche e l'andamento nell'ultimo decennio della mortalità della popolazione straniera residente o meno in Toscana e non avente cittadinanza italiana, effettuando il confronto con la mortalità della popolazione toscana, utilizzando i dati del Registro di mortalità regionale (RMR) della Toscana.

5.2 I dati del RMR in Toscana dal 1997 al 2008

Il Registro di mortalità regionale (RMR) della Toscana, gestito dall'Istituto per lo studio e la prevenzione oncologica (ISPO) per conto della Regione Toscana¹, è attivo dal 1987, quando è stata resa disponibile per le Aziende sanitarie la copia calcante della scheda di morte Istat. A partire solo dal 1997 si sono iniziate a registrare le informazioni sulla cittadinanza dei soggetti che decedono in Toscana e quindi, nelle elaborazioni che vengono mostrate, sono considerati solo i dati di mortalità dal 1997 al 2008, ultimo anno per il quale sono al momento disponibili informazioni complete sulla mortalità in Toscana.

Sono stati considerati "immigrati" coloro che risultano residenti in Italia ed aventi cittadinanza non italiana, così come riportato dagli uffici di Stato civile dei Comuni dove sono avvenuti i decessi registrati. Gli immigrati sono stati quindi classificati in (Regione Marche, 2009):

- provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM), siano essi appartenenti all'Unione Europea che extra Unione Europea;
- e provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (PSA).

Sono state effettuate analisi di mortalità proporzionale per i due gruppi di immigrati e si è confrontata con quella osservata nei cittadini italiani residenti in Toscana, per genere e classe di età. La mortalità proporzionale per causa specifica è stata esaminata solo nei soggetti residenti in Toscana e particolare attenzione è stata posta ai periodi quinquennali, 1997-2000 e 2005-2008, vale a dire a un periodo precedente e ad uno successivo al momento di più intenso flusso migratorio di entrata in Italia a seguito delle nuove normative citate in premessa.

Il trend temporale di mortalità nei vari sottogruppi di popolazione è stato esaminato utilizzando le medie mobili a 3 termini per il periodo 1997-2008 per tutte le cause e per alcune cause specifiche di morte. Per permettere un confronto più leggibile degli andamenti dei tassi di mortalità standardizzati (popolazione standard: popolazione europea) dei vari sottogruppi di popolazione è stata utilizzata una scala semi-logaritmica.

¹ Delibera della Giunta Regione Toscana n.11.409 del 24.11.1986.

Questi tassi standardizzati sono stati calcolati solo per i deceduti 20-64-enni (tassi troncati sull'età 20-64 anni) poiché la loro presenza in Italia è più stabile e la propensione al ritorno nel Paese di origine per motivi di salute è più bassa (Bruzzone, 2008). Per questi tassi è stato possibile considerare solo il periodo 2002-2008 perché solo dal 2002 sono risultati disponibili i denominatori di popolazione immigrata PFPM e PSA.

5.3 La distribuzione dei decessi per anno di morte, genere ed età

Nel periodo 1997-2008 si sono registrati 4.755 decessi in stranieri residenti in Toscana (di cui 1.782 in PFPM e 1.273 in PSA) e 1.700 in stranieri non residenti. La tabella 5.1 mostra la distribuzione dei decessi in stranieri residenti in Toscana per anno e Paese di loro provenienza. Per gli italiani si nota l'incremento numerico di decessi osservato nel 2003, l'anno della grande ondata di calore estivo. Lo stesso non può dirsi per gli immigrati in Toscana, come invece era stato osservato a livello nazionale particolarmente per i PSA, caratterizzati da una struttura per età più anziana, e per i PFPM non residenti, caratterizzati da condizioni di vita di maggior disagio (Bruzzone, 2008).

La tabella 5.2 mostra la distribuzione dei decessi per genere e classe di età e, per confronto, sono stati inseriti i dati relativi ai cittadini italiani residenti in Toscana o residenti in altre regioni ma deceduti nella nostra regione.

Tabella 5.1
Distribuzione dei deceduti residenti in Toscana per Paese di nascita e anno di morte

Anno di morte	Paese di nascita			Totale
	PFPM	PSA	Italia	
<i>Valori assoluti</i>				
1997	38	23	41.169	41.230
1998	51	22	41.822	41.895
1999	50	39	41.128	41.217
2000	59	31	40.847	40.937
2001	71	30	39.682	39.783
2002	71	39	39.957	40.067
2003	166	135	41.734	42.035
2004	333	299	38.690	39.322
2005	314	262	40.407	40.983
2006	196	131	39.499	39.826
2007	238	162	40.726	41.126
2008	195	100	41.503	41.798
Totale	1.782	1.273	487.164	490.219
<i>Valori percentuali</i>				
1997	0,1	0,1	99,9	100,0
1998	0,1	0,1	99,8	100,0
1999	0,1	0,1	99,8	100,0
2000	0,1	0,1	99,8	100,0
2001	0,2	0,1	99,7	100,0
2002	0,2	0,1	99,7	100,0
2003	0,4	0,3	99,3	100,0
2004	0,8	0,8	98,4	100,0
2005	0,8	0,6	98,6	100,0
2006	0,5	0,3	99,2	100,0
2007	0,6	0,4	99,0	100,0
2008	0,5	0,2	99,3	100,0
Totale	0,4	0,3	99,4	100,0

Tabella 5.2

Distribuzione dei deceduti residenti e non residenti in Toscana per Paese di nascita, genere ed età alla morte

Classi di età	Residenti			Non residenti		
	PFFPM	PSA	Italiani	PFFPM	PSA	Italiani
<i>Valori assoluti</i>						
<i>Maschi</i>						
0-14	75	64	850	45	19	115
15-64	579	100	38.236	545	248	2.802
65+	344	382	200.410	60	223	5.012
Totale	998	546	239.496	650	490	7.929
<i>Femmine</i>						
0-14	55	48	728	42	24	80
15-64	266	93	20.603	199	93	1.119
65+	463	586	226.337	55	147	5.664
Totale	784	727	247.668	296	264	6.863
<i>Valori percentuali</i>						
<i>Maschi</i>						
0-14	7,5	11,7	0,4	6,9	3,9	1,5
15-64	58,0	18,3	16,0	83,8	50,6	35,3
65+	34,5	70,0	83,7	9,2	45,5	63,2
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
<i>Femmine</i>						
0-14	7,0	6,6	0,3	14,2	9,1	1,2
15-64	33,9	12,8	8,3	67,2	35,2	16,3
65+	59,1	80,6	91,4	18,6	55,7	82,5
Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Come atteso, esaminando la mortalità maschile, la fascia di età più ampia, quella lavorativa dai 15 ai 64 anni, è fortemente rappresentata in termini di mortalità tra gli stranieri PFFPM, siano essi residenti o meno (rispettivamente 58,0% e 83,8%). Tra gli uomini italiani residenti e non in Toscana, la classe di età con la percentuale più alta risulta quella più anziana, e analogamente, questo accade per i PSA residenti.

Nelle donne, la percentuale dei decessi aumenta in relazione all'aumento dell'età della popolazione, siano esse PFFPM, PSA o italiane, residenti o meno in Toscana, ma è da notare come nelle singole fasce di età i valori percentuali nella classe di età 15-64 anni si riducano sensibilmente, passando dalle PFFPM alle PSA alle italiane (33,9%, 12,8%

e 8,3% rispettivamente nelle residenti; 67,2%, 35,2% e 16,3% nelle non residenti) mentre aumentano sensibilmente per quelle più anziane (età ≥ 65 anni) passando dalle PFFPM alle PSA alle italiane (59,1%, 80,6% e 91,4% rispettivamente nelle residenti; 18,6%, 55,7% e 82,5% nelle non residenti).

La numerosità maggiore di decessi tra gli stranieri PFFPM residenti si osserva nelle 3 province con il maggior numero di immigrati: Firenze con 915 decessi, Pisa con 114 decessi e Prato con 109 decessi.

Confrontando la numerosità dei decessi nei residenti per genere e tipologia di Paese di origine nei due quadrienni, 1997-2000 e 2005-2008 - cioè confrontando il periodo precedente e quello successivo all'introduzione della legge Bossi-Fini del 2002 e al primo allargamento dell'Unione europea nel 2004 - si osserva (tabella 5.3) che:

- nei cittadini italiani residenti i decessi si riducono complessivamente (-2.831) a fronte, però, di un incremento degli stessi nella fascia di età più anziana (-4.428 nella fascia di età 0-64 anni e +1.597 nei soggetti di 65 anni e più);
- sia nei PFFPM sia nei PSA residenti aumentano in tutte le fasce di età: nel 2° quadriennio rispetto al 1° sono +745 nei PFFPM e +540 nei PSA, ma percentualmente nella fascia centrale 15-64 anni si riducono per il peso che viene ad assumere la componente più anziana di questa popolazione.

Tabella 5.3

Distribuzione dei deceduti residenti in Toscana per Paese di nascita, genere, periodo temporale ed età alla morte

Classe di età	Periodo	Maschi			Femmine		
		PFFPM	PSA	Italiani	PFFPM	PSA	Italiani
<i>Valori assoluti</i>							
0-14	1997-2000	10	9	343	7	7	308
	2005-2008	43	35	250	36	30	193
15-64	1997-2000	83	17	14.329	48	16	7.499
	2005-2008	295	44	11.302	135	43	6.306
65 e +	1997-2000	27	29	67.444	23	37	75.043
	2005-2008	187	206	67.293	247	297	76.791
Totale	1997-2000	120	55	82.116	78	60	82.850
	2005-2008	525	285	78.845	418	370	83.290
<i>Valori percentuali</i>							
0-14	1997-2000	8,3	16,4	0,4	9	11,7	0,4
	2005-2008	8,2	12,3	0,3	8,6	8,1	0,2
15-64	1997-2000	69,2	30,9	17,4	61,5	26,7	9,1
	2005-2008	56,2	15,4	14,3	32,3	11,6	7,6
65 e +	1997-2000	22,5	52,7	82,1	29,5	61,7	90,6
	2005-2008	35,6	72,3	85,3	59,1	80,3	92,2
Totale	1997-2000	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	2005-2008	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5.4 Le cause di morte

Nella popolazione toscana, come è ormai ampiamente noto dalle varie pubblicazioni dell'RMR² e dai dati reperibili sul sito della Regione Toscana relative all'RMR³, ai primi due posti nel *ranking* delle cause di morte vi sono le malattie del sistema circolatorio ed i tumori, a cui seguono, in ordine decrescente di importanza, le malattie dell'apparato respiratorio, le cause violente e le malattie dell'apparato digerente. Nei PSA il fenomeno è analogo a quello osservato negli italiani e nelle italiane. Per i PFPM di genere maschile sono invece i traumatismi ed avvelenamenti a collocarsi al primo posto tra le cause di decesso, come ben evidenziabile in figura 5.1.

Anche la mortalità per malattie infettive è percentualmente maggiore nei PFPM rispetto agli altri due gruppi. La particolare condizione di immigrato predispone infatti a un rischio aumentato di sviluppare malattie infettive. La provenienza da Paesi ad elevata endemia e le complessità legate al processo migratorio (situazioni di sovraffollamento e scarse condizioni igienico-sanitarie) sono due fattori che sicuramente rendono l'immigrato PFPM maggiormente suscettibile a tali patologie (Vigotti, 1992). In letteratura esistono studi in cui è stato affrontato il problema degli immigrati in Italia e come questo fenomeno possa aver influito sull'andamento epidemiologico di alcune malattie trasmissibili come ad esempio la tubercolosi, la malaria, l'AIDS, ecc. (Foca, 2004; Santori, 2005; Crimi, 2005). Riguardo ai rapporti fra tubercolosi e migrazione si è osservato che circa la metà dei casi sono non italiani, con raddoppiamento negli ultimi 10 anni; rispetto agli italiani sono più giovani e, attualmente, provengono prevalentemente dall'Europa dell'Est (Farchi, 2008; SIMM, 2008). Sta diminuendo il numero di persone che arrivano già malate e l'incidenza nel nostro Paese si mantiene al di sotto di 10 casi per 100.000 (la soglia utilizzata per definire un Paese a bassa incidenza).

La mortalità causa specifica nei PSA residenti si colloca in genere tra quella osservata nei PFPM e quella osservata nei nati in Italia, ad eccezione di quella per malattie dell'apparato respiratorio in entrambi i generi e dell'apparato digerente negli uomini, che risulta percentualmente più elevata tra i PSA.

Nelle donne, il quadro della mortalità proporzionale per grandi gruppi di cause si presenta in maniera diversa tra i tre gruppi rispetto a quanto osservato per gli uomini (figura 5.2): il *ranking* delle varie cause nelle PFPM è simile a quello osservato per le italiane e le PSA; per gli eventi accidentali, invece, come già per gli uomini, la percentuale è più elevata di quella osservata nelle PSA e nelle italiane. Un'analogha differenza percentuale tra i tre gruppi si osserva anche per i tumori.

² <http://ius.regione.toscana.it/cif/stat/index-sanita.shtml>

³ http://rtrt.ispo.toscana.it/rmr/index_RMR.html

Figura 5.1

Distribuzione percentuale delle cause di morte per i soli deceduti residenti in Toscana per Paese di nascita – Maschi, 1997-2008

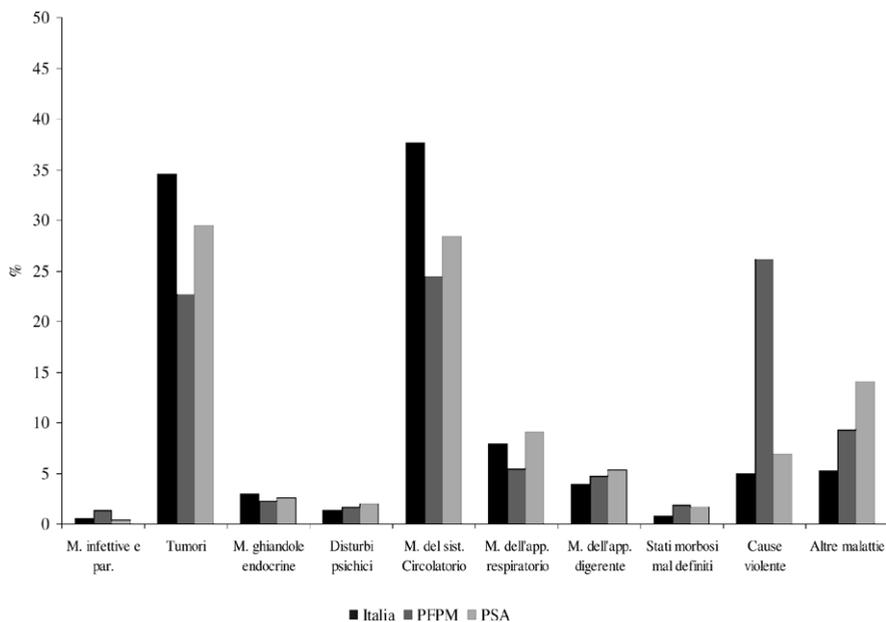
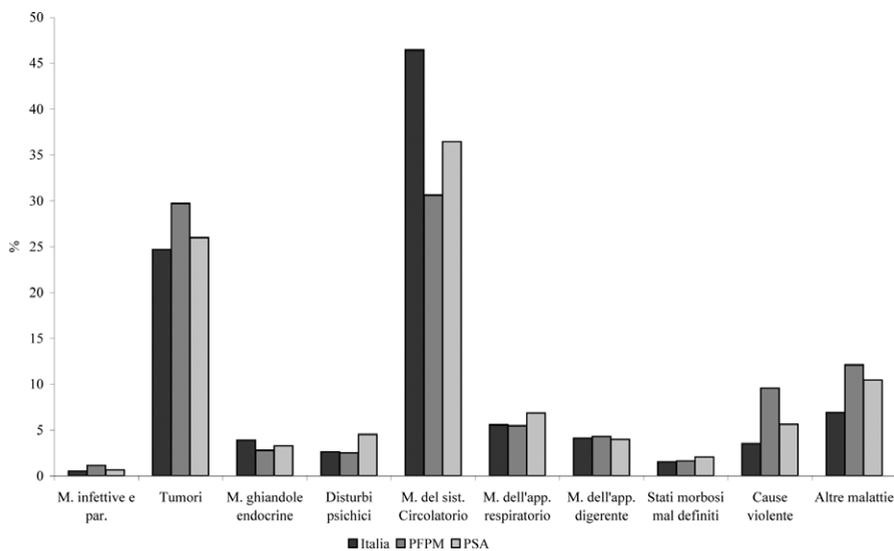


Figura 5.2

Distribuzione percentuale delle cause di morte per i soli deceduti residenti in Toscana per Paese di nascita – Femmine, 1997-2008



Riguardo alla distribuzione dei decessi per Paese di origine, la tabella 5.4 mostra le numerosità registrate per i paesi a maggior gettito di immigrati, che si confermano ai primi posti anche nel gettito dei decessi.

Tabella 5.4**Distribuzione dei deceduti PFFM residenti in Toscana per causa, genere e Paese di nascita**

Causa di morte	Genere	Paese di nascita					Totale
		Albania	Marocco	Romania	Cina	Altri	
<i>Valori assoluti</i>							
Tutte le cause	Femmine	47	23	42	21	352	485
	Maschi	138	93	64	49	431	775
	Totale	185	116	106	70	783	1.260
Tumori	Femmine	25	8	16	10	117	176
	Maschi	29	17	16	11	105	178
	Totale	54	25	32	21	222	354
Malattie del sistema circolatorio	Femmine	9	6	13	5	99	132
	Maschi	27	15	13	17	116	188
	Totale	36	21	26	22	215	320
Traumatismi e avvelenamenti	Femmine	9	4	8	4	35	60
	Maschi	65	44	27	14	99	249
	Totale	74	48	35	18	134	309
<i>Valori percentuali</i>							
Tutte le cause	Femmine	25,4	19,8	39,6	30,0	45,0	38,5
	Maschi	74,6	80,2	60,4	70,0	55,0	61,5
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Tumori	Femmine	46,3	32,0	50,0	47,6	52,7	49,7
	Maschi	53,7	68,0	50,0	52,4	47,3	50,3
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Malattie del sistema circolatorio	Femmine	25,0	28,6	50,0	22,7	46,0	41,3
	Maschi	75,0	71,4	50,0	77,3	54,0	58,8
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Traumatismi e avvelenamenti	Femmine	12,2	8,3	22,9	22,2	26,1	19,4
	Maschi	87,8	91,7	77,1	77,8	73,9	80,6
	Totale	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

5.5 Andamenti 2002-2008 delle principali cause di morte

Come già sottolineato in precedenza, a causa dei limiti relativi alle fonti statistiche dei dati e alle caratteristiche della popolazione immigrata, i tassi standardizzati sono stati calcolati soltanto per la fascia di età 20-64 anni per il periodo 2002-2008 e quindi solo per tale fascia di età e periodo è possibile fare confronti sull'andamento della mortalità nei tre gruppi di popolazione residente. Le figure 5.3-5.6 mostrano gli andamenti su scala logaritmica per tutte le cause e per alcuni grandi gruppi di cause nei due generi.

Esaminando l'andamento per tutte le cause (figura 5.3), si osserva un declino nei tassi di mortalità in tutti i tre gruppi indipendentemente dal genere. Si osserva anche un *gap* tra la mortalità dei PFPM e quella dei residenti italiani a favore dei PFPM che sembra tendere ad aumentare negli ultimi anni: gli immigrati PFPM mostrano un livello di mortalità decisamente inferiore rispetto ai nati in Italia, malgrado provengano da paesi con sistemi sanitari peggiori e abbiano in genere un livello socio-economico più basso. È altamente probabile che il fenomeno sia da ascrivere ai due effetti già descritti in premessa: il fatto che gli immigrati PFPM che riescono a raggiungere e prendere residenza in Italia sono in genere in buona salute (effetto "migrante sano") e se si ammalano gravemente tendono a tornare nel loro Paese (effetto "salmone"). A quest'ultimo effetto è probabilmente da ricondurre anche l'andamento della mortalità nei PSA: per questi il *gap* a loro sfavore nei confronti degli italiani nei primi anni di osservazione si è ridotto sensibilmente, fino ad annullarsi per le donne nell'ultimo triennio. La flessione della mortalità nei PSA pare essersi prodotta dopo il 2005, come peraltro osservato anche se in misura minore nei PFPM. È probabile che vi possa essere stato un cambiamento nel tempo nel comportamento degli immigrati che prima rimanevano in Toscana e morivano qui, mentre negli ultimi anni preferiscono tornare nel loro Paese di origine per motivi affettivi e culturali, ma anche per ragioni economiche e religiose, relative ai riti funerari, alla sepoltura e al trasporto della salma (ad esempio è noto che chi proviene da paesi mussulmani ha riti funebri diversi da quelli praticati nei paesi di arrivo e la possibilità di poter operare i propri riti religiosi è limitata alle grandi città) (Khlal, 1995).

Riguardo alla mortalità per malattie dell'apparato circolatorio (figura 5.4) si nota una tendenza all'aumento nei PFPM e PSA nell'ultimo quadriennio, mentre per i tumori (figura 5.5) l'andamento è simile a quello osservato per tutte le cause.

Per quanto concerne la mortalità per traumatismi ed avvelenamenti (figura 5.6) si osserva dal 2004 una tendenza alla riduzione della mortalità nei PFPM, legata con molta probabilità ad un miglioramento delle condizioni di vita e lavoro di questi immigrati. I decessi registrati nei PFPM residenti sono complessivamente 309 di cui 249 uomini (80,6% del totale di questi decessi) e, in larga parte, albanesi (tabella 5.4). L'andamento della mortalità nei PSA non viene mostrato in figura 5.6 data l'esiguità dei decessi osservati (n=52).

Figura 5.3

Mortalità per tutte le cause. Tassi standardizzati per età - troncati 20-64 anni - per 100.000 (popolazione standard: popolazione europea) per Paese di nascita e genere. Periodo 2002-2008

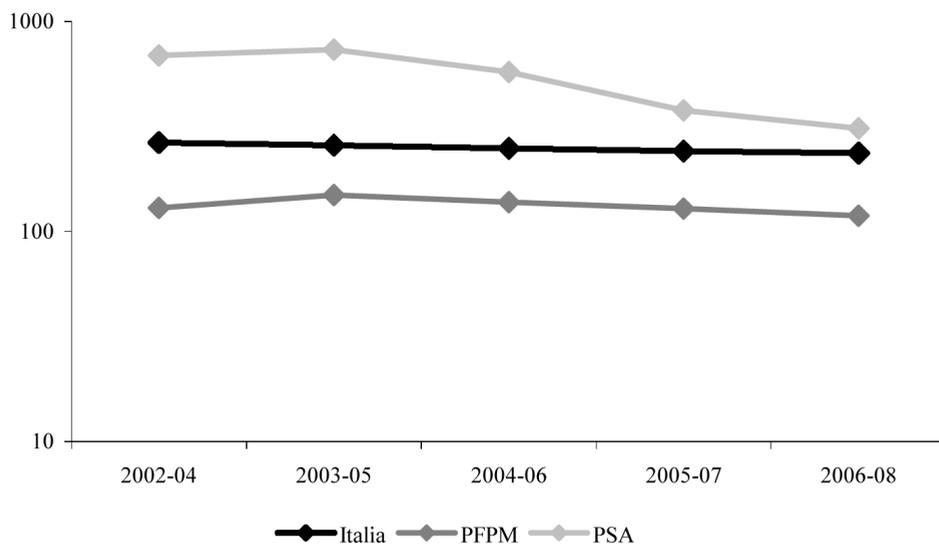
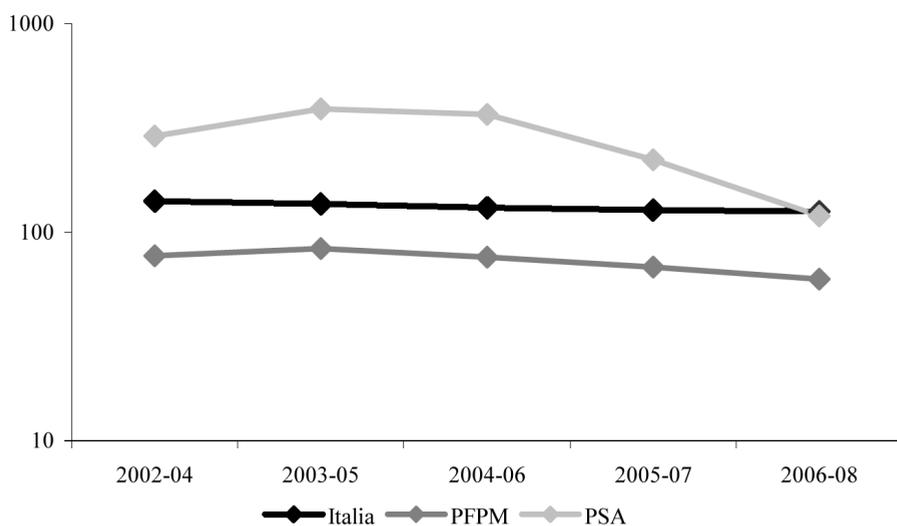
MASCHI*FEMMINE*

Figura 5.4

Mortalità per malattie del sistema circolatorio - Tassi standardizzati per età - troncati 20-64 anni - per 100.000 (popolazione standard: popolazione europea) per Paese di nascita e genere Periodo 2002-2008

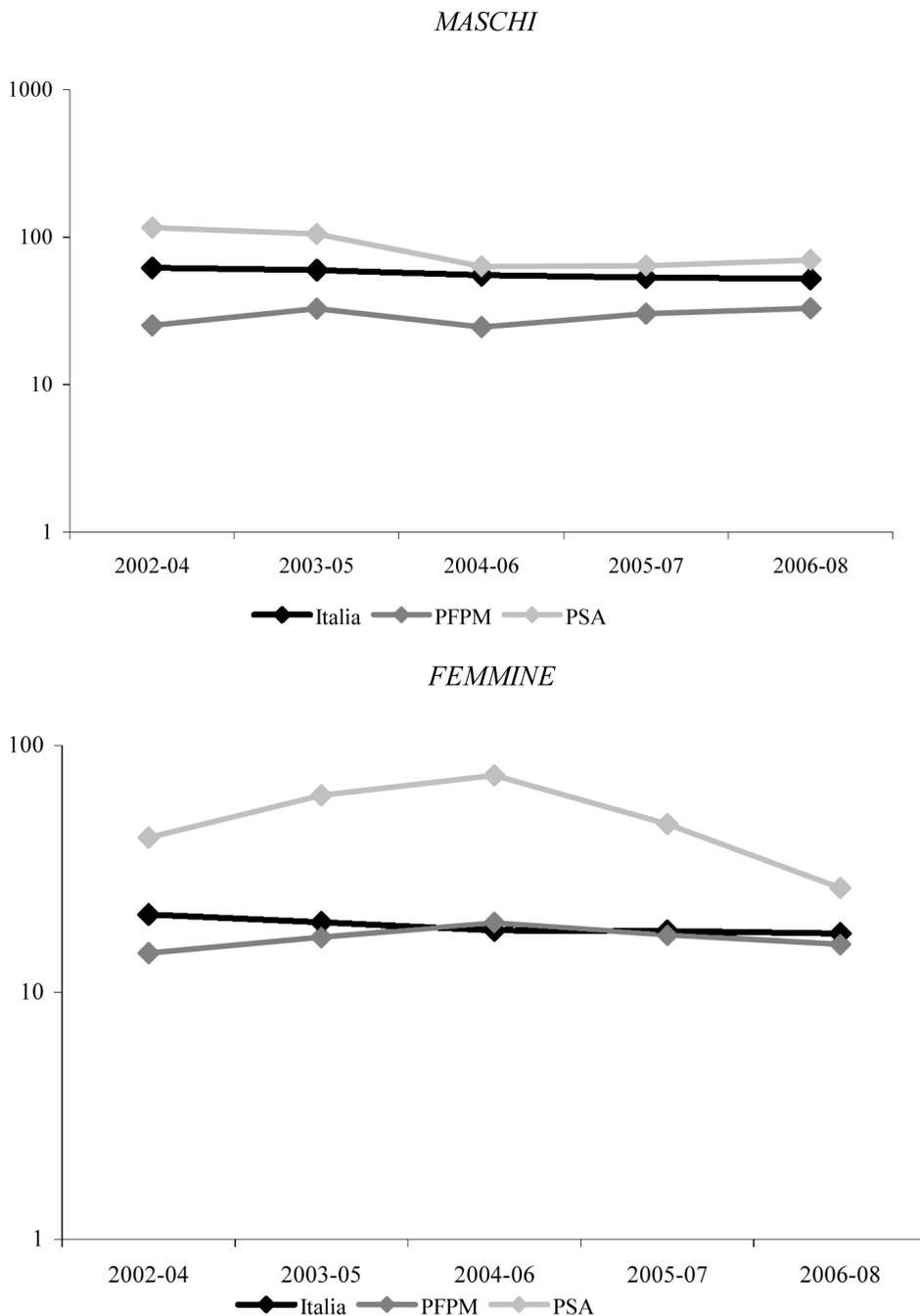


Figura 5.5

Mortalità per tumori. Tassi standardizzati per età - troncati 20-64 anni - per 100.000 (popolazione standard: popolazione europea) per Paese di nascita e genere - Periodo 2002-2008

