



La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi

Progetto:

*Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia
Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche*

(Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007)

maggio 2009



agen.a.s.



LIVORNO - AZIENDA SANITARIA LOCALE DI LIVORNO



REGIONE TOSCANA



Gestione e coordinamento del progetto
a cura dell'Osservatorio Epidemiologico sulle
Diseguglianze/Agenzia Regionale Sanitaria Marche

La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi

Progetto:

Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia

Accordo Ministero della salute/CCM – Regione Marche

(Direzione Generale Prevenzione Sanitaria, Ufficio I, n. DG/PREV/I 3488/P/F 3 ad, 2007)

Autori:

Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionale (Age.na.s): Giovanna Valentina De Giacomi

Associazione Italiana Epidemiologia (AIE): Adele Seniori Costantini

Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL): Maria Luisa Calamita, Adelina Brusco, Daniela Gallieri

Istituto nazionale di statistica (Istat): Alessandra Burgio

Regione Piemonte: Luisa Mondo, Raffaella Rusciani

Agenzia Regionale Sanitaria Liguria (ARS): Camilla Sticchi, Chiara Volpi

Agenzia Regionale Sanitaria e Sociale Emilia-Romagna (ASR): Marco Biocca, Nicola Caranci

Azienda Unità Sanitaria Locale Reggio Emilia (AUSL): Silvia Candela, Chiara Ventura

Azienda Unità Sanitaria Locale Cesena (AUSL): Mauro Palazzi, Patrizia Vitali

Regione Marche: Cristina Mancini

Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/Agenzia Regionale Sanitaria Marche (ARS): Maria Soledad Ferreiro, Patrizia Carletti

Laziosanità, Agenzia Sanità Pubblica Regione Lazio (ASP): Giovanni Baglio, Laura Camilloni, Silvia Casagrande

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER): Domenico Martinelli

Regione Puglia: Concetta Ladalardo

Coordinamento a cura di Patrizia Carletti (Osservatorio Diseguaglianze/ARS Marche)

Si ringraziano

Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali
Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM)

<i>Silvia Bruzzone</i>	(Istat)
<i>Cesare Cislighi - Gabriella Tavini</i>	(Age.na.s)
<i>Licia Fiordarancio</i>	(Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/ARS Marche)
<i>Marzia Loghi</i>	(Istat)
<i>Claudio Maria Maffei</i>	(Regione Marche)
<i>Mariella Martini</i>	(AUSL Reggio Emilia)
<i>Nadia Mignolli</i>	(Istat)
<i>Antonio Ponti</i>	(Centro Prevenzione Oncologica Regione Piemonte)
<i>Giuseppe Salamina</i>	(Direzione Generale rapporti con l'UE e rapporti internazionali, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali)
<i>Diego Sangiorgi</i>	(AUSL Cesena)

Indice

1.	Presentazione.....	pag. 9
2.	Premessa	pag. 11
3.	Obiettivo del lavoro	pag. 13
4.	Metodologia	pag. 14
5.	Definizione di caso	pag. 17
6.	Flussi correnti utili per la costruzione del profilo di salute	pag. 20
	6.1. Fonti demografiche	pag. 20
	6.2. Fonti per la descrizione della domanda di salute	pag. 24
7.	Struttura del profilo di salute	pag. 38
	7.1. La popolazione immigrata	pag. 38
	7.1.1. Quadro demografico	pag. 38
	7.1.2. Il mondo del lavoro	pag. 41
	7.2. La domanda di salute ed il ricorso ai servizi	pag. 44
	7.2.1. Il ricovero ospedaliero	pag. 44
	7.2.2. La salute materno-infantile.....	pag. 64
	Parti e gravidanze.....	pag. 68
	Gravidanze interrotte.....	pag. 75
	Condizioni del neonato.....	pag. 84
	7.2.3. Gli infortuni sul lavoro	pag. 89
	7.2.4. Le malattie infettive.....	pag. 99
	7.3. La mortalità.....	pag. 108
8.	Considerazioni conclusive e sviluppi.....	pag. 117
9.	Allegati	
	9.1 Lista Paesi	pag. 121
	9.2 Confronto Residenti/Permesso di Soggiorno per Regione.....	pag. 129
	9.3 Tavole INAIL, Assicurati e Infortuni sul lavoro.....	pag. 151
	9.4 Tavole Istat, Mortalità per regione	pag. 179
	9.5 Quadro sinottico del set di indicatori	pag. 187
10.	Bibliografia	pag. 193

Prefazione

In un mondo in veloce globalizzazione come l'attuale, i flussi migratori in entrata già da alcuni anni stanno investendo significativamente il nostro Paese.

Per come il fenomeno può essere attualizzato, secondo i dati ISTAT riferiti al 1° gennaio 2008, gli stranieri residenti ammontano a quasi 3.500.000 di unità, di cui più del venti per cento costituito da minorenni e con una quota significativa (500.000 unità) di nati nel nostro Paese.

Alla luce di questo quadro, appare dunque ancora più opportuno e doveroso occuparsi dei problemi di salute degli immigrati, sia per costruire il loro profilo di salute che per preordinare le conseguenti risposte organizzative.

Allo scopo, dopo aver considerato l'articolazione demografica, socio-culturale e sanitaria della realtà migratoria, lo specifico progetto CCM attivato alla fine del 2006 ed affidato alla Regione Marche nasce dalla esigenza di individuare strategie efficaci per dare risposte adeguate alle necessità di una nuova popolazione, non solo in un'ottica di rispetto dei diritti universali e per prevenire l'esclusione sociale, ma anche per dare ascolto e saper interpretare un patrimonio di storie, culture, orizzonti e bisogni diversi.

Il lavoro svolto appare coerente a questa impostazione: l'obiettivo di individuare indicatori utili alla descrizione dello stato di salute degli immigrati - a partire da un linguaggio condiviso - e, così, di fornire le informazioni utili per la programmazione degli interventi più appropriati di promozione della salute, di prevenzione e cura è infatti una tipica funzione di class advocacy che il sistema pubblico deve saper garantire, soprattutto nei confronti dei target più fragili.

Al dunque: se è vero che il fenomeno migratorio ha dinamiche complesse e può assumere aspetti territorialmente differenti in relazione a caratteristiche intrinseche ed estrinseche (provenienza e stratificazione socio-demografico-culturale dei flussi, loro capacità di inserimento nel tessuto sociale preesistente, andamento del mercato del lavoro e più in generale la situazione dell'economia), è altrettanto vero che con questo lavoro si rende disponibile uno strumento in grado di analizzare in modo omogeneo (e quindi confrontabile) un profilo di salute degli immigrati presenti in Italia sia in termini di domanda che in termini di risposta approntata dai sistemi sanitari regionali.

Fabrizio Oleari

Direttore Generale Prevenzione Sanitaria

Direttore Operativo CCM

1. Presentazione

Il presente lavoro propone una metodologia ed un set di indicatori per l'analisi dei principali problemi di salute degli immigrati a quanti a livello nazionale o regionale sono coinvolti nella costruzione del profilo di salute e nella programmazione di servizi sanitari per la popolazione immigrata.

Esso scaturisce dalla necessità di conoscere le condizioni di salute di una popolazione in continua espansione, gli immigrati, che oggi rappresentano il 7% della popolazione residente in Italia e valutare se e quanto differiscono da quelle della popolazione ospite.

L'impiego di un linguaggio univoco costituisce una prima tappa non solo per la conoscenza e la sorveglianza del fenomeno, ma anche per effettuare un confronto tra le realtà regionali e tra queste ed il livello nazionale.

Infatti fino ad oggi le analisi epidemiologiche effettuate a vari livelli hanno utilizzato differenti "definizioni di caso"- immigrato - e differenti indicatori rendendo pertanto difficile il confronto.

Per superare tale problema si è costituito un gruppo tecnico-scientifico nazionale che ha lavorato con l'obiettivo di individuare indicatori utili alla descrizione dello stato di salute degli immigrati.

Una lettura condivisa - tra le Regioni e a livello nazionale - può fornire importanti informazioni per la programmazione degli interventi più appropriati di promozione della salute, di prevenzione e cura, con servizi quindi che siano adeguati a fornire risposte, in un'ottica di efficacia e di efficienza per il sistema.

Gli indicatori che vengono proposti sono stati calcolati utilizzando fonti informative che sono a disposizione di tutte le Regioni. Essi sono stati sperimentati in sei Regioni, due Province (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia, province di Reggio Emilia e di Cesena) e a livello nazionale (Istat, INAIL, Age.na.s) confermandone in tal modo la fattibilità.

Il risultato conseguito consente di affermare che oggi è disponibile uno strumento operativo che rende possibile costruire, in modo omogeneo (e quindi confrontabile) nelle varie realtà, un profilo di salute degli immigrati presenti in Italia sia in termini di domanda che in termini di risposta che i Sistemi Sanitari Regionali forniscono a questa domanda.

La pubblicazione è articolata in due parti:

- la prima parte contiene la definizione di caso - immigrato - ed una descrizione delle fonti ovvero dei flussi informativi correnti, disponibili a livello nazionale e regionale utili alla costruzione del profilo di salute.

L'immigrato è lo straniero avente la cittadinanza in uno dei Paesi a Forte Pressione Migratoria che soggiorna stabilmente in Italia.

Ogni fonte informativa utile è stata dettagliatamente descritta: ne sono state indicate le criticità ed i limiti intrinseci e quelli legati alla qualità che può essere diversa tra le Regioni. Sono state formulate delle raccomandazioni per un corretto utilizzo dei dati e sono state infine evidenziate le potenzialità di ciascun flusso ed i suoi possibili sviluppi in modo che gli utilizzatori del presente lavoro possano conoscerne l'evoluzione.

- la seconda parte contiene il set di indicatori selezionati (36) ed il relativo metodo di calcolo. Per ciascun indicatore è stato illustrato un esempio della sua applicazione all'interno di un testo più strutturato che costituisce la traccia del profilo di salute che ciascuna Regione potrà costruire per la popolazione immigrata presente nel proprio territorio.

In sostanza viene fornito un "contenitore" che ciascuna Regione potrà riempire, ed eventualmente arricchire, con i propri dati.

Si intende sottolineare che, poiché i flussi informativi hanno qualità ed accessibilità differenti nelle varie realtà, al fine di mettere tutte le Regioni in condizioni di descrivere il profilo di salute, si è cercato di individuare indicatori semplici e facilmente calcolabili e di limitare il ricorso ai tassi in considerazione della difficoltà di ottenere denominatori affidabili, a partire dalle stime disponibili sulla popolazione immigrata presente e/o residente nel nostro Paese.

Il fenomeno migratorio nel suo insieme costituisce una realtà complessa e, per sua natura, in continua evoluzione; esso inoltre per certi aspetti può assumere caratteristiche territoriali diverse e per la provenienza e per le differenti modalità di "inserimento" degli immigrati nel tessuto produttivo. Ciò comporta notevoli difficoltà nelle analisi epidemiologiche.

Occorre tenere presente che le informazioni che si possono ottenere riguardano soprattutto gli immigrati regolarmente presenti, che peraltro sono la maggioranza. In alcuni casi tuttavia è possibile ricavare informazioni relative anche agli immigrati non regolari ovvero a coloro che hanno perso il permesso di soggiorno o che non l'hanno mai avuto, gli STP (Stranieri Temporaneamente Presenti), socialmente più svantaggiati a causa della loro condizione di irregolarità che comporta una condizione di maggiore deprivazione.

Questi elementi, i differenti orizzonti culturali in cui si collocano il vissuto della malattia e l'uso dei servizi fanno sì che una conoscenza più articolata possa essere raggiunta mediante indagini qualitative ad hoc, ad indirizzo antropologico e sociologico che potranno di volta in volta approfondire l'analisi di base qui proposta.

Indubbiamente per il miglioramento continuo di questo strumento di lettura sarà fondamentale il contributo di tutte le Regioni alle quali intendiamo fornire la massima collaborazione nella fase di adozione ed implementazione degli indicatori proposti. L'auspicio è che da questa collaborazione nasca un osservatorio/rete delle Regioni che, mediante il governo della domanda di salute degli immigrati, possa contribuire al miglioramento del SSN.

2. Premessa

Da paese di emigrazione, negli ultimi 10 -15 anni, l'Italia è diventata paese di immigrazione, con flussi continui e diversificati a seconda delle alterne vicende geopolitiche, crisi congiunturali e accessi bellici.

I dati disponibili non solo confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno, ma evidenziano una stabilizzazione di comunità intergenerazionali sempre più segmentate e ricche di componenti umane peculiari, ansiose di trovare un loro posto a pieno titolo nella società italiana.

L'Istat stima al 1° gennaio 2008 la presenza della popolazione straniera residente in 3,5 milioni, pari al 5,8% del totale dei residenti (tab. 1); di questi circa l'80% sono persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM).

Il confronto con altri paesi europei mostra che in Germania, a gennaio 2006, i residenti di cittadinanza straniera erano l'8,8% del totale dei residenti, nel Regno Unito, già nel 2004, la popolazione straniera rappresentava il 4,7%; in Francia, al censimento del 1999, la quota degli stranieri era pari al 5,9% della popolazione complessiva; in Spagna a gennaio 2008 gli stranieri rappresentano l'11,3% dei residenti.

La realtà migratoria è molto articolata ed in continua evoluzione: si contano più di 130 diverse comunità culturali; si tratta di una popolazione giovane (il 51% è nella classe di età compresa tra 18 e 39 anni; uno su cinque è minorenni); si assiste ad una femminilizzazione dei flussi (le donne rappresentano il 50,4%); i minorenni sono 787.000 e rappresentano circa l'8% dei minorenni in Italia; i nati in Italia da genitori stranieri sono in costante aumento (nel 2007 erano 64.049, pari all'11,4% del totale dei nati in Italia nello stesso anno).

Tab. 1. Bilancio Demografico della popolazione straniera (anni 2003 – 2008)

Popolazione straniera residente	1° gennaio 2003	1° gennaio 2004	1° gennaio 2005	1° gennaio 2006	1° gennaio 2007	1° gennaio 2008(b)
Numero	1.549.373	1.990.159	2.402.157	2.670.514	2.938.922	3.462.000
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente	14,2	28,4	20,7	11,2	10,1	17,8
Incidenza percentuale degli stranieri sul totale della popolazione residente	2,7	3,4	4,1	4,5	5,0	5,8
di cui: Minorenni (a) Numero	353.546	413.293	503.034	587.513	666.293	787.000
Incidenza percentuale dei minorenni sulla popolazione straniera	22,8	20,8	20,9	22,0	22,7	22,7
Movimento naturale e migratorio	2002	2003	2004	2005	2006	2007(b)
Saldo naturale	31.456	31.132	45.994	48.838	54.318	60.000
Saldo migratorio con l'estero	151.932	411.970	380.737	266.829	237.614	516.000
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	21,6	17,6	20,9	19,3	17,4	17,3
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	104,6	232,8	173,4	105,2	95,1	149,0

Fonte: Istat, Rilevazione annuale del movimento e calcolo della popolazione straniera residente

(a) I dati degli anni 2003-2007 sono stati desunti dalla rilevazione Istat sugli stranieri residenti per sesso e anno di nascita (Strasa)

(b) I dati sulla popolazione al 1° gennaio 2008 e sui saldi 2007 sono stati stimati sulla base dei dati parziali pervenuti al 28 febbraio 2008

Il fenomeno impone, all'Italia, paese ospite, di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo nell'ottica di rispetto dei diritti umani universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali che possono derivare dall'esclusione dai percorsi di cittadinanza, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività.

Dunque diventa prioritario attrezzare i servizi, quindi anche quelli socio-sanitari, ad affrontare un'utenza portatrice di culture, biografie e bisogni differenziati.

L'abbondante letteratura scientifica e le evidenze epidemiologiche disponibili dimostrano che per i gruppi vulnerabili della popolazione, ovvero quelli con precario accesso alle risorse, e tra questi i migranti, il rischio di perdita della salute è maggiore rispetto al resto della popolazione.

Le persone in condizioni di povertà assoluta o relativa, quelle con scarso "capitale sociale" ovvero con basso livello di istruzione, con scarse risorse personali ed interpersonali, senza reti parentali e sociali hanno maggiori rischi per la salute e maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi; spesso inoltre ricevono cure di qualità scadente. Per gli immigrati, inoltre le ragioni della differenza si sommano alla non conoscenza della lingua, della cultura, del funzionamento dei servizi del paese ospite (1 - 12).

I servizi, a loro volta, sono meno permeabili per un eccesso di standardizzazione di procedure e per una certa "ostilità" verso i "poveri", agendo una sorta di esclusione morale (13 - 15).

La letteratura scientifica e le analisi/indagini epidemiologiche hanno mostrato, in generale, che la migrazione, anche quando avviene nelle migliori condizioni, rappresenta di per sé un fattore di rischio e che i principali problemi di salute si collocano nell'area materno-infantile o sono conseguenti a stili di vita rischiosi o legati a condizioni abitative o di lavoro non sicure (16 - 29).

3. Obiettivo del lavoro

Il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, (attualmente Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali), ha affidato alla Regione Marche¹ la realizzazione di un progetto dal titolo "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" (biennio 2007-2009).

L'obiettivo generale del progetto è quello di tutelare e promuovere la salute della popolazione immigrata in Italia attraverso l'adozione di modelli socio-sanitari organizzativamente e *culturalmente* adeguati ai bisogni di questa fascia di popolazione, con particolare riguardo agli immigrati non iscrivibili al Servizio Sanitario Nazionale (SSN).

Tra gli obiettivi specifici è stata prevista la definizione di una metodologia per l'analisi della domanda di salute e la descrizione del profilo di salute della popolazione immigrata allo scopo di avere informazioni omogenee per tutto il territorio nazionale. Le analisi epidemiologiche effettuate a vari livelli (nazionale, regionale e sub-regionale) hanno infatti utilizzato differenti "definizioni di caso" - immigrato - e differenti indicatori e risultano pertanto difficilmente confrontabili; a questo scopo si è voluto individuare un linguaggio univoco che proponiamo alla discussione di quanti sono coinvolti nell'analisi del profilo di salute e nella programmazione di servizi sanitari per questa popolazione.

Ci si è prefissi, pertanto, di definire un set di indicatori che possono essere utilizzati a livello di tutte le Regioni².

La lettura condivisa - tra le Regioni e a livello nazionale - di questi indicatori potrà fornire elementi importanti per la programmazione degli interventi più appropriati di promozione della salute e di prevenzione attraverso una prima descrizione dello stato di salute della popolazione immigrata.

1 Osservatorio Diseguaglianze/ARS Marche (responsabile scientifica del progetto: dr.ssa Patrizia Carletti)

2 Nel testo si usa il termine sintetico di Regioni per indicare le Regioni e le Province Autonome

4. Metodologia di lavoro

È stato costituito un gruppo nazionale tecnico scientifico di esperti che, a partire dai flussi correnti disponibili, ha lavorato al fine di fornire raccomandazioni sull'utilizzo delle fonti e definire un set di indicatori per la costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata.