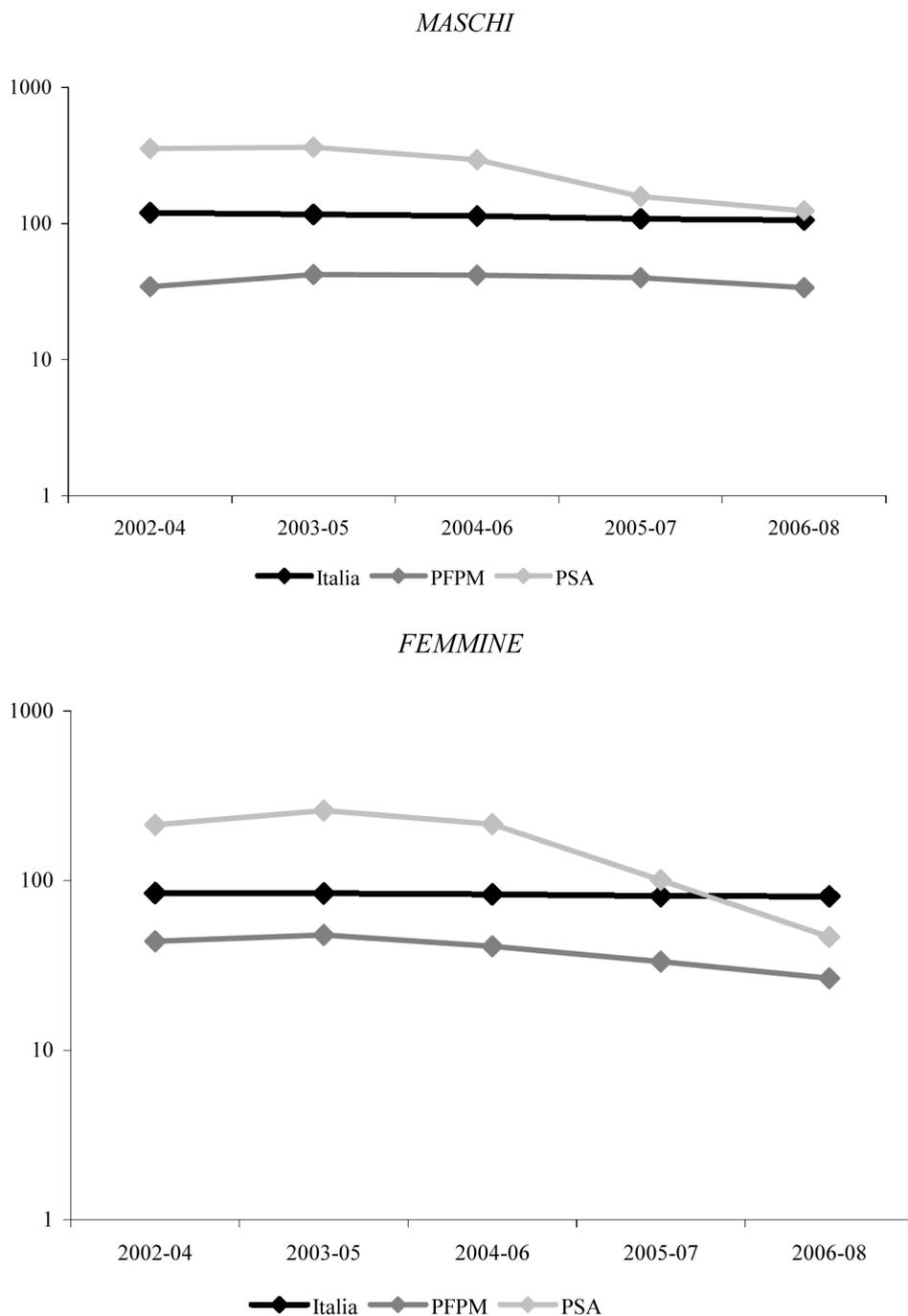
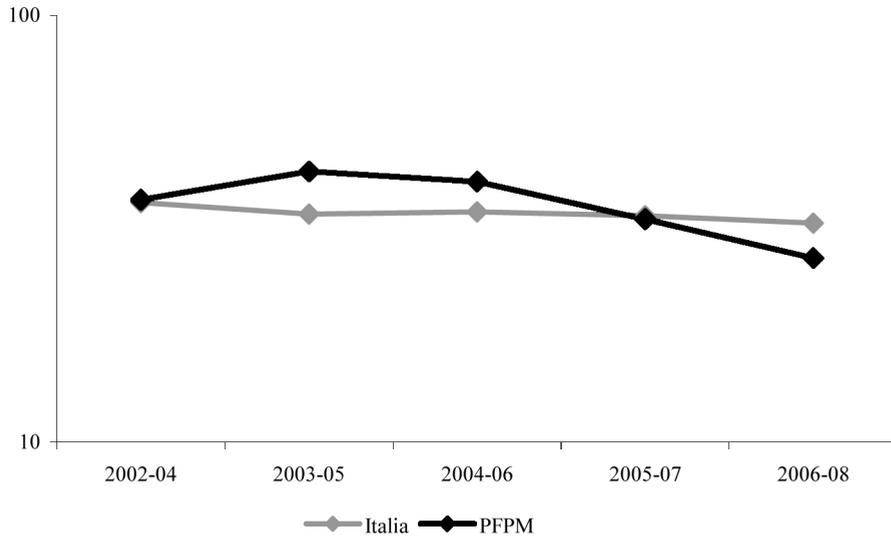


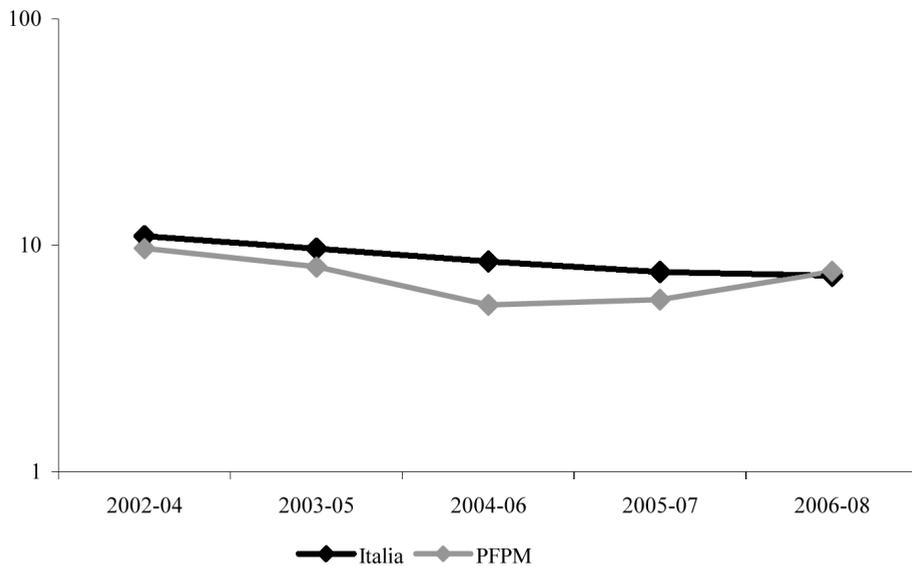
Figura 5.6

Mortalità per traumatismi e avvelenamenti. Tassi standardizzati per età - troncati 20-64 anni - per 100.000 (popolazione standard: popolazione europea) per Paese di nascita e genere - Periodo 2002-2008

MASCHI



FEMMINE



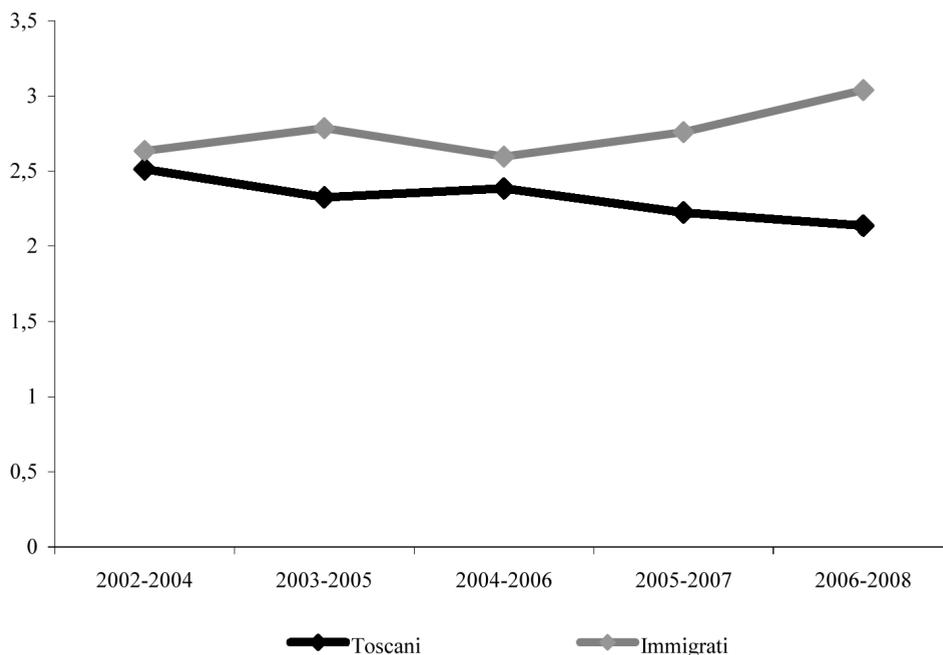
5.6 La mortalità nella fascia di età 0-14 anni

A parte va considerata la mortalità nell'infanzia e nella prima adolescenza, che come evidenziabile dalla tabella 5.2, risulta percentualmente sempre più elevata nei PFPM e PSA, residenti o non residenti, rispetto agli italiani, con percentuali fino a dieci volte maggiori.

Riguardo alla mortalità infantile, quella osservata nel primo anno di vita, la figura 5.7 mostra l'andamento negli immigrati rispetto agli italiani: si osserva una mortalità più elevata nei residenti immigrati rispetto agli autoctoni, con un divario che pare aumentare negli ultimi anni. Il risultato ricalca l'andamento registrato dall'Istat a livello nazionale (Colombo,2007). Non dobbiamo dimenticare che questo indicatore è considerato essere correlato negativamente sia con le condizioni ambientali, sanitarie e sociali del Paese di origine, sia con quelle che questo gruppo di popolazione presenta nel Paese ospitante, dove di fatto rappresentano la parte della popolazione più vulnerabile.

Figura 5.7

Mortalità infantile. Tassi per immigrati residenti rispetto agli italiani residenti in Toscana. Periodo 2002-2008



5.7 Conclusioni

La mortalità degli immigrati è un fenomeno complesso e in forte crescita numerica in relazione all'aumento della popolazione che la esprime. I tassi di mortalità mostrano comunque una tendenza alla riduzione, probabilmente legata sia ad una migliore stabilizzazione socio-economica di questa popolazione sia al ritorno nel Paese di provenienza degli immigrati più vecchi e più gravemente malati. Occorre tenere presente che le informazioni di mortalità più attendibili sono quelle relative agli immigrati regolarmente presenti, che peraltro sono la maggioranza, mentre sono frammentarie e poco valutabili quelle registrate negli immigrati non regolari, che rappresentano la parte più vulnerabile della popolazione straniera.

Il livello di mortalità dei residenti immigrati dai paesi a forte pressione migratoria, sia per tutte le cause sia per tumori e malattie del sistema circolatorio, risulta più basso rispetto ai residenti cittadini italiani o residenti immigrati da paesi a sviluppo avanzato, dato riconducibile sia al cosiddetto "effetto migrante sano" e, parzialmente, anche all'"effetto salmone". Gli eventi accidentali rappresentano una causa di morte molto frequente negli immigrati maschi PFPM, molto più frequente di quanto osservato tra gli autoctoni: anche in questo caso pare osservarsi una tendenza alla riduzione che potrebbe essere legata a migliori condizioni di vita e lavoro di questi migranti, tendenza che comunque necessita di essere monitorata e verificata nei prossimi anni. In Italia il primato di questi decessi è a carico dei marocchini e albanesi, e lo stesso accade in Toscana. Si pensi anche che tra questi eventi vi sono anche i suicidi e gli omicidi legati alla malavita o a situazioni di forte disagio sociale ed economico.

Un altro aspetto da monitorare nei prossimi anni è quello della mortalità infantile che, attualmente, negli immigrati risulta in forte crescita, ma che fra qualche anno, a seguito di una sempre maggiore integrazione all'interno della società italiana e della possibilità di poter usufruire dello stesso servizio sanitario, si reputa, o almeno ci si augura, possa arrestarsi o cominciare ad avvicinarsi a quella dei bambini con cittadinanza italiana.

In generale, quindi, lo studio della mortalità degli immigrati, anche in Toscana, come in Italia, ha messo in evidenza problematiche specifiche di questa popolazione che derivano sia dalle situazioni preesistenti, osservate nel Paese di origine, sia dalle condizioni di vita e lavoro che hanno nel Paese di accoglienza. Non dobbiamo, poi, dimenticare che continuare a monitorare e studiare la mortalità degli immigrati significa anche continuare a monitorare lo stato di salute di quella parte della popolazione più a rischio residente in Toscana.

Capitolo 6

La salute degli immigrati detenuti

Cristina Orsini

Caterina Silvestri

6. La salute degli immigrati detenuti

6.1 Introduzione

Negli ultimi vent'anni il sistema penitenziario italiano ha subito importanti modificazioni riguardanti non soltanto il rapporto tra immigrazione e detenzione, ma anche rispetto al numero totale di accessi presso le strutture detentive. Nei primi anni '90, infatti, il tasso di carcerazione sulla popolazione italiana era di 50/60 detenuti ogni 100.000 abitanti, valore che, in seguito alle profonde trasformazioni avvenute in questi anni, ha raggiunto il numero giornaliero di 100 detenuti su 100.000 abitanti. Si è passati dai 35.485 detenuti del 1991 ai 53.165 del 2000, fino ai 67.510 dell'aprile 2011.

Il forte incremento al quale abbiamo assistito non può non tener conto della crescita esponenziale della popolazione detenuta straniera. Il numero degli stranieri arrestati, infatti, è più che duplicato nel solo intervallo 1991-1997. Gli stranieri in carcere hanno raggiunto ormai quote allarmanti, rappresentando il 37% dei presenti (n=24.923)¹.

Nella popolazione straniera risultano maggiormente rappresentati il Marocco (21%), la Romania (14,5%), la Tunisia (12,7%), l'Albania (11,6%) e la Nigeria (5%), raffigurando l'ampia suddivisione fra Europa dell'Est e Africa del Nord che riproduce gran parte del flusso migratorio presente nel nostro Paese.

Pur non addentrandoci nell'area penale, riteniamo utile, ai fini di una più ampia descrizione della popolazione straniera attualmente detenuta nelle strutture italiane, precisare che un numero molto elevato di ingressi sembra essere conseguenza di violazioni delle leggi sugli stranieri, numero che, al dicembre 2010, raggiungeva le 4.019 persone. A questo dobbiamo aggiungere che risultano in attesa di una sentenza definitiva il 47,1% degli stranieri rispetto al 38,3% degli italiani, mettendo in evidenza che uno straniero ha una probabilità maggiore, rispetto a un italiano, di trovarsi in carcere senza una sentenza definitiva¹, con possibile ripercussione sullo stato di salute.

Il panorama nazionale appare ulteriormente confermato dalle cifre della sola regione Toscana. Attualmente, le 18 strutture penitenziarie, ospitano 4.407 persone, delle quali 2.241 (50,9%) risultano di nazionalità straniera¹. Questo valore, altamente al di sopra della media nazionale, varia all'interno dei diversi Istituti, rivelandosi maggiore nelle Case circondariali² e nelle aree metropolitane. Secondo i dati del Dipartimento

¹ Dipartimento Amministrazione penitenziaria, Detenuti presenti - Aggiornamento al 30 aprile 2011.

² Queste sono finalizzate alla custodia degli imputati a disposizione di qualsiasi autorità giudiziaria e sono istituite nei capoluoghi di circondario (ambito di competenza del Tribunale ordinario). Presso le Case circondariali possono essere istituite sezioni di reclusione (detenuti con condanne definitive) per reati a bassa entità, generalmente con pene inferiori ai cinque anni.

Amministrazione penitenziaria (DAP), riferiti al febbraio 2011, anche in Toscana il numero di stranieri imputati risulta nettamente superiore, con un valore di 66,2% rispetto al 36,8% dei detenuti italiani, rimarcando la condizione di maggior precarietà nella quale queste persone vivono.

L'indeterminatezza della posizione giudiziaria è resa ancor più difficile dalla carenza di professionisti pronti a svolgere l'importante ruolo di mediazione all'interno di culture così diverse, amplificando, così, quel divario che rende la convivenza ancor meno accettabile.

Se le condizioni strutturali e di sovraffollamento, ad oggi, non hanno subito importanti modificazioni, il processo di riordino della sanità penitenziaria ha avuto inizio (d.p.c.m. 1 aprile 2008), prevedendo il coinvolgimento, a livello nazionale, di tutti gli enti (Regioni, Comuni, Aziende sanitarie e Istituti penitenziari) che responsabilmente concorrono affinché si realizzino le condizioni in grado di tutelare la salute dei detenuti. La normativa, infatti, stabilisce che le attività sanitarie diventino di competenza delle AUSL in cui hanno sede gli Istituti, garantendo ai cittadini detenuti la continuità terapeutica come principio fondante dell'efficacia degli interventi sia in ambito penitenziario che dopo la scarcerazione.

La Regione Toscana, in linea con il percorso nazionale sull'attuazione della normativa, ha istituito l'Osservatorio regionale per la salute in carcere³ con funzione di supporto diretto e di collaborazione sinergica con il gruppo tecnico di coordinamento regionale interistituzionale, con lo specifico compito di monitorare i bisogni sanitari della popolazione penitenziaria.

È in questo contesto che l'Agenzia regionale di sanità della Toscana, in qualità di organo di supporto tecnico-scientifico, in collaborazione con gli altri partner istituzionali e con il personale sanitario operante nel settore, ha contribuito a tratteggiare una panoramica delle principali patologie da cui risulta affetta la popolazione detenuta, delineandone caratteristiche legate non soltanto agli stili di vita messi in atto, ma anche al Paese di provenienza. Si è scelto quindi, di condurre uno studio di coorte prospettico che, pur caratterizzato da un'elevata perdita al follow-up (a causa della mancanza di un codice univoco che identifichi la persona in transito da un istituto all'altro), tutela da possibili *bias* di selezione in grado di alterare i risultati dell'indagine.

6.2 Lo studio di coorte nelle carceri toscane

Lo studio ha avuto durata annuale (dal 15 giugno 2009 al 15 giugno 2010) e ha coinvolto tutti i detenuti presenti all'interno dei 18 Istituti penitenziari della Toscana. I detenuti sottoposti a visita medica sono stati complessivamente 2.985 su 4.169 presenti (71,6%) il 15 giugno 2009.

³ Delibera Giunta Regione Toscana n. 759 del 29-10-2007.

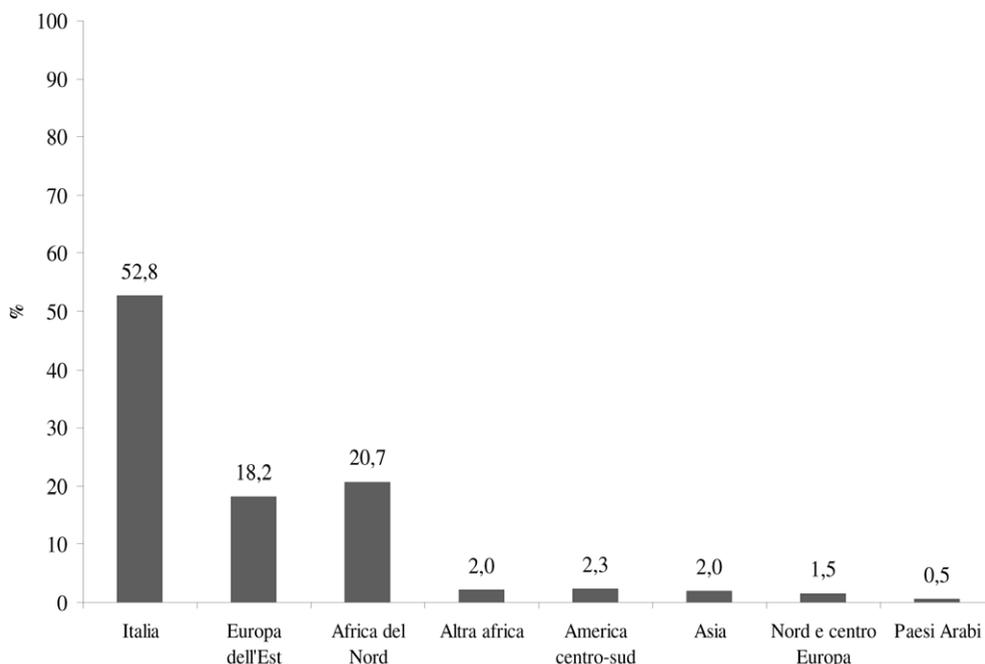
La coorte è composta prevalentemente da maschi (95,5%), con titolo di studio medio-basso (l'82,3% ha conseguito il diploma di scuola media) e proveniente, per il 49%, da libertà.

Il Paese di origine rispecchia quanto riportato dall'Amministrazione penitenziaria con il 52,8% di detenuti italiani a fronte di un 47,2% di origine straniera. Le nazionalità prevalenti risultano in linea con la distribuzione osservata a livello nazionale con un numero maggiore di persone provenienti dall'Africa del Nord e dall'Europa dell'Est (Figura 6.1). Anche in Toscana la popolazione straniera si distribuisce in modo disomogeneo all'interno degli Istituti penitenziari, con valori più elevati nelle Case circondariali di Firenze "Sollicciano" (61,1%), Lucca (69,1%), Livorno "Le Sughere" (51,9%) e Prato "La Dogaia" (69,1%) e nella Casa di reclusione della Gorgona (54,7%).

Confrontando la popolazione detenuta con la popolazione residente in Toscana, si evidenzia una differenza tra le proporzioni di stranieri di quasi 5 volte superiore fra i detenuti rispetto al dato regionale (46,6% rispetto 9,1%). Anche la distribuzione dei paesi di provenienza non rispetta lo stesso andamento: se l'Europa dell'Est mantiene comunque valori molto elevati, l'Africa, pur rimanendo costante in valore assoluto, registra una diminuzione in valore percentuale.

Figura 6.1

Distribuzione percentuale della popolazione detenuta presente nei 18 Istituti della Toscana il 15/06/2009 per Paese di origine



Si precisa che lo studio, pur essendo stato condotto in modo uniforme su tutto il territorio toscano, ha visto una diversa aderenza da parte degli Istituti penitenziari. In particolare la Casa circondariale “La Dogaia” di Prato ha effettuato un numero molto limitato di visite (136 su 632 detenuti presenti) portando a una sottostima della popolazione straniera, in particolare di quella proveniente dai Paesi asiatici⁴.

Lo strumento utilizzato dal personale sanitario per lo studio⁵ è stato dotato del sistema di classificazione *International Classification of Diseases IX-CM* (ICD IX-CM), grazie al quale è stato possibile raggruppare le diagnosi individuate dai clinici in grandi gruppi di patologie, secondo i criteri rilevati dalla stessa classificazione.

È noto come l'età rappresenta un fattore che interviene sullo stato di salute: nell'interpretazione dei dati che seguiranno è importante tener conto che l'età media della popolazione straniera risulta più bassa rispetto a quella dei detenuti italiani, con uno scarto di circa 10 anni (età media 32 anni). Questa differenza, dovuta in molti casi alla forte selezione legata al flusso migratorio, sembra influire, come vedremo, sullo stato di salute che vede queste popolazioni più sane (tabella 6.1).

Tabella 6.1

Distribuzione percentuale dei detenuti presenti al 15/06/2009 negli Istituti toscani per condizione di salute e Paese di origine

Condizione di salute	Paese di origine			Totale
	Italiani	Stranieri	n.r.	
	<i>Valori assoluti</i>			
Sani	287	496	24	807
Malati	1.269	896	13	2.178
Totale	1.556	1.392	37	2.985
	<i>Valori percentuali</i>			
Sani	18,4	35,6		27,0
Malati	81,6	64,4		73,0
Totale	100,0	100,0		100,0

6.3 Lo stato di salute dei detenuti

La distribuzione di sani e malati fra i diversi paesi stranieri non vede significative differenze, fatta eccezione per l'Asia, dove la percentuale di sani supera il 50%. Data la netta predominanza dei detenuti provenienti dai paesi dell'Africa del Nord e dell'Europa dell'Est (l'82,3% del totale dei detenuti stranieri), di seguito si descrivono le patologie

⁴ La provincia di Prato ospita la più estesa comunità di cinesi emigrati in Italia.

⁵ Vedi Appendice I - Fonti.

a carico di questi due gruppi etnici, confrontandoli, laddove risulti necessario, con i detenuti di nazionalità italiana.

In linea con quanto pubblicato dall'Organizzazione mondiale della sanità (OMS), nel 2007 la diffusione dei grandi gruppi di patologie nella popolazione detenuta riguarda prevalentemente i disturbi di natura psichica, le malattie dell'apparato digerente e quelle di tipo infettivo e parassitario, indipendentemente dal Paese di origine (Tabella 6.2).

Tabella 6.2

Distribuzione percentuale delle patologie per grandi gruppi di patologie nei tre principali gruppi etnici che compongono la popolazione detenuta

Grandi gruppi di patologie secondo la classificazione ICD IX-CM	Italia	Africa del Nord	Europa dell'Est
	(n=1.556)	(n=609)	(n=536)
<i>Valori assoluti</i>			
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	12	3	3
Malattie del sistema circolatorio	258	32	28
Malattie del sistema nervoso	107	18	14
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	211	48	52
Malattie dell'apparato digerente	388	163	141
Malattie dell'apparato genitourinario	60	6	9
Malattie dell'apparato respiratorio	102	38	28
Malattie endocrine, metabolismo ed immunitarie	210	38	20
Malattie infettive e parassitarie	355	53	39
Traumatismi e avvelenamenti	114	35	34
Tumori	21	2	3
Disturbi psichici	611	221	102
<i>Valori percentuali</i>			
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	0,8	0,5	0,6
Malattie del sistema circolatorio	16,6	5,3	5,2
Malattie del sistema nervoso	6,9	3	2,6
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	13,6	7,9	9,7
Malattie dell'apparato digerente	24,9	26,8	26,3
Malattie dell'apparato genitourinario	3,9	1	1,7
Malattie dell'apparato respiratorio	6,6	6,2	5,2
Malattie endocrine, metabolismo ed immunitarie	13,5	6,2	3,7
Malattie infettive e parassitarie	22,8	8,7	7,3
Traumatismi e avvelenamenti	7,3	5,7	6,3
Tumori	1,3	0,3	0,6
Disturbi psichici	39,3	36,3	19

Una delle caratteristiche distintive di questa popolazione è l'elevata presenza di patologie che, nella popolazione generale, solitamente occupano posizioni secondarie rispetto a disturbi dell'apparato cardiocircolatorio (EHN, 2008) o respiratorio. La giovane età dei detenuti spiega l'assenza di patologie che normalmente si presentano in età avanzata mentre, per quanto riguarda il disturbo mentale, risulta di facile comprensione l'influenza che il contesto abitativo e relazionale può esercitare sulla manifestazione di sintomi psicopatologici. Contesto che, nella popolazione straniera, può risultare ulteriormente rilevante a causa delle difficoltà dovute alla comprensione della lingua.

6.4 La salute mentale

Tra i detenuti a cui è stata diagnosticata almeno una patologia psichiatrica⁶ (tabella 6.3), si osserva la predominanza del disturbo da dipendenza da sostanze fra i nordafricani (simile alla popolazione detenuta italiana).

Le numerose variabili insite nell'accezione di tossicodipendenza possono aver reso difficile, soprattutto all'interno di una struttura penitenziaria, definire il reale stato di tossicodipendenza in relazione alla sostanza utilizzata, ai tempi di utilizzo o alle numerose associazioni che spesso vengono messe in atto durante la detenzione. Di conseguenza, i dati raccolti grazie alla segnalazione fatta dai medici, possono sottostimare il fenomeno in assenza di una conclamata sintomatologia che, in questo contesto, potrebbe rappresentare un reato.

Tabella 6.3

Diffusione delle diagnosi psichiatriche nei tre principali gruppi etnici con almeno una diagnosi psichiatrica

Disturbi psichici	Italia (n=611)	Africa del Nord (n=221)	Europa dell'Est (n=102)
<i>Valori assoluti</i>			
Disturbo da dipendenza da sostanza	225	105	30
Disturbi alcol-correlati	96	41	27
Disturbi dello spettro schizofrenico	61	5	3
Disturbo nevrotico o di adattamento	179	92	38
Disturbo di personalità	100	34	9
<i>Valori percentuali</i>			
Disturbo da dipendenza da sostanza	36,8	47,5	29,4
Disturbi alcol-correlati	15,7	18,6	26,5
Disturbi dello spettro schizofrenico	10	2,3	2,9
Disturbo nevrotico o di adattamento	29,3	41,6	37,3
Disturbo di personalità	16,4	15,4	8,8

⁶ L'aggregazione delle diagnosi psichiatriche è stata effettuata utilizzando la classificazione in uso nel flusso regionale per la salute mentale in Toscana (SALM).

La popolazione estereuropea risulta invece maggiormente incline all'uso di bevande alcoliche, con valori che si avvicinano molto a quelli dell'uso di droghe. La diversa abitudine al bere di queste popolazioni, legata in molti casi ad aspetti di tipo religioso, in parte spiega il risultato ottenuto e risulta in linea con indagini precedenti (WHO, 2007).

I disturbi psicotici, come quelli dello spettro schizofrenico e della personalità, rappresentando invece patologie altamente invalidanti che in molti casi alterano la capacità dell'individuo di porsi su un piano di realtà, risultano nettamente inferiori fra gli stranieri. Pensando, infatti, alle motivazioni che spingono questi popoli verso culture diverse, affrontando in molti casi viaggi estenuanti, si può intuire come, per un paziente affetto da un grave disturbo psicotico, questo possa risultare difficile, soggiacendo a quello che viene definito "l'effetto del migrante sano".

Opposti appaiono i risultati riguardo ai disturbi nevrotici o di adattamento che, risentendo proprio delle diversità culturali che queste popolazioni si trovano a dover affrontare in un ambiente ristretto, si manifestano in misura maggiore proprio fra gli stranieri.

Rimanendo nell'ambito della salute mentale, affrontiamo il tema del tentato suicidio e dell'autolesionismo. Gli atti di autolesione o il tentato suicidio si possono definire come l'esternalizzazione di un disagio psichico o estremizzazione del proprio malessere. Sicuramente, la condizione di detenuto, più che lo stato di libertà, può portare a scelte che in quel preciso momento sembrano rappresentare l'unica via di fuga da un vissuto inaccettabile. Che la detenzione favorisca queste scelte, pur inconsapevolmente, fa parte della cultura quotidiana, basti pensare al diverso clamore che desta in ognuno di noi la morte per suicidio di un cittadino libero rispetto ad uno detenuto.

Lo studio, avendo come principale obiettivo quello di fornire informazioni sullo stato di salute di una coorte di detenuti, non ha trattato il tema del suicidio ultimato, ma si è limitato a indagare la messa in atto di azioni autolesive o di tentato suicidio, rimandando al Dipartimento dell'Amministrazione penitenziaria per le statistiche ufficiali.

In questo caso è stato chiesto ai medici di segnalare la presenza nella storia clinica del detenuto di almeno un tentativo di suicidio registrando, sull'intera coorte, un valore del 4,3%, corrispondente a 128 persone. Gli atti di autolesione risultano ancora una volta molto elevati fra i nordafricani, mantenendosi sempre bassi fra gli estereuropei (Tabella 6.4).

Indipendentemente dal Paese di provenienza, si ritiene opportuno sottolineare l'emergenza che si sta verificando all'interno delle strutture penitenziarie, dove circa 4 persone su 100 hanno tentato il suicidio almeno una volta, rispetto allo 0,006% osservato nella popolazione libera.

Tabella 6.4**Diffusione dell'autolesione e del tentato suicidio nei tre principali gruppi etnici**

Modalità comportamentali	Italia (n=1570)	Africa del Nord (n=603)	Europa dell'Est (n=530)
<i>Valori assoluti</i>			
Autolesione	163	109	25
Tentato suicidio	80	32	10
<i>Valori percentuali</i>			
Autolesione	10,4	18,1	4,7
Tentato suicidio	5,1	5,3	1,9

6.5 Le malattie infettive e parassitarie

A livello internazionale, i cittadini detenuti vengono considerati una popolazione ad alto rischio di contrarre malattie infettive, fra cui il virus HIV, epatiti virali o altre infezioni sessualmente trasmesse. Questa specificità è causata dall'alta prevalenza di comportamenti a rischio messi in atto durante il periodo detentivo, in particolare attraverso l'uso iniettivo di droghe, rapporti sessuali non protetti o l'uso comune di aghi ipodermici per l'esecuzione di tatuaggi (Allwright, et al., 2000).

In Italia, secondo i dati tratti da studi recenti condotti sulla popolazione carceraria (La Torre, et al., 2007), tra le malattie virali croniche l'epatite C è al primo posto, coinvolgendo circa un quarto dei detenuti presenti negli Istituti penitenziari.

A conferma del dato nazionale, lo studio toscano vede l'infezione da HCV al primo posto con il 9,1% dei detenuti infetti.

Un dato interessante riguarda l'elevata percentuale fra gli italiani di infezioni da HCV (15,2%) rispetto ai nordafricani e agli esteuropei (Tabella 6.5). In questi ultimi, pur confermando l'elevata presenza del virus HCV, si osserva una maggiore omogeneità con l'infezione da HBV e la presenza di epatite da virus Delta, che risulta assente negli italiani.

Il maggior coinvolgimento dei detenuti di nazionalità italiana nell'infezione da HCV non sembra essere spiegabile con lo stato di tossicodipendenza, di cui, come descritto precedentemente, risulta affetta in misura più elevata la popolazione nordafricana (17,2% rispetto al 14,5%). A conferma di questo risultato, sapendo che l'infezione da HCV si trasmette principalmente per via ematica, è stata analizzata la condizione di tossicodipendente in base al tipo di sostanza usata e i consumatori di eroina (sostanza generalmente utilizzata per via iniettiva) risultano presenti in proporzioni uguali nelle due popolazioni (24,5%). Le informazioni rilevate dallo studio non consentono di approfondire questo risultato, ma si ritiene utile segnalare questa discrepanza al fine di valutarne ulteriori possibili sviluppi. Al contrario, la minor diffusione del virus B nella

popolazione italiana detenuta può essere in parte spiegata dall'utilizzo, nel nostro Paese, del vaccino contro l'epatite B, con conseguente diminuzione anche dell'epatite Delta (che ricordiamo si verifica solo in individui che siano anche infettati dal virus B).

Fra gli stranieri, bassa è anche la percentuale di HIV-positivi, valore, questo, comunque di gran lunga superiore rispetto al valore riscontrato nella popolazione generale (tasso di prevalenza sulla popolazione toscana: 13,5 per 10.000)⁷.

Come già descritto dall'OMS, fra i cittadini estereuropei si osservano valori più alti nelle malattie a trasmissione sessuale, prima fra tutte la sifilide (1,1% ne risulta affetto).

Fra le altre malattie infettive presenti nelle strutture penitenziarie, l'OMS pone un'attenzione particolare all'infezione tubercolare (TBC) che, a livello europeo raggiunge tassi da 10 a 100 volte superiori rispetto a quelli osservati nella popolazione generale (OMS, 2007). L'incremento e la diffusione di questa patologia fra i detenuti ha stimolato numerosi studi sull'argomento, fra cui la ricerca condotta da Aerts e collaboratori (Aerts et al., 2006), in cui emerge l'elevata variabilità presente nelle diverse strutture penitenziarie europee, con valori nettamente superiori nei Paesi dell'Est, dove i detenuti affetti da tubercolosi rappresentano il 93% dei casi. Contrariamente a questi dati, lo studio non presenta specificità legate all'etnia, richiedendo ulteriori approfondimenti in grado di escludere eventuali errori di compilazione da parte dei medici.

⁷ Fonte: Registro regionale AIDS e indagine sui casi HIV-positivi prevalenti in Toscana (2008).

Tabella 6.5**Distribuzione percentuale delle malattie infettive e parassitarie all'interno dei principali gruppi etnici**

Malattie infettive e parassitarie	Italia (n=1.556)	Africa del Nord (n=609)	Europa dell'Est (n=536)
<i>Valori assoluti</i>			
Epatite A	18	1	0
Epatite B	37	14	10
Epatite C	236	18	11
Epatite delta	0	3	1
Condiloma acuminato	0	1	1
Infezione da HIV	34	4	2
Infezione da Helicobacter pylori (H. pylori)	1	2	1
Infezioni da Herpes simplex	1	2	1
Infezioni da tricomonas	1	0	1
Micosi della cute e degli annessi cutanei	6	2	1
Scabbia	1	2	1
Sifilide	8	0	6
Tubercolosi	5	4	2
Altro	7	0	1
<i>Valori percentuali</i>			
Epatite A	1,2	0,2	0,0
Epatite B	2,4	2,3	1,9
Epatite C	15,2	3,0	2,1
Epatite delta	0,0	0,5	0,2
Condiloma acuminato	0,0	0,2	0,2
Infezione da HIV	2,2	0,7	0,4
Infezione da Helicobacter pylori (H. pylori)	0,1	0,3	0,2
Infezioni da Herpes simplex	0,1	0,3	0,2
Infezioni da tricomonas	0,1	0,0	0,2
Micosi della cute e degli annessi cutanei	0,4	0,3	0,2
Scabbia	0,1	0,3	0,2
Sifilide	0,5	0,0	1,1
Tubercolosi	0,3	0,7	0,4
Altro	0,4	0,0	0,2

6.6 I disturbi dell'apparato digerente

Il grande gruppo delle malattie dell'apparato digerente è composto da disturbi aventi un livello di gravità molto diverso. Patologie come le esofagiti, le gastriti o i disturbi funzionali del tratto gastro-intestinale inferiore rappresentano il gruppo di affezioni più frequentemente riscontrato nell'ambito della patologia addominale e, per la loro elevata incidenza, costituiscono un problema estremamente importante nella popolazione generale. Nel corso degli anni, scuole di pensiero diverse hanno associato gran parte di queste patologie a stati psicologici particolari o a condizioni di stress tali da favorirne l'insorgenza. A questo proposito, è importante ricordare la rilevanza che assume l'ambiente nella determinazione dello stato di salute e, ancora di più, non possiamo ignorare quanto la condizione detentiva possa rappresentare un importante fattore di stress per l'individuo che si trova improvvisamente a dover affrontare una nuova condizione di vita (Tyson, 1983). A questi disturbi si aggiungono le patologie dentali e del cavo orale, le quali, essendo influenzate dalle condizioni socio-economiche e igienico-sanitarie, assumono un peso rilevante all'interno di una popolazione in gran parte proveniente da contesti a elevato grado di emarginazione.

In linea con precedenti studi svolti sulla popolazione detenuta (Nobile, et al., 2007), le affezioni del cavo orale rappresentano la principale patologia riscontrata nell'apparato digerente, coinvolgendo un numero molto elevato di detenuti (Tabella 6.6).

Le profonde differenze economiche che caratterizzano alcuni popoli e le diverse abitudini culturali possono spiegare, in parte, le disuguaglianze nella cura prestata all'igiene del cavo orale, con inevitabili conseguenze sulla salute. Fra gli stranieri, i nordafricani risultano maggiormente colpiti dalle affezioni del cavo orale con il 18,6%, seguiti dagli esteuropei (15,9%). Osservandone l'andamento fra coloro a cui è stata fatta una diagnosi che interessa l'apparato digerente, risulta ancor più evidente come queste rappresentino una quota molto elevata fra gli stranieri rispetto alla popolazione italiana (Africa del Nord: 69,3%; Europa dell'Est: 60,3%; Italia: 47,7%).

Molti detenuti hanno fatto (o fanno) uso di stupefacenti, di alcolici in proporzione maggiore rispetto alla popolazione libera, determinando un peggioramento del proprio stato di salute già in età giovanile. Questo dato risulta avvalorato dal numero elevato di persone affette da cirrosi epatica e da malattia epatica cronica che fra i nordafricani sembra presentarsi ancor più precocemente (età media della popolazione nordafricana: 32 anni).

Tabella 6.6**Distribuzione percentuale delle malattie dell'apparato digerente all'interno dei principali gruppi etnici**

Malattie dell'apparato digerente	Italia (n=1.556)	Africa del Nord (n=609)	Europa dell'Est (n=536)
	<i>Valori assoluti</i>		
Calcolosi della colecisti	8	2	0
Ernia addominale	36	1	13
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	94	25	30
Malattia epatica cronica e cirrosi	42	16	7
Malattie del pancreas	0	0	1
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	23	6	5
Patologie dei denti e del cavo orale	185	113	85
	<i>Valori percentuali</i>		
Calcolosi della colecisti	0,5	0,3	0,0
Ernia addominale	2,3	0,2	2,4
Esofagiti, gastriti e ulcere gastro-duodenali	6,0	4,1	5,6
Malattia epatica cronica e cirrosi	2,7	2,6	1,3
Malattie del pancreas	0,0	0,0	0,2
Malattie del tratto gastro-intestinale inferiore	1,5	1,0	0,9
Patologie dei denti e del cavo orale	11,9	18,6	15,9

6.7 Conclusioni

Se affrontare il tema della salute all'interno delle strutture penitenziarie può apparire un compito difficile, ancor più lo diventa quando si parla di popolazione detenuta immigrata. Le difficoltà linguistiche impediscono, spesso, la raccolta puntuale di dati anamnestici utili per l'inquadramento psicopatologico, per non parlare delle condizioni di vita dalle quali provengono che, in molti casi, risultano fonte di gravi patologie.

Complessivamente, confrontando lo stato di salute dei detenuti con quello della popolazione libera, si è portati a trarre un giudizio confortante dal momento che non si ritrovano patologie dell'apparato respiratorio, cardiocircolatorio o oncologiche che, come è noto, rappresentano malattie fortemente invalidanti con ampia diffusione nella popolazione generale.

Nella popolazione detenuta, le affezioni principali risultano essere quelle legate alla salute mentale, all'apparato digerente e agli stati infettivi che, pur rappresentando importanti stati patologici, normalmente non hanno la stessa diffusione.

La presenza di disturbi così importanti in una popolazione giovane (32 anni nella popolazione straniera; 42 anni quella italiana), lo stile di vita altamente a rischio, il forte consumo di tabacco, la vita sedentaria e la forzata convivenza in spazi così ristretti, lasciano spazio al possibile instaurarsi, in età più avanzata, di patologie fortemente invalidanti in misura molto più elevata rispetto alla popolazione generale.

Alla luce di questi primi dati, appare, quindi, fin troppo evidente la necessità di attuare interventi di carattere preventivo al fine di ridurre non soltanto la diffusione di patologie già esistenti ma, soprattutto, di limitare tutti quei fattori in grado di favorire la stabilizzazione di patologie croniche.

Capitolo 7

L'intervento dei Medici per i diritti umani nella popolazione Rom a Firenze

Francesco Innocenti

Andrea Bassetti

Saverio Caini

Paolo Dirindelli

Cecilia Francini

7. L'intervento dei Medici per i diritti umani nella popolazione Rom a Firenze

7.1 Introduzione

Nel comune di Firenze si stima la presenza di circa 3.500 persone senza fissa dimora, italiani e stranieri. Solo una parte è ospitata nei centri di accoglienza notturni, che dispongono di un totale di 720 posti letto, e i Rom presenti sul territorio e inseriti nelle aree attrezzate di Olmatello e Poderaccio sono circa 800¹. La maggior parte dei senza fissa dimora (1.800 persone, inclusi quasi 500 minori)² vive “a cielo aperto”, o in sistemazioni di fortuna.

Le stime prodotte dall'Osservatorio sociale della Regione Toscana fanno registrare l'assoluta prevalenza dei cittadini provenienti dalla Romania, con quasi 800 persone (il 50% degli occupanti le baraccopoli), di cui 250 minori e moltissimi nuclei familiari. Seguono per numero di presenze marocchini, somali, albanesi e italiani. Una quota di cittadini rumeni sono Rom (stimabili in circa 200): si tratta di coloro le cui condizioni sono più difficoltose. È stata rilevata la loro presenza in ripari di fortuna in prossimità di arterie autostradali e ponti, baracche e tende nell'area metropolitana, estremamente nascoste e inaccessibili.

Dalla Somalia provengono 180-190 persone, in gran parte richiedenti asilo o titolari di permessi umanitari. Le donne sono circa 50, i minorenni 20-30. La loro presenza è pressoché esclusivamente negli immobili occupati dal Movimento di lotta per la casa².

Le politiche locali che si sono misurate con il fenomeno dell'abitare precario hanno visto prevalere un approccio di sgombero forzato degli insediamenti e, a volte, lo spostamento dei gruppi per ragioni igienico-sanitarie. In entrambi i casi, raramente è seguita la presa in carico delle persone coinvolte. Gli sgomberi dell'area ex Osmatex e di Quaracchi, per esempio, avvenuti rispettivamente a luglio e settembre 2008, hanno prodotto trasferimenti in altri luoghi all'interno della circoscrizione comunale di Sesto, in baracche minimali. Si è dunque verificato il semplice spostamento da un luogo a un altro degli stessi nuclei di persone.

A partire dal 2006, l'unità di strada dell'associazione Medici per i diritti umani (MEDU) svolge a Firenze un servizio di assistenza sanitaria rivolto principalmente ai cittadini senza fissa dimora. Il progetto “Un camper per i diritti” ha come obiettivo principale di favorire l'accesso alla salute e migliorare la praticabilità dei servizi pubblici.

¹ Società della salute di Firenze. Relazione annuale sullo stato di salute di Firenze. Anno 2005. Edizione 2007.

² Immigrati e abitare precario in Toscana. Osservatorio sociale e Fondazione Michelucci. Edizione 2008.

I volontari MEDU (medici, ostetriche, psicologi e operatori di strada) svolgono due uscite settimanali con l'unità di strada. Sono stati scelti gli orari serali (dalle 18.00 fino alle 23.00), in quanto compatibili con l'attività lavorativa degli utenti.

Le zone di intervento sono variabili e identificate in base a un costante monitoraggio delle aree critiche del panorama urbano. Gli insediamenti precari sono spesso rifugi temporanei condizionati dai flussi migratori, dalle condizioni ambientali, dagli interventi delle istituzioni pubbliche.

Per la sua caratteristica di mobilità, l'unità di strada permette di mappare facilmente il territorio, di verificare rapidamente l'insorgenza dei nuovi insediamenti e di identificare le aree prioritarie. Raggiungendo gli utenti direttamente presso le loro abitazioni, gli operatori possono agire da collegamento con i servizi pubblici. Il rapporto di fiducia e conoscenza reciproca, nel pieno rispetto delle differenze culturali, è lo strumento per superare la paura, la sfiducia e la disinformazione che spesso impediscono il processo di inserimento e regolarizzazione sociale.

Per ogni paziente viene compilato un questionario socio-sanitario contenente notizie anagrafiche, sul percorso migratorio e sull'accesso alle cure.

In occasione degli interventi sanitari viene redatta una scheda clinica (anamnesi, sospetto diagnostico, interventi terapeutici, referenza ai servizi pubblici) e vengono fornite informazioni sui percorsi di regolarizzazione sociale e sulle modalità di accesso al Servizio sanitario regionale.

In casi selezionati, gli utenti vengono accompagnati dagli operatori ai servizi pubblici. Per ogni insediamento viene costruita una mappa epidemiologica che facilita gli interventi di sorveglianza epidemiologica. Tale strumento permette di ottenere dati riguardanti il censo della popolazione, la situazione abitativa, la localizzazione dei pazienti a rischio e l'accesso ai servizi igienici fondamentali.

L'unità di strada cerca di svolgere le attività in coordinamento con i responsabili del sistema sanitario regionale e dei servizi territoriali, con particolare attenzione all'invio dei pazienti a rischio e alla gestione epidemiologica dei casi di malattie infettive. Nella zona di Piagge, Osmanoro e Quaracchi le attività sono svolte in collaborazione con i volontari della Comunità di base delle Piagge, che hanno offerto un servizio di assistenza sociale e accompagnamento alle strutture sanitarie.

7.2 L'attività dell'unità mobile dei Medici per i diritti umani

Di seguito si riportano i risultati sull'attività dell'unità mobile MEDU nel biennio 2008-2009 durante il lavoro svolto presso la comunità Rom proveniente dalla Romania e insediata alla periferia di Firenze, nella zona dell'Osmanoro (comune di Sesto Fiorentino) e di Quaracchi (comune di Firenze). Tale area, caratterizzata da una forte componente migratoria, è molto industrializzata, poiché prossima allo svincolo autostradale di Sesto Fiorentino e vicina a strade a grande scorrimento, come via Pratese

e via Lucchese, che collegano Firenze con Campi Bisenzio e Prato. Nel periodo indicato sono state effettuate 581 visite mediche a 277 pazienti. In 116 casi (42%) lo stesso paziente ha ricevuto più di una visita medica (valore medio pari a 3,6 visite). I pazienti visitati dall'unità mobile appartengono alla comunità Rom proveniente dalla Romania, in particolare dal villaggio di Buzau e dalla città di Costanza.

Si osserva una pari proporzione tra uomini e donne, con una lieve preponderanza per il genere femminile (52,5%).

Le fasce di età più rappresentate sono quelle tra i 31 e i 50 anni (41,6%) e i 18 e i 30 anni (36,8%). Il 13,8% delle visite è stato realizzato a minori (Tabella 7.1).

Tabella 7.1
Distribuzione dei pazienti per età

Classe di età	N	%
<18	37	13,8
18-30	99	36,8
31-50	112	41,6
>50	21	7,8
<i>n.r.</i>	8	--
Totale	277	100

Il dato riguardante il tempo di permanenza in Italia può essere ricostruito sulla base della sola esperienza sul campo, poiché le informazioni raccolte nelle schede cliniche sono spesso incomplete o poco uniformi a causa di barriere linguistiche. Emerge che molti degli abitanti della zona di Osmannoro e di Quaracchi alternano periodi di permanenza in Italia a soggiorni nel loro Paese di origine, viaggiando costantemente e periodicamente tra Firenze, Buzau e Costanza. Una parte consistente degli utenti è arrivato la prima volta in Italia in un periodo compreso tra 1 e 5 anni, tuttavia i periodi di soggiorno in Italia superano raramente la durata di 6 mesi.

La maggioranza delle persone con cui gli operatori di MEDU sono venuti in contatto dichiara di avere differenti esperienze lavorative nel settore dell'edilizia, della pulizia e dell'agricoltura e auspica un inserimento nel mondo del lavoro.

La quota prevalente dei pazienti visitati era in posizione di non regolarità dal punto di vista dell'autorizzazione al soggiorno, essendo in Italia da più di tre mesi. Per l'iscrizione anagrafica al Comune nel quale si intende risiedere vengono richiesti infatti un contratto di lavoro o l'iscrizione all'ufficio di collocamento o ad un corso di studi o la dimostrazione di risorse economiche sufficienti per il proprio mantenimento, nonché una polizza assicurativa sanitaria.

Il monitoraggio costante sul reale accesso degli utenti alle strutture territoriali, portato avanti nei due anni del progetto, ha evidenziato una generale problematicità nel rapporto tra l'utenza e i servizi. L'analisi dei dati raccolti riferiti alle prime visite effettuate negli

insediamenti precari di Osmannoro e Quaracchi mostra che solo il 10,9% degli utenti era in possesso della tessera “Stranieri temporaneamente presenti” (STP) o di altra forma di copertura sanitaria. Particolarmente allarmante era la totale assenza di qualsiasi tipo di contatto con i servizi territoriali, soprattutto nelle fasce vulnerabili della popolazione, come le donne in gravidanza e i minori di cinque anni.

A due anni dall’inizio dell’attività della clinica mobile, grazie al rapporto di fiducia costruito con gli operatori MEDU, il 36% degli utenti è stato avvicinato al presidio sanitario e ha acquisito la tessera STP.

7.3 Il sospetto diagnostico

I sospetti diagnostici più frequenti, classificati per grandi gruppi ICD9-CM (Tabella 7.2), sono risultati nel 15,3% dei casi le patologie gastrointestinali (in particolare gastriti e ulcere) e nel 12,9% le affezioni respiratorie (in particolare infezioni delle alte vie respiratorie), in linea anche con altre ricerche italiane³. Le altre patologie diagnosticate sono quelle osteomuscolari (9,1%), le malattie del sistema circolatorio (7,6%) e i problemi genitourinari (7,3%). Il 6,7% dei sospetti diagnostici è costituito da malattie del sistema nervoso e organi di senso (per lo più otiti) e il 4,2% da traumatismi. Le malattie infettive rappresentano il 4,9% dei sospetti diagnostici (tra cui alcuni casi di scabbia e tubercolosi, che sono stati prontamente denunciati alle autorità sanitarie territoriali).

Gli altri sospetti diagnostici riguardano le malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (2,5%) e i disturbi psichici (2,2%). Il 15,0% sono sintomi, segni e stati morbosi mal definiti, tra i quali i più frequenti sono cefalea (24,8%), dolore addominale (19,8%) e tosse (9,9%).

L’analisi di altri stili di vita indica che, alla prima visita, il 69% degli utenti si dichiara fumatore e il 39% consuma alcol regolarmente.

Nel biennio 2008-2009, le donne visitate che si trovavano in stato di gravidanza sono risultate 17, rappresentando l’11,7% del totale delle donne visitate.

Dall’anamnesi ostetrica risulta che l’età media alla prima gravidanza è di 17,7 anni di età, il numero medio di gravidanze avute dalle pazienti è di 3,8, mentre quello degli aborti 1,9 (Tabella 7.3).

Dai colloqui con le donne in gravidanza emerge anche un ritardo nell’accesso ai controlli (in termini di prima visita e prima ecografia) e una carenza di informazioni rispetto alla possibilità di ricorrere ad esami di diagnosi prenatale. Le difficoltà emerse nel percorso nascita si confermano sul versante più generale della prevenzione: si registra un bassissimo coinvolgimento nei programmi di screening (pap test, mammografia). Del resto nella prevenzione non vi è nulla, a parte la consapevolezza che la salute è un bene

³ Istat, *Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia*. Indagini Multiscopo, 2005.

da tutelare, che renda urgente o indifferibile il ricorso ai servizi, e barriere di varia natura possono facilmente tradursi in un accesso mancato.

Tabella 7.2
Distribuzione delle visite per diagnosi

Diagnosi	N	%
Malattie dell'apparato digerente	103	15,3
Sintomi, segni e stati morbosi mal definiti	101	15,0
Malattie dell'apparato respiratorio	87	12,9
Malattie del sistema osteomuscolare e connettivo	61	9,1
Stato di salute e ricorso alle strutture sanitarie	59	8,8
Malattie del sistema circolatorio	51	7,6
Malattie dell'apparato genito-urinario	49	7,3
Malattie del sistema nervoso	45	6,7
Malattie infettive e parassitarie	33	4,9
Traumatismi e avvelenamenti	28	4,2
Malattie della pelle e del sottocutaneo	17	2,5
Disturbi psichici	15	2,2
Complicanze della gravidanza	8	1,2
Tumori	7	1,0
Malattie del sangue e degli organi emopoietici	5	0,7
Malattie endocrine, del metabolismo e disturbi immunitari	2	0,3
Malformazioni congenite	1	0,1
Condizioni morbose di origine perinatale	1	0,1
<i>n.r.</i>	28	
Totale	701	100

Tabella 7.3
Salute riproduttiva[§]

Età media alla prima gravidanza	Numero medio di gravidanze	Numero medio di aborti[‡]
17,7 anni	3,8	1,9

[§] Alla prima visita se questa è l'unica effettuata, oppure all'ultima nel caso siano state effettuate più visite.

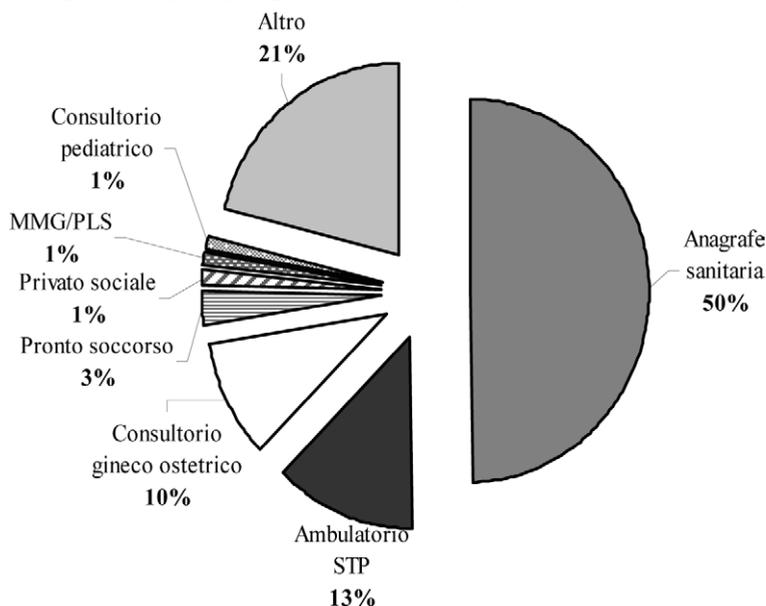
[‡] Aborto spontaneo o interruzione volontaria della gravidanza.

Nonostante la maggioranza dei pazienti sia affetto da patologie di semplice risoluzione, il 74,4% degli utenti è stato inviato dalle Aziende sanitarie per una visita di controllo, in modo da favorire un ulteriore collegamento ai servizi pubblici. Si tratta di pazienti giunti all'osservazione da parte del personale MEDU prima della circolare emessa il 19 febbraio 2008 dal Ministero della salute che ha previsto la reintroduzione della tessera STP per i cittadini neocomunitari.

Il 10% degli utenti è stato inviato al consultorio ostetrico-ginecologico e solo il 3% alle strutture del Pronto soccorso. In alcuni casi i pazienti visitati, principalmente minori, donne in stato di gravidanza e pazienti con patologie gravi, sono stati accompagnati alle strutture pubbliche dagli operatori MEDU (Figura 7.1).

Figura 7.1

Distribuzione degli utenti per tipologia di servizio al quale sono stati inviati



7.4 Conclusioni

Obiettivo principale del progetto “Camper per i diritti” era avvicinare la comunità Rom al servizio sanitario pubblico per rendere effettivo quell'accesso alle cure spesso enunciato solo formalmente.

Il lavoro è stato svolto necessariamente in due direzioni: nei confronti dell'utenza per la prevenzione e l'educazione alla salute, la prima assistenza, l'orientamento e l'eventuale accompagnamento ai servizi sanitari, e nei confronti delle istituzioni per un'azione di testimonianza e per una richiesta di coordinamento e collaborazione.

Il primo dato rilevante è che gli operatori dell'unità mobile MEDU sono riusciti a raggiungere gli utenti direttamente presso le loro dimore, instaurando un rapporto umano di fiducia e conoscenza reciproca, favorito forse da un'offerta attiva allettante quale quella di assistenza sanitaria. È stato osservato un confronto con un'utenza recettiva e attiva: significativo in tal senso il dato per cui la percentuale dei Rom che alla seconda visita aveva provveduto alla stipula della tessera STP è passata dall'11% al 36% a seguito delle indicazioni.

I risultati descrivono il profilo di un'utenza colpita principalmente da patologie croniche causate in larghissima parte dalle condizioni di precarietà in cui vive, condizioni igienico-sanitarie che risultano intollerabili e impediscono il benessere dei singoli individui. In questo quadro è stato in particolare molto difficile, e a volte impossibile, poter organizzare un'effettiva presa in carico da parte dei servizi sanitari pubblici di pazienti con patologie importanti come i tumori, bisognosi di un'assistenza domiciliare continuativa, oppure di pazienti in fase postoperatoria.

I servizi territoriali restano l'unico servizio in grado di garantire un'assistenza di base a tutti gli stranieri anche se è ancora il Pronto soccorso ad essere più utilizzato dai cittadini stranieri, spesso in modo inappropriato, con un conseguente aumento dei costi a carico del Servizio sanitario nazionale.

Dal punto di vista della salute pubblica, emerge che le malattie infettive, pur costituendo una minima percentuale dei riscontri diagnostici, hanno rappresentato una grossa difficoltà di gestione sia dello screening (ricerca dei contatti) sia della necessaria terapia. Nei casi di tubercolosi, l'unica strategia possibile, preventivamente concordata con il servizio sanitario nella gestione post ospedaliera della terapia, si è rivelata essere quella della "terapia direttamente osservata" (DOT) in ospedale, con la quale è stato peraltro possibile somministrare anche un pasto appropriato al paziente. Per contro, la situazione di estrema precarietà ha reso impossibile la gestione opportuna dei casi di scabbia.

Risulta evidente che la presenza di patologie infettive e non infettive, che in una situazione di "normalità" non dovrebbero preoccupare perché facilmente gestibili, possono presentare grosse criticità di trattamento quando la situazione abitativa e igienica non è adeguata.