Il gruppo di lavoro è stato costituito principalmente sulla base dei seguenti criteri:

- competenza epidemiologica,
- esperienza scientifica sui flussi di dati correnti e competenza nell'analisi dei bisogni/domanda di salute della popolazione immigrata,
- possibilità di avere accesso alle banche dati dei flussi correnti allo scopo di analizzarle ed utilizzarle per la costruzione degli indicatori,
- passione e motivazione personale sul tema della salute degli immigrati,
- rappresentanza geografica (nord, centro, sud Italia).

Il coordinamento scientifico svolto dall'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze della Regione Marche ha formulato una richiesta formale di adesione al gruppo di lavoro agli Enti di appartenenza delle figure professionali.

Il gruppo di lavoro si è costituito nel periodo maggio-settembre 2007 ed è formato da:

Agenzia Nazionale per i servizi Sanitari Regionale (Age.na.s):

Giovanna Valentina De Giacomi

Associazione Italiana Epidemiologia (AIE):

Adele Seniori Costantini

Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul Lavoro (INAIL):

Maria Luisa Calamita, Adelina Brusco, Daniela Gallieri

Istituto nazionale di statistica (ISTAT):

Alessandra Burgio

Regione Piemonte:

Luisa Mondo, Raffaella Rusciani

Agenzia Regionale Sanitaria Liguria (ARS):

Camilla Sticchi, Chiara Volpi

Agenzia Sanitaria Regionale Emilia-Romagna (ASR):

Marco Biocca, Nicola Caranci

Azienda Unità Sanitaria Locale Reggio Emilia (AUSL):

Silvia Candela, Chiara Ventura

Azienda Unità Sanitaria Locale Cesena (AUSL):

Mauro Palazzi, Patrizia Vitali

Regione Marche:

Cristina Mancini

Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/Agenzia Regionale Sanitaria Marche (ARS):

Maria Soledad Ferreira, Patrizia Carletti

Lazio Sanità - Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio (ASP):

Giovanni Baglio, Laura Camilloni, Silvia Casagrande

Osservatorio Epidemiologico Regione Puglia (OER):

Domenico Martinelli

Regione Puglia:

Concetta Ladalaro

Coordinamento a cura di *Patrizia Carletti, Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze/ARS Marche*

Il gruppo ha lavorato mediante incontri periodici e telematicamente.

Alla fine di ogni incontro è stato redatto un verbale che ha rappresentato uno strumento di lavoro in cui è stato descritto lo stato di avanzamento del lavoro, i punti condivisi, le questioni da discutere e da approfondire da parte dei vari componenti ed i compiti che ciascuno avrebbe dovuto svolgere prima del successivo incontro.

Prima fase del lavoro

La prima fase del lavoro è consistita nella disamina delle fonti ovvero dei flussi informativi correnti, disponibili a livello nazionale e regionale, utili alla costruzione del profilo di salute.

Ciascun flusso informativo è stato dettagliatamente descritto indicando:

- denominazione,
- titolare, cioè il soggetto che ha competenze e potestà decisionale sulla qualità ed il trattamento dei dati; l'ente titolare è tenuto ad effettuare il controllo della qualità del dato,
- informazioni fornite,
- fonte, cioè il soggetto a cui chi rileva i dati chiede l'informazione,
- modalità di rilevazione,
- modalità di trasmissione dei dati al titolare del flusso,
- periodicità di raccolta dei dati,
- accessibilità, cioè la possibilità di disporre dei dati elementari per elaborazioni personalizzate,
- pubblicazione, cioè siti e pubblicazioni in cui si possono consultare i dati raccolti ed elaborati.

Per ciascun flusso informativo così descritto sono stati analizzati le criticità ed i limiti intrinseci e quelli legati alla qualità che è diversa tra le Regioni. Può accadere ad esempio che un flusso teoricamente utile ai fini del lavoro in oggetto può non essere utilizzabile in una Regione in quanto la qualità è scadente; pertanto per ciascun flusso sono stati effettuati controlli preliminari al fine di valutarne la sua qualità e prodotte delle raccomandazioni per un utilizzo specifico nello studio della popolazione immigrata.

Sono state descritte anche le potenzialità del flusso ed i suoi possibili sviluppi.

In questa prima fase, inoltre, è stata posta grande attenzione alla definizione di caso per la popolazione immigrata. Tale definizione è stata fino ad oggi alquanto incerta e, spesso, non univoca.

Infatti nella maggior parte dei lavori scientifici e nei flussi demografici italiani si parla genericamente di "stranieri" (cittadinanza straniera) o di "nati all'estero".

Entrambe le definizioni sono state ritenute dal gruppo di lavoro inadeguate in quanto il termine straniero indica che la cittadinanza è "non italiana" ma non definisce l'immigrato, ovvero la persona con cittadinanza in paesi cosiddetti non sviluppati o meglio a forte pressione migratoria e "i nati all'estero" possono essere in percentuali anche rilevanti cittadini italiani nati all'estero, essendo stata l'Italia, anche in epoche recenti, un paese di emigranti. Si è convenuto che il criterio più appropriato per la identificazione della popolazione immigrata è la cittadinanza nei paesi a forte pressione migratoria (vedi capitolo 5).

Seconda fase del lavoro

Nella seconda fase si è lavorato alla definizione di un set di indicatori³ che possono essere utilizzati da tutte le Regioni, allo scopo di descrivere, con un linguaggio comune ed in modo omogeneo, il profilo di salute, quindi i principali problemi di salute, della popolazione immigrata.

In tale ottica ci si è trovati nella condizione di fare una scelta tra due opzioni:

- a)** definire un elenco di indicatori e il relativo metodo di calcolo,
- b)** definire un elenco di indicatori ed il relativo metodo di calcolo mostrare per ciascun indicatore un esempio della sua applicazione all'interno di un testo più strutturato che potrebbe costituire lo "scheletro" o meglio la traccia del profilo di salute che ciascuna Regione andrà a costruire per la popolazione immigrata presente sul proprio territorio.

Il confronto ed il dibattito che si è sviluppato all'interno del gruppo ha portato a scegliere la seconda opzione che è stata ritenuta quella più efficace ai fini della comprensione del significato/senso di ciascun indicatore e della potenziale informazione in esso contenuta. In tal caso si fornisce un contenitore che ciascuna Regione potrà riempire, ed eventualmente, arricchire con i propri dati.

Si intende sottolineare che poiché i flussi informativi hanno qualità ed accessibilità differente nelle varie Regioni, al fine di mettere tutte le Regioni in condizioni di descrivere il profilo di salute, si è cercato di:

1. individuare indicatori semplici e fattibili,
2. limitare il ricorso ai tassi in considerazione della difficoltà di ottenere denominatori affidabili, a partire dalle stime disponibili sulla popolazione immigrata presente e/o residente nel nostro paese (vedi Paragrafo 6.1, Fonti demografiche).

³ Si rimanda all'allegato 9.5 per il Quadro sinottico del set di indicatori

5. Definizione di caso

Gli immigrati sono coloro che provengono da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) ⁴, siano essi appartenenti all'Unione Europea (UE) che extra Unione Europea.

Il criterio della cittadinanza utilizzato per la definizione e l'individuazione degli immigrati appare essere quello che meglio consente di stimare la popolazione immigrata (tab. 2). Il termine straniero dunque non è sinonimo di immigrato.

Quindi l'immigrato è lo straniero che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei PFPM.

Utilizzando tale criterio rimane esclusa quella quota di immigrati che hanno acquisito la cittadinanza italiana, che tuttavia appare irrilevante⁵. Vengono inclusi i bambini nati in Italia da genitori entrambi immigrati.

Tab. 2. Informazioni utili per la individuazione degli "immigrati"

Cittadinanza	Comune di nascita	Chi sono
Straniera (in PFPM)	Eestero (in PFPM)	<ul style="list-style-type: none">• Immigrati
Straniera (in PFPM)	Italia	<ul style="list-style-type: none">• Figli di immigrati• Italiani (emigrati con cittadinanza acquisita in PFPM)
Italiana	Italia	<ul style="list-style-type: none">• Italiani
Italiana	Eestero	<ul style="list-style-type: none">• Italiani nati all'estero• Stranieri e immigrati con cittadinanza italiana acquisita

La condizione amministrativa degli immigrati

Gli immigrati sono presenti in Italia con differente condizione amministrativa:

- 1) se provenienti da PFPM extra-europei possono essere regolarmente presenti in quanto in possesso di permesso di soggiorno o essere presenti, ma non avere un permesso di soggiorno (irregolari: in precedenza avevano un permesso di soggiorno che non hanno potuto rinnovare; clandestini: non hanno e non hanno mai avuto un permesso di soggiorno).*
- 2) Se provenienti da PFPM appartenenti alla Unione Europea ⁶ possono risiedere regolarmente in Italia se ne hanno titolo, ovvero siano iscritti nelle anagrafi comunali ⁷; se non hanno i requisiti necessari, essi non possono risiedere in Italia per più di tre mesi e non possono iscriversi nelle anagrafi comunali.*

4 **Paesi Forte Pressione Migratoria (PFPM):** Africa settentrionale + Africa orientale + Africa centro meridionale + Asia occidentale, tranne Israele + Asia centro meridionale + Asia orientale, tranne Corea del sud e Giappone + America centro meridionale, + Europa centro-Orientale (compresi: Rep. Ceca, Slovacchia, Estonia, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovenia, Ungheria, Cipro, Malta, Bulgaria, Romania) (allegato 9.1)

5 Secondo una stima dell'Istat sono circa 182.000 i cittadini stranieri che dal 1996 al 2007 hanno acquisito la cittadinanza italiana, prevalentemente per matrimonio (75% dei casi)

6 Nel 2004 i cittadini di Cipro, Estonia, Lettonia, Lituania, Malta, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Repubblica Ceca e Ungheria e nel 2007 quelli della Bulgaria e Romania sono diventati comunitari

7 Hanno un regolare lavoro e l'iscrizione nelle anagrafi comunali. D.Lg n. 30 del 6 febbraio 2007, Circ. Min. dell'Interno, Prot. n. 20070416315100/14865 del 6 aprile 2007

La “visibilità” di un immigrato nei flussi informativi demografici, dipende, pertanto, dall’essere in possesso del permesso di soggiorno se extra-comunitario e dall’iscrizione nelle anagrafi comunali se comunitario.

Nei flussi relativi alla demografia sono rintracciabili solo gli immigrati regolari o residenti, cioè quelli con permesso di soggiorno o, se comunitari, coloro che hanno titolo per risiedere in Italia; gli immigrati extra-comunitari clandestini, e gli immigrati comunitari che soggiornano in Italia senza averne titolo (non nati in Italia), non sono rilevabili.

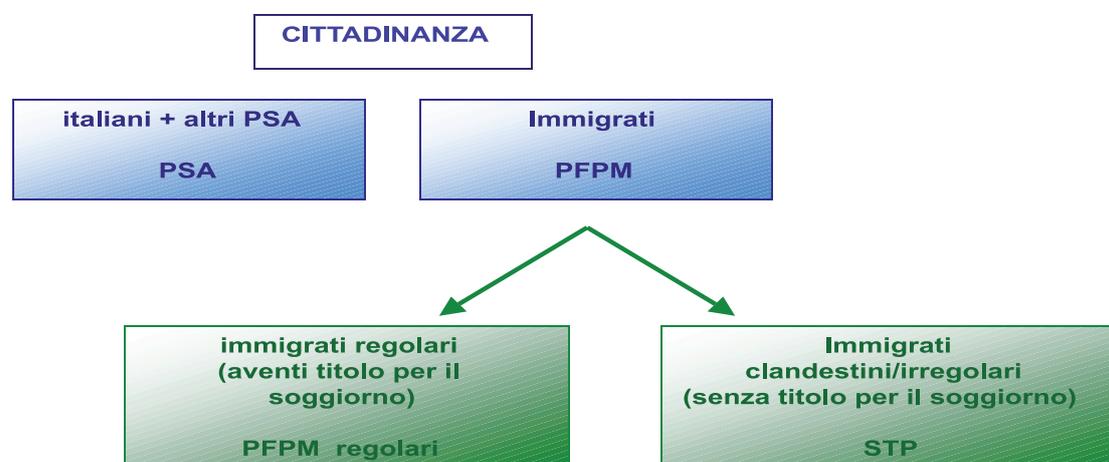
Una volta definita la popolazione immigrata secondo i criteri sopra esposti, la popolazione di confronto è rappresentata da persone con cittadinanza italiana e da quelle presenti stabilmente in Italia con cittadinanza in uno dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA)⁸.

Nel raggruppare gli stranieri con cittadinanza nei PSA con gli italiani, si assume che le condizioni socio-economiche delle persone che vivono nei PSA, e quindi i fattori di rischio per la salute, siano simili tra loro, ma differenti da quelli delle persone che vivono nei PFPM.

In sintesi dunque la popolazione è stata suddivisa in:

- immigrati regolari, persone con cittadinanza in paesi con forte pressione migratoria (PFPM regolari) presenti in Italia con regolare permesso o titolo di soggiorno,
- immigrati clandestini/irregolari con cittadinanza in paesi con forte pressione migratoria e con residenza all’estero (STP),
- italiani e stranieri provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA).

Fig. 1 Definizione delle popolazioni in studio



8 **Paesi Sviluppo Avanzato (PSA):** Europa 15 (Austria, Belgio, Danimarca, Finlandia, Francia, Germania, Grecia, Italia, Irlanda, Lussemburgo, Paesi Bassi, Portogallo, Regno Unito, Spagna, Svezia) + Andorra, Australia, Canada, Città del Vaticano, Corea Sud, Giappone, Islanda, Israele, Liechtenstein, Norvegia, Nuova Zelanda, Principato di Monaco, San Marino, Svizzera, USA (allegato 9.1)

Nota

Va segnalato che, nel mondo la definizione di “immigrato” non è univoca ed è ancora controversa; vari studi, tra cui anche quelli epidemiologici, si basano sul criterio della presenza “legale” o illegale”, altri sul criterio della “appartenenza etnica”.

In quest’ultimo caso si fa riferimento a gruppi di popolazione sulla base dell’appartenenza, informazione quest’ultima raccolta, come nel caso dell’Inghilterra, nei flussi informativi sanitari e demografici⁹. Il termine minoranza etnica si riferisce ad un gruppo di persone con origini, riferimenti religiosi, linguistici, sociali comuni o un senso di appartenenza a quella specifica comunità (identità etnica). Al pari dei migranti, questi gruppi, pur soggiornando da tempo e magari da più generazioni, possono avere difficoltà nell’accesso ai servizi e alle cure.

Rimane comunque da stabilire, una volta che l’immigrato risieda permanentemente nel paese ospite o è una seconda generazione, fino a quando debba considerarsi immigrato o piuttosto facente parte di un sottogruppo culturalmente distinto della popolazione generale – minoranza etnica.

Per lo studio della popolazione immigrata in Italia si ritiene corretto considerare la cittadinanza per i seguenti motivi:

- il requisito “paese di nascita all’estero” non consente di identificare gli immigrati, in quanto essendo l’Italia un paese di emigrazione, vi sono molti cittadini italiani nati all’estero,
- l’acquisizione della cittadinanza italiana è molto difficile (vedi nota 5) ed inoltre, in Italia vige, per i nati in Italia, lo *ius sanguinis* e non lo *ius soli*, quindi nella stragrande maggioranza dei casi l’immigrato mantiene la cittadinanza del paese di origine,
- nei flussi informativi demografici e socio-sanitari italiani non viene rilevata l’appartenenza etnica ma, eventualmente il paese di nascita, di residenza e la cittadinanza.

9 Gruppi etnici (NHS, Inghilterra): White British, White Irish, White Other, Mixed: White & Black Caribbean, Mixed: White & Black African, Mixed: White & Black & Asian, Mixed: Other, Indian, Pakistani, Bangladeshi Asian Other, Black Caribbean, Black African, Black Other, Chinese, Other

6. Flussi correnti utili per la costruzione del profilo di salute

6.1. Fonti demografiche: descrizione della popolazione immigrata per paese di provenienza, sesso, classi di età e comune

Le fonti disponibili per la descrizione della popolazione sono:

- anagrafi comunali
- permessi di soggiorno
- anagrafe assistiti

Flusso: Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita (STRASA)

Titolare del flusso: Istat

Informazioni: popolazione straniera residente, al 1° gennaio di ogni anno, per età, sesso e comune

Fonte: anagrafi dei Comuni italiani

Modalità di rilevazione: modello cartaceo o digitale

Modalità di trasmissione: posta o via telematica

Periodicità raccolta dati: annuale

Elaborazione dati: Istat

Accessibilità: i dati a livello comunale sono scaricabili direttamente dal sito dell'Istat

<http://demo.istat.it/strasa2007/index03.html>

Pubblicazione: <http://demo.istat.it/strasa2008/index.html>

Potenzialità e limiti

Con questa fonte è possibile conoscere la popolazione residente straniera per sesso ed età ma, mancando l'informazione relativa alla cittadinanza, non si possono distinguere gli immigrati – persone provenienti dai paesi a forte pressione migratoria (PFPM) - dagli altri stranieri.

Flusso: Bilancio demografico della popolazione straniera residente (P3)

Titolare del flusso: Istat

Informazioni: popolazione residente per sesso, cittadinanza e comune, popolazione a inizio anno, nati, iscritti (ad altri comuni, all'estero, altri), morti, cancellati (per altri comuni, per l'estero, per acquisizione di cittadinanza italiana, altri), popolazione a fine anno, minorenni, nati in Italia

Fonte: anagrafi dei Comuni italiani

Modalità di rilevazione: modello cartaceo o digitale

Modalità di trasmissione: posta o via telematica

Periodicità raccolta dati: annuale

Elaborazione dati: Istat

Accessibilità: i dati a livello comunale sono scaricabili direttamente dal sito dell'Istat:

<http://demo.istat.it/str2006/index03.html>

Pubblicazione: <http://demo.istat.it/str2007/index.html>

Potenzialità e limiti

Con questa fonte è possibile conoscere la popolazione residente straniera, proveniente dai paesi a forte pressione migratoria (immigrati) e provenienti dai paesi a sviluppo avanzato, per sesso e cittadinanza, ma manca l'informazione relativa all'età (sono conteggiati solo i minorenni stranieri, tra cui sono compresi immigrati e non immigrati).

Quindi le due rilevazioni (STRASA e P3) non consentono di descrivere la popolazione immigrata residente per sesso, età e cittadinanza: la STRASA non contiene l'informazione sulla cittadinanza e il P3 non contiene l'informazione sull'età.

Per entrambi le fonti ci sono problemi legati al ritardo di alcune iscrizioni: ad esempio gli stranieri regolarizzati non sempre provvedono nell'immediato all'iscrizione anagrafica, che può avvenire in un arco temporale più ampio e in luoghi differenti da quelli in cui si è ottenuto il permesso di soggiorno.

Inoltre la fonte anagrafica della popolazione immigrata residente può essere approssimativa a causa della mancata cancellazione degli iscritti, per un'elevata variabilità della qualità della manutenzione degli archivi anagrafici da parte dei Comuni.