Anche le varie problematiche relative all'accesso alle cure (barriere burocratiche ed economiche, scarsa conoscenza del diritto alla salute e dei servizi sul territorio, scarsa fiducia nel sistema sanitario, scarsa valutazione delle priorità legate alla salute) hanno influito negativamente sia sulla salute sia sul rapporto di fiducia nei confronti delle istituzioni, soprattutto sulle fasce di popolazione più deboli come le donne, i minori e i pazienti con malattie croniche. Tali problematiche, che non differiscono molto da quelle di un cittadino italiano vulnerabile, nel caso dei Rom sono state amplificate da barriere linguistiche, che pregiudicano la comprensione dei percorsi di salute, e da problematiche amministrative, che influiscono sulla continuità dell'assistenza. In questo senso è auspicabile l'organizzazione di un servizio di mediazione linguistico-culturale

più efficiente e capillare all'interno dei servizi e una maggiore tempestività dell'azione normativa regionale: è opportuno segnalare che la condizione di accesso alla salute per i pazienti Rom neocomunitari è risultata particolarmente grave nei primi due mesi sia del 2008 sia del 2009, quando non era ancora attiva o era scaduta la Delibera regionale che equiparava i loro diritti a quelli del cittadino straniero non comunitario privo di permesso di soggiorno. In tali intervalli temporali, infatti, questo tipo di pazienti era obbligato a pagare le cure di cui aveva bisogno oppure a trascurare le necessità di salute.

Dalle interviste e dall'osservazione del funzionamento degli ambulatori STP emerge come la mancanza di risorse umane e materiali (in particolare un sistema informatico per la gestione di un adeguato registro dei pazienti e i ridotti orari di apertura degli ambulatori) comporti una difficoltà nell'approccio olistico al paziente e nella continuità di cura. È presumibile ritenere che per migliorare l'accesso alle cure dei gruppi di migranti irregolarmente soggiornanti, che vivono in condizioni di marginalità, sia opportuno operare una scelta politica decisa tra il potenziamento degli ambulatori STP già esistenti e il pieno coinvolgimento dei medici di medicina generale, in applicazione della normativa regionale vigente che prevede il libero accesso con rimborso per singola prestazione alla medicina generale.

È inoltre interessante evidenziare come la mancanza di una relazione fra distretto e territorio generi una scarsa conoscenza dei contesti in cui gli utenti vivono. Molti operatori hanno sottolineato l'utilità di un approccio sanitario operativo al territorio, come testimoniano le esperienze degli anni passati nei campi nomadi attrezzati dell'Olmately e del Poderaccio. Tale metodologia è vista come proficua nell'ottica di portare avanti una campagna di informazione degli utenti, un'acquisizione di maggiori conoscenze da parte degli operatori e, più in generale, per stimolare la nascita di una fiducia generale delle categorie più vulnerabili verso le istituzioni sanitarie. Questa prospettiva è d'altronde in linea con le politiche sanitarie della Regione Toscana, che negli ultimi anni si è fatta promotrice di progetti territoriali che favoriscono la medicina di iniziativa.

Il lavoro svolto da MEDU, se da un lato può essere considerato complessivamente positivo, dall'altro rileva l'esistenza di un atteggiamento di "antipatia culturale" nei confronti della popolazione Rom presente nella società civile, in generale, e quindi anche nelle sue istituzioni. I forti pregiudizi nei confronti di questi utenti, emersi durante alcune interviste agli operatori sanitari e amministrativi, si riflettono nel rapporto con i beneficiari, creando una spirale di razzismo sia reale sia percepito. Esiste inoltre una difficoltà di comunicazione a livello istituzionale inerente questa specifica tematica.

Di fronte a una situazione come quella descritta in questo documento, che si protrae ormai da circa dieci anni, l'atteggiamento prevalente dei rappresentanti degli Enti locali deputati all'accoglienza è stato infatti di indifferenza e, in certi casi, di ostilità. È rimasta infatti disattesa la richiesta effettuata da MEDU, ritenuta il provvedimento più urgente per restituire dignità e per permettere le minime condizioni di salute alle persone, di miglioramento delle condizioni igieniche attraverso la rimozione dei rifiuti presenti negli insediamenti.

A un livello più complessivo, è stato chiesto anche l'avvio di un tavolo di coordinamento provinciale, in cui soggetti pubblici e privati possano pensare alla soluzione più opportuna. Le uniche risposte fino ad oggi ottenute sono state le minacce delle forze di pubblica sicurezza al momento della visita nei campi, il moltiplicarsi degli episodi di fermo in Questura, con il conseguente rilascio di un ordine di allontanamento dal territorio e le periodiche operazioni di sgombero, attuate senza una preventiva condivisione con i destinatari, senza preavviso alcuno e senza la previsione di soluzioni né di emergenza né a lungo termine. Tali azioni di sgombero hanno messo in pericolo la salute delle persone presenti negli insediamenti, donne e bambini in primo luogo, avendo come unica conseguenza lo spostamento dei nuclei familiari in altre aree della zona. La perdita degli effetti personali, della documentazione sanitaria e dei medicinali in loro possesso ha inoltre comportato un ulteriore aggravio di lavoro per gli operatori. La periodicità delle retate e degli sgomberi ha peggiorato la condizione psicologica degli utenti e aumentato la loro diffidenza e, in certi casi, anche l'ostilità verso tutto ciò che "viene dall'esterno", minando anche il rapporto di fiducia nei confronti di MEDU, faticosamente instaurato nel tempo.

Bibliografia

Aerts A, et al. Tuberculosis and tuberculosis control in European prisons. *International Journal of Tuberculosis and lung Disease*, 10, pp.1215-1223

Allwright S, Bradley F, Long J. Prevalence of antibodies to hepatitis B, hepatitis C, and HIV and risk factors in Irish prisoners: results of a national cross sectional survey. *British Medical Journal*, 321, pp. 78-82

Berti F, Valzania A. (a cura di). *Le nuove frontiere dell'integrazione. Gli immigrati stranieri in Toscana*. Franco Angeli, 2010.

Bruzzone S., Mignolli N. Salute degli immigrati. In: *Rapporto Osserva salute. 2008* (www.osservasalute.it/index.php/home)

Caritas-Migrantes. *Immigrazione Dossier Statistico 2009, XIX Rapporto*

Caritas-Migrantes. *Immigrazione Dossier Statistico 2010, XX Rapporto*

Carroli G, Villar J et al. WHO systematic review of randomised controlled trials of routine antenatal care. *Lancet* 2001;357:1565-70.

Castles A, Adams EK et al. Effects of smoking during pregnancy: five meta-analyses. *Am J Prev Med* 1999;16:208-15.

Clausson B, Cnattingius S, Axelsson O. Preterm and term births of small for gestational age infants: A population-based study of risk factors among nulliparous women. *Br J Obstet Gynaecol* 1998;105:1011-7.

Clement S, Sikorski J et al. Women's satisfaction with traditional and reduced antenatal visit schedules. *Midwifery* 1996;12:120-8

Colombo A., Santangelo F. Mortalità e cause di morte degli stranieri in Italia. In: *Ministero dell'Interno (a cura di), Primo rapporto sugli immigrati in Italia, Roma, 2007* (su sito Ministero dell'Interno)

Cravero A. *Il rapporto tra medico italiano e paziente straniero*. Milano: L'Harmattan Italia 2000

Crimi P, Macrina G, Saettone F, Turello W, Ramorino P, Gasparini R, Crovari P. Epidemiological trend in tuberculosis in the Italian region of Liguria: impact of immigration and AIDS. *Eur J Public Health*. 2005

Di Franza JR, Lew RA. Effect of maternal cigarette smoking on pregnancy complications and sudden infant death syndrome. *J Fam Pract* 1995;40:385-94.

European Heart Network. European cardiovascular disease statistics 2008

Euro-Peristat project. European perinatal health report 2008. Disponibile all'indirizzo: www.europeristat.com

Farchi S, Mantovani J, Borgia P, Giorgi Rossi P. Tuberculosis incidence, hospitalisation prevalence and mortality in Lazio, Italy, 1997-2003. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2008

Foca A, Barreca GS, Barbieri V, Matera G, Liberto MC, De Rosa M. Fourteen-year experience with imported malaria. *Infez Med*. 2004

Green JM, Hewison J et al (2004) Psychosocial aspects of genetic screening of pregnant women and newborns: A systematic review. *Health Technol Assess* 2004; 8:iii-87

Hodnett ED. Caregiver support for women during childbirth (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 4*. Oxford: Update Software; 2002

Hodnett ED, Gates S, Hofmeyr GJ, Sakala C. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2003 Issue 3

IRPET (2011) *Immigrazione e salute in Toscana*. (http://www.irpet.it/storage/dimmi_dati/Report_immigrazione_e_salute.pdf)

Khlat M., Courbage Y. La mortalite et les causes de deces des Maracains en France 1979 a 1991. II. Les causes de deces, in *Population (Frenche Edition)* 1995; 50: 447-471

La Torre G, Miele L, Chiaradia G, et al. Socio-demographic determinants of coinfections by HIV, hepatitis B and hepatitis C viruses in central Italian prisoners. *BMC Infect Dis*. 2007 Aug 30;7:100

Ministero della Salute - DG della Prevenzione Sanitaria – Ufficio V – Malattie Infettive e Profilassi Internazionale

Nobile C, Fortunato L, Pavia M. Oral health status of male prisoners in Italy. *Int Dent J*. 2007 Feb;57(1):27-35.

Pasini N, 2005. La salute in Fondazione ISMU. Decimo rapporto sulle migrazioni 2004. Milano, Franco Angeli. Pp 169-182

Regione Marche - La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi. Ancona, 2009

Santori D, Fabbiani M, Zanelli G, Sansoni A, Pippi F, Braitto A, Pippi L, Rossi M, Rottoli P. Retrospective study of tuberculosis in the Province of Siena. *Infez Med.* 2005

Shah NR, Bracken MB. A systematic review and meta-analysis of prospective studies on the association between maternal cigarette smoking and preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol* 2000;182:465-72

SIMM. Conferenza di Consenso “Tbc e Migrazioni in Italia” – sintesi del documento approvato. 5 e 6 giugno 2008 a cura del servizio di documentazione della SIMM Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Tyson GA. Stress and detention. *S Afr Med J.* 1983 Nov 19;64(22):858-9.

Vigotti MA.. Analysis of mortality in relation to various demographic phenomena: migration and marital status. *Ann Ist Super Sanita.* 1992

Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev* 2003

WHO – World Health Organization Appropriate technology for birth. *Lancet* 1985;2:436-7

WHO Regional Office for Europe (2007), Health in prison. A WHO guide to the essentials in prison health

Appendice I - Fonti

Certificato di assistenza al parto (CAP)

Il flusso informativo del certificato di assistenza al parto è la principale fonte di informazione sul percorso nascita e rappresenta lo “strumento utilizzabile ai fini statistici e di sanità pubblica” (DM n. 349 del 16 luglio 2001). Il decreto ministeriale n. 349 del 16 luglio 2001 definisce lo schema di rilevazione del nuovo CAP e lascia ad ogni regione la facoltà di integrarlo secondo le proprie esigenze informative. La Regione Toscana ha inserito nel 2003 tre nuove variabili: il peso pregravidico, l'altezza e l'abitudine al fumo in gravidanza.

La rilevazione del certificato di assistenza al parto si articola in 5 sezioni:

sezione A - informazioni socio-demografiche sul/i genitore/i (cittadinanza, titolo di studio, occupazione, età...)

sezione B - informazioni sulla gravidanza (struttura/persona di riferimento, esami in gravidanza, visite ed ecografie...)

sezione C - informazioni sul parto e sul neonato (modalità del parto, farmaci in travaglio, vitalità, peso alla nascita, settimane di gestazione, punteggio Apgar...)

sezione D - informazioni sulle cause di nati-mortalità

sezione E - informazioni sulla presenza di malformazioni

La compilazione del CAP è obbligatoria e deve avvenire entro il 10° giorno dall'evento nascita: le sezioni A, B e C devono essere compilate a cura dell'ostetrica/o e/o del medico che ha assistito il parto o del medico responsabile della Unità operativa in cui è avvenuta la nascita e le sezioni D ed E a cura del medico accertatore della malformazione e/o della causa di nati mortalità sempre entro il 10° giorno dall'evento nascita.

Dimissioni dagli istituti di cura per aborto spontaneo (AS)

La prima indagine sulle dimissioni dagli istituti di cura per aborto è stata effettuata dall'Istat nel 1956 ed è proseguita fino al 1977. In conseguenza della legge 94/1978 sull'interruzione volontaria di gravidanza, l'Istat ha avviato due nuove rilevazioni, una sugli aborti spontanei e una sulle interruzioni volontarie della gravidanza.

La prima ha come campo di osservazione solo i casi di aborto spontaneo per i quali si sia reso necessario il ricovero in istituti di cura sia pubblici che privati. Gli aborti spontanei non soggetti a ricovero, quali ad esempio gli aborti che si risolvono senza intervento del medico o che necessitano di sole cure ambulatoriali, non vengono rilevati. La rilevazione è effettuata a mezzo del modello Istat D.11. Esso è individuale e anonimo e contiene informazioni sulle caratteristiche sociodemografiche della donna e sulle caratteristiche dell'aborto e del ricovero.

Interruzione volontaria della gravidanza (IVG)

A partire dal 1979 l'Istituto nazionale di statistica, a seguito dell'entrata in vigore della legge numero 194/78, ha avviato, in accordo con le Regioni ed il Ministero della sanità, la rilevazione dei casi di interruzione volontaria di gravidanza.

I dati vengono raccolti per mezzo del modello individuale di dichiarazione di interruzione volontaria della gravidanza (Istat D.12), che deve essere compilato dal medico che procede all'interruzione stessa. Nel modello sono richieste notizie sulla donna e sull'interruzione della gravidanza.

Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca - MIUR

I dati sugli iscritti e sulle istituzioni scolastiche derivano dalle Rilevazioni Integrative che il Ministero dell'istruzione, dell'università e della ricerca (MIUR) effettua ogni anno, all'inizio dell'anno scolastico, per tutti gli ordini di scuola sia statale che non statale. Dalla rilevazione sono state escluse le scuole carcerarie ed ospedaliere, fatta eccezione per l'anno scolastico 2004/05.

Sono considerati iscritti stranieri gli studenti con cittadinanza non italiana. Nel caso di doppia cittadinanza, di cui una italiana, lo studente è conteggiato tra gli iscritti italiani.

Popolazione Istat

Popolazione residente per età, sesso e stato civile al 1° Gennaio

I dati disponibili nel sito Istat provengono dalla **Rilevazione sulla Popolazione residente comunale per sesso, anno di nascita e stato civile**, indagine che l'Istat conduce dal 1992 presso le Anagrafi dei comuni italiani. I dati si riferiscono a tutti i comuni italiani, e sono in linea con quelli del XIV Censimento generale della popolazione e delle abitazioni (21 ottobre 2001).

Alcune avvertenze per la corretta utilizzazione dei dati forniti:

- la popolazione totale e per sesso è in linea con le risultanze del Censimento 2001 e con il conseguente bilancio demografico (mod. Istat P.2), periodo 22 ottobre 2001-31 dicembre 2008;
- i dati per età, a livello comunale, sono oggetto di una procedura di validazione statistica qualitativa e quantitativa, atta a superare le incongruenze che a volte si manifestano in talune anagrafi comunali, a causa del non perfetto allineamento delle stesse con le risultanze derivanti dall'ultimo censimento;
- per quanto riguarda la distribuzione della popolazione secondo lo stato civile, non è presente la condizione di separato/a in quanto, ai fini anagrafici, la separazione non comporta l'uscita dalla condizione di coniugato/a.

Popolazione residente straniera per età e sesso al 1° Gennaio

I dati disponibili nel sito Istat provengono dalla **Rilevazione sulla Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita**, indagine che l'Istat ha

avviato dal 2002 presso le Anagrafi dei comuni italiani. I dati si riferiscono a tutti i comuni italiani, e sono in linea con quelli del XIV Censimento Generale della Popolazione e delle Abitazioni (21 ottobre 2001).

Alcune avvertenze per la corretta utilizzazione dei dati forniti:

- la popolazione totale e per sesso è in linea con le risultanze del Censimento 2001 e con il conseguente bilancio demografico (mod. Istat P.3), periodo 22 ottobre 2001-31 dicembre 2009;
- i dati per età, a livello comunale, sono oggetto di una procedura di validazione statistica qualitativa e quantitativa, atta a superare le incongruenze che a volte si manifestano in talune anagrafi comunali, a causa del non perfetto allineamento delle stesse con le risultanze derivanti dall'ultimo censimento;
- per popolazione straniera s'intende la popolazione residente con cittadinanza non italiana. La classificazione incrociata età-stato di cittadinanza non è disponibile.

Registro mortalità regionale (RMR)

La rilevazione delle cause di morte viene svolta in Toscana dal RMR, istituito con Delibera della Giunta Regionale n. 11409/1986. Le schede di morte, compilate dal medico e validate, per quanto riguarda la parte anagrafica, dall'ufficiale di Stato Civile sono al momento oggetto di archiviazione cartacea da parte delle aziende sanitarie tenute, secondo quanto previsto dal DPR 285/90, a conservare un registro dei decessi avvenuti nel proprio territorio.

Il registro è attivo dal 1985 per le province di Firenze e Prato e dal 1987 per tutta la Regione. Il RMR raccoglie gli archivi di mortalità delle 12 Aziende USL toscane, effettua controlli di qualità, codifica centralmente la causa di morte, restituisce alle Aziende l'archivio in occasione dell'incontro annuale con i referenti aziendali, distribuisce un software per le elaborazioni statistiche degli indici di mortalità, effettua elaborazioni dei dati aggregati e diffonde tali elaborazioni in un report annuale consultabile anche online (<http://ius.regione.toscana.it/cif/stat/index-sanita.shtml>).

Registro regionale AIDS

Il Registro regionale AIDS raccoglie tutte le segnalazioni di casi di AIDS in Toscana (residenti e non; per i primi anche le notifiche avvenute fuori regione) dall'inizio dell'epidemia (1985). L'AIDS rientra nell'ambito delle patologie infettive di Classe III (DM 15/12/90), ovvero è sottoposta a notifica speciale mediante la compilazione di un'apposita scheda. I criteri di diagnosi sono stati, fino al 31/12/1992, quelli della definizione dell'OMS/CDC, mentre, a partire dal 1 gennaio 1993, la definizione di caso adottata in Italia si attiene alle indicazioni del Centro europeo dell'OMS.

La gestione del registro regionale AIDS è stata affidata dalla Regione Toscana all'Osservatorio di epidemiologia dell'ARS nel giugno 2004 (Delibera n. 599 del 21/06/04 della Giunta regionale).

Scheda di dimissione ospedaliera (SDO)

Il flusso attiene alla scheda di dimissione degli Istituti di ricovero prevista dal D.M. Sanità 28.12.1991, che istituisce la scheda di dimissione ospedaliera.

Ogni record corrisponde ad un singolo ricovero e le informazioni principali che si possono trarre sono:

regime di ricovero (ricovero ordinario e ricovero in day hospital), data di ricovero, data di dimissione ed eventuali date di trasferimento, reparto di ammissione, dimissione e trasferimento, diagnosi principale di dimissione (ossia la condizione, identificata alla fine del ricovero, che risulta essere la principale responsabile del bisogno di trattamento e/o di indagini diagnostiche) e cinque diagnosi secondarie (ossia qualunque condizione diversa dalla diagnosi principale che influenzi l'assistenza erogata al paziente in termini di: trattamento terapeutico, procedure diagnostiche eseguite, durata della degenza, assistenza infermieristica, monitoraggio clinico).

La regione Toscana dispone sia dei dati relativi ai ricoveri avvenuti nelle strutture del proprio territorio (mobilità attiva) che dei ricoveri dei soggetti residenti in Toscana dimessi da altre regioni (mobilità passiva). Ad oggi non è ancora disponibile la mobilità passiva del 2010.

Studio sulla salute dei detenuti toscani

L'indagine sullo stato di salute dei detenuti toscani, nasce dall'esigenza di costruire una prima esperienza di raccolta dati a fini epidemiologici in attesa dell'informatizzazione della cartella clinica regionale.

Si è condotto uno studio di coorte prospettico (data di arruolamento: 15/06/2009) con follow-up al terzo, al sesto ed al dodicesimo mese successivo all'arruolamento. Il campione è costituito da tutti i detenuti presenti all'interno dei 18 istituti penitenziari della Toscana alla data dell'arruolamento.

Per la rilevazione è stata predisposta una scheda elettronica, implementata su programma Access, composta da due sezioni: la prima contiene le informazioni socio-demografiche ed identificative del detenuto; la seconda raccoglie dati di carattere sanitario e farmacologico. La compilazione di ogni scheda, previa visita del detenuto, viene effettuata dal medico di guardia afferente al Servizio integrativo per l'assistenza sanitaria (Sias) o dal medico incaricato.

L'utilizzo di un codice numerico permette l'anonimizzazione dei soggetti.

Appendice II - Classificazione paesi di provenienza

Classificazione	Paese
PFPM - America Centro-Sud	Angola
	Benin (Ex Dahomey)
	Botswana
	Burkina Faso (Alto Volta)
	Burundi
	Camerun
	Capo Verde
	Centrafricana, Repubblica
	Ciad
	Comore
	Congo
	Congo, Rep.Dem. (Zaire)
	Costa D'Avorio
	Eritrea
	Etiopia
	Gabon
	Gambia
	Ghana
	Gibuti
	Guinea
	Guinea Bissau
	Guinea Equatoriale
	Kenia
	Lesotho
	Liberia
	Madagacar
	Malawi
	Mali
	Mauritania
	Maurizio
	Mozambico
	Namibia
Niger	
Nigeria	
Ruanda	
Sao Tomè e Principe	
Seicelle	

Classificazione	Paese
PFPM - America Centro-Sud	Senegal
	Sierra Leone
	Somalia
	Sudafrica, Repubblica
	Swaziland
	Tanzania
	Togo
	Uganda
	Zambia
Zimbabwe (Rhodesia)	
PFPM - Africa del Nord	Algeria
	Egitto
	Libia
	Marocco
	Sudan
Tunisia	
PFPM - America Centro-Sud	Antigua e Barbuda
	Argentina
	Bahama
	Barbados
	Belize
	Bolivia
	Brasile
	Cile
	Colombia
	Costarica
	Cuba
	Dominica
	Dominicana, Repubblica
	Ecuador
	El Salvador
	Giamaica
	Grenada
	Guatemala
	Guyana
Haiti	
Honduras	
Messico	

Classificazione	Paese
PFPM - America Centro-Sud	Nicaragua
	Panamà
	Paraguay
	Perù
	Saint Kitts (Christopher) e Nevis
	Saint Lucia
	Saint Vincent e Grenadine
	Suriname
	Trinidad e Tobago
	Uruguay
	Venezuela
PFPM - Asia	Afghanistan
	Arabia Saudita
	Armenia
	Azerbaigian
	Bahrein
	Bangladesh
	Bhutan
	Brunei
	Cambogia
	Cina
	Corea Del Nord
	Corea Del Sud
	Emirati Arabi Uniti
	Filippine
	Georgia
	Giordania
	India
	Indonesia
	Iran
	Iraq
	Kazakistan
Kirghizistan	
Kuwait	
Laos	
Libano	
Maldive	
Malesia (Malaysia)	
	Mongolia

Classificazione	Paese
PFPM - Asia	Myanmar (Ex Birmania)
	Nepal
	Oman
	Pakistan
	Palestina
	Qatar
	Singapore
	Siria
	Sri Lanka (Ceylon)
	Tagikistan
	Taiwan (Formosa)
	Thailandia
	Timor Orientale
	Turkmenistan
	Uzbekistan
	Vietnam
Yemen	
PFPM - Europa Centro-est	Albania
	Bielorussia
	Bosnia-Erzegovina
	Bulgaria
	Ceca, Repubblica
	Cipro
	Croazia
	Estonia
	Jugoslavia
	Kosovo
	Lettonia
	Lituania
	Macedonia
	Moldavia
	Montenegro
	Polonia
	Romania
	Russia
	Serbia
Slovacchia	
Slovenia	
Turchia	

Classificazione	Paese
PFPM - Europa centro-est	Ucraina
	Ungheria
PSA - America del nord	Canada
	Stati Uniti D'America
PSA - Asia	Giappone
	Israele
PSA - Altri Europa	Andorra
	Città del Vaticano
	Islanda
	Liechtenstein
	Malta
	Monaco
	Norvegia
	San Marino
	Svizzera
PSA - Oceania	Australia
	Figi
	Kiribati
	Marshall
	Micronesia
	Nauru
	Nuova Zelanda
	Palau
	Papua Nuova Guinea
	Salomone
	Samoa
	Tonga
	Tuvalu
Vanuatu	
PSA - UE	Austria
	Belgio
	Danimarca
	Finlandia
	Francia
	Germania
	Grecia
	Irlanda
	Lussemburgo
Paesi Bassi	

Classificazione	Paese
	Portogallo
	Regno Unito
	Spagna
	Svezia

**Appendice III - Popolazione straniera residente in Toscana
per genere e cittadinanza - Anni 2003-2009**

Tabella 1 - Popolazione straniera proveniente dall'Europa residente in Toscana al 31/12 per genere e Paese di provenienza. Anni 2003-2009

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
Europa occidentale (tutti PSA)												
Germania	Maschi	1.814	1.817	1.838	1.847	1.913	2.009	2.027	1,8	9,7	37,6	0,6
	Femmine	2.965	2.965	3.014	3.089	3.180	3.330	3.364	4,2	8,9	62,4	
Regno Unito	Maschi	1.071	1.174	1.271	1.390	1.444	1.663	1.737	29,8	25,0	43,2	0,8
	Femmine	1.533	1.662	1.805	1.810	1.967	2.170	2.282	18,1	26,1	56,8	
Francia	Maschi	822	787	801	843	911	981	1.036	2,6	22,9	39,8	0,7
	Femmine	1.344	1.286	1.327	1.383	1.460	1.535	1.569	2,9	13,4	60,2	
Svizzera	Maschi	693	676	684	679	686	680	684	-2,0	0,7	44,0	0,8
	Femmine	923	860	872	856	851	858	870	-7,3	1,6	56,0	
Spagna	Maschi	201	211	233	244	270	293	325	21,4	33,2	24,4	0,3
	Femmine	721	766	800	806	886	942	1006	11,8	24,8	75,6	
Paesi Bassi	Maschi	302	296	328	329	361	391	400	8,9	21,6	39,3	0,6
	Femmine	472	490	526	530	576	593	617	12,3	16,4	60,7	
Belgio	Maschi	177	180	179	208	212	229	232	17,5	11,5	39,0	0,6
	Femmine	307	304	318	324	335	354	363	5,5	12,0	61,0	
Austria	Maschi	132	128	117	128	137	143	144	-3,0	12,5	26,2	0,4
	Femmine	356	355	365	374	388	395	405	5,1	8,3	73,8	
Grecia	Maschi	318	284	278	273	276	284	296	-14,2	8,4	55,5	1,2
	Femmine	235	207	218	215	220	223	237	-8,5	10,2	44,5	
Svezia	Maschi	107	106	110	108	115	122	125	0,9	15,7	24,9	0,3
	Femmine	322	317	337	352	359	373	378	9,3	7,4	75,1	
Portogallo	Maschi	150	154	150	153	162	198	202	2,0	32,0	43,5	0,8
	Femmine	213	210	210	222	237	248	262	4,2	18,0	56,5	
Danimarca	Maschi	74	79	84	93	96	110	112	25,7	20,4	34,8	0,5
	Femmine	177	178	180	186	193	202	210	5,1	12,9	65,2	

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
Europa occidentale (tutti PSA)												
Irlanda	Maschi	83	88	94	102	127	127	140	22,9	37,3	44,2	
	Femmine	113	116	120	135	154	160	177	19,5	31,1	55,8	
Finlandia	Maschi	24	22	29	31	27	30	40	29,2	29,0	20,7	
	Femmine	151	141	146	151	146	148	153	0,0	1,3	79,3	
Norvegia	Maschi	25	24	29	29	35	39	46	16,0	58,6	31,1	
	Femmine	65	58	63	62	69	76	102	-4,6	64,5	68,9	
Malta	Maschi	18	18	20	19	20	21	24	5,6	26,3	61,5	
	Femmine	21	19	20	25	13	14	15	19,0	-40,0	38,5	
San Marino	Maschi	16	18	22	23	18	18	17	43,8	-26,1	58,6	
	Femmine	18	17	18	17	15	13	12	-5,6	-29,4	41,4	
Lussemburgo	Maschi	7	8	8	9	9	9	12	28,6	33,3	52,2	
	Femmine	10	11	11	11	11	10	11	10,0	0,0	47,8	
Islanda	Maschi	7	6	5	5	4	6	6	-28,6	20,0	31,6	
	Femmine	14	11	11	14	12	14	13	0,0	-7,1	68,4	
Liechtenstein	Maschi	6	5	4	4	4	4	6	-33,3	50,0	66,7	
	Femmine	2	2	2	2	2	2	3	0,0	50,0	33,3	
Monaco	Maschi	1	1	1	1	1	5	1	0,0	0,0	20,0	
	Femmine	4	4	4	4	4	7	4	0,0	0,0	80,0	
Andorra	Maschi			1								
	Femmine			0								