Infine, riallineamento, ogni dieci anni delle anagrafi comunali ai dati della rilevazione censuaria provoca delle variazioni nelle serie storiche dei dati anagrafici che possono essere più evidenti per la popolazione immigrata residente.

Flusso: Permessi di soggiorno

Titolare del flusso: Istat

Informazioni: permessi di soggiorno per sesso, età, stato civile, motivo del soggiorno, cittadinanza

Fonte: Questure

Modalità di rilevazione: acquisizione dei dati dal Ministero degli Interni

Modalità di trasmissione: acquisizione diretta

Periodicità raccolta dati: annuale

Elaborazione dati: Istat

Accessibilità: i dati elementari non possono essere forniti

Pubblicazione: <http://demo.istat.it/altridati/permessi/index.html>

Potenzialità e limiti

Il flusso consente di descrivere la popolazione immigrata regolarmente presente per sesso, cittadinanza (per macroarea geografica¹⁰) e classi di età, queste ultime a partire dai 18 anni.

I dati non sono affidabili per la popolazione con età inferiore ai 18 anni in quanto spesso i minori sono registrati nello stesso permesso di soggiorno dei genitori.

Per tale motivo i permessi di soggiorno possono essere utilizzati come proxy della popolazione immigrata presente solo per i maggiorenni e per macroarea di provenienza.

10 Macro-aree geografiche: Unione Europea (EU a 27 paesi), Europa centro-orientale, Altri paesi europei, Asia occidentale, Asia centro-meridionale, Asia orientale, America settentrionale, America centro-meridionale, Oceania.

Il confronto tra i dati dei permessi di soggiorno e la popolazione anagrafica residente per ciascuna Regione per gli anni 2005 e 2006¹¹ ha evidenziato che tra le anagrafi comunali e i permessi di soggiorno vi possono essere scostamenti importanti: in alcune Regioni (Abruzzo, Basilicata, Emilia-Romagna, Lombardia, Marche, Piemonte, Toscana, Veneto) l'anagrafe residenti e i permessi di soggiorno si sovrappongono, in altre Regioni/Province Autonome (Campania, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Molise, Sardegna, Trentino Alto Adige) i permessi di soggiorno sono superiori alle iscrizioni in anagrafe comunale, in altre ancora (Calabria, Liguria, Puglia, Sicilia, Valle d'Aosta) i permessi di soggiorno sono in numero inferiore rispetto all'anagrafe comunale.

Altri limiti di tale flusso sono rappresentati dal fatto che:

- molti immigrati non risiedono nel luogo in cui viene rilasciato il permesso di soggiorno;
- dal 2007 esso non è più una fonte utile per la stima degli immigrati comunitari in quanto questi non hanno più bisogno del permesso di soggiorno;
- non vengono conteggiati i permessi in corso di rinnovo, che possono riguardare una quota rilevante di immigrati, soprattutto nei grandi centri urbani;
- le "regolarizzazioni" delle persone, dipendenti da molte variabili sia sociali che burocratico-amministrative, determinano delle improvvise variazioni dei dati nel tempo. Quindi gli andamenti temporali relativi ai permessi di soggiorno sono soggetti alla perturbazione delle sanatorie.

Flusso: Iscritti in anagrafe per nascita (P4)

Titolare del flusso: Istat

Informazioni: nati vivi, numero componenti la famiglia, sesso e cittadinanza del nato, stato civile, età e cittadinanza dei genitori (madre e padre)

Fonte: anagrafi dei Comuni italiani

Modalità di rilevazione: modello cartaceo o digitale

Modalità di trasmissione: posta o via telematica

Periodicità raccolta dati: annuale

Elaborazione dati: Istat

Accessibilità: i dati elementari possono essere richiesti all'Istat¹²

Pubblicazione: <http://demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/2007/T2.10.xls>

Potenzialità e limiti

Nel medio lungo periodo i bambini nati da genitori che hanno acquisito la cittadinanza italiana avranno cittadinanza italiana e pertanto non sarà più possibile individuarli come stranieri.

Si segnala inoltre il rischio che i bambini nati da immigrati clandestini non vengano iscritti presso le anagrafi comunali.

¹¹ Per il dettaglio nelle Regioni si veda l'allegato 9.2

¹² A: richieste.dat@istat.it

Flusso: Anagrafe assistiti

Titolare del flusso: Regioni e Province Autonome.

Il Ministero dell'Economia e Finanze è titolare della tessera sanitaria contenente il Codice Fiscale e i dati della ASL di appartenenza. Non è chiaro quale sia la periodicità dell'aggiornamento.

Informazioni: popolazione iscritta al SSN per età e sesso

Fonte: Ministero dell'Economia e Finanze per nome, cognome, Codice Fiscale, Comune di residenza; Anagrafi Sanitarie ASL per data iscrizione

Modalità di rilevazione: cartacea e digitale

Modalità di trasmissione: digitale

Periodicità raccolta dati: continua

Elaborazione dati: Regioni e Province Autonome

Accessibilità: variabile a seconda delle realtà regionali o sub-regionali

Pubblicazione: non disponibile

Potenzialità e limiti

Il tracciato record di tale flusso non contiene il campo cittadinanza per cui, ai fini della descrizione della popolazione immigrata assistita, potrebbe essere utilizzabile solamente se venisse introdotto il campo cittadinanza.

Altro limite di tale flusso è rappresentato dal fatto che non tutti gli immigrati aventi diritto all'iscrizione al SSN sono effettivamente iscritti, per cui tale fonte sottostimerebbe la popolazione.

Inoltre tra le varie Regioni e tra le varie ASL italiane, anche all'interno di una stessa Regione, vi sono molte differenze nei campi del tracciato record utilizzati e, spesso, la qualità dei dati non è buona.

Solamente nelle Regioni (e nelle ASL) in cui è stato realizzato un collegamento tra l'anagrafe assistiti e le anagrafi comunali, l'anagrafe assistiti è un flusso di buona qualità e utilizzabile anche con la variabile cittadinanza, quest'ultima indispensabile per individuare la popolazione immigrata. In questi casi l'unico limite è rappresentato dal fatto che l'aggiornamento dei morti può non essere tempestivo.

Raccomandazioni

Il quadro demografico complessivo della popolazione immigrata regolarmente presente/residente per sesso, età e cittadinanza al momento non è disponibile.

Tenendo conto della definizione di caso (immigrato = persona con cittadinanza in PFP), dalle tavole Istat della popolazione residente, attualmente sono disponibili informazioni per sesso e cittadinanza.

Informazioni sulla popolazione immigrata per sesso, età e cittadinanza sono rilevabili per:

- il primo anno di vita dai dati Istat relativi agli Iscritti in anagrafe per nascita, anno 2006; (P4)¹³
- le classi di età 18 -24, 25 -29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49, 50-54,55-59, 60 anni e più dai dati Istat relativi ai Permessi di soggiorno (fino al 31.12.2006 in quanto dal 1° gennaio 2007 gli immigrati divenuti comunitari non hanno più bisogno del permesso di soggiorno);

13 Richiedendo i dati all'Istat è possibile avere anche le singole cittadinanze

Per l'età 1 - 17 anni non è disponibile alcuna tavola in quanto l'anagrafe dei residenti STRA-SA fa riferimento agli stranieri senza distinzione del paese di origine, per cui non è possibile distinguere gli immigrati.

Nelle Regioni in cui l'anagrafe residenti è collegata con l'anagrafe assistiti è invece possibile utilizzare quest'ultima fonte allo scopo di descrivere il quadro demografico degli immigrati residenti.

Tuttavia da una prima ricognizione sembrerebbe che sono poche le realtà in cui tale collegamento è ben funzionante.

È auspicabile che:

- l'Istat metta a punto una procedura di stima o un sistema di rilevazione che consenta in maniera sistematica di disporre dei dati per età, sesso, cittadinanza almeno per Regione. Tale possibilità dovrebbe realizzarsi nel medio periodo perché è richiesto da un Regolamento comunitario e perché tale esigenza è fortemente sentita dall'Istat stesso,
- le Regioni si attivino affinché ci sia la disponibilità di un'unica anagrafe assistiti e che questa sia collegata con l'anagrafe dei residenti nei comuni.

6.2. Fonti per la descrizione della domanda di salute

Le fonti sono costituite dalle strutture sanitarie pubbliche e private.

Flusso: Schede di dimissione ospedaliera (SDO)

Titolare del flusso: Ministero della Salute, Regioni e Province Autonome

Informazioni: dimissioni ospedaliere per sesso, età, cittadinanza

Fonte: strutture di ricovero pubbliche e private

Modalità di rilevazione: cartacea e digitale

Modalità di trasmissione: telematica

Periodicità raccolta dati: annuale

Elaborazione dati: Assessorato regionale alla Salute e Ministero della Salute

Accessibilità: alcune parti del data-base in possesso del Ministero della Salute sono fornite solo ad alcune istituzioni (Istat, Istituto Superiore di Sanità, Age.na.s) circa 30 mesi dopo l'anno di riferimento dei dati

Pubblicazione: <http://www.ministerosalute.it/programmazione/sdo/sdo.jsp>

Potenzialità e limiti

Nel data base SDO gli immigrati vengono individuati con la variabile relativa alla cittadinanza. Per alcune Regioni la qualità di compilazione di tale variabile non è ancora ottimale.

Il criterio della "residenza" può essere utilizzato per distinguere i ricoveri degli immigrati regolari presenti nella Regione (o nell'ambito sotto-regionale considerato) e quelli degli STP.

I ricoveri di questi ultimi possono essere stimati dai ricoveri di persone con cittadinanza in PFP e comune di residenza all'estero (999), oppure utilizzando il codice STP, ove sia disponibile e qualitativamente affidabile (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO).

Altri campi del tracciato record SDO potenzialmente utili ai fini dell'identificazione degli immigrati potrebbero essere: il Codice Fiscale (CF) in quanto la lettera "Z" al quintultimo posto dovrebbe identificare le persone nate all'estero, l'onere di degenza, il codice STP nel caso dei clandestini. Tuttavia l'affidabilità di questi campi è ancora scarsa in quanto i controlli effettuati hanno mostrato in misura variabile tra le Regioni quanto segue:

- errori nella compilazione del CF¹⁴,
- differente modalità di assegnazione dell'onere di degenza¹⁵ nel caso dei ricoveri degli STP (ad esempio è frequente che a questi ricoveri venga assegnato il codice 1 – a carico del SSN),
- incompleta o non corretta compilazione del campo codice STP¹⁶.

Va segnalato che si può riscontrare che nei ricoveri di persone con codice STP il comune di residenza venga erroneamente codificato come "comune di residenza in Italia", il che, utilizzando per l'individuazione dei ricoveri degli STP il criterio sopraddetto, comporterebbe una lieve sottostima di tali ricoveri. Pertanto i ricoveri con codice STP e comune di residenza in Italia vanno sommati ai ricoveri delle persone con cittadinanza PFPM e residenza all'estero per ottenere la proxy più attendibile.

Il flusso SDO potrebbe essere utile anche per monitorare le nascite di bambini figli di immigrati. Ciò in quanto, in Italia i bambini che nascono da genitori immigrati mantengono la cittadinanza dei genitori (*ius sanguinis*) e in quanto, complessivamente in Italia, il parto a domicilio viene effettuato da una esigua minoranza di donne (0,18%)¹⁷. Tuttavia, in modo differente tra le Regioni, può riscontrarsi un'erronea assegnazione di cittadinanza italiana ai neonati figli di immigrati causata dall'erronea convinzione da parte degli operatori che chi nasce in Italia è automaticamente cittadino italiano. Pertanto le SDO appaiono al momento poco attendibili per monitorare le nuove nascite dei bambini immigrati; è perciò necessario effettuare specifici controlli.

14 Le verifiche effettuate nelle SDO consentono di affermare che:

- 1) escludendo i CF mal compilati, (il che si verifica in percentuale variabile nelle regioni), il codice fiscale con "Z" al quintultimo posto non sempre coincide con il comune di nascita all'estero. Infatti è stata riscontrata una differenza tra il numero di persone che hanno comune di nascita all'estero e il numero di persone con CF con "Z" al quintultimo posto,
- 2) una percentuale variabile tra le regioni (24-52%) di persone con comune di nascita all'estero ha cittadinanza italiana,
- 3) una percentuale variabile tra le regioni (25-49%) di persone con CF con "Z" al quintultimo posto ha cittadinanza italiana. Queste si concentrano nella fascia di età più avanzata e, verosimilmente, si tratta di italiani nati all'estero.

15 Lista codifica onere degenza (dal 2001):

1. ricovero a totale carico del SSN
2. ricovero a prevalente carico SSN. La differenza alberghiera è a carico del ricoverato
3. ricovero con successivo rimborso a carico SSN (non più utilizzabile dal 01.01.2002)
4. ricovero a totale carico del ricoverato
5. ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (libera professione)
6. ricovero con parte della spesa a carico del ricoverato (libera professione+differenza alberghiera)
7. ricovero a carico del SSN di stranieri di paesi convenzionati con il SSN
8. ricovero a carico del SSN di stranieri con dichiarazione di indigenza
9. altro
- A. ricovero a carico del Ministero dell'Interno di stranieri con dichiarazione di indigenza

16 Il campo "codice STP" è correttamente compilato in percentuali variabili nelle Regioni (mediamente in meno della metà degli immigrati nati in PFPM con residenza all'estero)

17 CeDAP – Analisi dell'evento nascita, Ministero della Salute, anno 2005

Raccomandazioni

Per l'analisi dei ricoveri ospedalieri va utilizzato il data base SDO.

I ricoveri degli immigrati sono quelli delle persone con cittadinanza in PFP.

Si suggerisce di considerare i ricoveri nelle strutture della Regione (o dell'ambito sotto-regionale in considerazione), senza la mobilità passiva. Ciò allo scopo di poter utilizzare i dati, disponibili a livello regionale, più tempestivamente (i ricoveri dei residenti in strutture fuori Regione o fuori dell'ambito considerato non sono sempre disponibili e se sono disponibili lo sono circa un anno dopo). In generale la mobilità passiva per i PFP è mediamente bassa con un saldo migratorio nazionale medio dei ricoveri pari all'1%.

Occorre monitorare, nella Regione, il grado di completezza di compilazione del campo cittadinanza e la qualità della compilazione del campo (la percentuale di SDO degli stranieri con campo cittadinanza 999, a livello nazionale, è mediamente dello 0,9% - anno 2006).

Per eventuali informazioni aggiuntive e di controllo è raccomandata la corretta compilazione anche dei campi: CF, onere di degenza, codice STP.

Si raccomanda che le Regioni rendano disponibile ai tecnici (Osservatori epidemiologici regionali, Agenzie Sanitarie ecc.) il data base SDO per le elaborazioni.

È auspicabile che il Ministero della Salute investa per rendere il flusso disponibile e tempestivo nella sua interezza.

Flusso: Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)

Titolare del flusso: Istat

Informazioni: IVG secondo l'età, lo stato civile, la cittadinanza, la storia riproduttiva pregressa della donna

Fonte: strutture di ricovero pubbliche e private

Modalità di rilevazione: cartacea o digitale

Modalità di trasmissione: le schede vengono raccolte dai SISTAR o dagli Uffici Statistica regionali che sono tutti, tranne l'Abruzzo, informatizzati ed inviano i files all'Istat.

Periodicità raccolta dati: annuale

Elaborazione dati: Istat

Accessibilità: i dati elementari possono essere richiesti all'Istat¹⁸

Pubblicazione: http://www.istat.it/dati/dataset/20080331_00

http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_804_allegato.pdf

http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_804_ulterioriallegati_ulterioreallegato_0_alleg.pdf

Potenzialità e limiti

L'abortività volontaria costituisce un fenomeno sociale molto importante che è stato possibile monitorare, fin dagli anni di approvazione della L. 194/78, mediante la rilevazione condotta dall'Istat.

Il flusso è abbastanza affidabile per la maggior parte delle Regioni (alcuni problemi di dati mancanti si sono registrati negli ultimi anni per Sicilia, Campania, Molise, ma sono in via di soluzione). Va comunque monitorata continuamente la congruenza con i dati SDO per assicurare la copertura dell'indagine.

¹⁸ A: richieste.dat@istat.it

L'Istat collabora con l'Istituto Superiore di Sanità e le singole Regioni per il confronto schede IVG-SDO. Nelle schede SDO, infatti l'IVG viene identificata con il codice ICD9CM 635.

Il confronto tra le due fonti¹⁹ ha mostrato che, mediamente, in Italia, le Schede Istat sottostimano l'IVG del 6% rispetto alle SDO, con una grande variabilità tra le Regioni (1-14%). La differenza è superiore alla media nazionale nelle Regioni Toscana, Marche, Campania, Basilicata, Calabria, Sicilia, Sardegna. Ciò può essere spiegato dal fatto che la scheda Istat non sempre viene compilata.

Emerge, inoltre, che la proporzione di IVG nelle immigrate (cittadinanza in PFPM) sul totale delle IVG, ottenuta interrogando le due banche dati, Istat e SDO, è diversa: il 26,1% secondo l'Istat e il 24,6% secondo le SDO (media nazionale - anno 2004). Lo scostamento è di entità diversa nelle Regioni ed è particolarmente elevato (superiore a 4 punti percentuali) nelle Regioni Valle d'Aosta, Toscana, Marche, Molise, Basilicata.

L'Istat restituisce, su richiesta da parte delle Regioni, i dati validati, ma non sono molte le Regioni che ne fanno richiesta.

Raccomandazioni

Per un tempestivo monitoraggio del fenomeno IVG si suggerisce di utilizzare il flusso SDO, utile ai fini di una descrizione quantitativa, mentre il flusso Istat può essere utile per un'analisi qualitativa, soprattutto in relazione alle caratteristiche socio-economiche ed al ricorso ripetuto all'IVG.

Data l'importanza della corretta compilazione del campo cittadinanza, si raccomanda che i SISTAR/Uffici regionali di statistica sollecitino i compilatori delle schede in tal senso.

Si raccomanda, inoltre, che ciascuna Regione faccia richiesta all'Istat dei dati validati, allo scopo di migliorare il flusso.

Flusso: Aborto spontaneo (AS)

Titolare del flusso: Istat

Informazioni: aborti spontanei secondo l'età, lo stato civile, la cittadinanza, la storia riproduttiva pregressa della donna

Fonte: strutture di ricovero pubbliche e private

Modalità di rilevazione: cartacea o digitale

Modalità di trasmissione: le schede vengono raccolte dai SISTAR o dagli Uffici Statistica regionali. Le Regioni Piemonte, Valle d'Aosta, Lombardia, Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Lazio, Molise, Sardegna e le Province Autonome di Trento e Bolzano inviano i files all'Istat, mentre Liguria, Abruzzo, Campania, Puglia, Basilicata, Calabria, Sicilia inviano i modelli cartacei.

Periodicità raccolta dati: annuale

Elaborazione dati: Istat

Accessibilità: i dati elementari possono essere richiesti all'Istat²⁰

Pubblicazione: http://www.istat.it/dati/dataset/20080415_01/

19 Il confronto è stato fatto per tutte le Regioni per gli anni 2004 e 2005

20 A: richieste.dati@istat.it

Potenzialità e limiti

Il confronto Istat-SDO per l'aborto spontaneo (che nelle schede SDO viene identificato con i codici ICD9CM 632, 634.0-634.92), evidenzia che vi è una discrepanza significativa: il numero di schede inviate all'Istat è molto inferiore al numero di eventi registrati nelle SDO (circa 75.000 rispetto a 90.000).

La proporzione di AS nelle immigrate (cittadinanza PFPM) ottenuta interrogando le due banche dati risulta abbastanza simile per tutte le Regioni. Per il livello nazionale la percentuale di AS nelle immigrate sul totale AS è dell'11,9% secondo le schede Istat e del 12,1% secondo le SDO.

L'Istat restituisce, su richiesta da parte delle Regioni, i dati validati, ma non sono molte le Regioni che ne fanno richiesta.

Raccomandazioni

Allo stato attuale si raccomanda di studiare il fenomeno sul piano quantitativo mediante il flusso SDO. Il flusso Istat può essere utile per un'analisi qualitativa.

Si raccomanda che ciascuna Regione faccia richiesta all'Istat dei dati validati, allo scopo di utilizzare e migliorare il flusso.

Flusso: Certificato di Assistenza Al Parto (CeDAP)

Titolare del flusso: Ministero della Salute

Informazioni:

Sezione A	Dati socio-demografici relativi ai genitori
Sezione B	Gravidanza
Sezione C	Parto e Neonato
Sezione D	Nati-mortalità
Sezione E	Malformazioni

Fonte: punti nascita presenti nelle strutture di ricovero pubbliche e private

Modalità di rilevazione: digitale

Modalità di trasmissione: le schede vengono raccolte dai SISTAR o dagli Uffici Statistica regionali che provvedono all'invio dei files per via telematica al Ministero della Salute

Periodicità raccolta dati: semestrale

Elaborazione dati: Ministero della Salute. Alcune Regioni provvedono ad elaborare i propri dati

Accessibilità: i dati elementari in possesso del Ministero sono forniti solo all'Istat circa 30 mesi dopo l'anno di riferimento dei dati

Pubblicazione: Report annuale del Ministero della Salute

http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_621_allegato.pdf (anno 2004)

http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_819_allegato.pdf (anno 2005)

Report di alcune Regioni (esempi):

http://www.regione.emilia-romagna.it/sas/cedap/pubblicazioni/rapporto_2007.pdf;

http://www.regione.piemonte.it/sanita/program_sanita/dip_materno_inf/dwd/nas_piem.pdf;

<http://www.epicentro.iss.it/1/temi/materno/indice-materno.asp>;

http://www.epicentro.iss.it/1/regioni/campania/pdf/campania_natalita_06.pdf

Potenzialità e limiti

Il CeDAP viene compilato per ogni parto. La qualità del flusso, istituito in Italia nel 2002, è mediamente buona²¹, in particolare come copertura. Tuttavia è necessario migliorarne la raccolta, la completezza e la congruenza di alcune variabili.

A livello nazionale, nel 2005, i parti rilevati con il CeDAP sono pari al 92,2%²² di quelli rilevati con le SDO ed il numero di nati vivi pari al 92,3% di quelli registrati presso le anagrafi comunali.

Tali percentuali presentano oscillazioni a livello delle varie Regioni.

Tra le informazioni il CeDAP contiene quella relativa alla cittadinanza della madre e del padre per cui è un flusso informativo utile per monitorare l'andamento delle gravidanze, i parti, i neonati, le condizioni del neonato e la nati-mortalità nella popolazione immigrata in relazione alle condizioni socio-demografiche. La cittadinanza di riferimento è quella della madre. Le immigrate ed i neonati di immigrate vengono identificati attraverso la cittadinanza in PFP.

Non è stata ancora studiata, a livello nazionale, la qualità della variabile cittadinanza.

Raccomandazioni

Per le informazioni quantitative relative ai parti, alla tipologia di parto e all'età della madre al momento del parto, ai bambini nati vivi si può fare riferimento alle SDO (parti: DRG 370-375; neonati: DRG 385-391) o al CeDAP una volta verificato il grado di coerenza con le SDO.

Per tutte le altre informazioni relative, alla diagnosi prenatale, alla gravidanza (esami), all'età gestazionale, al peso alla nascita, alle condizioni del neonato, alla nati-mortalità è indispensabile fare riferimento al CeDAP che consente di avere informazioni anche in relazione alla condizione socio-demografiche della madre.

Il Ministero della Salute ha realizzato un sistema informatico per restituire i dati validati alle Regioni: le Regioni dovrebbero disporre, dall'Ufficio Statistica del Ministero, dei dati individuali dei CeDAP validati per controllare la qualità del flusso²³. È opportuno che ogni Regione effettui il monitoraggio della coerenza parti SDO – parti CeDAP e neonati SDO - neonati CeDAP.

Flusso Screening Oncologici

Titolare del flusso: Ministero della Salute

Informazioni: persone appartenenti alla popolazione obiettivo, persone invitate, persone aderenti e relativi approfondimenti diagnostico-terapeutici riguardanti i programmi di screening oncologici mammografico, cervicale e coloretale

Fonte: programmi organizzati di screening oncologici, locali/aziendali

Modalità di rilevazione: digitale²⁴

Modalità di trasmissione: le schede compilate dai programmi di screening locali, che abbiano inviato nell'anno di riferimento almeno 100 inviti, vengono raccolte dai centri regionali di coordinamento degli screening e trasmesse per via telematica ai Centri Nazionali deputati al censimento dei dati che sono: il Centro Prevenzione Oncologica (CPO) Piemonte, per lo screening del cervicocarcinoma; l'Istituto per lo Studio e la Prevenzione Oncologica (ISPO) di Firenze, per lo screening mammografico; il Registro Tumori Romagna insieme con il Registro

21 La regione Calabria non effettua l'invio delle schede

22 CeDAP - Analisi dell'evento nascita, Ministero della Salute, anno 2005

23 Se ne può fare richiesta all'Ufficio Statistica del Ministero della Salute

24 Le schede di rilevazione delle attività di screening sono in formato excel

Tumori del Veneto per lo screening colorettales.

Periodicità raccolta dati: annuale.

Elaborazione dati: Osservatorio Nazionale Screening.

Accessibilità: i dati relativi ai singoli programmi attivi, sono in possesso dell'Osservatorio Nazionale Screening

Pubblicazioni:

http://www.osservatorionazionalecreening.it/ons/pubblicazioni/rapporti_ons.htm

Potenzialità e limiti

La ricognizione periodica sullo stato di diffusione e di sviluppo dei programmi di screening viene svolta nel seguente modo: l'Osservatorio Nazionale Screening (ONS) conduce annualmente, per conto del Ministero della Salute, il monitoraggio delle attività svolte dai programmi di screening locali/aziendali attivi; tale monitoraggio viene effettuato in collaborazione con il Gruppo Italiano per lo Screening Mammografico (GISMa), con il Gruppo Italiano per lo screening del Cervicocarcinoma (GISCi) e con il Gruppo Italiano per lo Screening Colorettales (GISCoR).

Le schede di raccolta dati vengono inviate telematicamente dai Centri Nazionali ai coordinatori regionali degli screening che, a loro volta, provvedono a trasmetterle ai responsabili dei singoli programmi locali/aziendali per la compilazione. I dati richiesti sono dati "aggregati" e non relativi al singolo episodio di screening o alla singola persona; essi vengono ottenuti attraverso l'interrogazione del sistema informatico di gestione che ciascun programma locale/aziendale ha a disposizione.

Attualmente l'informazione relativa alla cittadinanza dei soggetti invitati a sottoporsi ai test di screening non è presente nelle schede.

Solo i singoli programmi di screening locali/aziendali che dispongono dell'anagrafe sanitaria "allineata" e collegata con l'anagrafe della popolazione residente riescono, al momento, ad avere informazioni sulla popolazione immigrata che accede ai programmi di screening.

A livello nazionale è in corso di svolgimento, con il coordinamento del Centro per la Prevenzione Oncologica del Piemonte (CPO-Piemonte) per conto dell'ONS, un progetto di costruzione del Data Warehouse Nazionale (DWS) degli screening, con l'obiettivo di creare un "repository" dei dati necessari alla valutazione degli indicatori di copertura e qualità degli screening. Ciò in quanto i software di gestione degli screening, attualmente utilizzati dai programmi attivi in Italia, sono numerosissimi e quasi sempre carenti rispetto alle necessità di analisi e valutazione dei dati. Di qui l'importanza di un tracciato record standardizzato, in grado di costituire il nucleo di un nuovo sistema di valutazione dei dati di attività e di performance degli screening.

Il tracciato record individuale si propone di descrivere sinteticamente gli episodi salienti della storia individuale di screening nel corso della vita, assicurando, in collegamento con le altre informazioni disponibili sul Nuovo Sistema Informativo Sanitario, una raccolta standardizzata dei dati fondamentali per il monitoraggio e la corretta analisi degli indicatori.

Il tracciato record di riferimento è quello prodotto dalla cabina di regia Assistenza sanitaria Collettiva del Progetto "Mattoni"²⁵ del Ministero della Salute; in esso è presente il campo cittadinanza e comune di residenza delle persone invitate a sottoporsi ai test di screening.

²⁵ <http://www.mattoni.ministerosalute.it/>

Raccomandazioni

Il quadro complessivo della popolazione immigrata regolarmente presente/residente che accede ai programmi di screening oncologici, al momento non è disponibile se non in alcune realtà regionali e/o locali. È auspicabile che le Regioni si attivino affinché venga messa a disposizione dei singoli programmi di screening un'anagrafe assistiti allineata e collegata con l'anagrafe dei residenti nei Comuni per poter valutare il grado di copertura dell'invito verso la popolazione immigrata. Inoltre nelle more dell'attivazione del progetto nazionale di costruzione del Data Warehouse nazionale degli screening è necessario inserire nei tracciati record in uso l'informazione sulla cittadinanza.

Flusso: Sistema informativo Malattie Infettive

Titolari del flusso: Ministero della Salute Istat, Istituto Superiore di Sanità, OMS, Commissione Europea sono destinatari di particolari flussi informativi nell'ambito delle competenze istituzionali.

Informazioni: malattie infettive soggette a notifica obbligatoria²⁶ per sesso, età

Fonte: ASL

Modalità di rilevazione: cartacea e digitale

Modalità di trasmissione: le schede vengono raccolte dalle Regioni che provvedono all'invio dei files annualmente al Ministero della Salute (presso il Ministero i dati vengono consolidati e quindi resi definitivi dopo un arco temporale di circa 6 mesi dall'invio da parte delle Regioni) e all'Istat, mensilmente all'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Dieci Regioni hanno utilizzato un software sviluppato dall'ISS (SIMI) il cui funzionamento, tuttavia, è cessato dal 1 gennaio 2009 in quanto obsoleto; alcune Regioni utilizzano software applicativi propri; altre Regioni inviano le informazioni utilizzando le schede cartacee previste dal D.M. del 15 dicembre 1990.

Per l'AIDS esiste uno specifico flusso informativo ed ogni caso deve essere notificato dal medico che accerta il caso direttamente all'Assessorato regionale alla Salute e all'ISS.

Periodicità raccolta dati: continua

Elaborazione dati: Ministero della Salute, Istat, ISS

Accessibilità: i dati elementari possono essere richiesti all'Istat²⁷ Pubblicazione: <http://www.ministerosalute.it/malattieinfettive/malattieinfettive.jsp>
<http://www.ministerosalute.it/hiv/hiv.jsp> (dati nazionali)

Potenzialità e limiti

Il sistema di notifica delle malattie diffuse ed infettive²⁸ si fonda, sulla comunicazione delle informazioni da parte del medico che ne venga a conoscenza, attraverso le schede di notifica. La notifica avviene con differenti modalità a seconda della classe di appartenenza della malattia infettiva.

26 Classe I (colera, febbre gialla, febbre ricorrente epidemica, febbri emorragiche - Lassa, Marburg, Ebola -, peste, poliomielite, tifo esantematico, botulismo, difterite, influenza con isolamento virale, rabbia, tetano, trichinosi), Classe II (blenorragia, brucellosi, diarree infettive non da salmonella, epatite virale A, B, NANB, non specificate, febbre tifoide, legionellosi, leishmaniosi cutanea e viscerale, leptospirosi, listeriosi, meningite ed encefalite acuta virale, meningite meningococcica, morbillo, parotite, pertosse, rickettsiosi diversa da tifo esantematico, rosolia, salmonellosi non tifoidee, scarlattina, sifilide, tularemia, varicella) Classe III (AIDS, lebbra, malaria, micobatteriosi non tubercolare, tubercolosi), Classe IV (dermatofitosi, infezioni, tossinfezioni ed infestazioni di origine alimentare, pediculosi, scabbia), Classe V (malattie infettive e diffuse non comprese nelle classi precedenti, zoonosi)

27 A: richieste.dati@istat.it

28 Istituito con D.M. 15 dicembre 1990 e successivi aggiornamenti

La parte anagrafica è diversa per le 4 schede. La variabile cittadinanza/nazionalità è presente solamente nella scheda di notifica della Classe I; per le malattie della Classe III è presente solamente il paese di nascita, tranne che nella scheda di notifica dell'AIDS in cui è presente la cittadinanza. In genere, per la Classe III (non AIDS) si assume che il paese di nascita coincida con la cittadinanza. Nelle schede di notifica delle malattie Classe II e Classe IV non sono presenti informazioni sulla cittadinanza e neanche sul paese di nascita; in quest'ultimo caso si tratta di focolai e quindi riguardano gruppi di persone.

Non è stata mai studiata, ove presente, la qualità della variabile relativa alla cittadinanza/paese di nascita.

Per la tubercolosi e l'AIDS, incluse nella terza classe di notifica, sono previsti flussi informativi particolari e differenziati.

Le informazioni sui casi di tubercolosi devono essere raccolte attraverso il modello 15, previsto in allegato al D.M. del 15 dicembre 1990 e aggiornato nel D.M. del 29 luglio 1998.

Per l'AIDS²⁹ esiste un Sistema di Sorveglianza Nazionale³⁰ (D.M. 288 del 28 novembre 1986 e relative Circolari Ministeriali) con indicazioni che limitano il flusso informativo dal medico che ha osservato il caso direttamente alla Regione e al Ministero (Centro Operativo Aids presso ISS). L'anno di notifica, inoltre non coincide necessariamente con l'anno di diagnosi, ma può essere successivo.

Va segnalato che la quantificazione del fenomeno AIDS è limitata dal fatto che con tale flusso si notificano i casi conclamati e non le sier conversionsi, rilevate al momento, solamente da alcune Regioni e province attraverso registri ad hoc.

Dal 2006 è in atto una revisione dell'organizzazione e delle normative sulla sorveglianza delle malattie infettive e diffuse il cui obiettivo è l'integrazione dei diversi sistemi, in quanto gli attuali sistemi di sorveglianza risultano inadeguati nella risposta alle esigenze di tempestività e attendibilità delle comunicazioni dall'identificazione del caso al livello locale e da quello locale a quello centrale. Tale inadeguatezza è rappresentata da una serie di criticità individuate sia dal livello centrale (Ministero della Salute – CMM) sia dal livello locale (Regioni), tra cui il ritardo della notifica e la sottonotifica (ad esempio per l'AIDS è stato stimato un tasso di sottonotifica del 10%³¹).

Il Ministero della Salute sta pertanto lavorando con le Regioni al fine di disporre di un sistema di sorveglianza unico per tutte le malattie basato sulla codifica ICD9-CM³², che sia utilizzato da tutte le Regioni e sia fruibile tramite web, tempestivo e flessibile, utile per la sorveglianza, per l'assolvimento del debito informativo, per le elaborazioni statistiche e le valutazioni epidemiologiche ai vari livelli.

Nel 2009 dovrebbe entrare in vigore il nuovo sistema informativo, Sistema Informativo Malattie Trasmissibili³³. Il Sistema Informativo Malattie Trasmissibili è pensato come un sistema dove confluiscono tutte le informazioni raccolte sul territorio nazionale; si occuperà di ricevere i dati dalle Regioni, effettuare la validazione nazionale mensile ed annuale, sarà in grado di gestire gli alert verso altre organizzazioni di sorveglianza sopranazionali, nonché mettere a disposizione l'accesso alle informazioni di competenza verso altri attori coinvolti quali ISS ed Istat.

29 I criteri di diagnosi dell'AIDS sono quelli adottati dal Centro europeo OMS

30 Gestito dal 1987 dal COA (Centro Operativo AIDS dell'Istituto Superiore di Sanità)

31 Rapporto AIDS e MST (COA), 2002

32 Sarà abolita la separazione in classi di notifica prevista dal D.M. del 15 dicembre 1990

33 Esso sarà integrato nel Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS)

Il sistema sperimentato in tre Regioni (Piemonte, Toscana, Calabria) è realizzato su piattaforma Internet in grado di “colloquiare” con le Regioni sia nel caso in cui dispongano di propri sistemi informativi, sia nel caso in cui le stesse non utilizzino propri sistemi informativi.

Per la segnalazione di una qualunque malattia presumibilmente infettiva è prevista la trasmissione di un set minimo di informazioni. Tra queste, nei dati relativi al paziente, sono previste la rilevazione del Comune/Paese di nascita, Comune di residenza, CF e nazionalità.

Pertanto sarà possibile studiare il fenomeno delle malattie infettive nella popolazione immigrata individuandola sulla base della nazionalità/cittadinanza.

Raccomandazioni

Attualmente il sistema di notifica delle malattie infettive permette una stima parziale del fenomeno a causa dell'elevato livello di sottotifica dei casi osservati e/o del ritardo con cui le notifiche vengono trasmesse tra i diversi livelli e, più in generale delle criticità dell'attuale flusso, come segnalato dallo stesso Ministero della Salute. Nelle more della prossima auspicata riforma del sistema informativo delle malattie infettive, l'attuale modalità di raccolta dati resta lo strumento principale per monitorare l'andamento di queste patologie. È altresì auspicabile che tutte le Regioni implementino la sorveglianza dei casi di sieroconversione HIV.

Ai fini del profilo di salute della popolazione immigrata si suggerisce di monitorare l'andamento di alcune patologie “traccianti” in quanto di rilievo dal punto sociale (malattie della povertà, stili di vita a rischio) e di sanità pubblica, quali la tubercolosi e l'AIDS.

Potrebbe essere di interesse il monitoraggio dell'andamento delle malattie sessualmente trasmissibili, particolarmente sifilide e gonorrea e la copertura della vaccinazione per il morbillo, quest'ultima come indicatore dell'accesso ai servizi.