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
Europa centro-orientale (tutti PFPM)												
Romania	Maschi	6.617	9.406	10.981	12.348	22.759	28.064	30.417	86,6	146,3	42,7	0,7
	Femmine	8.295	11.091	13.362	15.256	29.004	36.216	40.838	83,9	167,7	57,3	
Albania	Maschi	20.948	24.787	27.086	29.099	31.292	34.346	36.159	38,9	24,3	54,8	1,2
	Femmine	14.691	17.415	20.068	22.380	24.414	27.593	29.883	52,3	33,5	45,2	
Polonia	Maschi	717	892	1.154	1.495	1.996	2.260	2.438	108,5	63,1	25,6	0,3
	Femmine	2.347	3.283	3.896	4.535	5.663	6.427	7.079	93,2	56,1	74,4	
Ucraina	Maschi	375	613	809	997	1.224	1.539	1.789	165,9	79,4	19,1	0,2
	Femmine	2.363	3.973	4.539	5.045	5.755	6.727	7.602	113,5	50,7	80,9	
Macedonia	Maschi	2.038	2.312	2.600	3.088	3.143	4.184	4.370	51,5	41,5	60,3	1,5
	Femmine	1.067	1.249	1.437	1.816	1.850	2.654	2.875	70,2	58,3	39,7	
Serbia e Montenegro	Maschi	1.897	2.281	2.328	2.386	2.636			25,8			
	Femmine	1.420	1.647	1.726	1.755	1.903			23,6			
Serbia	Maschi						1.545	1.449			58,6	1,4
	Femmine						1.106	1.022			41,4	
Montenegro	Maschi						314	463			57,5	1,4
	Femmine						215	342			42,5	
Kosovo	Maschi						331	757			58,5	1,4
	Femmine						228	536			41,5	
Moldova	Maschi	234	437	604	749	945	1.266	1.557	220,1	107,9	34,8	0,5
	Femmine	717	1.036	1.263	1.460	1.893	2.456	2.921	103,6	100,1	65,2	
Bulgaria	Maschi	246	309	372	404	625	737	792	64,2	96,0	25,4	0,3
	Femmine	515	663	774	851	1.614	2.054	2.321	65,2	172,7	74,6	
Russia Federazione	Maschi	231	285	347	365	397	431	482	58,0	32,1	19,0	0,2
	Femmine	1.303	1.515	1.616	1.730	1.776	1.890	2.053	32,8	18,7	81,0	

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
Europa centro-orientale (tutti PFP)												
Turchia	Maschi	314	378	418	473	545	631	679	50,6	43,6	59,1	
	Femmine	228	279	298	343	368	433	470	50,4	37,0	40,9	
Bosnia- Erzegovina	Maschi	392	430	456	474	497	521	534	20,9	12,7	53,7	
	Femmine	315	333	362	380	408	447	460	20,6	21,1	46,3	
Croazia	Maschi	271	267	373	276	295	267	262	1,8	-5,1	42,3	
	Femmine	345	356	407	363	373	352	358	5,2	-1,4	57,7	
Bielorussia	Maschi	36	41	44	53	62	90	108	47,2	103,8	22,0	
	Femmine	109	146	163	188	224	291	382	72,5	103,2	78,0	
Ungheria	Maschi	57	60	74	70	95	109	122	22,8	74,3	24,8	
	Femmine	222	237	271	278	315	345	370	25,2	33,1	75,2	
Slovacchia	Maschi	50	126	68	69	90	102	114	38,0	65,2	24,5	
	Femmine	153	204	188	233	293	320	351	52,3	50,6	75,5	
Rep. Ceca	Maschi	40	65	72	77	94	101	75	92,5	-2,6	14,3	
	Femmine	331	372	397	410	437	463	448	23,9	9,3	85,7	
Lituania	Maschi	9	27	34	41	45	61	69	355,6	68,3	26,1	
	Femmine	36	58	87	105	162	175	195	191,7	85,7	73,9	
Estonia	Maschi	8	9	12	15	17	19	26	87,5	73,3	16,3	
	Femmine	66	86	90	105	108	119	134	59,1	27,6	83,8	
Lettonia	Maschi	9	11	15	15	22	22	23	66,7	53,3	18,4	
	Femmine	58	55	66	73	88	102	102	25,9	39,7	81,6	
Slovenia	Maschi	81	37	96	111	162	91	37	37,0	-66,7	44,6	
	Femmine	77	61	86	94	123	92	46	22,1	-51,1	55,4	
Cipro	Maschi	12	11	8	16	22	9	8	33,3	-50,0	28,6	
	Femmine	14	13	13	22	24	15	20	57,1	-9,1	71,4	

Tabella 2 - Popolazione straniera proveniente dall'Asia residente in Toscana al 31/12 per genere e Paese di provenienza. Anni 2003-2009

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Genere	
									% 2006	% 2009	% 2006	% 2009
Cina Rep. Popolare	Maschi	8.886	10.909	12.393	13.353	13.746	13.731	14.895	50,3	11,5	52,2	1,1
	Femmine	8.097	9.432	10.599	11.581	12.072	12.321	13.631	43,0	17,7	47,8	
Filippine	Maschi	2.723	3.039	3.332	3.547	3.756	4.206	4.607	30,3	29,9	44,3	0,8
	Femmine	4.025	4.286	4.530	4.725	4.939	5.341	5.793	17,4	22,6	55,7	
Sri Lanka	Maschi	1.432	1.672	1.867	2.112	2.294	2.621	2.955	47,5	39,9	55,8	1,3
	Femmine	1.275	1.424	1.583	1.734	1.857	2.124	2.342	36,0	35,1	44,2	
India	Maschi	1.076	1.387	1.544	1.690	1.851	2.165	2.605	57,1	54,1	54,5	1,2
	Femmine	1.122	1.223	1.362	1.497	1.638	1.912	2.172	33,4	45,1	45,5	
Bangladesh	Maschi	1.041	1.252	1.446	1.619	1.802	2.205	2.535	55,5	56,6	67,2	2,1
	Femmine	508	627	750	865	989	1.134	1.236	70,3	42,9	32,8	
Pakistan	Maschi	1.187	1.584	1.934	2.090	2.138	2.277	2.572	76,1	23,1	70,2	2,4
	Femmine	466	608	728	785	824	895	1.090	68,5	38,9	29,8	
Giappone §	Maschi	256	246	255	283	294	292	308	10,5	8,8	25,0	0,3
	Femmine	611	673	741	806	839	871	926	31,9	14,9	75,0	
Iran	Maschi	458	416	410	395	390	381	369	-13,8	-6,6	52,6	1,1
	Femmine	367	315	317	323	330	321	332	-12,0	2,8	47,4	
Georgia	Maschi	10	14	14	18	26	41	67	80,0	272,2	11,8	0,1
	Femmine	17	30	40	54	86	173	499	217,6	824,1	88,2	
Thailandia	Maschi	28	30	31	33	40	46	59	17,9	78,8	12,2	0,1
	Femmine	261	271	305	332	359	388	426	27,2	28,3	87,8	
Giordania	Maschi	246	258	260	271	270	268	268	10,2	-1,1	61,2	1,6
	Femmine	136	144	154	157	162	171	170	15,4	8,3	38,8	
Corea del Sud	Maschi	140	125	130	129	125	135	130	-7,9	0,8	41,8	0,7
	Femmine	181	167	175	184	166	182	181	1,7	-1,6	58,2	

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto % mascolinità	
		2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
Uzbekistan	Maschi	36	37	38	46	45	42	47	27,8	2,2	17,7	0,2
	Femmine	241	243	240	234	229	219	219	-2,9	-6,4	82,3	
Israele §	Maschi	146	121	129	135	140	140	163	-7,5	20,7	62,7	1,7
	Femmine	97	85	91	87	94	91	97	-10,3	11,5	37,3	
Libano	Maschi	159	154	140	142	126	126	122	-10,7	-14,1	58,9	1,4
	Femmine	91	91	87	84	79	82	85	-7,7	1,2	41,1	
Siria	Maschi	101	101	104	93	103	112	132	-7,9	41,9	66,3	2,0
	Femmine	46	44	44	48	54	69	67	4,3	39,6	33,7	
Kazakhstan	Maschi	12	16	19	22	25	24	28	83,3	27,3	14,3	0,2
	Femmine	99	108	123	133	150	147	168	34,3	26,3	85,7	
Iraq	Maschi	71	62	61	61	74	74	90	-14,1	47,5	64,3	1,8
	Femmine	18	21	23	26	34	45	50	44,4	92,3	35,7	
Nepal	Maschi	22	29	36	45	49	59	66	104,5	46,7	63,5	1,7
	Femmine	10	16	16	19	19	24	38	90,0	100,0	36,5	
Armenia	Maschi	4	7	7	10	10	13	18	150,0	80,0	23,1	0,3
	Femmine	3	3	5	16	29	50	60	433,3	275,0	76,9	
Indonesia	Maschi	3	2	2	2	3	8	8	-33,3	300,0	11,3	0,1
	Femmine	26	26	29	35	35	52	63	34,6	80,0	88,7	
Kirghizistan	Maschi	1	1	1	2	4	10	6	100,0	200,0	9,7	0,1
	Femmine	12	22	35	41	49	60	56	241,7	36,6	90,3	
Vietnam	Maschi	19	19	24	22	18	23	22	15,8	0,0	44,9	0,8
	Femmine	16	15	17	17	23	32	27	6,3	58,8	55,1	
Territori Autonomia Palestinese	Maschi	12	14	14	21	25	30	30	75,0	42,9	66,7	2,0
	Femmine	2	4	4	4	10	12	15	100,0	275,0	33,3	
Taiwan	Maschi	18	18	18	24	27	22	11	33,3	-54,2	37,9	0,6
	Femmine	19	19	21	20	23	21	18	5,3	-10,0	62,1	

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto % mascolinità
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006	
Cambogia	Maschi	21	18	18	20	24	22	12	-4,8	-40,0	48,0
	Femmine	21	22	19	17	16	21	13	-19,0	-23,5	52,0
Brunei	Maschi	1	1	4	8	11	13	16	700,0	100,0	80,0
	Femmine	0	0	0	2	3	3	4	100,0	20,0	4,0
Afghanistan	Maschi	1	1	4	5	7	11	16	400,0	220,0	84,2
	Femmine	2	0	0	0	1	1	3	-100,0	15,8	5,3
Yemen	Maschi	5	8	7	7	6	8	6	40,0	-14,3	37,5
	Femmine	6	15	15	16	15	15	10	166,7	-37,5	62,5
Singapore	Maschi	6	6	6	5	5	5	1	-16,7	-80,0	7,7
	Femmine	9	13	13	12	13	11	12	33,3	0,0	92,3
Azerbaijan	Maschi	3	4	3	6	5	7	5	100,0	-16,7	45,5
	Femmine	5	5	7	9	7	7	6	80,0	-33,3	54,5
Malaysia	Maschi	4	4	4	4	4	3	3	0,0	-25,0	27,3
	Femmine	8	8	8	8	9	9	8	0,0	0,0	72,7
Corea del Nord	Maschi	3	4	6	9	9	3	4	200,0	-55,6	40,0
	Femmine	12	10	14	12	13	3	6	0,0	-50,0	60,0
Myanmar	Maschi	3	3	2	3	3	3	4	0,0	33,3	40,0
	Femmine	4	4	4	4	6	6	6	0,0	50,0	60,0
Laos	Maschi	3	3	4	3	4	4	4	0,0	33,3	80,0
	Femmine	3	2	2	2	1	2	1	-33,3	-50,0	20,0
Maldive	Maschi	4	3	3	3	4	4	4	-25,0	33,3	100,0
	Femmine	0	0	0	0	0	0	0		0,0	
Turkmenistan	Maschi	3	0	0	0	0	1	1	-100,0		25,0
	Femmine	1	2	2	2	2	3	3	100,0	50,0	75,0
Kuwait	Maschi	2	1	1	3	3	3	3	50,0	0,0	100,0
	Femmine	1	1	1	1	1	0	0	0,0	-100,0	0,0

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Genere Rapporto % mascolinità
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006	
Bhutan	Maschi	1						1	-100,0		50,0
	Femmine	1						1	-100,0		50,0
Timor Orientale	Maschi	0					0	0			0,0
	Femmine	1					2	2	-100,0		100,0
Arabia Saudita	Maschi	5		1	1	1	0	0	-80,0	-100,0	0,0
	Femmine	1		0	1	1	1	1	-100,0		100,0
Emirati Arabi Uniti	Maschi	1	2	1				1	-100,0		100,0
	Femmine	0	0	0				0			0,0
Mongolia	Maschi	4	1	1	2	2	2	1	-50,0	-50,0	100,0
	Femmine	2	1	1	1	1	1	0	-50,0	-100,0	0,0
Oman	Maschi	1	1	1	1	1	1	0		-100,0	0,0
	Femmine	0	0	0	0	0	0	1			100,0
Qatar	Maschi							1			100,0
	Femmine							0			0,0

§ Nazioni PSA.

Tabella 3

Popolazione straniera proveniente dall'Africa residente in Toscana al 31/12 per genere e Paese di provenienza - Anni 2003-2009

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
Africa settentrionale (tutti i PFP)												
Marocco	Maschi	9.139	10.747	11.558	12.388	13.188	14.530	15.513	35,6	25,2	59,1	
	Femmine	5.213	6.066	6.692	7.450	8.199	9.616	10.750	42,9	44,3	40,9	
Tunisia	Maschi	1.802	2.094	2.354	2.615	2.818	3.072	3.219	45,1	23,1	65,2	
	Femmine	890	1.054	1.203	1.333	1.462	1.605	1.716	49,8	28,7	34,8	
Egitto	Maschi	850	961	1.041	1.135	1.168	1.261	1.436	33,5	26,5	67,2	
	Femmine	472	487	519	563	608	640	702	19,3	24,7	32,8	
Algeria	Maschi	559	657	734	770	813	841	853	37,7	10,8	68,5	
	Femmine	204	232	284	291	318	351	392	42,6	34,7	31,5	
Libia	Maschi	36	38	41	49	44	47	45	36,1	-8,2	78,9	
	Femmine	13	10	14	14	11	12	12	7,7	-14,3	21,1	
Sudan	Maschi	9	15	17	20	23	28	25	122,2	25,0	83,3	
	Femmine	3	4	4	4	4	3	5	33,3	25,0	16,7	
Africa centro-meridionale (tutti i PFP)												
Senegal	Maschi	4.261	4.793	4.946	5.052	5.274	5.557	5.908	18,6	16,9	80,9	
	Femmine	514	602	674	767	909	1.096	1.392	49,2	81,5	19,1	
Nigeria	Maschi	456	588	653	728	812	956	1.106	59,6	51,9	41,3	
	Femmine	971	1.115	1.200	1.276	1.345	1.458	1.569	31,4	23,0	58,7	
Somalia	Maschi	481	470	699	720	711	642	669	49,7	-7,1	53,4	
	Femmine	1.065	802	721	686	652	611	583	-35,6	-15,0	46,6	
Costa d'Avorio	Maschi	240	276	303	302	310	317	337	25,8	11,6	51,2	
	Femmine	202	228	247	261	268	288	321	29,2	23,0	48,8	
Camerun	Maschi	179	211	238	266	296	327	366	48,6	37,6	56,8	
	Femmine	128	142	159	191	222	255	278	49,2	45,5	43,2	

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
Africa centro-meridionale (tutti i PFPM)												
Eritrea	Maschi	96	111	157	184	203	217	217	91,7	17,9	37,7	
	Femmine	298	318	347	354	353	361	358	18,8	1,1	62,3	
Etiopia	Maschi	111	109	143	154	161	173	173	38,7	12,3	34,1	
	Femmine	268	251	262	275	279	318	335	2,6	21,8	65,9	
Mauritius	Maschi	151	152	151	153	155	157	142	1,3	-7,2	48,0	
	Femmine	157	163	157	160	161	162	154	1,9	-3,8	52,0	
Congo	Maschi	60	67	81	85	96	97	126	41,7	48,2	51,4	
	Femmine	42	58	74	84	90	90	119	100,0	41,7	48,6	
Capo Verde	Maschi	65	76	68	67	66	70	70	3,1	4,5	30,0	
	Femmine	164	161	163	171	170	167	163	4,3	-4,7	70,0	
Togo	Maschi	41	53	52	74	85	102	111	80,5	50,0	62,7	
	Femmine	30	34	47	45	51	58	66	50,0	46,7	37,3	
Ghana	Maschi	44	50	49	54	56	71	80	22,7	48,1	51,0	
	Femmine	57	58	61	62	63	68	77	8,8	24,2	49,0	
Rep. Dem. Congo	Maschi	36	42	41	57	58	68	77	58,3	35,1	53,8	
	Femmine	28	32	31	41	52	58	66	46,4	61,0	46,2	
Niger	Maschi	14	14	19	25	20	25	44	78,6	76,0	45,4	
	Femmine	18	32	27	36	29	32	53	100,0	47,2	54,6	
Benin	Maschi	21	29	32	35	40	41	41	66,7	17,1	47,7	
	Femmine	19	20	22	30	33	40	45	57,9	50,0	52,3	
Kenya	Maschi	18	20	19	22	24	29	34	22,2	54,5	48,6	
	Femmine	28	27	29	28	28	33	36	0,0	28,6	51,4	
Guinea	Maschi	26	32	34	31	39	41	49	19,2	58,1	72,1	
	Femmine	12	15	16	15	17	18	19	25,0	26,7	27,9	

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
Africa centro-meridionale (tutti i PFPM)												
Rep.	Maschi	9	13	16	14	20	50	25	55,6	78,6	43,9	0,8
	Femmine	29	30	34	33	32	39	32	13,8	-3,0	56,1	
Sudafricana	Maschi	19	17	15	19	22	25	26	0,0	36,8	50,0	1,0
	Femmine	6	7	9	9	9	17	26	50,0	188,9	50,0	
Tanzania	Maschi	12	11	12	15	16	20	23	25,0	53,3	56,1	1,3
	Femmine	16	18	15	17	17	17	18	6,3	5,9	43,9	
Angola	Maschi	10	17	14	13	12	14	14	30,0	7,7	38,9	0,6
	Femmine	14	15	17	24	25	25	22	71,4	-8,3	61,1	
Burundi	Maschi	22	21	18	19	21	22	19	-13,6	0,0	52,8	1,1
	Femmine	10	12	16	15	15	16	17	50,0	13,3	47,2	
Madagascar	Maschi	13	15	16	16	15	15	17	23,1	6,3	48,6	0,9
	Femmine	16	15	17	17	16	16	18	6,3	5,9	51,4	
Liberia	Maschi	2	16	19	23	22	24	21	1050,0	-8,7	70,0	2,3
	Femmine	1	8	9	8	10	7	9	700,0	12,5	30,0	
Mali	Maschi	8	8	7	6	12	12	18	-25,0	200,0	69,2	2,3
	Femmine	5	5	4	1	3	3	8	-80,0	700,0	30,8	
Guinea equatoriale	Maschi	12	13	14	15	17	15	15	25,0	0,0	60,0	1,5
	Femmine	6	7	7	8	11	11	10	33,3	25,0	40,0	
Ruanda	Maschi	15	15	18	18	16	16	13	20,0	-27,8	59,1	1,4
	Femmine	6	5	9	9	9	8	9	50,0	0,0	40,9	
Sierra Leone	Maschi	7	10	11	11	15	13	15	57,1	36,4	75,0	3,0
	Femmine	2	2	2	3	3	3	5	50,0	66,7	25,0	
Mauritania	Maschi	7	7	8	9	8	9	8	28,6	-11,1	47,1	0,9
	Femmine	8	6	6	7	6	7	9	-12,5	28,6	52,9	
Uganda	Maschi	5	4	6	8	8	7	10	60,0	25,0	58,8	1,4
	Femmine	6	4	4	6	5	7	7	0,0	16,7	41,2	

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
Africa centro-meridionale (tutti i PFPM)												
Seychelles	Maschi	7	6	7	9	8	7	7	28,6	-22,2	43,8	0,8
	Femmine	13	12	10	11	11	11	9	-15,4	-18,2	56,3	
Mozambico	Maschi	6	6	6	5	5	5	5	-16,7	0,0	38,5	0,6
	Femmine	8	7	7	7	8	8	8	-12,5	14,3	61,5	
Gambia	Maschi	3	5	5	6	6	6	8	100,0	33,3	80,0	4,0
	Femmine	0	1	1	2	3	3	2		0,0	20,0	
Ciad	Maschi	3	4	3	1	1	1	3	-66,7	200,0	37,5	0,6
	Femmine	8	9	7	6	6	6	5	-25,0	-16,7	62,5	
Gabon	Maschi	8	6	7	9	6	4	3	12,5	-66,7	50,0	1,0
	Femmine	5	7	5	5	3	4	3	0,0	-40,0	50,0	
Guinea Bissau	Maschi	2	1	1	1	2	6	5	-50,0	400,0	83,3	5,0
	Femmine	0	0	0	0	0	1	1			16,7	
Zambia	Maschi	1	0	3	2	2	4	4	100,0	100,0	66,7	2,0
	Femmine	2	1	2	2	2	3	2	0,0	0,0	33,3	
Swaziland	Maschi	0	0	1	2	2	2	3		50,0	60,0	1,5
	Femmine	1	1	2	2	1	1	2		0,0	40,0	
Zimbabwe	Maschi	2	2	1	1	1	1	1	-50,0	0,0	25,0	0,3
	Femmine	2	2	2	2	2	3	3	0,0	50,0	75,0	
Rep. Centrafricana	Maschi	0	0	0	0	0	1	1			33,3	0,5
	Femmine	1	1	1	2	2	2	2	100,0	0,0	66,7	
Malawi	Maschi	2	2	1	1	1	1	1	-50,0	0,0	100,0	
	Femmine	1	0	0	0	0	0	0	-100,0		0,0	
Gibuti	Maschi				6						-100,0	
	Femmine				2						-100,0	

Tabella 4 - Popolazione straniera proveniente dall'America residente in Toscana al 31/12 per genere e Paese di provenienza - Anni 2003-2009

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006	
America settentrionale (tutti PSA)											
Stati Uniti	Maschi	854	820	856	858	916	909	927	0,5	8,0	41,2
	Femmine	1.211	1.141	1.164	1.185	1.244	1.263	1.325	-2,1	11,8	58,8
Canada	Maschi	68	75	73	74	80	75	81	8,8	9,5	38,9
	Femmine	116	118	118	122	128	130	127	5,2	4,1	61,1
America centro-meridionale (tutti PFPM)											
Perù	Maschi	1.139	1.461	1.707	1.950	2.182	2.621	3.317	71,2	70,1	40,7
	Femmine	1.972	2.508	2.787	3.055	3.337	3.855	4.826	54,9	58,0	59,3
Brasile	Maschi	466	519	574	628	730	840	951	34,8	51,4	29,4
	Femmine	1.365	1.476	1.641	1.738	1.844	2.055	2.281	27,3	31,2	70,6
Rep. Dominicana	Maschi	484	520	582	576	653	725	857	19,0	48,8	35,5
	Femmine	1.139	1.176	1.242	1.277	1.320	1.371	1.554	12,1	21,7	64,5
Ecuador	Maschi	218	311	359	397	439	509	572	82,1	44,1	38,9
	Femmine	493	602	668	729	773	834	897	47,9	23,0	61,1
Cuba	Maschi	139	173	212	254	288	327	359	82,7	41,3	24,8
	Femmine	756	852	952	993	1.001	1.057	1.088	31,3	9,6	75,2
Colombia	Maschi	224	258	288	292	308	336	384	30,4	31,5	34,6
	Femmine	569	629	654	667	668	682	726	17,2	8,8	65,4
Argentina	Maschi	358	367	366	353	359	345	317	-1,4	-10,2	45,4
	Femmine	437	470	479	453	412	394	381	3,7	-15,9	54,6
Cile	Maschi	130	128	139	144	143	143	126	10,8	-12,5	34,3
	Femmine	234	230	242	254	246	246	241	8,5	-5,1	65,7

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
America centro-meridionale (tutti PFPM)												
Venezuela	Maschi	68	75	83	85	81	86	83	25,0	-2,4	26,8	
	Femmine	203	201	199	216	219	225	227	6,4	5,1	73,2	
Bolivia	Maschi	23	28	36	45	52	62	98	95,7	117,8	37,1	
	Femmine	65	73	78	88	95	120	166	35,4	88,6	62,9	
Messico	Maschi	48	48	54	54	50	51	63	12,5	16,7	24,1	
	Femmine	201	204	218	203	185	189	198	1,0	-2,5	75,9	
El Salvador	Maschi	31	30	33	32	45	54	67	3,2	109,4	37,0	
	Femmine	90	90	91	88	98	110	114	-2,2	29,5	63,0	
Honduras	Maschi	10	12	19	23	30	38	46	130,0	100,0	35,7	
	Femmine	33	38	48	53	55	62	83	60,6	56,6	64,3	
Guatemala	Maschi	22	24	24	30	36	34	37	36,4	23,3	35,2	
	Femmine	59	63	64	66	66	70	68	11,9	3,0	64,8	
Uruguay	Maschi	35	39	34	38	39	37	41	8,6	7,9	45,6	
	Femmine	44	41	47	44	42	45	49	0,0	11,4	54,4	
Dominica	Maschi	15	9	17	22	10	20	15	46,7	-31,8	24,6	
	Femmine	37	34	53	62	31	54	46	67,6	-25,8	75,4	
Costarica	Maschi	4	5	6	6	9	12	8	50,0	33,3	22,9	
	Femmine	21	22	21	20	24	31	27	-4,8	35,0	77,1	
Nicaragua	Maschi	1	6	8	11	10	13	15	1000,0	36,4	45,5	
	Femmine	8	9	9	13	14	16	18	62,5	38,5	54,5	
Paraguay	Maschi	3	4	5	1	1	3	2	-66,7	100,0	9,5	
	Femmine	5	7	11	13	15	15	19	160,0	46,2	90,5	
Giamaica	Maschi	5	6	6	5	6	6	6	0,0	20,0	40,0	
	Femmine	7	8	9	9	8	7	9	28,6	0,0	60,0	

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità	
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006		
America centro-meridionale (tutti PFPM)												
Panama	Maschi	5	3	4	3	3	2	2	-40,0	-33,3	13,3	
	Femmine	14	12	14	15	13	12	13	7,1	-13,3	86,7	
Haiti	Maschi	4	5	4	4	2	3	2	0,0	-50,0	40,0	
	Femmine	3	3	3	4	4	4	3	33,3	-25,0	60,0	
Barbados	Maschi	0	0	1	1	2	1	1		0,0	25,0	
	Femmine	1	1	3	3	4	3	3	200,0	0,0	75,0	
Grenada	Maschi	2	2	2	2	2	2	2	0,0	0,0	100,0	
	Femmine	0	2	0	0	0	0	0			0,0	
Suriname	Maschi	1	1	1	1	1	1	1		0,0	50,0	
	Femmine	1	1	1	1	1	1	1		0,0	50,0	
Trinidad e Tobago	Maschi	1	0	0	0	1	1	1	-100,0		50,0	
	Femmine	2	1	2	2	2	2	1	0,0	-50,0	50,0	
Bahamas	Maschi	0	0	0	0	0	0	0			0,0	
	Femmine	1	1	1	1	1	1	1	0,0	0,0	100,0	
Belize	Maschi	1	0	0	0	0	0	0	-100,0		0,0	
	Femmine	2	1	1	1	1	1	1	-50,0	0,0	100,0	
S.Vincent e Grenadine	Maschi	1	1	1	4	2	1	1	300,0	-75,0	100,0	
	Femmine	0	0	1	5	0	0	0	-100,0		0,0	
Saint Lucia	Maschi			0				1			100,0	
	Femmine			1				0			0,0	
Antigua e Barbuda	Maschi			1								
	Femmine			1								
Saint Kitts e Nevis	Maschi			0	1						-100,0	
	Femmine			1	0							

Tabella 5

Popolazione straniera proveniente dall'Oceania residente in Toscana al 31/12 per genere e Paese di provenienza - Anni 2003-2009

Nazione	Genere	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	Variaz.		Rapporto mascolinità
									% 2006 vs 2003	% 2009 vs 2006	
Australia	Maschi	72	76	76	81	70	67	72	12,5	-11,1	34,0
	Femmine	125	136	145	154	144	137	140	23,2	-9,1	66,0
Nuova Zelanda	Maschi	17	15	14	16	19	16	14	-5,9	-12,5	42,4
	Femmine	15	11	10	13	16	18	19	-13,3	46,2	57,6
Tonga	Maschi						0	0			
	Femmine						1	2			
Samoa	Maschi				1	1	1	1			
	Femmine				0	0	0	0			
Papua Nuova Guinea	Maschi			1	1						
	Femmine			0	0						
Micronesia Stati Federati	Maschi			0							
	Femmine			1							

Tutte le nazioni elencate sono PSA.