Flusso: Schede di morte

Titolare del flusso: Istat

Informazioni: mortalità per sesso, età, cittadinanza e cause di morte

Fonte: medici che accertano il decesso, ASL, Comuni

Modalità di rilevazione: cartacea

Modalità di trasmissione: il flusso parte dal Comune. Le due copie di cui è composto il modello, una volta completata la compilazione sia della parte A sia della parte B, vengono avviate a due percorsi differenti (come previsto dal regolamento di polizia mortuaria vigente): una copia viene inviata alla ASL (dove è avvenuto il decesso) mentre l'altra copia, prima di pervenire alla sede centrale dell'Istat, passa per le Prefetture e gli Uffici regionali dell'Istat.

Periodicità raccolta dati: continua

Elaborazione dati: Istat

Accessibilità: i dati elementari possono essere richiesti all'Istat³⁴ Pubblicazione:

http://www.istat.it/dati/dataset/20080111_00/

http://www.istat.it/dati/dataset/20070816_00/

L'Istat ha diffuso anche i dati relativi alle stime preliminari della mortalità per causa (ICD 10) in Italia riferiti all'anno 2006 (http://www.istat.it/dati/dataset/20080630_01/)

34 A: richieste.dati@istat.it

Potenzialità e limiti

La scheda di morte contiene dati che consentono analisi disaggregate per cittadinanza, sesso, causa di morte, oltre ad altre caratteristiche rilevanti. Pertanto costituisce un'importante fonte di informazione.

Le schede di morte arrivano in cartaceo all'Istat che fa il controllo di qualità e provvede alla codifica della causa di morte. La codifica dal 1995 è automatica, tranne che per la mortalità infantile e per alcune cause di decesso per cui la codifica è manuale (circa 20-25%).

La complessità del processo di raccolta, controllo e codifica dei dati rende lunghi i tempi di disponibilità dell'informazione. In Italia a fine 2007 sono stati diffusi i dati 2003; il ritardo di diffusione è stato superiore al passato in quanto è stato l'anno di passaggio dalla nona alla decima revisione della Classificazione internazionale delle malattie.

Molte Regioni (Abruzzo, Basilicata, Campania, Emilia-Romagna, Friuli, Liguria, Lombardia, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Valle d'Aosta, Veneto) fanno richieste abituali di dati individuali nominativi di mortalità all'Istat.

Molte Regioni, per le cause di morte, hanno i Registri di mortalità (Registro Nominativo delle Cause di Morte - **ReNCaM**). I ReNCaM avrebbero il vantaggio di essere più tempestivi, tuttavia poiché le schede vengono codificate a livello della Regione, c'è una certa variabilità nei criteri di codifica e anche nella classificazione (alcune Regioni adottano ancora la nona, altre hanno adottato la decima), mentre il controllo di qualità fatto dall'Istat è molto buono e omogeneo per tutto il territorio nazionale.

L'analisi della mortalità con riferimento agli immigrati viene in genere circoscritta ai residenti in Italia, ossia a persone che vivono nel paese in modo regolare e stabile poiché solo per questo sottogruppo è possibile procedere eventualmente al calcolo di tassi omogenei in quanto essi tendono a esercitare il loro diritto di iscriversi all'anagrafe del comune di dimora abituale, pur con i limiti descritti nel Paragrafo 6.1, Fonti per la demografia.

Raccomandazioni

La mortalità è un indicatore parziale dello stato di salute di una popolazione, tuttavia la conoscenza delle principali cause di morte e di mortalità prematura in particolare, educa le comunità locali, inclusi i medici e gli amministratori, a distinguere i diversi ordini di grandezza dei problemi di salute, anche se molte malattie di grande diffusione ed impatto sociale (artrosi, diabete, ipertensione, ecc.), presentano bassi o addirittura trascurabili livelli di mortalità. Inoltre la necessità di disporre di tassi di mortalità con dettaglio territoriale, per causa, sesso, età e cittadinanza può essere soddisfatta solo con richieste esplicite all'Istat.

Tutte le Regioni dovrebbero richiedere all'Istat i files delle cause di morte e renderli accessibili per le analisi epidemiologiche.

Flusso: Infortuni sul lavoro

Titolare del flusso: INAIL

Informazioni: infortuni sul lavoro per Regione, sesso, anno, gestione INAIL, settore di attività economica, paese di nascita, classe di età, tipo di conseguenza

Fonte: Datori di Lavoro, Medici di Pronto Soccorso e Lavoratori, Patronati

Modalità di rilevazione: denunce cartacee e denunce on-line

Modalità di trasmissione: le denunce cartacee sono inviate agli uffici territoriali dell'INAIL e successivamente informatizzate; le denunce on-line transitano per via telematica

Periodicità raccolta dati: giornaliera

Elaborazione dati: INAIL

Accessibilità: i dati aggregati sono presenti sul sito dell'INAIL nella sezione statistiche e nelle pubblicazioni cartacee e on-line

Pubblicazione: le pubblicazioni che forniscono informazioni sugli infortuni dei lavoratori stranieri sono le seguenti: Banche Dati Statistiche nella sezione Statistiche del sito www.inail.it/, Rapporto Annuale e Regionale (cartaceo e on-line), Statistiche per la prevenzione (cartaceo) Flussi Informativi INAIL-ISPEL – Regioni e Province Autonome (consegnati tramite CD), Dati INAIL (cartaceo e on-line), Banca Dati al Femminile (on-line)

Potenzialità e limiti

Gli infortuni sul lavoro - L'INAIL dispone dei dati relativi alle denunce di infortunio sul lavoro occorsi a tutti i lavoratori per i quali corre l'obbligo dell'assicurazione all'Istituto.

La denuncia di infortunio deve essere compilata ed inviata all'INAIL dal datore di lavoro entro due giorni dal momento in cui ne è venuto a conoscenza. Fino ad oggi tale obbligo vigeva in caso di assenza dal lavoro superiore a 3 giorni, con l'entrata in vigore del nuovo testo unico sulla sicurezza (D. Lgs. 81 del 9 aprile 2008), l'Istituto è demandato a raccogliere e registrare tutte le assenze a partire da un giorno, escluso quello dell'evento.

Ogni anno in Italia sono denunciati mediamente 930 mila infortuni sul lavoro. Occorre precisare che allo stato attuale, non c'è l'obbligo di comunicazione da parte del datore di lavoro degli infortuni cosiddetti in franchigia di durata non superiore ai 3 giorni; infatti, solo una parte di questi è notificata volontariamente all'Istituto e, pertanto, risultano statisticamente sottostimati.

L'attuazione del nuovo testo unico sulla sicurezza comporterà un incremento delle denunce in franchigia, che oggi risultano circa 130 mila l'anno. Va precisato, anche, che per gli infortuni in franchigia non si dispone di informazioni dettagliate, molto spesso si tratta di certificati medici del pronto soccorso, che contengono indicazioni generali sulle circostanze dell'evento.

All'atto della protocollazione del caso di infortunio, l'operatore dell'unità periferica dell'INAIL verifica l'esistenza della persona negli archivi centrali. Si elaborano tutte le informazioni anagrafiche del lavoratore e si verifica la validità del codice fiscale da parte delle strutture territoriali INAIL, anche attraverso l'invio sistematico all'Agenzia delle Entrate.

Il Codice Fiscale (CF), dunque è molto affidabile in quanto è obbligatorio conoscerlo nel momento in cui viene effettuato un esborso da parte dell'ente (assegno per inabilità temporanea, pagamento della rendita ecc.); può non essere conosciuto per es. nel caso di denunce in franchigia o di casi respinti perché non riconosciuti come infortuni sul lavoro.

Il modulo di denuncia contiene anche l'indicazione della cittadinanza, ma occorre precisare che in genere il campo (di compilazione non obbligatoria) non viene compilato in maniera precisa dal datore di lavoro e lo stesso operatore di sede non trovando l'informazione sceglie la voce "italiana" perché è la prima utile tra le varie disponibili. Infatti, analizzando i dati sui casi di infortunio riconosciuti sul lavoro occorsi a lavoratori nati all'estero, è emerso che il 90% ha l'informazione della cittadinanza, ma di questi quasi il 70% risulta cittadino italiano.

Questo è il motivo per cui l'INAIL ha scelto di elaborare le informazioni relative agli stranieri considerando il codice fiscale (la Z alla dodicesima cifra o quintultimo posto indica, infatti, che il paese di nascita è straniero).

I lavoratori assicurati - Per quanto riguarda i lavoratori esposti al rischio di infortunio, l'INAIL utilizza a fini statistici la stima degli addetti/anno. Si tratta di unità di lavoro annue calcolate sulla base della massa salariale che il datore di lavoro dichiara di pagare, rapportata alla retribuzione media annua³⁵. Per le modalità di calcolo le informazioni delle quali si dispone sono limitate e riferite ai soli settori di attività (settore di attività economica e voce di lavorazione INAIL), al territorio e alla tipologia aziendale. Mancano, ovviamente le informazioni anagrafiche.

Una limitazione all'uso degli addetti/anno è rappresentata dalla collocazione territoriale, che se per gli infortuni è identificata dal luogo o comune in cui si verifica l'evento, per gli addetti/anno è rappresentata dalla località dove ha sede l'azienda che non corrisponde sempre con il luogo dove si svolgono i lavori, ciò avviene per esempio nel caso dell'edilizia.

Occorre, inoltre, precisare che le aziende di dimensione più ampia effettuano il cosiddetto accentramento: vale a dire accentrano tutti i rapporti assicurativi delle altre sedi periferiche in un'unica sede legale; in tal caso la posizione assicurativa territoriale, detta PAT (assimilabile ad una unità locale o stabilimento), che denuncia l'infortunio può non coincidere con quella cui fa capo il lavoratore infortunato. Il problema, tuttavia, non è rilevante in quanto le aziende accentrate, in Italia sono lo 0,5% di tutte le aziende.

Allo stato attuale informazioni sui lavoratori stranieri si possono desumere dall'analisi della Denuncia Nominativa degli Assicurati (DNA). Dall'anno 2000, al momento dell'assunzione (o cessazione) è obbligatorio, da parte del datore di lavoro, effettuare la DNA che riguarda tutti i settori produttivi e tutti i lavoratori, compresi i parasubordinati, a prescindere dalla durata del rapporto di lavoro.

La DNA contiene:

- il codice fiscale del lavoratore,
- la posizione assicurativa della ditta sulla quale è denunciato il lavoratore,
- la data di assunzione del lavoratore (data inizio rischio),
- la data di cessazione del lavoratore dal servizio (data fine rischio),
- il codice fiscale del datore di lavoro,
- il nome e cognome del lavoratore (se cittadino straniero sprovvisto di codice fiscale o se lavoratore parasubordinato).

Tali informazioni alimentano la banca dati degli assicurati di prossimo rilascio. Anche in questo caso l'Istituto ha deciso di individuare gli stranieri tramite la "z" nel codice fiscale al quintultimo posto.

Da segnalare che, con la Legge Finanziaria del 2007, la DNA viene inviata non più all'INAIL, ma al Ministero del Lavoro (dal primo marzo 2008), ma l'Istituto continuerà a ricevere, con cadenza giornaliera, i dati dal Ministero.

³⁵ MS/RMG x 300 dove MS = Massa Salariale percepita nell'anno di riferimento dal gruppo osservato e RMG = Retribuzione Media Giornaliera percepita da coloro che, appartenenti alla collettività osservata, hanno subito infortuni nel periodo di riferimento, in particolare si fa riferimento al grande gruppo di lavorazione (tariffa INAIL) e alla provincia.

Raccomandazioni

Dal punto di vista assicurativo e infortunistico interessa valutare il rischio dei lavoratori stranieri.

Gli indicatori che possono fornire tali informazioni sono costruiti rapportando gli infortuni agli esposti al rischio. Più precisamente, si possono considerare al numeratore gli infortuni riconosciuti dall'Istituto e al denominatore i lavoratori assicurati all'INAIL di fonte DNA, in particolare gli assicurati netti³⁶.

Si è già detto, infatti, che le informazioni della DNA consentono di disporre di indicazioni relative ad una serie di variabili che possono discriminare meglio il rischio.

In particolare, sono prese in esame: il paese di nascita, il sesso, la classe di età, il settore di attività economica e il territorio.

In ogni caso una prima variabile discriminante è l'area di provenienza: paesi a sviluppo avanzato PSA e paesi a forte pressione migratoria (PFPM).

Per i casi indennizzati in morte, vista la ridotta consistenza numerica, soprattutto degli stranieri nati nei paesi a sviluppo avanzato, si è deciso di dare solo indicazioni generali.

36 Gli assicurati netti sono le persone, contate una sola volta, che nel periodo di riferimento hanno lavorato almeno un giorno.

7. Struttura del profilo di salute

Il fenomeno migratorio ha dinamiche complesse ed è soggetto a variazioni veloci nel tempo legate a situazioni socio-economiche e ad eventi bellici o calamità presenti nei vari paesi di origine.

Questo rende complessa la misurazione del fenomeno stesso e l'individuazione di indicatori appropriati per descriverlo. In particolare se si intende confrontare popolazioni diverse, italiani o assimilati ed immigrati relativamente alle questioni sulla salute e o sull'accesso ai servizi, il calcolo dei tassi può risultare critico, se non inattendibile, per la difficoltà ad ottenere denominatori affidabili a partire dalle stime disponibili sulla popolazione immigrata presente o residente nel nostro paese. Pertanto alcune volte si è dovuto rinunciare all'utilizzo dei tassi come indicatori, in quanto fuorviante nel descrivere la realtà.

A seguito di un'accurata disamina dei flussi informativi correnti e della sperimentazione svolta in sei Regioni e due Province italiane, è stato individuato un set di indicatori che viene proposto alle Regioni per la costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata presente nel proprio territorio.

7.1. La popolazione immigrata

7.1.1. Quadro demografico

Quanti sono gli immigrati?

Al 31.12.2007 gli immigrati, ovvero le persone presenti stabilmente in Italia provenienti dai paesi a forte pressione migratoria, sono 3.229.270 e rappresentano il 5,4% della popolazione residente (**indicatore 1**).

Le donne sono il 50%. Si tratta di una popolazione giovane, mediamente l'età è di circa 30 anni.

La distribuzione degli immigrati sul territorio è alquanto disomogenea: il 62% risiede nel Nord Italia, il 25% nel Centro e il 12% al Sud.

Chi sono?

I principali paesi di provenienza sono riportati nella tabella 3.

Tab. 3 Immigrati residenti in Italia al 31.12.2007

Paesi	Uomini	Donne	Totale	% su totale
Romania	294.212	331.066	625.278	19,4
Albania	222.198	179.751	401.949	12,4
Marocco	216.517	149.391	365.908	11,3
Cina Rep. Popolare	82.411	74.108	156.519	4,8
Ucraina	25.954	106.764	132.718	4,1
Filippine	43.836	61.839	105.675	3,3
Tunisia	60.789	32.812	93.601	2,9
Polonia	26.847	63.371	90.218	2,8
Macedonia	44.994	33.096	78.090	2,4
India	46.318	31.114	77.432	2,4
Ecuador	29.173	44.062	73.235	2,3
Peru'	27.809	42.946	70.755	2,2
Egitto	49.080	20.492	69.572	2,2
Moldova	23.033	45.558	68.591	2,1
Serbia e Montenegro	37.925	30.617	68.542	2,1
Senegal	50.503	12.117	62.620	1,9
Sri Lanka	34.087	26.977	61.064	1,9
Bangladesh	37.359	17.883	55.242	1,7
Pakistan	34.528	14.816	49.344	1,5
Nigeria	17.461	23.180	40.641	1,3
Altro	214.895	267.381	482.276	14,9
Totale	1.619.929	1.609.341	3.229.270	100

Fonte: Istat - Bilancio Demografico e popolazione residente straniera al 31 dicembre per sesso e cittadinanza

Il lavoro è la motivazione prevalente del soggiorno soprattutto per gli uomini, ma negli ultimi anni sono in crescita il numero dei permessi per motivi familiari. Al 1° gennaio 2007 le due tipologie di permessi, lavoro e famiglia, considerati insieme, rappresentano oltre il 90% dei motivi di presenza.

Indicatore 1

Nome: n. e proporzione di PFPM regolari in Italia (Regione)

Fonte: Istat - Bilancio Demografico e popolazione residente straniera al 31 dicembre per sesso e cittadinanza

Metodo di calcolo: n. persone residenti in Italia (Regione) con cittadinanza PFPM / popolazione residente * 100

Significato: esprime la quota di immigrati regolarmente residenti in Italia (Regione) e fornisce informazioni utili alla pianificazione di interventi specifici per la popolazione immigrata.

Validità e limiti: per individuare gli immigrati attenersi all'elenco dei PFPM (vedi Capitolo 5, nota 4 e allegato 9.1). La fonte citata fornisce informazioni sulla popolazione immigrata per sesso e cittadinanza ma non per classi di età

Variabili di classificazione: cittadinanza, sesso

I minorenni e le nuove nascite

Non è noto con esattezza il numero dei minorenni figli di genitori immigrati che sono in Italia, in quanto non è disponibile, per tutte le Regioni e per il livello nazionale, una fonte che rileva complessivamente la popolazione per sesso, età e cittadinanza, tranne nel caso in cui si disponga dell'anagrafe dei residenti della Regione (o area) che si intende prendere in esame.

L'Istat stima i minori stranieri, tra cui anche quelli provenienti dai PSA, in 665.625, pari al 7% dei minorenni residenti in Italia (1° gennaio 2007).

Per comprendere le principali comunità di appartenenza dei minori stranieri occorre, laddove è possibile, attingere all'anagrafe dei residenti, disponibile in alcune Regioni italiane (**indicatore 2**).

Indicatore 2

Nome: n. e proporzione di minorenni stranieri residenti in Italia (Regione)

Fonte: Istat - Popolazione straniera residente al 1° gennaio per età e sesso

Metodo di calcolo: persone con età < 18 anni con cittadinanza straniera / popolazione residente < 18 anni * 100

Significato: esprime la quota di minorenni stranieri regolarmente presenti in Italia (Regione)

Validità e limiti: non consente di quantificare la popolazione immigrata minorenni in quanto il dato comprende anche i PSA, ma ne è comunque una proxy

Variabili di classificazione: cittadinanza, sesso

Per quanto riguarda le nascite si può fare riferimento alla rilevazione dell'Istat relativa agli "iscritti in anagrafe per nascita", al CeDAP ed alle anagrafi dei residenti (se disponibili). I nati totali registrati nel 2005 nelle anagrafi comunali sono 554.022³⁷, quelli rilevati attraverso il CeDAP sono 511.436, pari al 92% del totale dei neonati³⁸ (**indicatore 3**).