**Appendice IV - Dinamiche demografiche della
popolazione straniera residente in Toscana per Azienda
USL di residenza**

AUSL 1 – Massa - Carrara

Tabella 1 - Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 1 di Massa - Carrara

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	4.404	4.404	5.917	6.770	7.429	7.961	10.008	11.758
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente			34,4	14,4	9,7	7,2	25,7	17,5
Di cui minorenni: numero	1.072	1.187	1.332	1.509	1.795	1.795	2.088	2.297
%	24,3	20,1	19,7	20,3	22,5	20,9	20,9	19,5
Nati	61	75	96	119	135	135	183	165
Iscritti dall'estero	1.469	798	756	511	2.260	1.838	1.838	1.163
Totale iscritti §	1.940	1.421	1.326	1.213	2.968	2.705	2.705	2.089
Deceduti	4	5	10	7	13	13	15	18
Cancellati per l'estero	27	39	49	30	57	57	59	104
Acquisizione della cittadinanza italiana	61	73	78	75	135	135	136	145
Totale cancellati §§	427	568	667	681	921	921	955	1.075
Popolazione straniera residente al 31/12	4.404	5.917	6.770	7.429	7.961	10.008	11.758	12.772
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	2,2	3,0	3,4	3,7	4,0	4,9	5,8	6,3
Saldo naturale	57	70	86	112	122	122	168	147
Saldo migratorio con l'estero	1.442	759	707	481	2.203	1.779	1.779	1.059
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	11,0	11,0	12,1	14,6	13,6	13,6	15,4	12,0
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	279,4	119,7	99,6	62,5	245,2	163,5	163,5	86,3

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 1 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 1 di Massa - Carrara al 31/12/2009

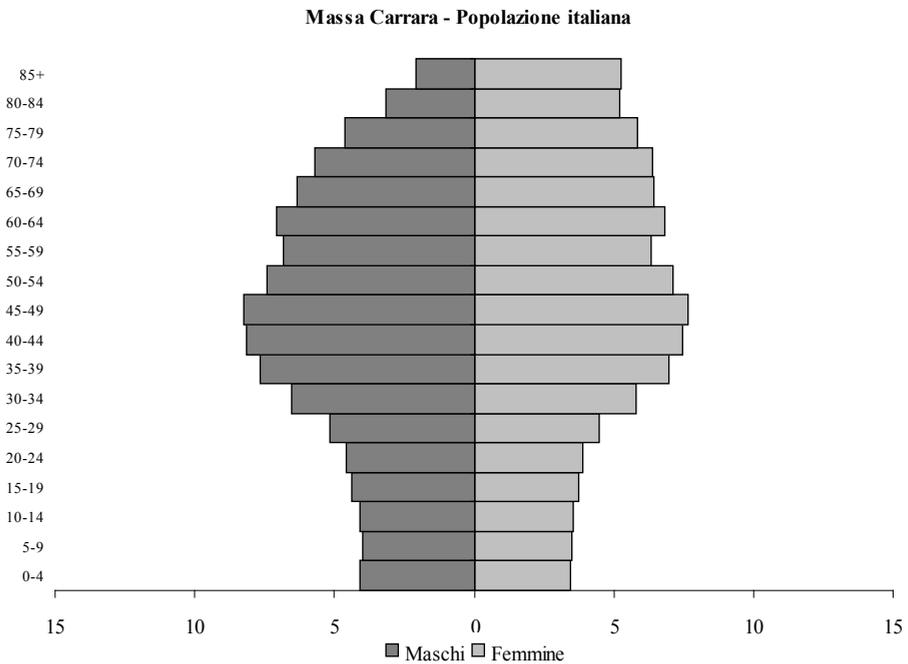
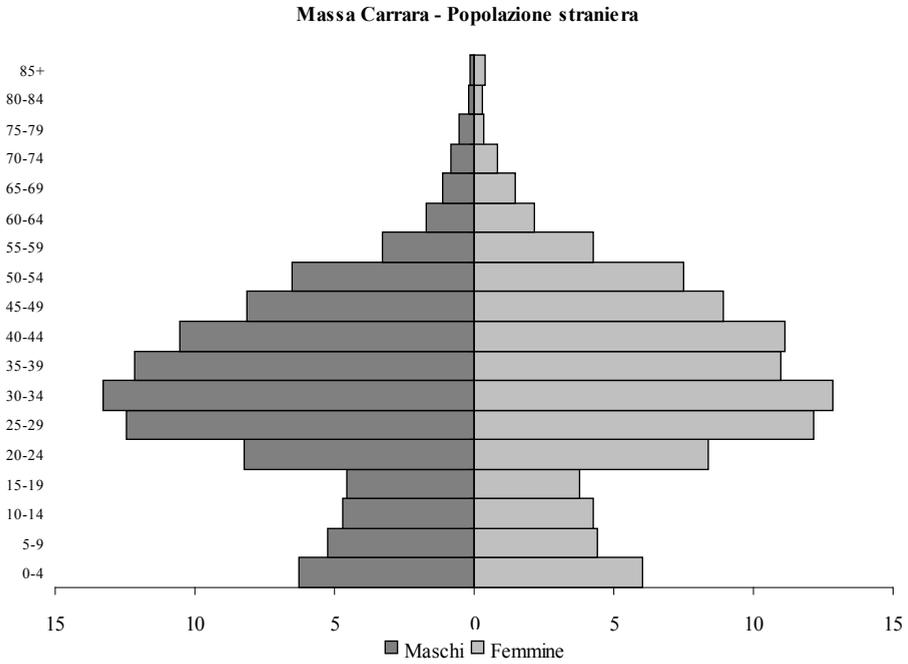
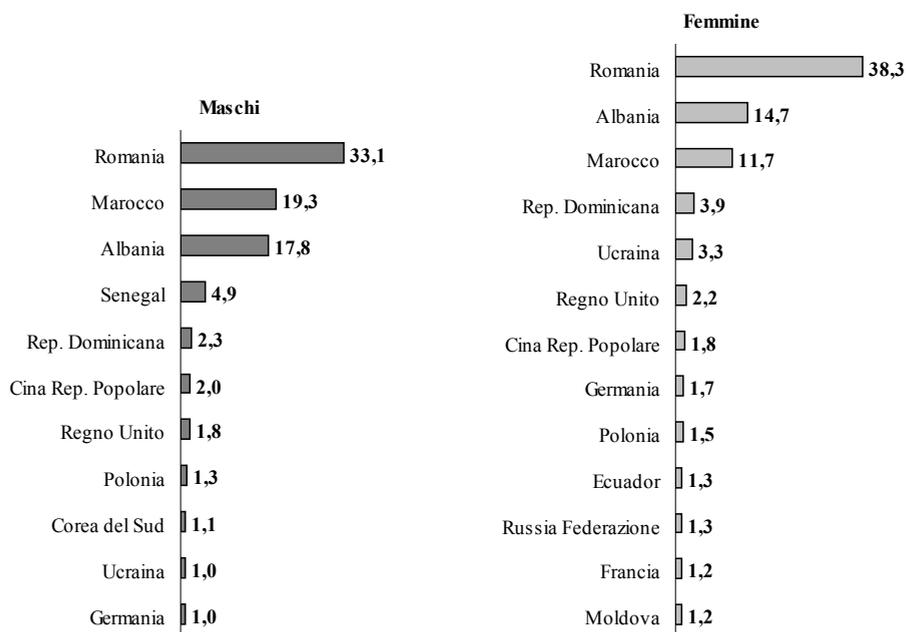


Tabella 2 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 1 di Massa - Carrara al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	5,3	7,6	6,5
Europa centro-orientale	56,5	63,2	59,9
Asia	6,5	6,0	6,3
Africa settentrionale	21,0	12,5	16,7
Africa centro-meridionale	5,8	2,2	4,0
America settentrionale	0,4	0,3	0,4
America centro-meridionale	4,4	8,2	6,3
Oceania	0,05	0,08	0,06
Apolidi	0,03	0,02	0,02
PFPM	93,6	91,4	92,5
PSA	6,3	8,6	7,5

Figura 2 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 1 di Massa - Carrara al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



AUSL 2 – Lucca

Tabella 3 - Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 2 di Lucca

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	6.048	6.048	7.697	9.194	10.307	11.330	13.835	16.040
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente		27,3	19,4	12,1	9,9	22,1	15,9	
Di cui minorenni: numero		1.653	2.029	2.318	2.666	3.174	3.659	3.896
%		27,3	26,4	25,2	25,9	28,0	26,4	24,3
Nati		128	212	188	237	224	345	271
Iscritti dall'estero		1.522	1.449	1.193	989	2.645	2.207	1.671
Totale iscritti §		2.237	2.338	2.422	2.215	4.007	3.672	3.001
Deceduti		10	9	16	13	19	21	24
Cancellati per l'estero		21	40	48	78	143	125	127
Acquisizione della cittadinanza italiana		81	77	93	158	221	259	297
Totale cancellati §§		588	841	1.309	1.192	1.502	1.467	1.491
Popolazione straniera residente al 31/12	6.048	7.697	9.194	10.307	11.330	13.835	16.040	17.550
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	2,9	3,6	4,3	4,8	5,2	6,3	7,2	7,9
Saldo naturale		118	203	172	224	205	324	247
Saldo migratorio con l'estero		1.501	1.409	1.145	911	2.502	2.082	1.544
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)		17,2	24,0	17,6	20,7	16,3	21,7	14,7
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)		218,4	166,8	117,4	84,2	198,8	139,4	91,9

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 3 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 2 di Lucca al 31/12/2009

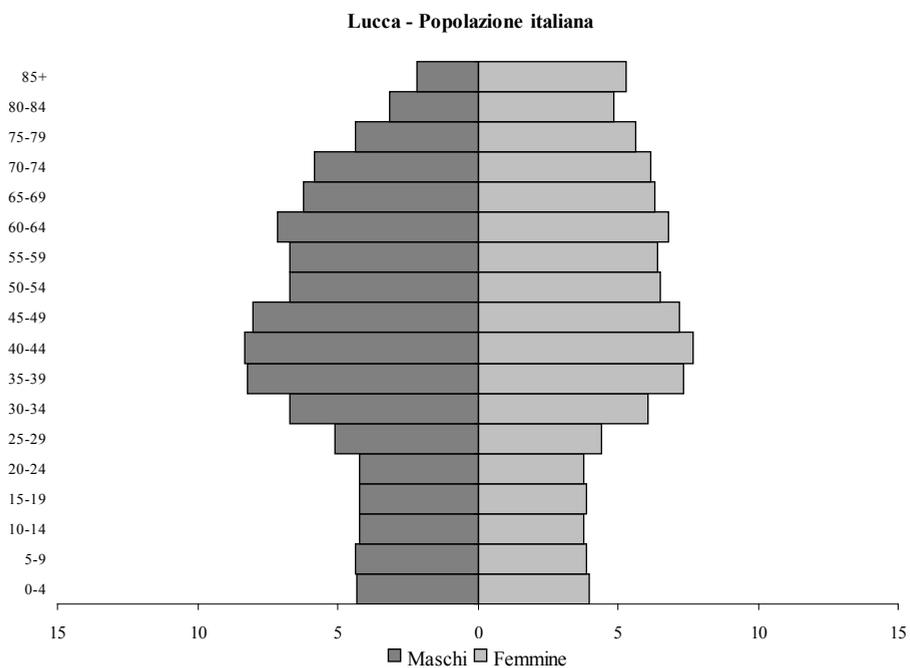
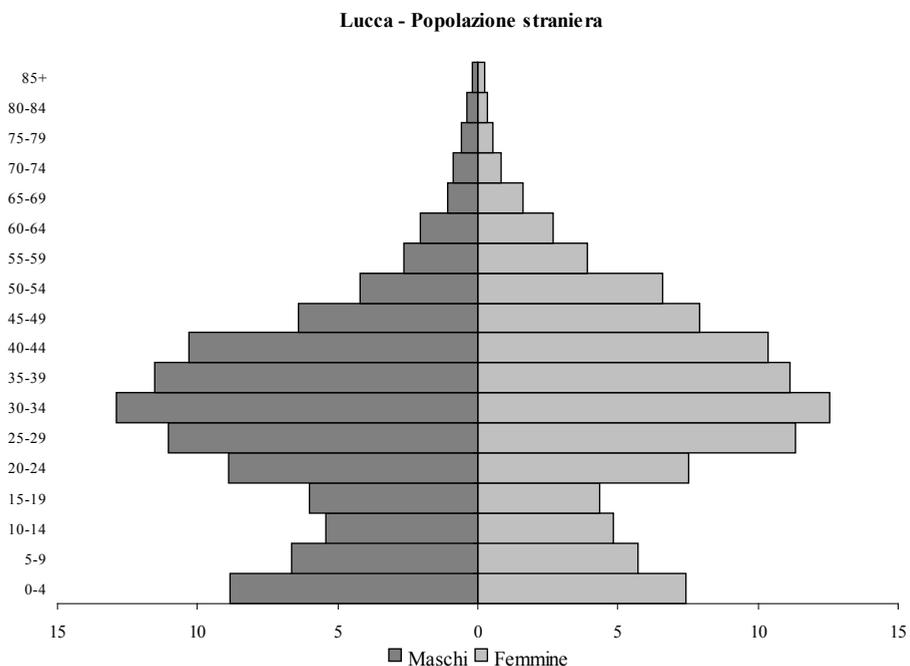
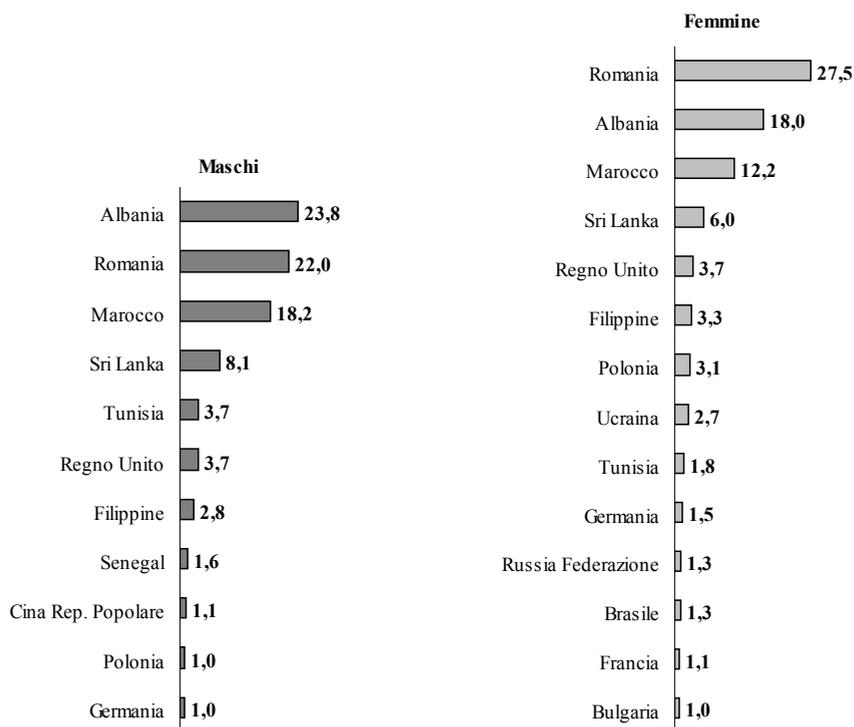


Tabella 4 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 2 di Lucca al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	7,1	9,0	8,1
Europa centro-orientale	51,1	57,5	54,4
Asia	13,0	11,3	12,2
Africa settentrionale	22,8	14,6	18,6
Africa centro-meridionale	2,7	1,7	2,2
America settentrionale	0,8	0,9	0,8
America centro-meridionale	2,3	4,8	3,6
Oceania	0,1	0,2	0,2
Apolidi	0,06	0,07	0,06
PFPM	91,9	89,7	90,8
PSA	8,0	10,2	9,2

Figura 4

Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 2 di Lucca al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



AUSL 3 – Pistoia

Tabella 5 - Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 3 di Pistoia

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	9.755	12.473	14.669	16.186	17.575	21.511	24.463	
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente		27,9	17,6	10,3	8,6	22,4	13,7	
Di cui minorenni: numero	2.621	3.240	3.655	4.029	4.713	5.215	5.602	
%	26,9	26,0	24,9	24,9	26,8	24,2	22,9	
Nati	195	315	320	364	394	463	435	
Iscritti dall'estero	2.616	2.118	1.655	1.603	3.793	3.263	2.289	
Totale iscritti §	3.912	3.880	3.425	3.627	6.106	5.545	4.478	
Deceduti	18	7	14	8	20	19	25	
Cancellati per l'estero	88	58	61	97	111	160	291	
Acquisizione della cittadinanza italiana	94	81	111	176	253	280	362	
Totale cancellati §§	1.194	1.684	1.908	2.238	2.170	2.593	2.809	
Popolazione straniera residente al 31/12	9.755	12.473	14.669	16.186	17.575	21.511	24.463	26.132
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	3,6	4,5	5,3	5,8	6,2	7,5	8,4	8,9
Saldo naturale	177	308	306	356	374	444	410	
Saldo migratorio con l'estero	2.528	2.060	1.594	1.506	3.682	3.103	1.998	
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	15,9	22,7	19,8	21,1	19,1	19,3	16,2	
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	227,5	151,8	103,3	89,2	188,4	135,0	79,0	

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 5 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 3 di Pistoia al 31/12/2009

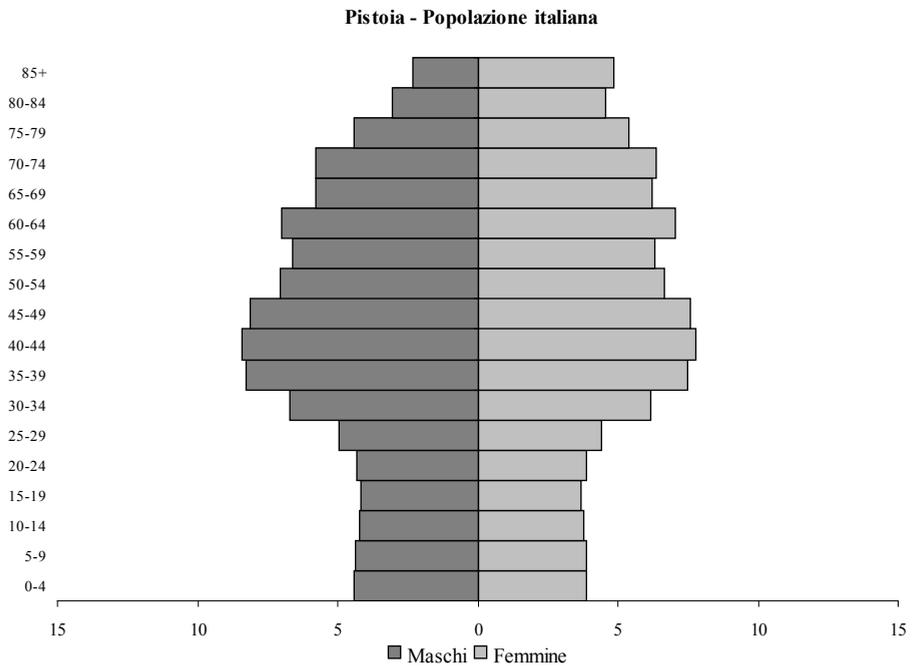
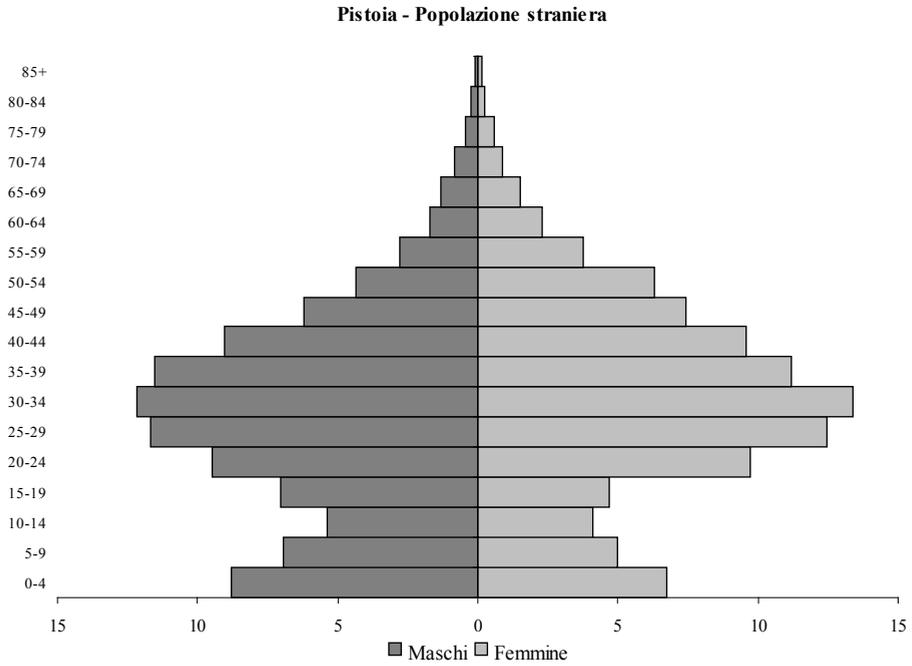
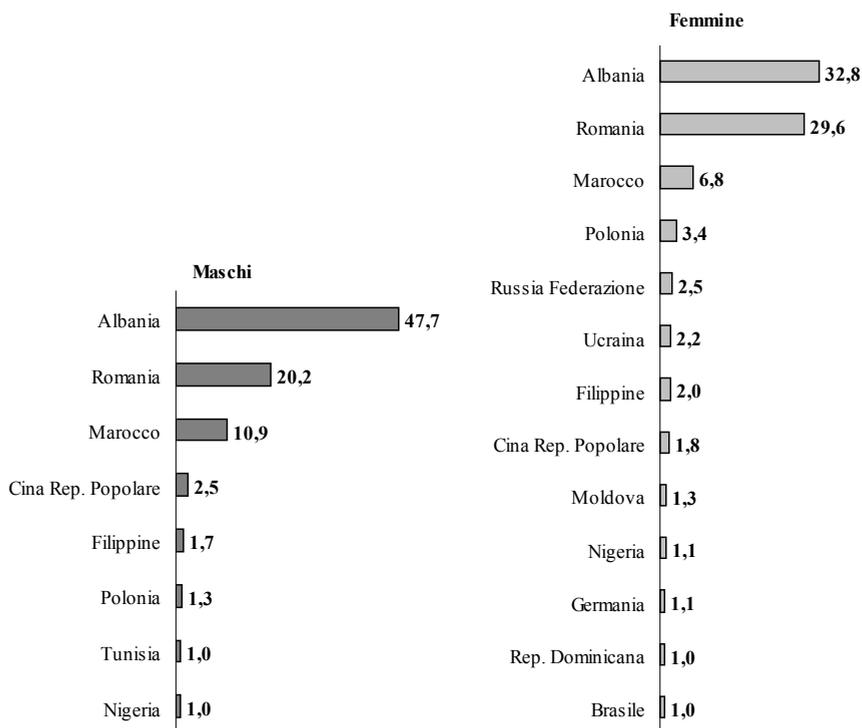


Tabella 6

Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 3 di Pistoia al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	2,7	4,1	3,5
Europa centro-orientale	73,2	75,0	74,2
Asia	6,1	6,1	6,1
Africa settentrionale	12,3	7,5	9,7
Africa centro-meridionale	2,8	2,5	2,7
America settentrionale	0,2	0,3	0,3
America centro-meridionale	2,6	4,3	3,5
Oceania	0,04	0,04	0,04
Apolidi	0,008	0,04	0,03
PFFPM	97,0	95,3	96,1
PSA	3,0	4,6	3,9

Figura 6 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 3 di Pistoia al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



AUSL 4 – Prato

Tabella 7
Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 4 di Prato

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	12.751	15.585	19.765	23.345	26.120	27.986	28.971	28.971
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente		22,2	26,8	18,1	11,9	7,1	3,5	
Di cui minorenni: numero	4.131	5.044	5.900	6.806	7.441	7.786	8.399	
%	32,4	32,4	29,9	29,2	28,5	27,8	29,0	
Nati	305	655	630	732	802	785	723	
Iscritti dall'estero	2.681	3.411	3.147	2.310	2.122	2.276	2.454	
Totale iscritti §	4.099	5.735	5.600	5.085	4.500	4.637	5.452	
Deceduti	14	8	12	22	26	29	23	
Cancellati per l'estero	76	56	59	86	75	110	122	
Acquisizione della cittadinanza italiana	88	122	123	182	244	256	378	
Totale cancellati §§	1.265	1.555	2.020	2.310	2.634	3.652	2.973	
Popolazione straniera residente al 31/12	12.751	15.585	19.765	23.345	26.120	27.986	28.971	31.450
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	5,5	6,7	8,3	9,6	10,7	11,4	11,8	12,7
Saldo naturale	291	647	618	710	776	756	700	
Saldo migratorio con l'estero	2.605	3.355	3.088	2.224	2.047	2.166	2.332	
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	20,5	36,6	28,7	28,7	28,7	26,5	23,2	
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	183,9	189,8	143,3	89,9	75,7	76,1	77,2	

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 7 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 4 di Prato al 31/12/2009

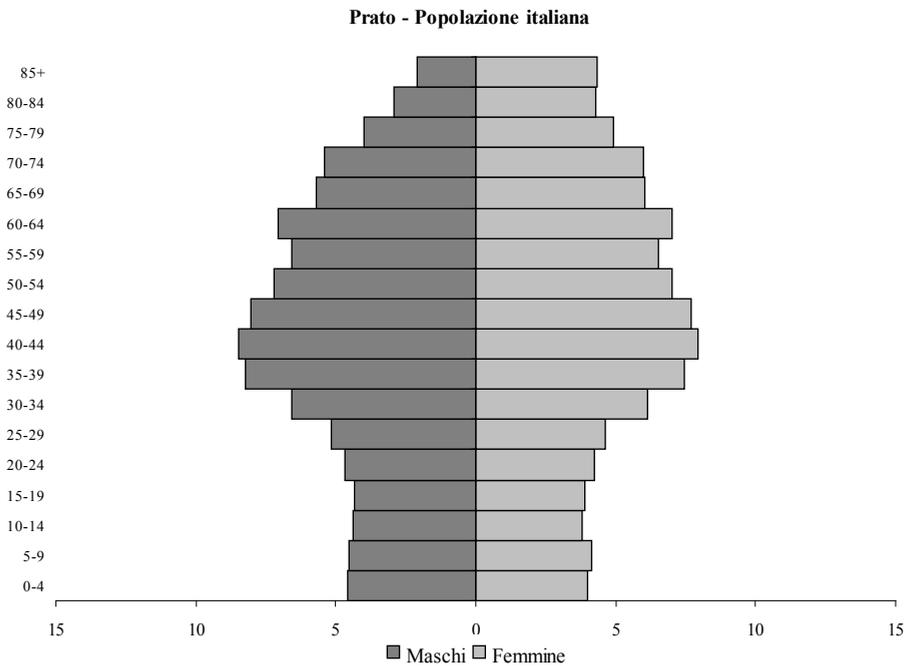
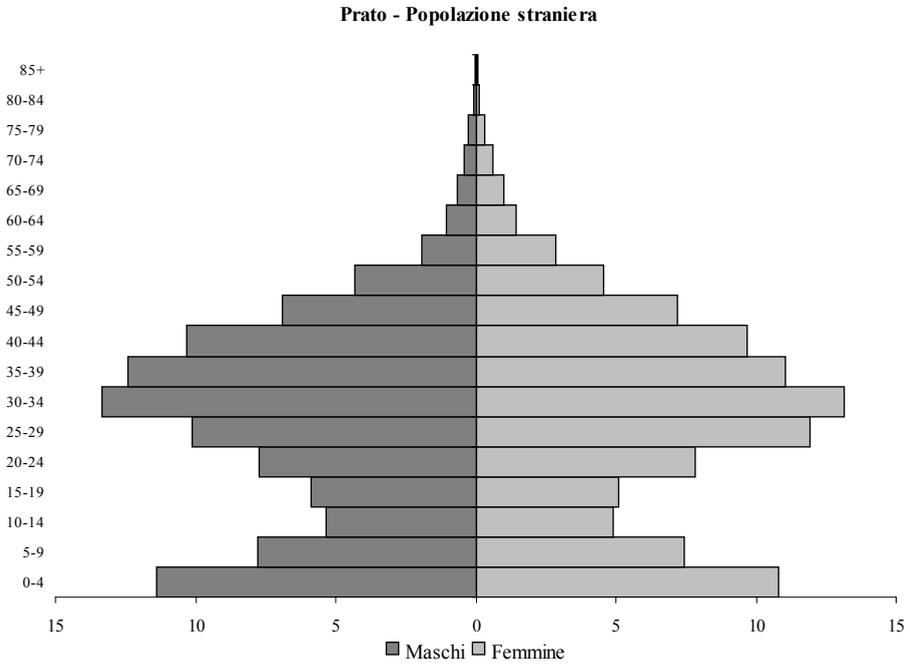
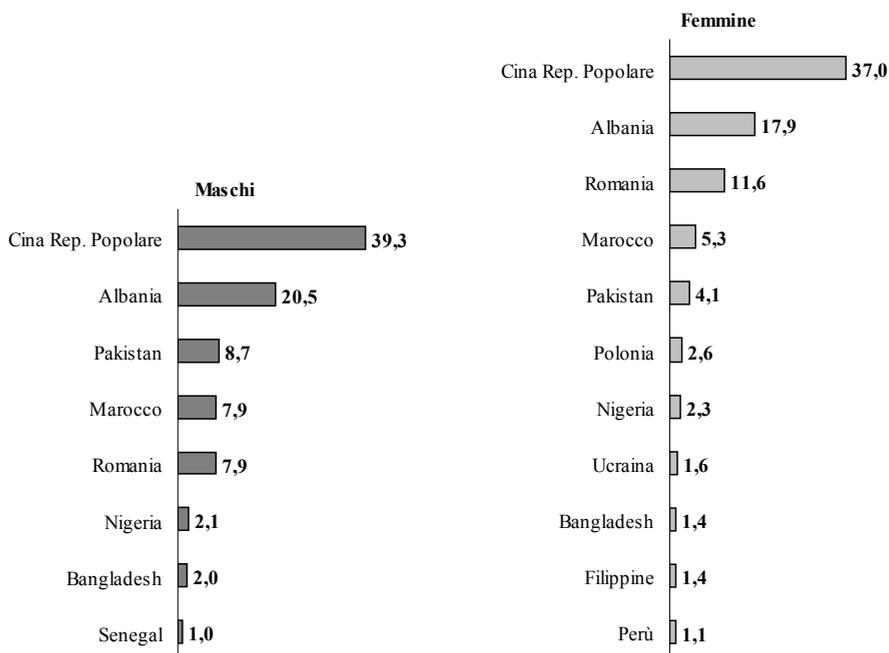


Tabella 8**Distribuzione percentuale della popolazione residente nell'AUSL 4 di Prato al 31/12/2009 per area di provenienza**

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	1,0	2,2	1,6
Europa centro-orientale	30,6	36,7	33,6
Asia	52,4	46,4	49,5
Africa settentrionale	9,7	6,5	8,1
Africa centro-meridionale	4,8	4,3	4,5
America settentrionale	0,1	0,3	0,2
America centro-meridionale	1,5	3,6	2,6
Oceania	0,01	0,006	0,01
Apolidi	0,0	0,0	0,0
PFPM	98,9	97,4	98,2
PSA	1,1	2,6	1,8

Figura 8 - Distribuzione percentuale della popolazione residente nell'AUSL 4 di Prato al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)

AUSL 5 – Pisa

Tabella 9
Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 5 di Pisa

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	9.648	12.279	14.075	15.723	17.220	20.968	23.880	
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente		27,3	14,6	11,7	9,5	21,8	13,9	
Di cui minorenni: numero	2.201	2.565	3.018	3.431	4.036	4.610	5.106	
%	22,8	20,9	21,4	21,8	23,4	22,0	21,4	
Nati	151	226	214	278	345	399	443	
Iscritti dall'estero	2.569	1.946	1.673	1.447	3.711	3.253	2.737	
Totale iscritti §	3.621	3.248	3.316	3.193	5.554	5.356	5.019	
Deceduti	17	21	12	20	22	41	34	
Cancellati per l'estero	154	145	122	144	143	219	254	
Acquisizione della cittadinanza italiana	96	108	150	178	240	265	307	
Totale cancellati §§	990	1.452	1.668	1.696	1.806	2.444	2.672	
Popolazione straniera residente al 31/12	9.648	12.279	14.075	15.723	17.220	20.968	23.880	26.227
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	3,0	3,8	4,4	4,8	5,3	6,3	7,1	7,8
Saldo naturale	134	205	202	258	323	358	409	
Saldo migratorio con l'estero	2.415	1.801	1.551	1.303	3.568	3.034	2.483	
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	12,2	15,6	13,6	15,7	16,9	16,0	16,3	
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	220,3	136,7	104,1	79,1	186,9	135,3	99,1	