Indicatore 3

Nome: n. e proporzione di neonati PFPM regolari nati in Italia (Regione)

Fonti:

a) Istat: iscritti in anagrafe per nascita (numeratore) e Bilancio Demografico e popolazione residente straniera al 31 dicembre per sesso e cittadinanza, nati in Italia (denominatore)

b) CeDAP: i neonati PFPM vengono individuati con cittadinanza della madre in PFPM

Metodo di calcolo: n. neonati PFPM regolari / n. totale neonati in Italia (Regione) * 100

Significato: esprime la quota di neonati figli di immigrati in Italia (Regione)

Validità e limiti:

- la fonte "iscritti in anagrafe per nascita" può sottostimare il n. di neonati PFPM (vedi Paragrafo 6.1, Flusso Iscritti in anagrafe per nascita, potenzialità e limiti)
- per la fonte CeDAP la copertura non è del 100% (vedi Paragrafo 6.2, Flusso CeDAP)

Variabili di classificazione: cittadinanza, sesso

37 Fonte: Istat, Iscritti in anagrafe per nascita 2005

38 Fonte: Ministero della Salute, CeDAP 2005

7.1.2. Il mondo del lavoro

La presenza straniera nel mercato del lavoro italiano, nel corso degli ultimi anni, è divenuta sempre più rilevante.

Per quanto riguarda le stime dei migranti occupati, gli enti previdenziali producono alcune statistiche relative a iscritti e assicurati fornendo un primo, seppure incompleto, scenario descrittivo del fenomeno. A causa dell'elevata diffusione del lavoro nero, specie nell'edilizia ed in agricoltura, i dati non descrivono a sufficienza le modalità della partecipazione al mercato del lavoro degli immigrati.

Una fonte di informazione è costituita dall'INAIL che dispone dei dati dei lavoratori per i quali vige l'obbligo dell'assicurazione all'Istituto³⁹.

Complessivamente gli stranieri assicurati⁴⁰ risultano, nel 2007, poco meno di 3,2 milioni; a dare il maggior contributo sono i lavoratori provenienti dai PFPM che rappresentano l'86% della forza lavoro assicurata. In generale 6 lavoratori stranieri su 10 sono di sesso maschile, anche se occorre rilevare che la presenza femminile è in continua crescita ed ha raggiunto quota 1,2 milioni.

Tra i PFPM la proporzione di donne è del 35,5%, mentre tra i PSA è del 40,3%, proporzione che sale al 47,5% per i PSA non italiani⁴¹ (tab. 4) (**indicatore 4**).

Tab. 4 Lavoratori assicurati all'INAIL per paese di nascita e sesso. Anno 2007

Paese di nascita	Uomini	Donne	Totale	% Donne
PSA	12.401.130	8.377.852	20.778.982	40,3
- esclusi italiani	225.095	203.832	428.927	47,5
PFPM	1.769.733	975.575	2.745.308	35,5
Totale	14.170.863	9.353.427	23.524.290	39,8

Fonte INAIL, anno 2007

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato (PSA)

PFPM regolari = immigrati regolari

Relativamente ai paesi di provenienza, ai primissimi posti si collocano Romania (22%), Albania (9%) e Marocco (8%), tre stati che assommano a poco meno del 40% della forza lavoro proveniente dai PFPM; gli stessi paesi si ritrovano anche nella parte alta della graduatoria degli infortuni sul lavoro (vedi paragrafo 7.2.3).

Il fenomeno migratorio per alcuni paesi risulta quasi esclusivamente maschile: è il caso dell'Egitto con il 94,5% di occupati uomini, del Senegal con il 90,6% e della Tunisia con l'87,5%; in questi casi i paesi sono anche tra i primi 10 per consistenza numerica.

39 L'INAIL individua il lavoratore straniero tramite l'informazione del codice fiscale (vedi Paragrafo 6.2, Flusso Infortuni sul lavoro)

40 contati una sola volta nell'arco dell'anno a prescindere dalla durata del contratto e dalla numerosità dei rapporti di lavoro

41 Il dettaglio relativo ai paesi di provenienza dei lavoratori assicurati INAIL per sesso è riportato nell'allegato 9.3

Per le donne analizzando la distribuzione delle assicurate in termini relativi, risulta molto elevata la percentuale (tra il 90 e l'85%) per quelle provenienti dagli stati dell'ex federazione russa come Estonia, Kirghizistan e Russia. A seguire l'Ucraina con l'81,3% di presenza femminile che si colloca anche al quarto posto della graduatoria assoluta con oltre 96 mila assicurate.

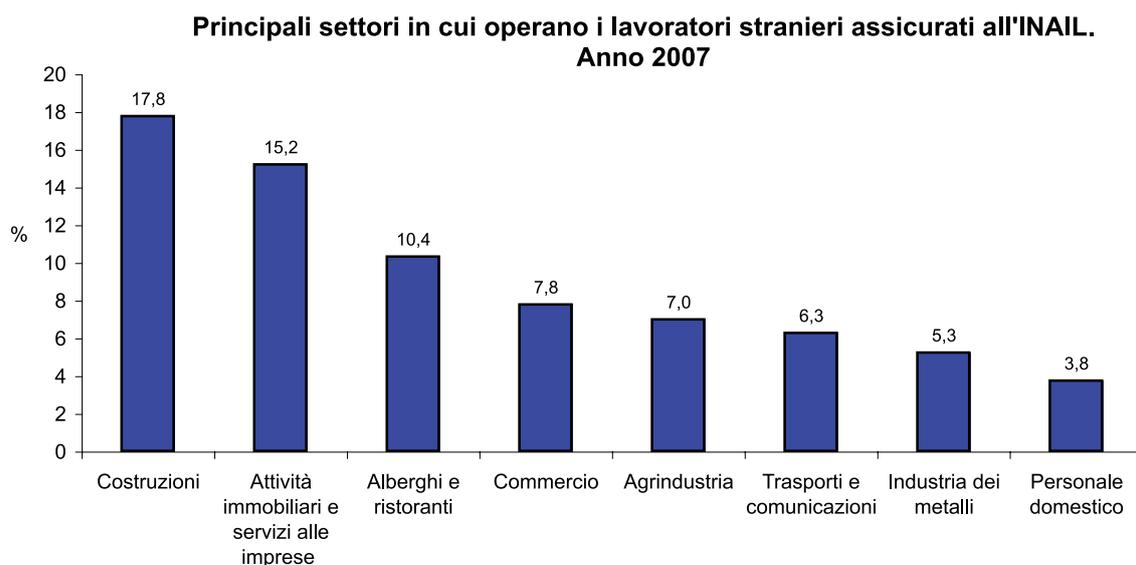
Per quanto riguarda i settori in cui sono impiegati i lavoratori stranieri, poco meno del 18% opera nelle costruzioni, seguono le attività immobiliari e i servizi alle imprese che includono i servizi di pulizia, comparto in cui sono presenti molti immigrati (15,2%) e gli alberghi e ristoranti (10,4%) che conta cuochi, aiuto cucina, camerieri e baristi (fig. 2) **(indicatore 4)**.

A prescindere dal paese di origine, vi sono settori come le costruzioni e l'industria pesante, (in primis la lavorazione dei metalli), in cui gli uomini rappresentano il 90-95% degli occupati.

Le donne sono, invece, più presenti nella sanità e nelle attività legate alla cura della casa e degli anziani: la proporzione delle donne in questi due settori rappresenta infatti il 70-80% degli occupati e sale all'80-85% se si considerano le sole straniere.

Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna e Lazio, che contano il maggior numero assoluto di assicurati, sono prime anche per il numero di assicurati stranieri, a conferma che gli immigrati si insediano nelle aree economiche più sviluppate che offrono maggiori opportunità di impiego⁴².

Fig. 2



Fonte INAIL, anno 2007

Nota:

Stranieri = stranieri PSA + PFPM regolari

42 Per il dettaglio dei Lavoratori assicurati all'INAIL per paese di nascita, sesso, settore di attività economica e regione, anno 2007, si rimanda all'allegato 9.3

Indicatore 4

Nome: n. e proporzione di lavoratori assicurati all'INAIL per paese di nascita

Fonte: INAIL

Metodo di calcolo: n. lavoratori stranieri PSA e PFPM regolari assicurati INAIL / n. totale lavoratori assicurati * 100 (vedi Paragrafo 6.2, Flusso Infortuni sul lavoro, metodo di individuazione del lavoratore straniero)

Significato: esprime la proporzione di lavoratori stranieri assicurati INAL

Validità e limiti: i limiti sono rappresentati dal fatto che i dati della Denuncia Nominativa degli Assicurati sono ancora sperimentali e attualmente in corso di validazione

Variabili di classificazione: sesso, settore di attività

7.2. La domanda di salute ed il ricorso ai servizi

7.2.1. Il ricovero ospedaliero

Le schede di dimissione ospedaliera (SDO) rappresentano una fonte preziosa per lo studio dei problemi di salute degli immigrati in quanto si ricorre al ricovero per i problemi più seri e in quanto, al momento, non sono possibili rilevazioni sistematiche sull'assistenza sanitaria ambulatoriale fornita a questo gruppo di popolazione (vedi Paragrafo 6.2, Flusso Schede di dimissione ospedaliera).

Utilizzando questo flusso l'analisi dei ricoveri può essere effettuata per valutare l'offerta dei servizi (analisi dell'offerta) o per stimare la domanda di salute (analisi della domanda).

Nel primo caso si hanno informazioni sulla "produzione" dei ricoveri da parte delle strutture della propria Regione relativamente alle popolazioni in studio, nel secondo caso, considerando solamente i ricoveri dei residenti, si ottiene una proxy dei problemi di salute che conducono al ricovero differenti popolazioni.

Metodo di calcolo per gli indicatori SDO (fig. 3).

1. Controllare la qualità della compilazione del campo cittadinanza: % di campi non compilati (campi non compilati / totale SDO) e % campi compilati con 999 senza specifica del paese (campi compilati con 999 / totale campi con cittadinanza diversa da 100).
2. Escludere la mobilità passiva prendendo solo i ricoveri avvenuti nelle strutture della Regione (campo "REG IST" uguale alla propria Regione). Selezionare tutti i ricoveri (compresi i ripetuti) nelle strutture regionali. *L'eliminazione della mobilità passiva consente di essere più tempestivi. La mobilità passiva pesa di più nei PSA piuttosto che nei PFPM, per cui si sottostima il ricorso all'ospedale dei PSA; questo fenomeno è più evidente nelle Regioni del Sud in cui la mobilità passiva dei residenti è maggiore.*
3. Escludere i neonati sani (DRG 391).
4. Definire le popolazioni utilizzando il campo "cittadinanza": PSA (italiani + assimilati) e PFPM (immigrati).

Con questo data base si possono valutare i ricoveri erogati dalle strutture della propria Regione ai PSA e ai PFPM (**analisi dell'offerta per PSA e PFPM**).

5. Attraverso il campo "comune di residenza" Italia o Estero si possono individuare:
 - PSA residenti e non residenti nella Regione (residenti in Italia),
 - PFPM regolari, residenti e non residenti nella Regione (residenti in Italia),
 - STP. Questi sono immigrati irregolari che rappresentano un sottoinsieme della popolazione PFPM non residente in Italia (Stranieri Temporaneamente Presenti). L'identificazione degli STP negli archivi sanitari è in genere problematica poiché non sempre viene riportato il codice STP che permetterebbe di riconoscerli come tali.

Una stima del numero degli STP può essere ottenuta considerando gli stranieri con “comune residenza” all'estero in paesi PFPM e sommando a questi i records dei PFPM con codice sanitario/fiscale STP e comune di residenza in Italia (ciò si rende necessario in quanto per errori di codifica ad alcuni STP viene attribuita la residenza in Italia).

Questo data base va utilizzato per descrivere l'offerta dei ricoveri da parte della Regione a queste tre popolazioni (**analisi dell'offerta per PSA, PFPM regolari e STP**).

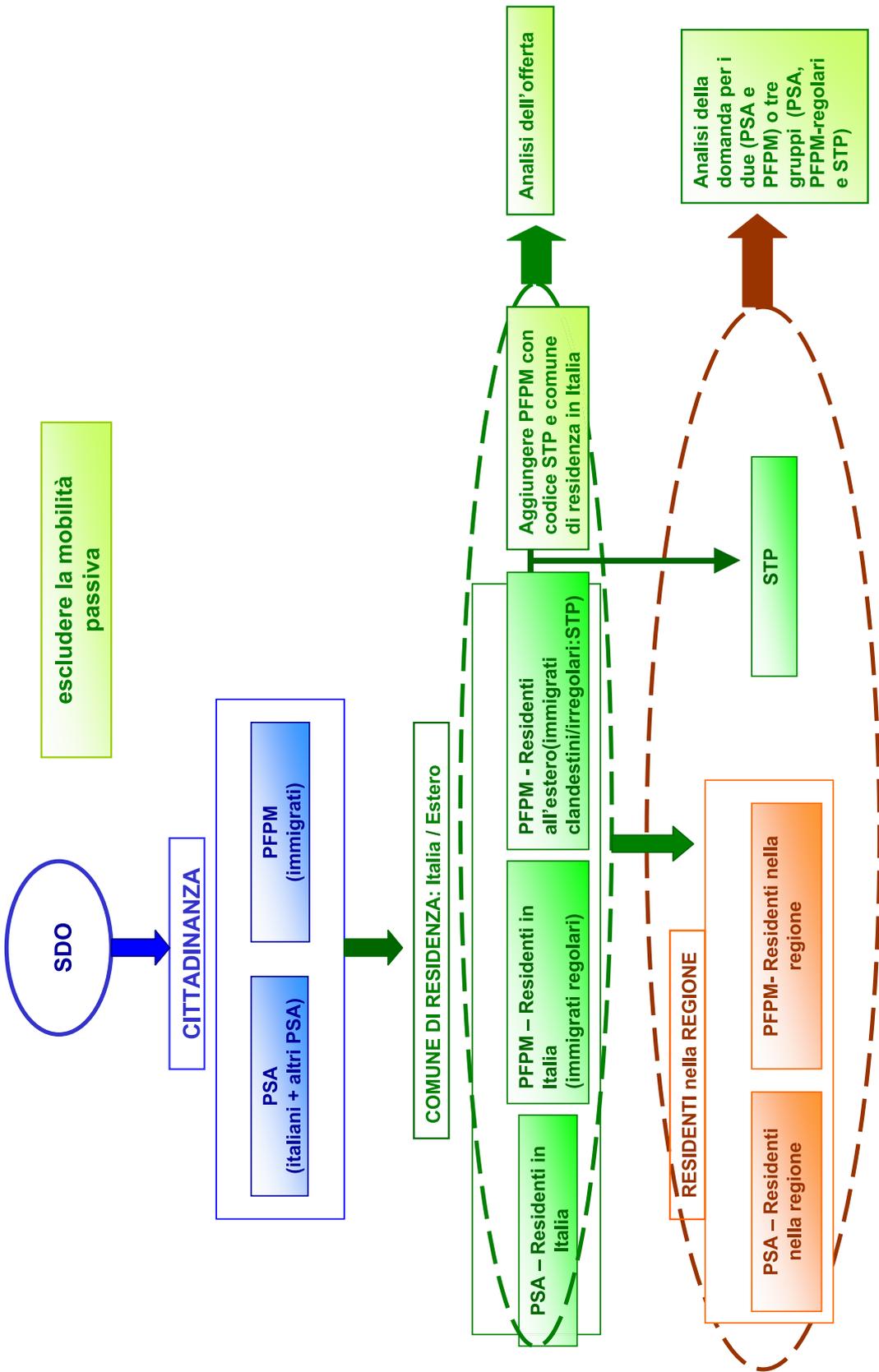
6. Per confrontare la *domanda di salute* della popolazione PSA e PFPM un possibile approccio consiste nel limitare l'analisi ai ricoveri dei soli residenti. Vengono pertanto considerati solo i ricoveri dei PSA e dei PFPM con campo “regione di residenza” nella propria Regione. In tal modo si esclude la mobilità attiva. In questo caso vengono esclusi dalle elaborazioni i PFPM con residenza all'estero in paesi PFPM che si assume siano gli STP (**analisi della domanda per PSA e PFPM regolari**)
7. Per analizzare la *domanda di salute* degli STP e confrontarla con quella dei PSA e PFPM regolari si utilizza il data base dei residenti (nella Regione) per i PSA ed i PFPM regolari ed il data base comprendente la mobilità attiva per gli STP (di cui al punto 5) (**analisi della domanda per i PSA, PFPM regolari e STP**).
8. Per individuare i ricoveri ordinari (RO) selezionare il campo SDO “regime di ricovero”=1, per i DH “regime di ricovero”= 2.
9. Per i tassi di ricovero troncare le età a 64 anni.
10. Per la standardizzazione diretta: calcolare il tasso specifico per classi di età dei ricoveri ordinari per le due popolazioni PSA e PFPM-regolari (<1, 1-4, 5-17, 18-34, 35-49, 50-64). Ciascun tasso età-specifico va moltiplicato per la popolazione di riferimento (popolazione italiana all'ultimo censimento) in quella classe di età (si ottengono così il n. di casi attesi per ciascuna classe di età). Si sommano i casi attesi di tutte le classi di età ed il totale va diviso per il totale della popolazione di riferimento ottenendo il tasso standardizzato per quella determinata popolazione. Il calcolo va fatto distintamente per la popolazione PSA e per la popolazione PFPM-regolare in modo da poter effettuare un confronto corretto dei tassi. Con questo metodo si calcola il numero di ricoveri che si verificherebbero nelle rispettive popolazioni se la distribuzione per età fosse la stessa.

Nota per il materno infantile

La normativa vigente prevede che le donne in gravidanza, irregolarmente presenti in Italia, possano chiedere un permesso di soggiorno per cure.

In questo caso si potrebbe avere una sottostima delle STP gravide ed una relativa sovrastima delle gravide PFPM regolari. Tale fenomeno potrà essere meglio descritto nel corso di future rilevazioni.

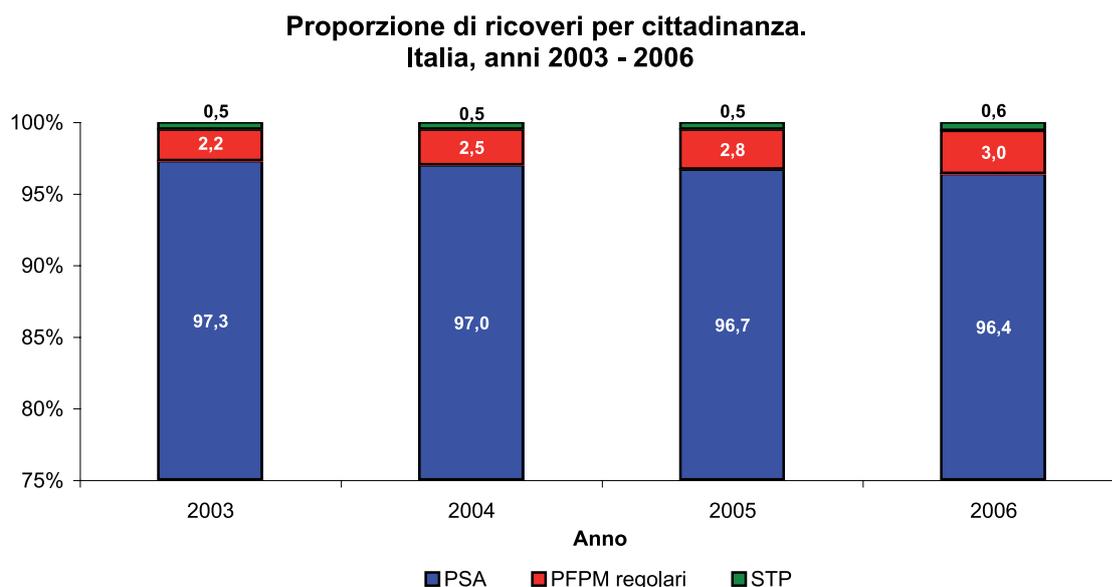
Fig. 3 Flow chart per individuare la popolazione immigrata nel data base SDO



Quanti sono i ricoveri degli immigrati regolari e quanti quelli degli immigrati clandestini/irregolari?