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 9 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 5 di Pisa al 31/12/2009

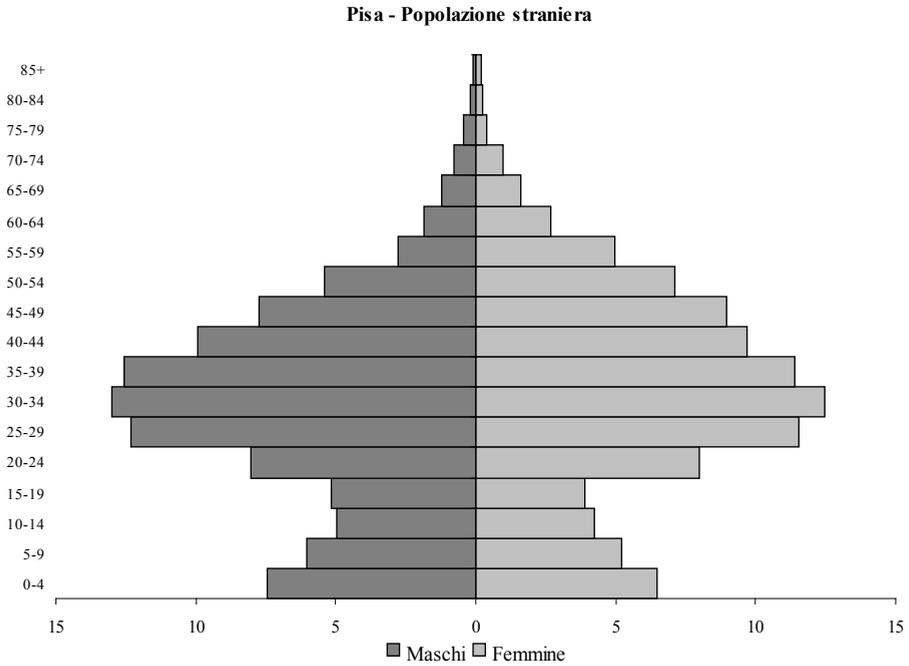
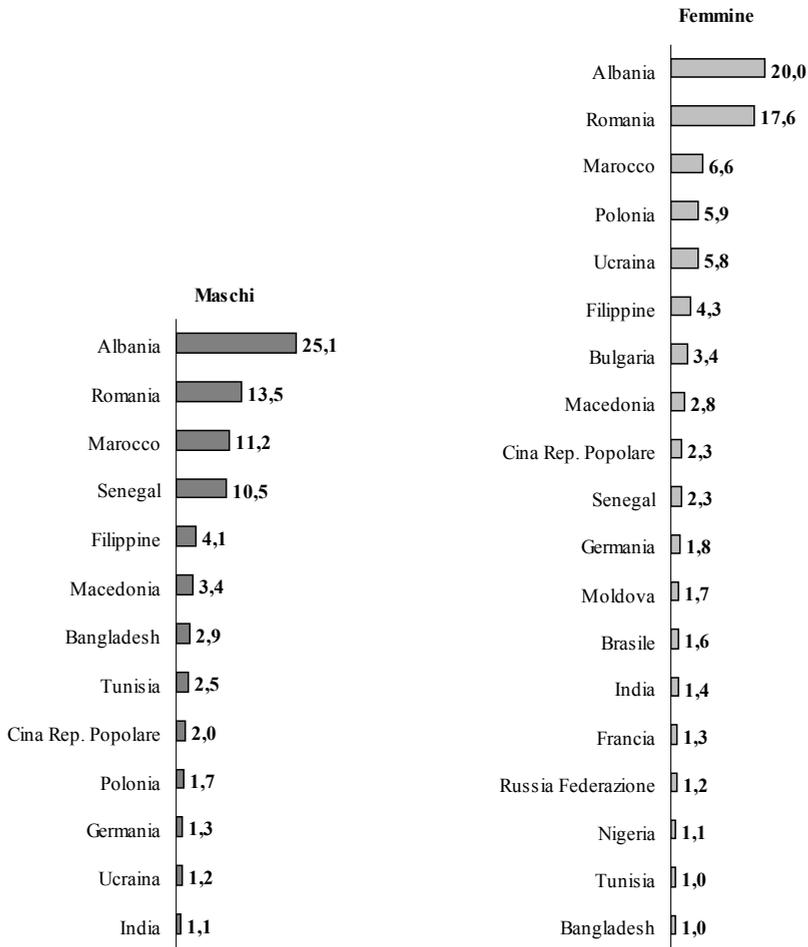


Tabella 10 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 5 di Pisa al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	5,2	7,4	6,3
Europa centro-orientale	49,1	61,3	55,4
Asia	13,5	12,0	12,7
Africa settentrionale	14,7	7,9	11,2
Africa centro-meridionale	13,8	5,7	9,6
America settentrionale	0,7	0,6	0,6
America centro-meridionale	3,0	5,0	4,1
Oceania	0,05	0,07	0,06
Apolidi	0,0	0,0	0,0
PFPM	93,4	91,6	92,5
PSA	6,6	8,4	7,5

Figura 10 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 5 di Pisa al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



AUSL 6 – Livorno

Tabella 11 - Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 6 di Livorno

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	7.033	7.033	9.670	11.947	13.396	14.602	17.786	20.618
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente			37,5	23,5	12,1	9,0	21,8	15,9
Di cui minorenni: numero	1.190	1.190	1.934	2.206	2.540	3.003	3.514	3.926
%	16,9	16,9	20,0	18,5	19,0	20,6	19,8	19,0
Nati	96	96	160	172	175	255	288	309
Iscritti dall'estero	2.576	2.576	2.024	1.429	1.336	3.430	2.973	2.711
Totale iscritti §	3.254	3.254	3.190	2.509	2.427	4.545	4.307	4.119
Deceduti	10	10	17	23	24	16	27	29
Cancellati per l'estero	45	45	59	85	69	108	174	261
Acquisizione della cittadinanza italiana	129	129	132	138	208	267	209	325
Totale cancellati §§	617	617	913	1.060	1.221	1.361	1.475	2.209
Popolazione straniera residente al 31/12	7.033	9.670	11.947	13.396	14.602	17.786	20.618	22.528
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	2,1	2,9	3,5	3,9	4,2	5,1	5,9	6,4
Saldo naturale	86	86	143	149	151	239	261	280
Saldo migratorio con l'estero	2.531	2.531	1.965	1.344	1.267	3.322	2.799	2.450
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	10,3	10,3	13,2	11,8	10,8	14,8	13,6	13,0
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	303,1	303,1	181,8	106,1	90,5	205,1	145,8	113,6

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 11 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 6 di Livorno al 31/12/2009

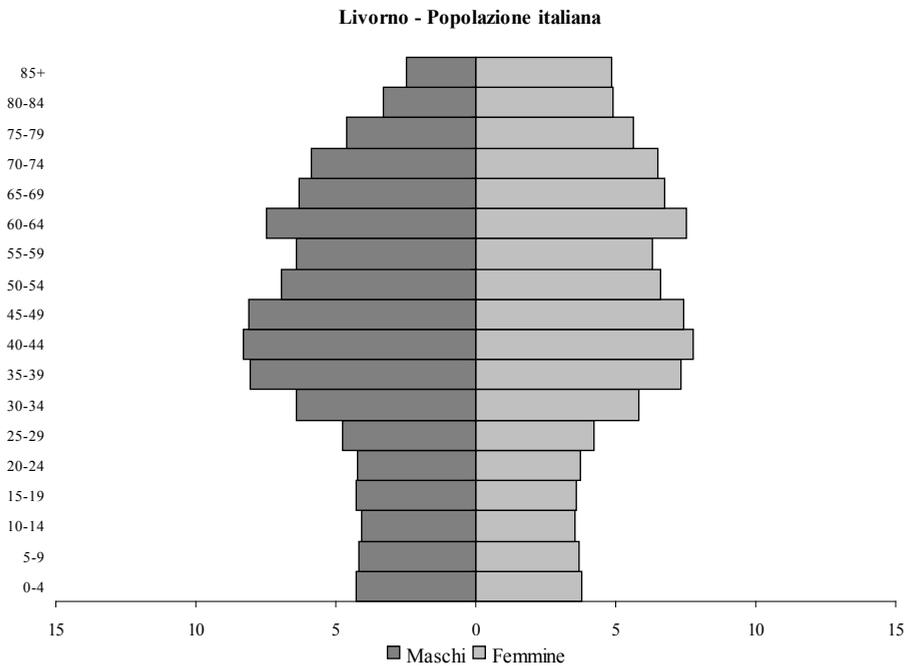
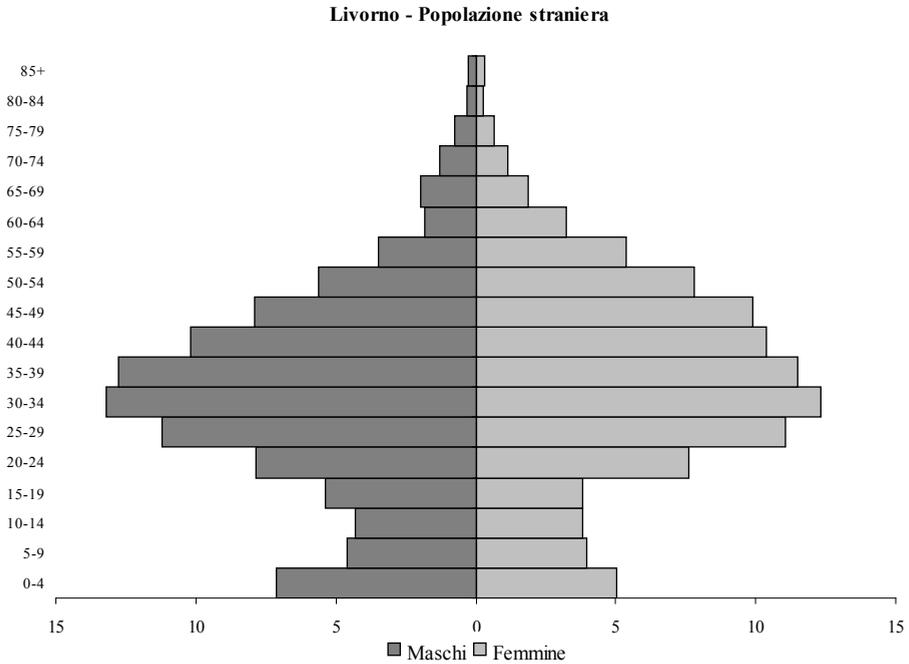


Tabella 12**Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 6 di Livorno al 31/12/2009 per area di provenienza**

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	7,9	9,4	8,7
Europa centro-orientale	52,2	62,0	57,5
Asia	7,5	6,9	7,2
Africa settentrionale	15,7	7,8	11,4
Africa centro-meridionale	9,0	2,9	5,7
America settentrionale	0,5	0,4	0,4
America centro-meridionale	7,2	10,6	9,1
Oceania	0,06	0,08	0,07
Apolidi	0,00	0,02	0,01
PFPM	91,4	89,8	90,5
PSA	8,6	10,2	9,5

Figura 12 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 6 di Livorno al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)

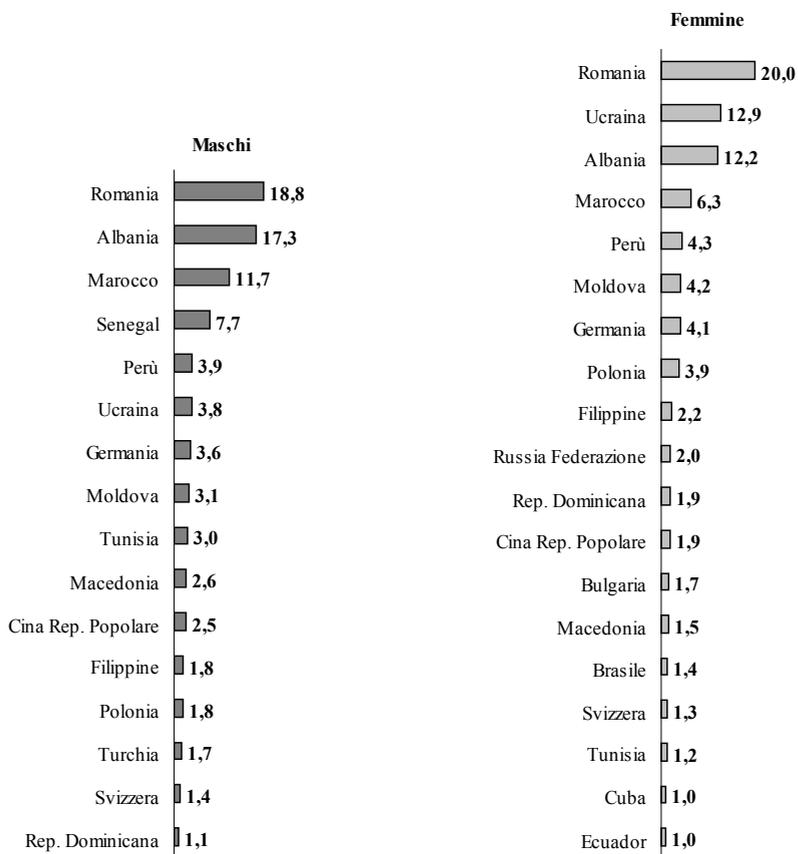


Tabella 13
Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 7 di Siena

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	9.934	9.934	12.777	15.234	16.908	18.530	22.141	25.643
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente			28,6	19,2	11,0	9,6	19,5	15,8
Di cui minorenni: numero		2.468	3.043	3.526	3.968	4.634	5.287	5.834
%		24,8	23,8	23,1	23,5	25,0	23,9	22,8
Nati		177	282	282	293	360	363	449
Iscritti dall'estero		2.662	2.081	1.669	1.697	3.676	3.797	2.774
Totale iscritti §		3.825	3.864	3.358	3.517	5.548	5.931	4.874
Deceduti		16	20	15	22	30	31	25
Cancellati per l'estero		82	135	121	138	133	247	277
Acquisizione della cittadinanza italiana		94	95	156	192	281	302	346
Totale cancellati §§		982	1.407	1.684	1.895	1.937	2.429	2.540
Popolazione straniera residente al 31/12	9.934	12.777	15.234	16.908	18.530	22.141	25.643	27.977
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	3,9	4,9	5,8	6,5	7,0	8,3	9,5	10,3
Saldo naturale		161	262	267	271	330	332	424
Saldo migratorio con l'estero		2.580	1.946	1.548	1.559	3.543	3.550	2.497
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)		14,2	18,7	16,6	15,3	16,2	13,9	15,8
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)		227,2	138,9	96,3	88,0	174,2	148,6	93,1

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 13 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 7 di Siena al 31/12/2009

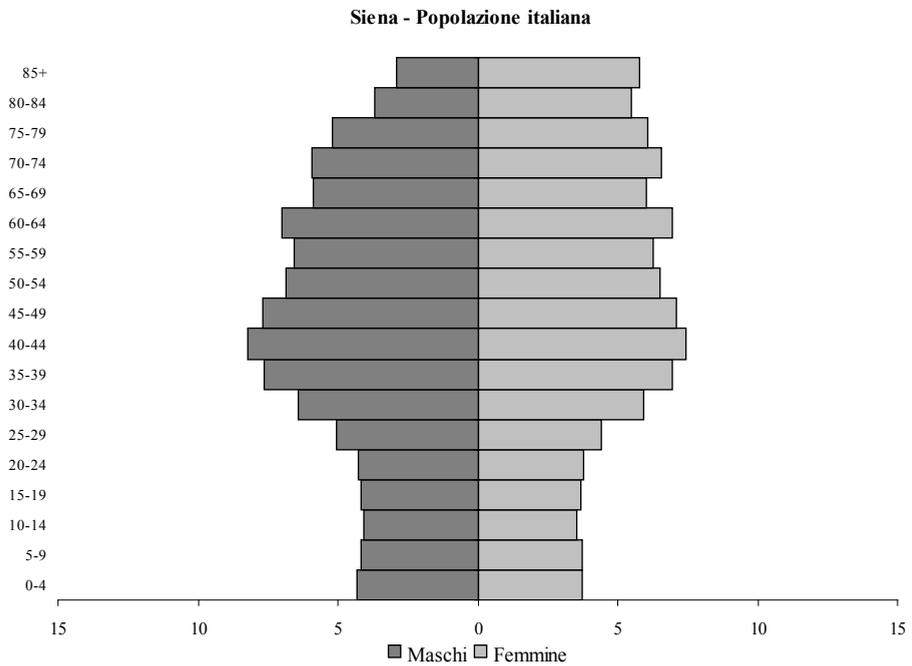
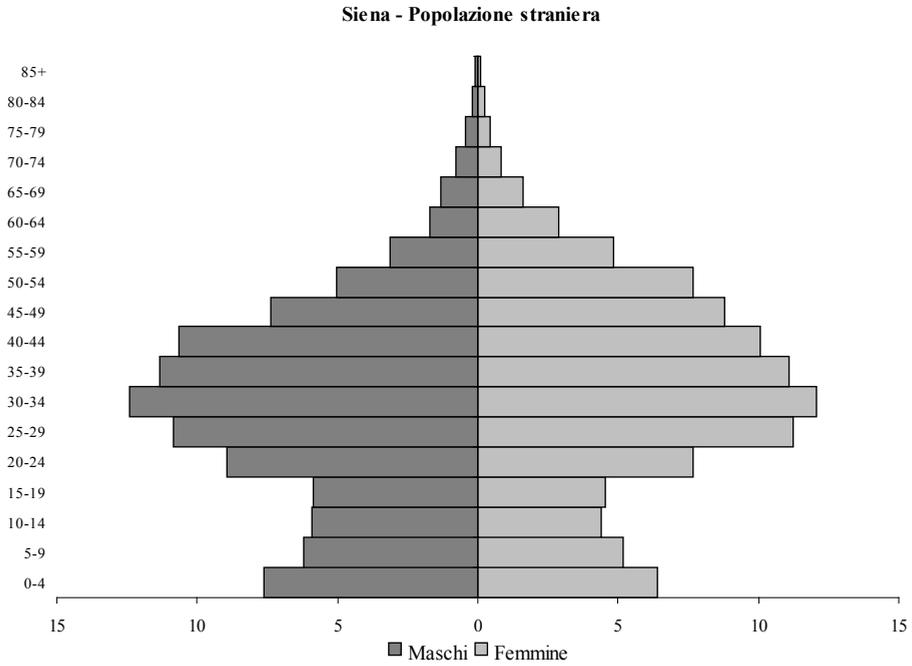
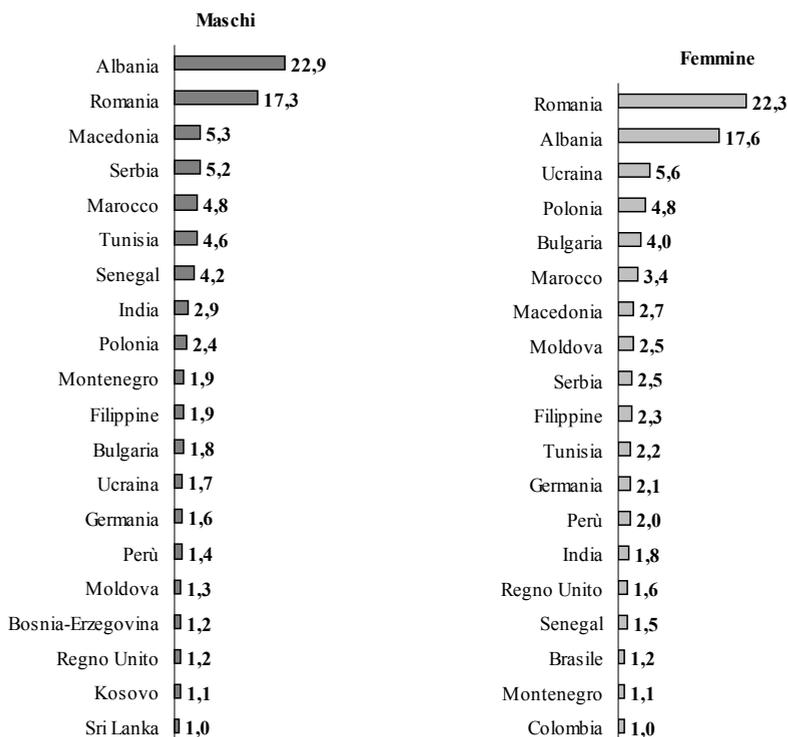


Tabella 14 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 7 di Siena al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	5,7	7,5	6,7
Europa centro-orientale	63,7	67,6	65,8
Asia	8,5	7,3	7,9
Africa settentrionale	10,3	6,1	8,1
Africa centro-meridionale	6,7	3,8	5,2
America settentrionale	0,9	0,9	0,9
America centro-meridionale	4,2	6,6	5,5
Oceania	0,06	0,11	0,09
Apolidi	0,01	0,007	0,01
PFFPM	93,0	91,1	92,0
PSA	7,0	8,9	8,0

Figura 14 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 7 di Siena al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



AUSL 8 – Arezzo

Tabella 15 - Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 8 di Arezzo

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	13.569	17.322	20.267	22.526	24.048	29.278	33.072	
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente		27,7	17,0	11,1	6,8	21,7	13,0	
Di cui minorenni: numero	3.629	4.299	5.137	5.455	6.415	7.113	7.620	
%	26,7	24,8	25,3	24,2	26,7	24,3	23,0	
Nati	281	371	397	443	482	557	555	
Iscritti dall'estero	3.665	2.713	2.302	1.764	5.217	4.026	3.046	
Totale iscritti §	5.190	4.692	4.437	4.041	7.413	6.550	5.476	
Deceduti	15	25	17	26	34	28	47	
Cancellati per l'estero	138	123	139	202	207	344	383	
Acquisizione della cittadinanza italiana	138	116	210	214	257	323	328	
Totale cancellati §§	1.437	1.747	2.178	2.519	2.183	2.756	3.035	
Popolazione straniera residente al 31/12	13.569	17.322	20.267	22.526	24.048	29.278	33.072	35.513
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	4,2	5,2	6,1	6,7	7,1	8,6	9,5	10,2
Saldo naturale	266	346	380	417	448	529	508	
Saldo migratorio con l'estero	3.527	2.590	2.163	1.562	5.010	3.682	2.663	
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	17,2	18,4	17,8	17,9	16,8	17,0	14,8	
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	228,4	137,8	101,1	67,1	187,9	118,1	77,7	

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 15 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 8 di Arezzo al 31/12/2009

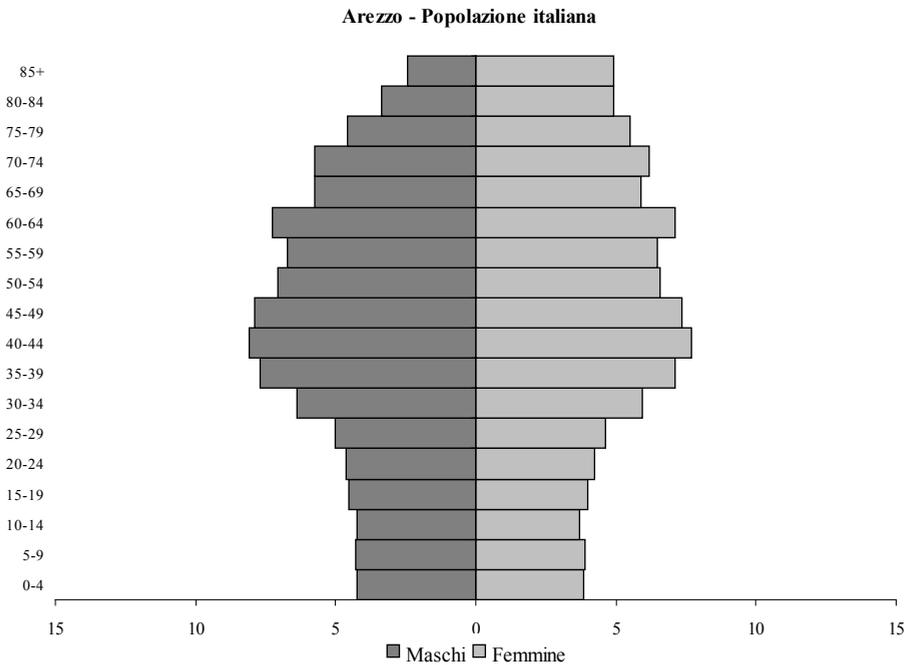
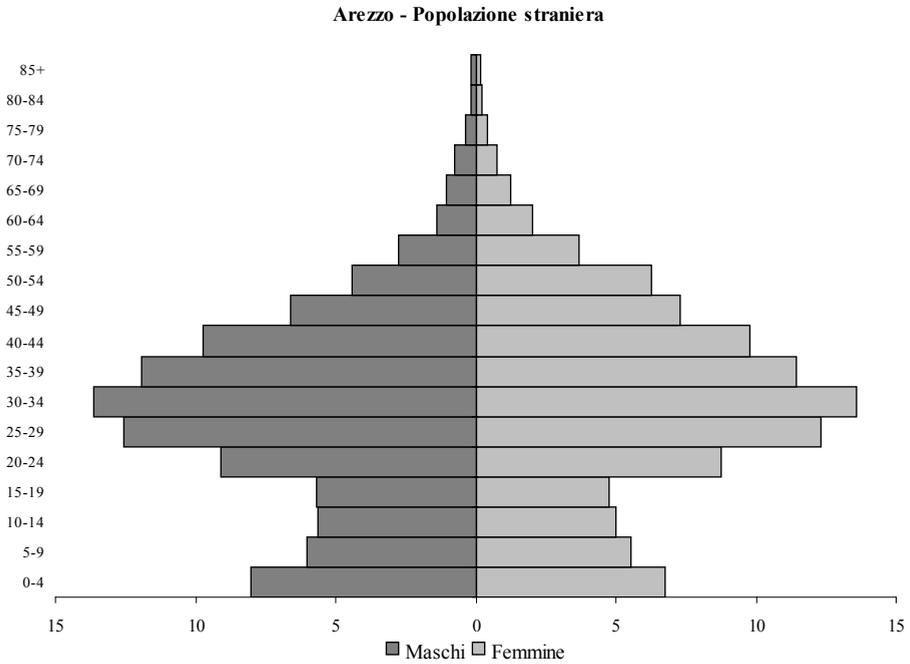
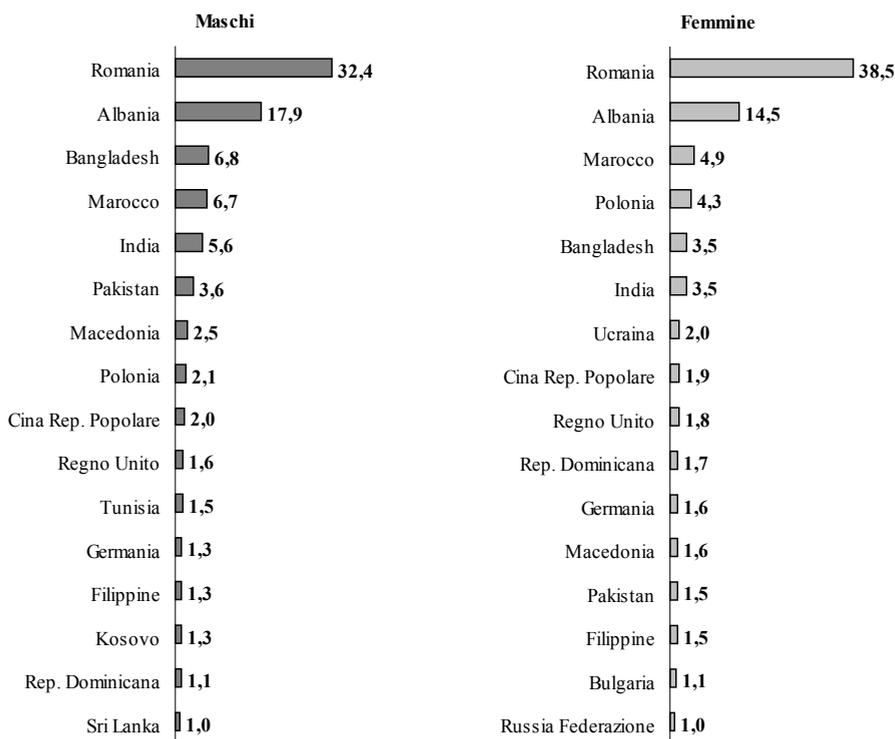


Tabella 16 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 8 di Arezzo al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	4,5	5,5	5,1
Europa centro-orientale	60,2	66,7	63,6
Asia	20,8	13,9	17,2
Africa settentrionale	9,0	6,1	7,5
Africa centro-meridionale	2,3	2,2	2,2
America settentrionale	0,6	0,6	0,6
America centro-meridionale	2,5	4,8	3,7
Oceania	0,06	0,07	0,06
Apolidi	0,006	0,00	0,003
PFFM	94,7	93,5	94,1
PSA	5,3	6,5	5,9

Figura 16 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 8 di Arezzo al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



AUSL 9 – Grosseto

Tabella 17 - Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 9 di Grosseto

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	5.360	5.360	7.467	9.199	10.552	11.708	14.627	17.188
Variatione percentuale rispetto all'anno precedente			39,3	23,2	14,7	11,0	24,9	17,5
Di cui minorenni: numero	1.061	1.061	1.270	1.635	1.910	2.410	2.952	3.556
%	19,8	19,8	17,0	17,8	18,1	20,6	20,2	20,7
Nati	65	65	92	130	156	195	238	249
Iscritti dall'estero	1.786	1.786	1.739	1.227	1.275	3.114	2.732	2.162
Totale iscritti §	2.710	2.710	2.583	2.174	2.285	4.062	3.966	3.383
Deceduti	8	8	18	23	19	23	29	18
Cancellati per l'estero	64	64	61	70	105	109	151	192
Acquisizione della cittadinanza italiana	60	60	84	65	156	195	236	194
Totale cancellati §§	603	603	851	821	1.129	1.143	1.405	1.478
Popolazione straniera residente al 31/12	5.360	7.467	9.199	10.552	11.708	14.627	17.188	19.093
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	2,5	3,5	4,2	4,8	5,3	6,5	7,6	8,4
Saldo naturale	57	57	74	107	137	172	209	231
Saldo migratorio con l'estero	1.722	1.722	1.678	1.157	1.170	3.005	2.581	1.970
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	8,9	8,9	8,9	10,8	12,3	13,1	13,1	12,7
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	268,5	268,5	201,4	117,2	105,1	228,2	162,3	108,6