La proporzione dei ricoveri dei PFPM regolari nelle strutture italiane nel 2006 è pari al 3% con un trend in leggero aumento negli anni 2003-2006, principalmente dovuto all'aumento della popolazione immigrata residente; sostanzialmente stabile e costantemente al di sotto dell'1% è quella degli STP (fig 4) (**indicatore 5a**).

Fig. 4



Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anni 2003-2006 (elaborazioni Age.nas)

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato (PSA)

PFPM regolari = immigrati regolari

STP = immigrati clandestini/irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti)

I ricoveri ordinari (RO), fatti dai PFPM regolari nel 2006, sono il 3,9% del totale dei ricoveri in Piemonte, il 3,3% in Liguria, il 4,7% in Emilia-Romagna, il 6,4% a Reggio Emilia, il 3,5% nelle Marche, il 4,4% in Lazio, lo 0,8% in Puglia. Il dato italiano è pari al 3,2%.

La proporzione di tali ricoveri, effettuati dagli STP, sempre nell'anno 2006, è costantemente bassa tra le Regioni e Province partecipanti al Progetto, attestandosi tra lo 0,5 e l'1,3% (0,9% in Piemonte, 1,3% in Liguria, 0,7% a Reggio Emilia, 0,5% nella AUSL di Cesena, 0,9% in Emilia-Romagna, 0,5% nelle Marche, 1,2% in Lazio, 1% in Puglia); il valore nazionale è pari allo 0,6% (**indicatore 5a**).

Come si distribuiscono i ricoveri tra i sessi?

L'analisi dei ricoveri ordinari per sesso evidenzia sia a livello regionale che a livello nazionale, una costante prevalenza del genere femminile soprattutto nella popolazione PFPM. In Italia infatti la proporzione di ricoveri delle donne PFPM regolari è del 66% del totale dei ricoveri dei PFPM regolari, mentre per le PSA tale proporzione è pari al 53%. Nella tabella 5 vengono riportati i dati riguardanti la Regione Marche (**indicatore 5b**).

Tab. 5 Numero e proporzione dei ricoveri ordinari dei residenti, per cittadinanza e sesso. Regione Marche, anni 2004 – 2006

Anno	PSA			PFPM		
	Uomini	Donne	% Donne	Uomini	Donne	% Donne
2004	90.487	95.780	51,4	2.016	4.181	67,5
2005	88.472	93.816	51,5	1.998	4.677	70,1
2006	87.214	93.848	51,8	2.324	5.214	69,2

Fonte: Data base SDO, Regione Marche, anni 2004-2006

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato (PSA)

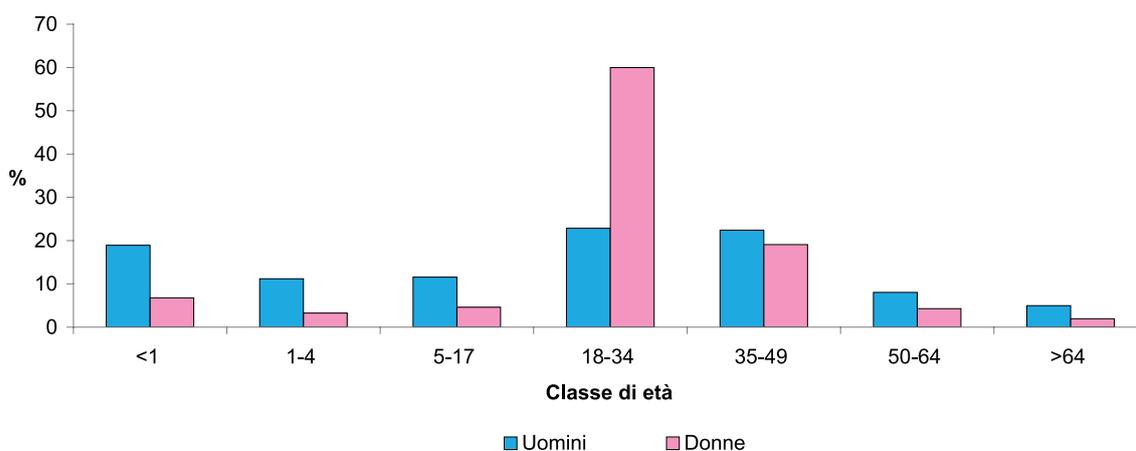
PFPM regolari = immigrati regolari

In quali classi di età si concentrano i ricoveri degli immigrati regolari?

Tra i PFPM regolari di sesso maschile la maggior frequenza di ricoveri la si riscontra nelle classi di età 18-34 e 35-49 anni, mentre tra le PFPM di sesso femminile i ricoveri si concentrano nella classe 18-34 anni. Nella figura 5 è riportato l'esempio della Regione Piemonte.

Per i PSA la maggiore proporzione di ricoveri, è, come da attendersi, a carico delle classi di età anziane (> 64 anni) in entrambi i sessi (**indicatore 5b**).

Fig. 5 Distribuzione di ricoveri ordinari dei PFPM regolari residenti, per sesso e classe di età. Regione Piemonte, anno 2006



Fonte: Data base SDO, Regione Piemonte, anno 2006

Nota:

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 5

Nome: **5a** n. e proporzione di ricoveri totali, per cittadinanza, erogati dalle strutture della Regione;

5b n. e proporzione di ricoveri ordinari (RO), per cittadinanza, dei residenti nella Regione

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo:

5a n. ricoveri dei PSA, dei PFPM regolari e degli STP / n. totale ricoveri erogati nella Regione * 100 (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi dell'offerta")

5b n. ricoveri ordinari dei PSA e dei PFPM regolari, residenti nella Regione / n. totale RO dei residenti nella Regione * 100 per sesso e classi di età (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della domanda")

Significato:

5a esprime la proporzione di ricoveri delle tre popolazioni erogati nella Regione. Consente di stimare in modo specifico il consumo dei ricoveri della popolazione PSA, PFPM regolare ed STP

5b mostra, per sesso e classi di età, dove si concentra la domanda di ricovero ordinario nelle due popolazioni (PSA e PFPM regolari) residenti nella Regione

Validità e limiti il campo cittadinanza è ben compilato in tutte le Regioni; la qualità della compilazione del campo comune di residenza può essere non ottimale, per cui il conteggio degli STP rappresenta una stima. Per analizzare i ricoveri degli STP occorre necessariamente utilizzare il data base SDO con la mobilità attiva (vedi Paragrafo 6.2, Flusso Schede di dimissione ospedaliera e Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO)

Variabili di classificazione: regime di ricovero (totali, RO), sesso, classi di età

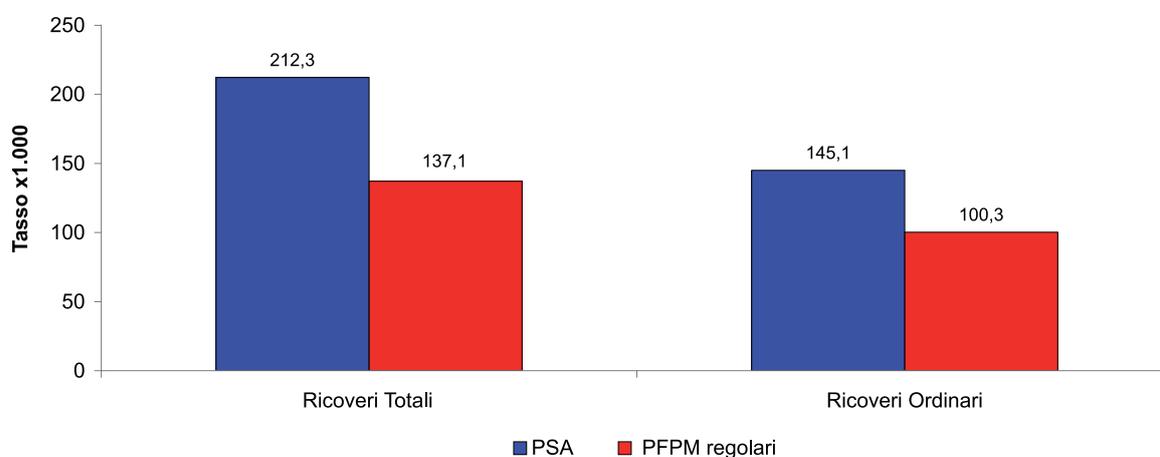
In quale misura gli immigrati ricorrono al ricovero?

Per rispondere a questa domanda viene calcolato il tasso di ospedalizzazione che misura il ricorso alle strutture ospedaliere di una determinata popolazione.

Nella figura 6 si evidenzia che, in Italia nel 2006, il ricorso all'ospedalizzazione dei PFPM regolari è inferiore a quello dei PSA proprio perché si tratta di una popolazione giovane, e quindi con bisogni assistenziali minori. Se si considerano solo i ricoveri ordinari, la differenza permane anche se in misura minore, a significare che c'è un consumo sensibilmente inferiore da parte degli immigrati dei ricoveri in regime di day hospital (DH) (**indicatore 6**).

Fig. 6

Tasso grezzo di ospedalizzazione dei residenti, per cittadinanza. Italia, anno 2006



Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2006 (elaborazioni Age.nas)
Popolazione di riferimento: Istat, Bilancio demografico della popolazione residente

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato (PSA)

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 6

Nome: tasso grezzo di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari dei residenti, per cittadinanza

Fonti: data base SDO, Istat - Bilancio Demografico e popolazione residente straniera al 31 dicembre per sesso e cittadinanza

Metodo di calcolo: n. di RO dei PSA e dei PFPM regolari, residenti nella Regione / n. tot. PSA residenti e PFPM residenti * 1.000/anno. (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della domanda")

Significato: l'indicatore può fornire una stima del ricorso al ricovero della popolazione immigrata e consente il confronto tra le due popolazioni.

Validità e limiti: il limite è rappresentato dal fatto che il tasso grezzo non considera le caratteristiche demografiche della popolazione immigrata che è mediamente più giovane di quella italiana. Per tenere conto di questo occorrerebbe calcolare il tasso standardizzato per età; ciò è possibile solamente se si dispone, per il denominatore, della popolazione PFPM regolare per classi di età. Per i PFPM regolari ci può essere una sovrastima dei residenti presenti e quindi del denominatore in quanto non sempre i residenti che lasciano l'Italia sono tempestivamente cancellati dalle anagrafi.

Il tasso di ospedalizzazione degli STP non può essere calcolato in quanto non si conoscono denominatori attendibili.

Il tasso di ospedalizzazione è sempre riferito ai ricoveri ordinari in quanto i ricoveri in day hospital sono definiti in modo diverso da Regione a Regione.

Variabili di classificazione: sesso, (classi di età quando saranno disponibili dall'Istat)

Per poter effettuare un corretto confronto tra le due popolazioni, PSA e PFPM regolari, circa il ricorso al ricovero, occorre calcolare il tasso standardizzato di ospedalizzazione: nella tabella 6, a titolo di esempio, viene riportato il tasso standardizzato di ospedalizzazione, per ricoveri ordinari e cittadinanza, nella AUSL di Reggio Emilia (**indicatore 7**).

Tab. 6 Tassi standardizzati di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari, per cittadinanza e sesso. Provincia di Reggio Emilia, anni 2005-2006

	PSA				PFPM regolari			
	n. ricoveri	Tasso grezzo	Tasso std.	IC 95%	n. ricoveri	Tasso grezzo	Tasso std.	IC 95%
Uomini	24.936	69,1	67,6	66,5 - 68,8	2.371	51,1	53,6	49,7 - 57,6
Donne	30.077	86,4	86,6	85,2 - 87,9	4.710	120,6	105,9	101,3 - 110,4
Totale	55.013	77,6	76,9	76,0 - 77,8	7.081	82,8	77,0	74,1 - 80,0

Fonti: Data base SDO AUSL Reggio Emilia, anni 2005-2006

Popolazione di riferimento: anagrafe residenti al 31.12.2005

Popolazione standard: Italia Censimento 2001

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 7

Nome: tasso standardizzato di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari (RO) dei residenti, per cittadinanza

Fonti: data base SDO, anagrafe dei residenti

Metodo di calcolo: vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della domanda"

Significato: esprime la frequenza del ricorso al ricovero dei PSA e dei PFPM regolari, al netto dell'effetto dovuto alle diverse strutture per età delle due popolazioni.

Validità e limiti: tale indicatore può essere calcolato solamente quando si dispone dei dati necessari per i denominatori. Il limite è rappresentato dalla scarsa fattibilità in quanto le Regioni in generale non hanno a disposizione il collegamento con l'anagrafe dei residenti, necessaria per il calcolo dei tassi età specifici (vedi Paragrafo 6.1, Fonti per la demografia, raccomandazioni)

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

Le cause del ricovero ordinario

Le cause di ricovero sono state analizzate secondo i Grandi capitoli ICD9-CM, di seguito riportati.

Grandi Capitoli ICD9-CM

1. Malattie infettive e parassitarie 001-139
 2. Tumori 140-239
 3. Malattie endocrine, delle nutrizione, del metabolismo e disturbi immunitari 240-279
 4. Malattie del sangue e degli organi emopoietici 289-289
 5. Disturbi psichici 290-319
 6. Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso 320-389
 7. Malattie del sistema circolatorio 390-459
 8. Malattie del sistema respiratorio 460-519
 9. Malattie dell'apparato digerente 520-579
 10. Malattie del sistema genito-urinario 580-629
 11. Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio 630-677
 12. Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo 680-709
 13. Malattie del sistema osteo-muscolare e del tessuto connettivo 710-739
 14. Malformazioni congenite 740-759
 15. Alcune condizioni morbose di origine perinatale 760-779
 16. Sintomi, segni, stati morbosi mal definiti 780-799
 17. Traumatismi e avvelenamenti 800-999
- Altre cause: Fattori che influenzano lo stato di salute (V01- V82)

Dalle elaborazioni condotte nelle Regioni Piemonte, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia, e nella Provincia di Reggio Emilia, per il biennio 2005-2006, è emerso che le principali cause di ricovero negli uomini sono rappresentate dai "traumatismi e avvelenamenti" seguite dalle malattie dell'apparato respiratorio e digerente.

Nella Regione Marche ad esempio il trauma è la quinta causa di ricovero rappresentando

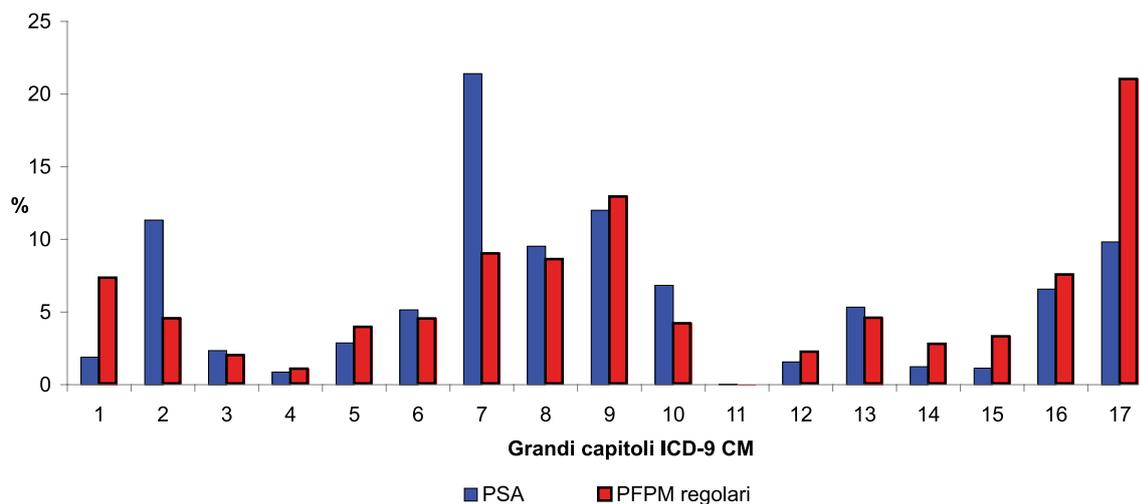
l'8,9% dei ricoveri ordinari degli uomini PSA; le classi di età più colpite sono quelle al di sopra dei 64 anni. Nei PFPM regolari i traumi rappresentano invece la prima causa di ricovero (15% del totale dei ricoveri ordinari), con la classe di età più colpita tra i 18-34 anni; essi verosimilmente sono legati agli infortuni sul lavoro.

Le donne si ricoverano di più per motivi legati alla gravidanza, parto e puerperio e a seguire per malattie del sistema genito-urinario e dell'apparato digerente. Questi risultati sono stati confermati anche a livello nazionale. Nelle figure 7 ed 8 vengono riportati i valori riguardanti la Regione Lazio (**indicatore 8**).

Risulta dunque con chiarezza che i più frequenti motivi di ricovero ospedaliero per la popolazione PFPM regolare sono rappresentati da cause "esterne" (traumi) o fisiologiche (ostetriche), mentre per la popolazione PSA al primo posto vi sono i ricoveri per malattie circolatorie seguite da quelle dell'apparato digerente.