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 17

Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 9 di Grosseto al 31/12/2009

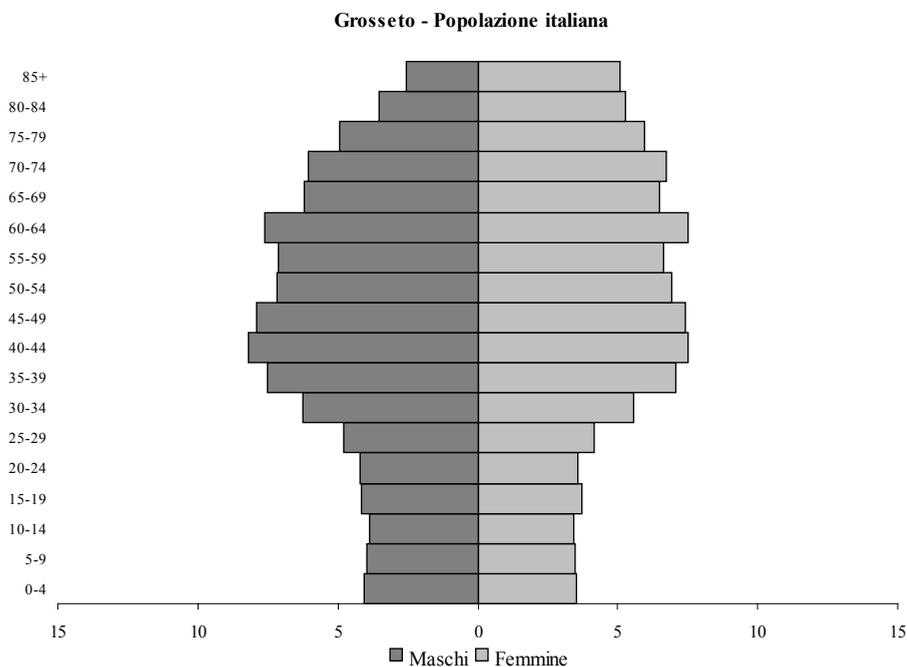
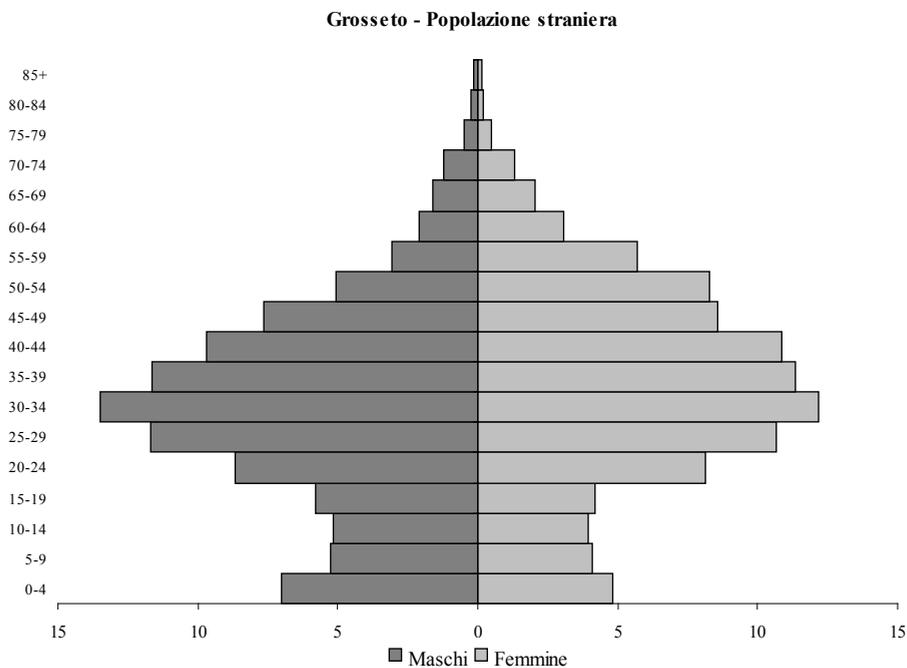


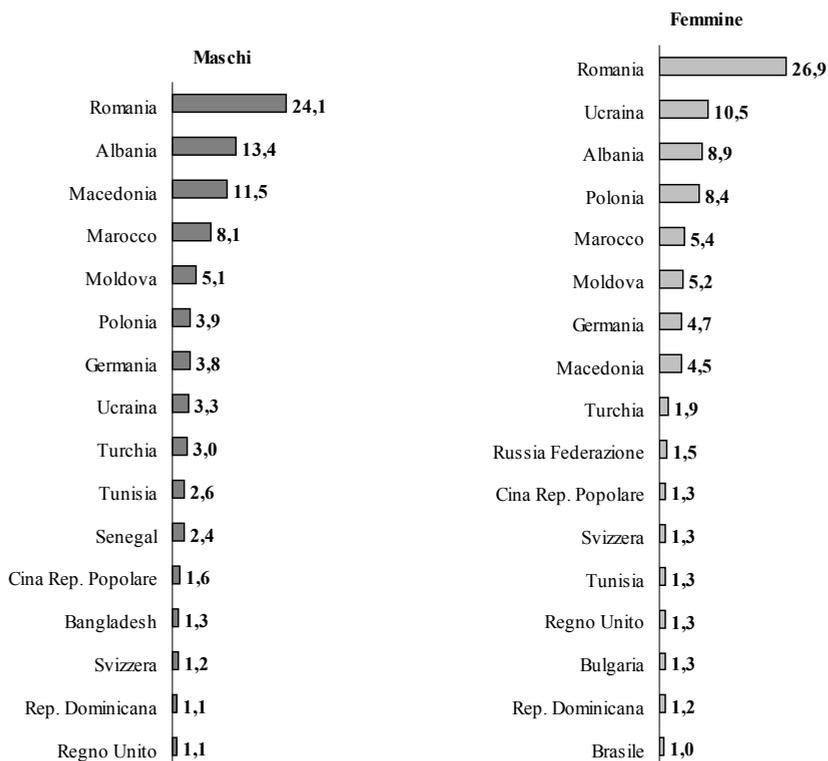
Tabella 18

Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 9 di Grosseto al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	8,1	10,2	9,2
Europa centro-orientale	67,7	71,5	69,7
Asia	6,1	4,7	5,3
Africa settentrionale	11,5	7,0	9,1
Africa centro-meridionale	2,9	1,0	1,9
America settentrionale	0,4	0,4	0,4
America centro-meridionale	3,2	5,2	4,3
Oceania	0,11	0,07	0,09
Apolidi	0,0	0,0	0,0
PFPM	91,2	89,2	90,2
PSA	8,8	10,8	9,8

Figura 18

Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 9 di Grosseto al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



AUSL 10 – Firenze

Tabella 19
Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 10 di Firenze

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	36.341	47.338	53.440	58.019	62.460	69.817	77.319	
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente	30,3	12,9	8,6	7,7	11,8	10,7		
Di cui minorenni: numero	9.845	11.128	12.130	13.229	14.678	16.087	17.365	
%	27,1	23,5	22,7	22,8	23,5	23,0	22,5	
Nati	652	1.207	1.043	1.024	1.211	1.246	1.303	
Iscritti dall'estero	7.693	8.564	5.612	5.590	8.416	8.787	9.293	
Totale iscritti §	15.202	13.706	10.975	11.413	14.147	14.402	15.829	
Deceduti	60	53	70	68	75	76	109	
Cancellati per l'estero	291	333	352	387	406	385	481	
Acquisizione della cittadinanza italiana	331	373	640	777	772	833	687	
Totale cancellati §§	4.205	7.604	6.396	6.972	6.790	6.900	7.618	
Popolazione straniera residente al 31/12	36.341	47.338	53.440	58.019	62.460	69.817	77.319	85.530
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	4,7	6,0	6,7	7,2	7,8	8,6	9,5	10,4
Saldo naturale	592	1.154	973	956	1.136	1.170	1.194	
Saldo migratorio con l'estero	7.402	8.231	5.260	5.203	8.010	8.402	8.812	
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	14,1	22,9	17,5	15,9	17,2	15,9	14,7	
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	176,9	163,3	94,4	86,4	121,1	114,2	108,2	

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 19

Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 10 di Firenze al 31/12/2009

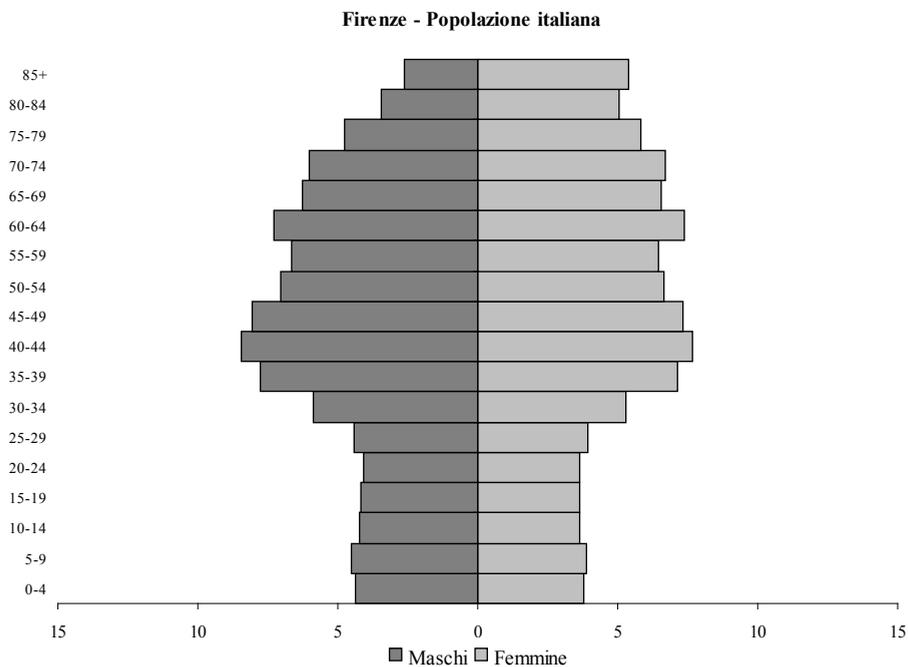
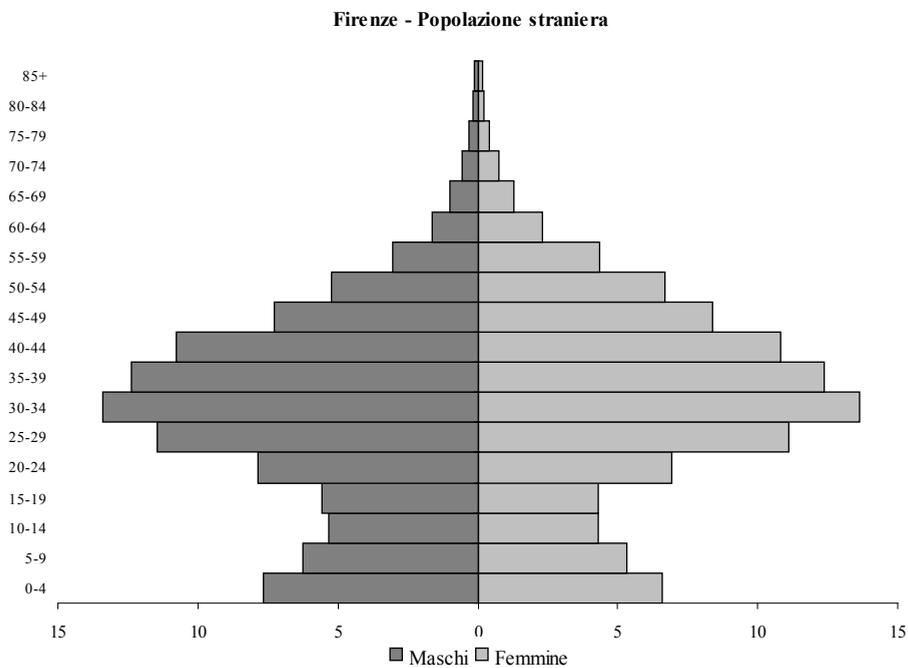
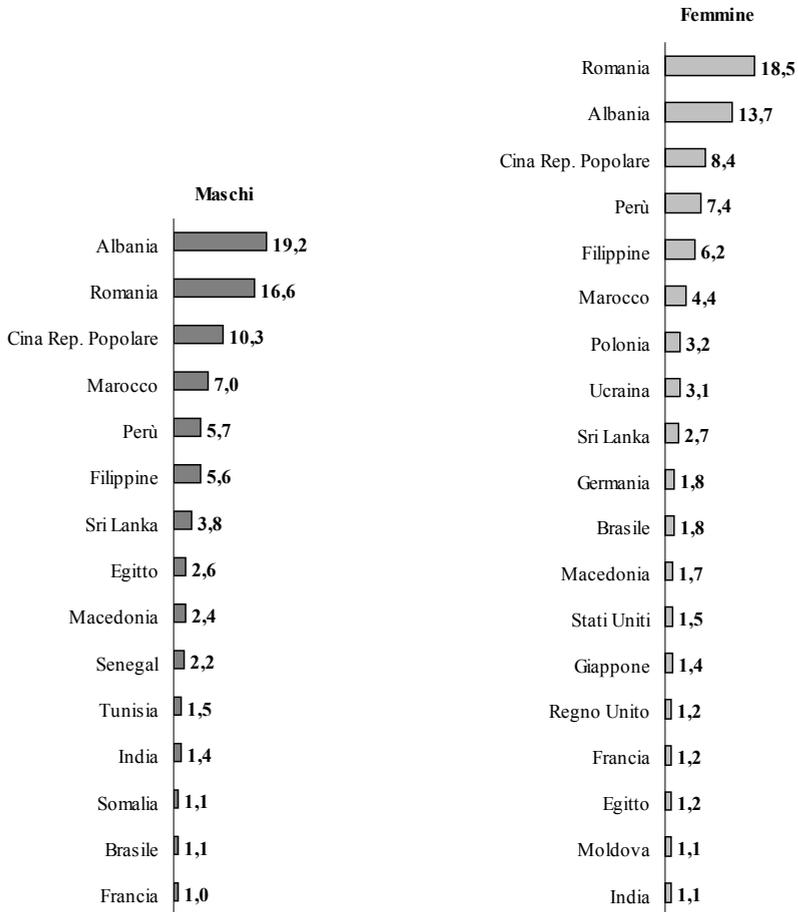


Tabella 20 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 10 di Firenze al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	4,7	7,8	6,3
Europa centro-orientale	43,1	45,4	44,3
Asia	24,7	22,2	23,4
Africa settentrionale	11,9	6,5	9,1
Africa centro-meridionale	5,7	3,6	4,6
America settentrionale	1,0	1,6	1,3
America centro-meridionale	8,9	12,8	10,9
Oceania	0,05	0,15	0,10
Apolidi	0,01	0,02	0,02
PFPM	93,7	88,9	91,2
PSA	6,3	11,1	8,8

Figura 20 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 10 di Firenze al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



AUSL 11 – Empoli

Tabella 21 - Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 11 di Empoli

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	9.172	9.172	12.052	14.397	15.941	17.344	20.098	22.577
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente			31,4	19,5	10,7	8,8	15,9	12,3
Di cui minorenni: numero		2.878	3.360	3.872	4.364	4.954	5.539	6.194
%		31,4	27,9	26,9	27,4	28,6	27,6	27,4
Nati		189	361	358	398	423	513	587
Iscritti dall'estero		2.284	2.025	1.520	1.501	2.790	2.633	2.516
Totale iscritti §		4.031	3.852	3.361	3.639	5.269	5.176	5.077
Deceduti		9	15	11	15	16	17	20
Cancellati per l'estero		62	108	123	109	131	185	223
Acquisizione della cittadinanza italiana		64	65	104	142	144	192	184
Totale cancellati §§		1.151	1.507	1.817	2.236	2.515	2.697	2.632
Popolazione straniera residente al 31/12	9.172	12.052	14.397	15.941	17.344	20.098	22.577	25.022
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	4,2	5,4	6,3	7,0	7,5	8,6	9,5	10,5
Saldo naturale		180	346	347	383	407	496	567
Saldo migratorio con l'estero		2.222	1.917	1.397	1.392	2.659	2.448	2.293
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)		17,0	26,2	22,9	23,0	21,7	23,2	23,8
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)		209,4	145,0	92,1	83,6	142,0	114,7	96,3

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 21 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 11 di Empoli al 31/12/2009

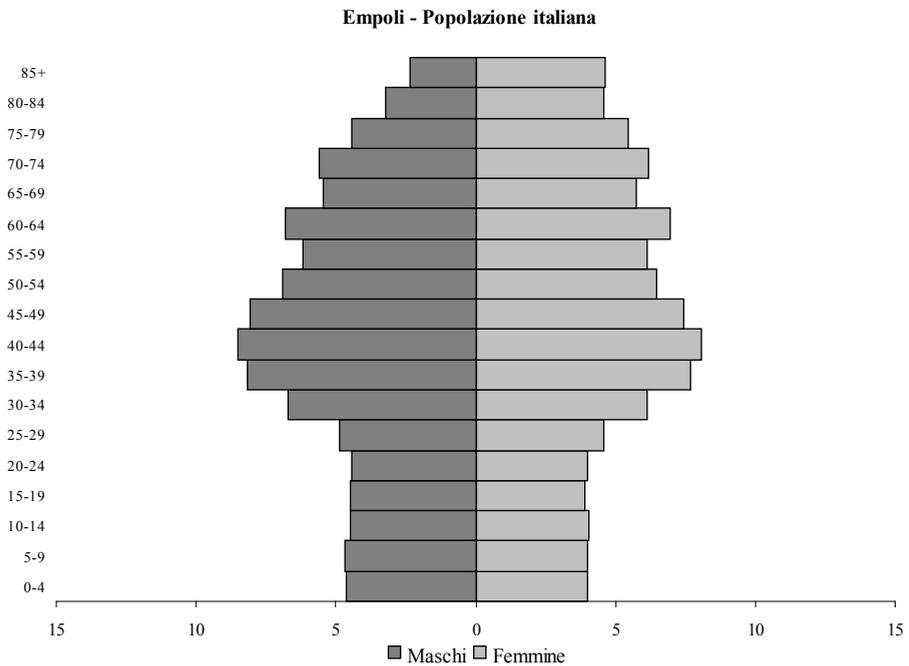
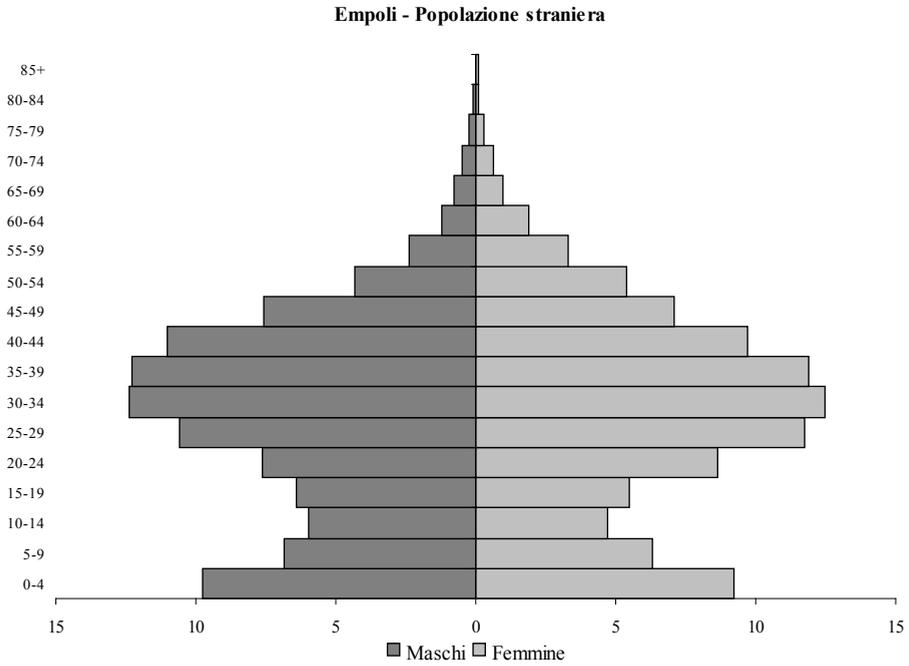
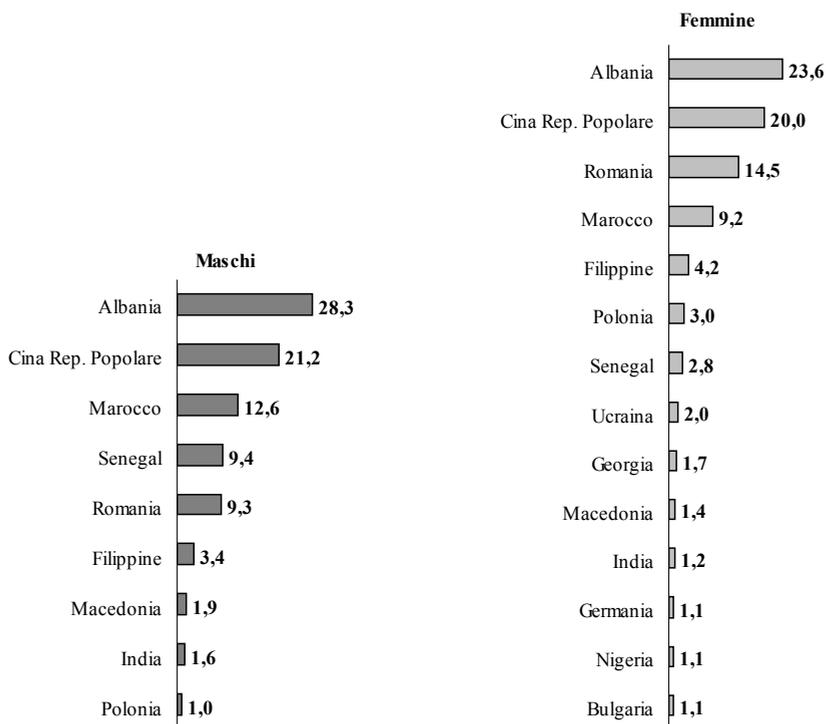


Tabella 22 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 11 di Empoli al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	1,8	4,0	2,8
Europa centro-orientale	42,9	48,3	45,6
Asia	27,7	28,4	28,0
Africa settentrionale	14,0	10,1	12,1
Africa centro-meridionale	11,9	5,2	8,6
America settentrionale	0,2	0,4	0,3
America centro-meridionale	1,7	3,5	2,6
Oceania	0,008	0,03	0,02
Apolidi	0,008	0,008	0,008
PFPM	98,0	95,3	96,7
PSA	2,0	4,7	3,3

Figura 22 - Distribuzione percentuale della popolazione straniera residente nell'AUSL 11 di Empoli al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



AUSL 12 – Viareggio

Tabella 23 - Principali dinamiche demografiche dei cittadini stranieri residenti nell'AUSL 12 di Viareggio

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Popolazione straniera residente al 01/01	3.283	3.283	4.223	4.651	5.158	5.500	7.094	8.122
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente			28,6	10,1	10,9	6,6	29,0	14,5
Di cui minorenni: numero		635	744	862	940	1.146	1.317	1.482
%		19,3	17,6	18,5	18,2	20,8	18,6	18,2
Nati		47	60	72	63	72	85	115
Iscritti dall'estero		983	563	599	433	1.682	1.275	1.046
Totale iscritti §		1.374	899	1.058	918	2.168	1.885	1.780
Deceduti		11	12	18	9	14	10	20
Cancellati per l'estero		9	29	43	31	32	65	70
Acquisizione della cittadinanza italiana		34	44	86	85	126	156	154
Totale cancellati §§		434	471	551	576	574	857	950
Popolazione straniera residente al 31/12	3.283	4.223	4.651	5.158	5.500	7.094	8.122	8.952
% popolazione straniera sul totale residenti al 31/12	2,0	2,6	2,8	3,1	3,3	4,2	4,8	5,3
Saldo naturale		36	48	54	54	58	75	95
Saldo migratorio con l'estero		974	534	556	402	1.650	1.210	976
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)		9,6	10,8	11,0	10,1	9,2	9,9	11,1
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)		259,5	120,4	113,4	75,4	262,0	159,0	114,3

§ Sono compresi oltre ai nati e agli iscritti dall'estero, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

§§ Sono compresi oltre ai deceduti, ai cancellati per l'estero e per acquisizione della cittadinanza italiana, anche i movimenti da e verso altri comuni italiani e le rettifiche anagrafiche.

Figura 23 - Struttura per età (%) della popolazione straniera e della popolazione italiana residente nell'AUSL 12 di Viareggio al 31/12/2009

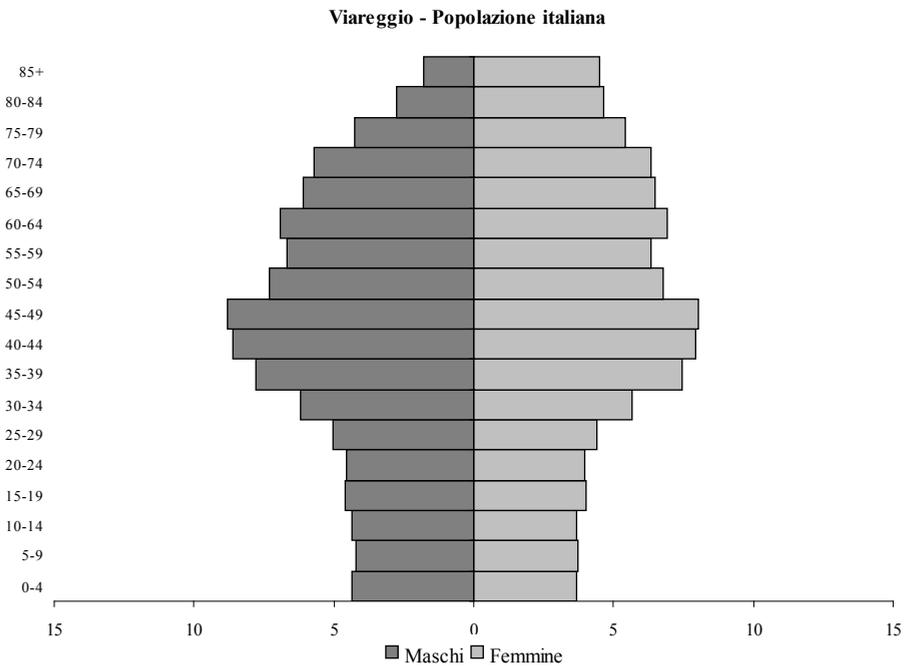
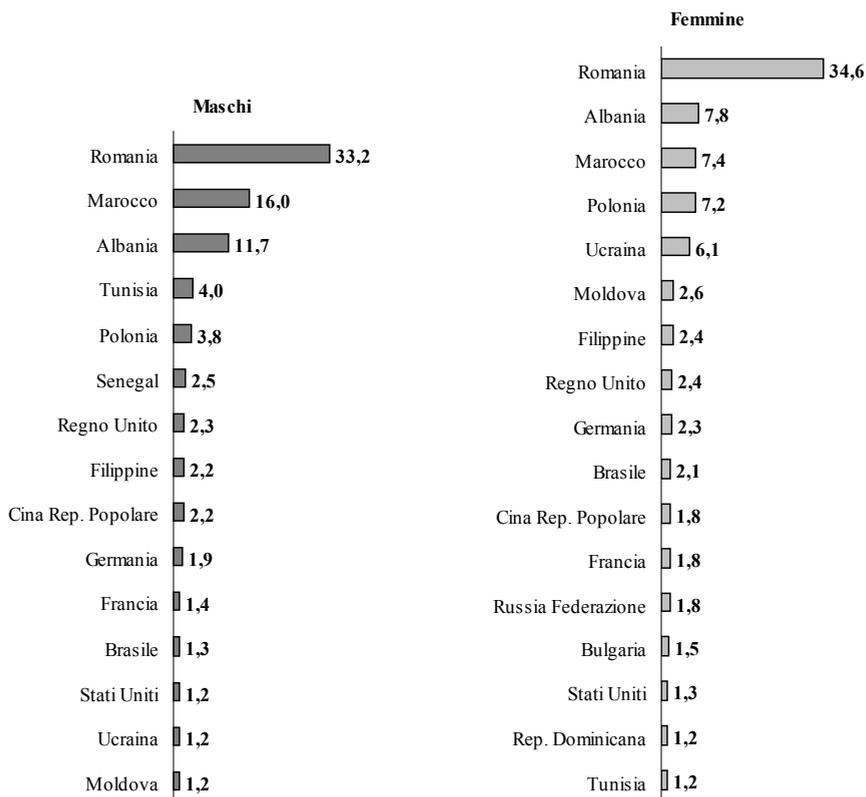


Tabella 24 - Distribuzione percentuale della popolazione residente nell'AUSL 12 di Viareggio al 31/12/2009 per area di provenienza

Area di provenienza	Maschi	Femmine	Totale
Europa occidentale	9,1	10,0	9,6
Europa centro-orientale	53,4	64,4	59,6
Asia	8,2	7,0	7,5
Africa settentrionale	20,8	8,9	14,1
Africa centro-meridionale	2,9	1,2	1,9
America settentrionale	1,3	1,4	1,4
America centro-meridionale	4,2	6,9	5,7
Oceania	0,1	0,1	0,1
Apolidi	0,0	0,0	0,0
PFPM	89,3	88,1	88,7
PSA	10,7	11,9	11,3

Figura 24 - Distribuzione percentuale della popolazione residente nell'AUSL 12 di Viareggio al 31/12/2009 per genere e Paese di provenienza (paesi con percentuali di almeno l'1% sul totale degli stranieri residenti)



Agenzia regionale di sanità della Toscana

Villa La Quiete alle Montalve
via Pietro Dazzi, 1
50141 Firenze

Centralino: 055 462431

Fax: 055 4624330

info@ars.toscana.it



Osservatorio di epidemiologia

osservatorio.epidemiologia@ars.toscana.it



Osservatorio qualità ed equità

osservatorio.qualita@ars.toscana.it



Centro di documentazione

centrodocumentazione@ars.toscana.it



www.ars.toscana.it