Fig. 7

**Cause di ricovero ordinario negli uomini residenti, per cittadinanza.
Regione Lazio, anno 2006**



Fonte: Data base SDO, Regione Lazio, anno 2006

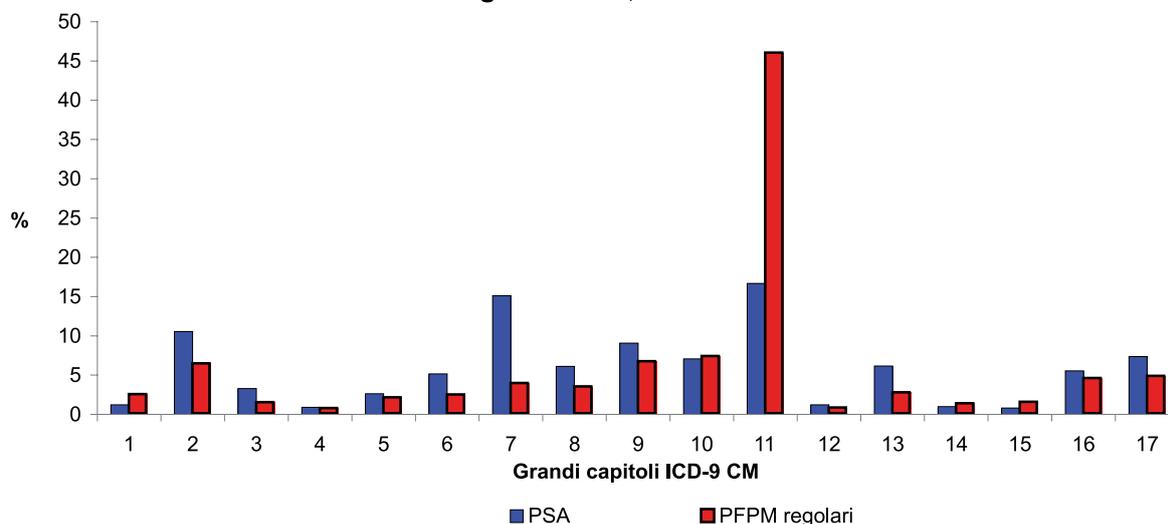
Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Fig. 8

**Cause di ricovero ordinario nelle donne residenti, per cittadinanza.
Regione Lazio, anno 2006**



Fonte: Data base SDO, Regione Lazio, anno 2006

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 8

Nome: distribuzione dei ricoveri ordinari (RO) dei residenti per causa, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo. n. RO dei PFPM regolari e dei PSA, residenti nella Regione, per diagnosi principale (grandi capitoli ICD9-CM) / n. totale RO* 100. (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della domanda")

Significato: fornisce indicazioni sui principali problemi di salute che conducono al ricovero la popolazione PFPM regolare confrontandoli con quelli della popolazione PSA e, quindi fornisce informazioni sulla domanda di salute della popolazione PFPM regolare per età e sesso ed il peso relativo delle varie cause su tutti i ricoveri

Validità e limiti: i limiti sono rappresentati dal fatto che tale valutazione sarebbe più precisa se fosse realizzata mediante i tassi sesso-età-causa specifici.

Variabili di classificazione: sesso, classi di età, capitoli ICD9-CM

Il ricovero in urgenza

La frequenza dei ricoveri ordinari (RO) che avvengono con modalità in urgenza risulta, in tutte le Regioni e a livello nazionale, nettamente superiore nella popolazione immigrata, sia per i PFPM regolari che per gli STP: per quest'ultimi il fenomeno è più rilevante. Nei dati nazionali per l'anno 2006 la proporzione dei ricoveri in urgenza è infatti del 50% nei PSA, del 65% nei PFPM regolari e del 75% negli STP; nella figura 9 è riportato l'esempio della Regione Marche.

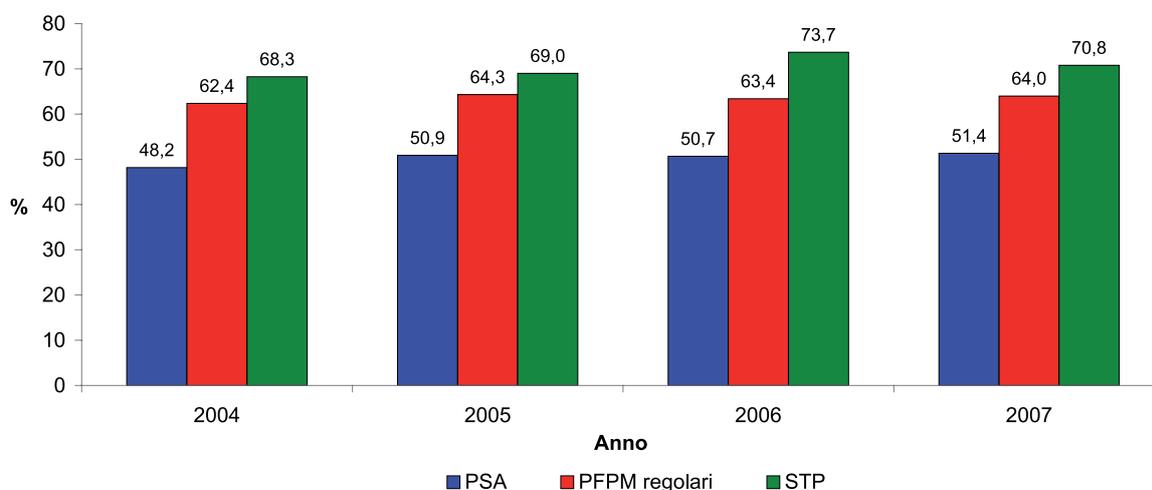
Ciò si verifica per entrambi i sessi in tutte le classi di età, ad eccezione dei bambini al di sotto di 1 anno e negli ultrasessantaquattrenni; nelle figure 10 ed 11 sono riportati i dati riguardanti la Regione Marche (**indicatore 9**).

L'andamento suggerisce una scarsa conoscenza/utilizzo dei servizi territoriali e della medicina generale da parte degli immigrati ed una difficoltà ad essere presi in carico da questi.

Il fenomeno è più evidente in quei gruppi, come i clandestini/irregolari, per i quali spesso non esiste un'offerta di medicina di base né per gli adulti, né per i bambini, per cui il Pronto Soccorso è l'unico modo di accedere alle cure di cui hanno bisogno e all'assistenza di cui hanno diritto.

Fig. 9

Proporzione di ricoveri ordinari in urgenza dei residenti, per cittadinanza e degli STP. Regione Marche, anni 2004 - 2007



Fonte: Data base SDO, Regione Marche, anni 2004-2007

Nota:

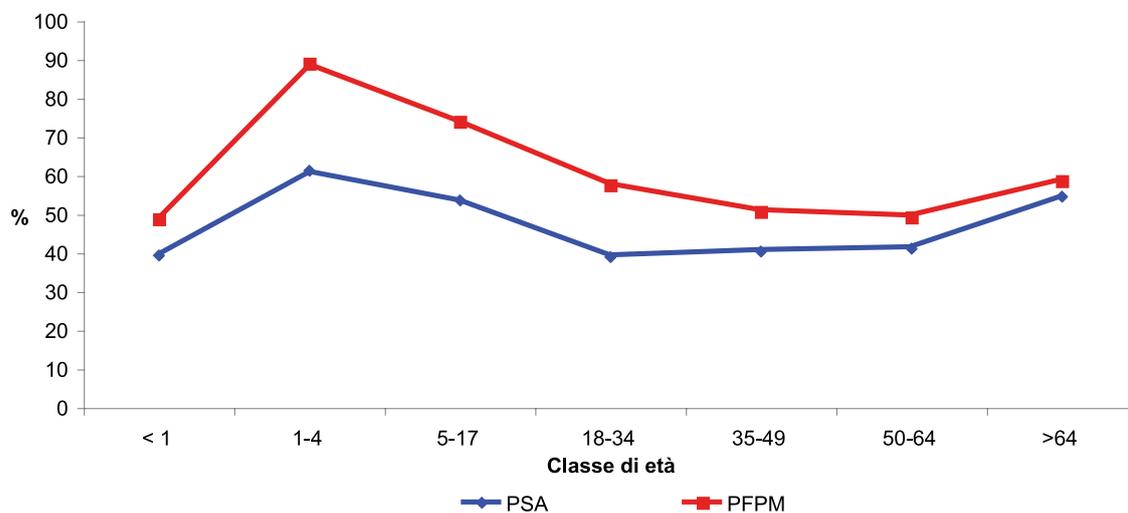
PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

STP = immigrati clandestini/irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti)

Fig. 10

Proporzione di ricoveri ordinari in urgenza degli uomini residenti, per cittadinanza e classe di età. Regione Marche, anno 2007



Fonte: Data base SDO, Regione Marche, anno 2007

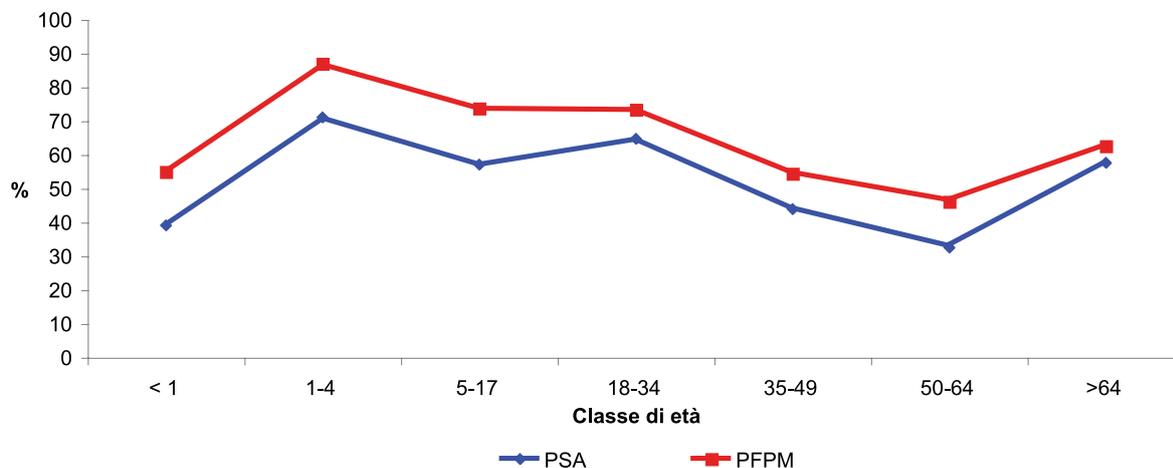
Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Fig. 11

Proporzione di ricoveri ordinari in urgenza delle donne residenti, per cittadinanza e classe di età. Regione Marche, anno 2007



Fonte: Data base SDO 2007, Regione Marche

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 9

Nome: n. e proporzione dei ricoveri ordinari (RO) in urgenza, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. RO in urgenza dei PSA, dei PFPM regolari, residenti nella Regione e degli STP / n. totale RO * 100 (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della domanda" per i PSA e i PFPM regolari, residenti nella Regione e "analisi dell'offerta" per gli STP)

Urgenza: campo SDO "tipo di ricovero ordinario" = 2

Significato: il ricorso al ricovero in urgenza oltre ad esprimere la gravità del problema di salute, può essere considerato una proxy del grado di accesso ai servizi territoriali e la capacità di questi di prendere in carico il paziente.

Validità e limiti: i limiti sono rappresentati dal fatto che tale valutazione sarebbe più precisa se fosse realizzata mediante i tassi sesso-età specifici

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

Il ricovero in day hospital (DH)

In Italia nell'anno 2006 per la popolazione PSA, che ha un'età media più alta, circa 1 ricovero su 3 (31%) avviene in regime di DH. La differenza tra gli uomini e le donne è minima e, in entrambi i sessi, il primo DRG è il 39 (interventi sul cristallino) (tab 7).

Nella popolazione PFPM regolare, molto più giovane, i DH rappresentano complessivamente il 25% dei ricoveri. In questa popolazione per gli uomini il DRG più frequente è il 410 "chemioterapia", mentre per le donne, i cui ricoveri in DH sono più numerosi (75.661 vs 35.580), prevale il DRG 381 (IVG), pari al 39% del totale dei ricoveri in DH. Questa proporzione, nell'anno 2006, è del 42% in Piemonte, del 47% nelle Marche, del 43% nella Provincia di Reggio Emilia, del 48% in Emilia-Romagna, del 43% in Lazio, del 41% in Puglia.

Negli STP la differenza di genere nella frequenza del ricovero in DH è ancora più evidente che per gli immigrati regolari (3.871 DH per gli uomini nell'anno 2006 vs 17.058 per le donne) mentre non ci sono diversità circa i DRG più frequenti rispetto ai PFPM regolari.

Da sottolineare infine che per tutti gli immigrati, regolari e non, è presente una codifica dei ricoveri in DH meno accurata rispetto ai PSA, come evidenziato dal fatto che il DRG 467 "altri fattori che influenzano lo stato di salute" è secondo per frequenza (tab. 9) **(indicatore 10)**.

Tab. 7 Ricoveri in regime di day hospital (DH) nei PSA, PFPM regolari e STP, per sesso. Italia, anno 2006

Cittadinanza e sesso	n. tot. DH	% DH per sesso / tot DH	DRG più frequente	cod	% su tot DH
PSA uomini	1.758.805	46	Interventi sul cristallino	039	8
PSA donne	2.028.106		Interventi sul cristallino	039	9
PFPM regolari uomini	35.580	32	Chemioterapia	410	5
PFPM regolari donne	75.661		IVG	381	39
STP uomini	3.871	18	Chemioterapia	410	6
STP donne	17.058		IVG	381	68

Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2006 (elaborazioni Age.nas)

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

STP = immigrati clandestini/irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti)

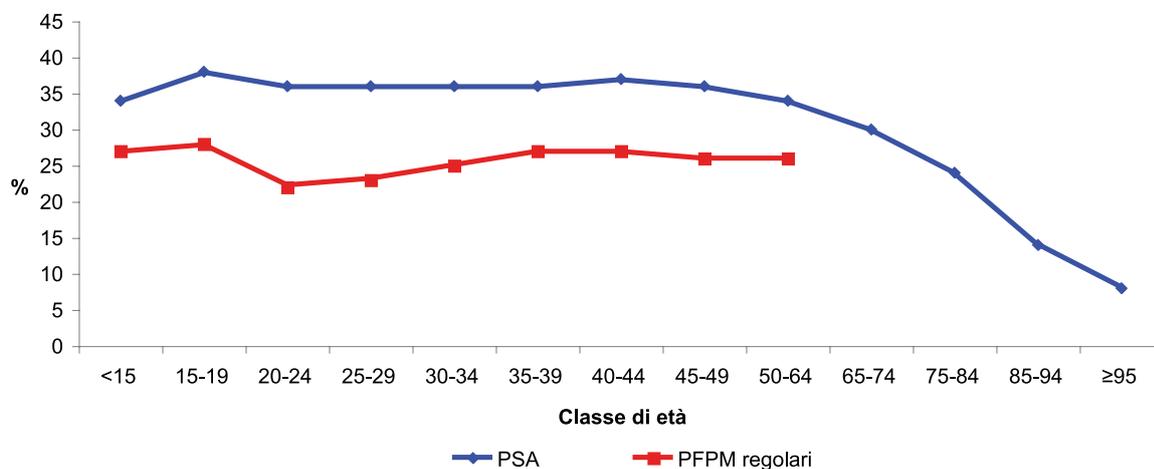
Le figure 12 e 13 mostrano la proporzione dei ricoveri in DH per sesso e classi di età nella popolazione PSA ed in quella dei PFPM regolari **(indicatore 10)**.

Nel sesso maschile il minor utilizzo del ricovero in DH da parte dei PFPM regolari è costante in tutte le classi di età. Ciò è dovuto probabilmente a varie cause quali: una popolazione più giovane e quindi più sana, una minor conoscenza dell'organizzazione sanitaria, un differente modello culturale dell'utilizzo dell'ospedale.

Nel sesso femminile le PFPM regolari fanno un minor uso del DH nelle classi di età estreme, mentre nella classe 30-39 anni l'utilizzo è all'incirca sovrapponibile se non maggiore a quello delle PSA ed è probabilmente dovuto ai ricoveri per IVG.

Fig. 12

Proporzione di ricoveri in day hospital degli uomini residenti, per cittadinanza e classe di età. Italia, anno 2006



Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2006 (elaborazioni Age.nas)

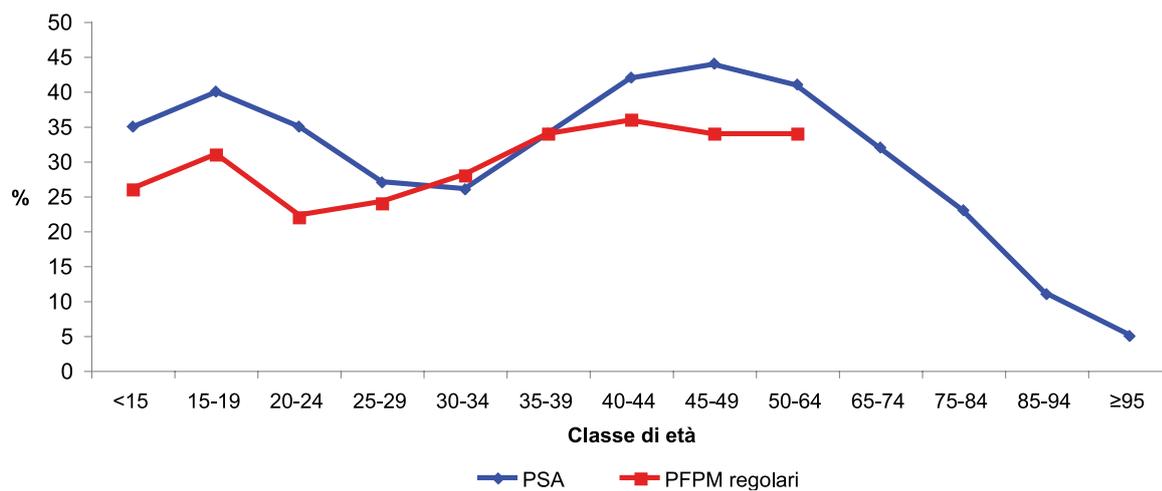
Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Fig. 13

Proporzione di ricoveri in day hospital delle donne residenti, per cittadinanza e classe di età. Italia, anno 2006



Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2006 (elaborazioni Age.nas)

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 10

Nome:

10a n. e proporzione dei ricoveri in day hospital (DH), per cittadinanza

10b n. e proporzione dei ricoveri in day hospital (DH) per sesso

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo:

10a n. di ricoveri in DH dei PSA e dei PFPM regolari residenti nella Regione e degli STP / totale ricoveri * 100

10b n. di ricoveri in DH degli uomini (e delle donne) PSA, PFPM regolari residenti nella Regione e degli STP / n. tot. ricoveri in DH dei PSA, PFPM regolari, STP * 100

(vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della domanda"; per analizzare i ricoveri degli STP occorre necessariamente utilizzare il data base SDO con la mobilità attiva, "analisi dell'offerta").

Ricovero in DH: campo SDO "regime di ricovero" = 2

Significato: descrive la dimensione della domanda per il ricovero in regime diurno e può essere considerato una proxy del grado di accesso alle prestazioni programmate di day hospital. Il DH viene offerto alle persone "se ve ne sono le condizioni", ovvero se poi le persone sono in grado di prendersi cura di sé non appena dimette da un ricovero diurno o se, comunque vi è la possibilità di una presa in carico complessiva prima e dopo il ricovero. L'analisi per genere mostra la differenza nell'utilizzo del ricovero nei due sessi nelle diverse popolazioni.

Validità e limiti: i limiti sono rappresentati dal fatto che tale valutazione sarebbe più precisa se realizzata mediante i tassi sesso-età specifici.

Le classi di età utilizzate tengono conto dell'attuale giovane struttura per età della popolazione immigrata.

Il confronto deve essere esclusivamente tra le due popolazioni nella stessa area geografica in quanto non c'è omogeneità tra le Regioni nel definire un episodio di ricovero in day hospital (uno o più accessi).

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

Cause di ricovero in day hospital (DH)

A livello nazionale la prima causa del DH per i PSA è il DRG 39 (interventi sul cristallino) sia per gli uomini che per le donne; negli uomini PFPM regolari a parte il DRG 467 "altri fattori che influenzano la salute", che è medico e poco specifico, i DRG più frequenti sono la chemioterapia ed alcuni DRG chirurgici; nelle donne PFPM regolari il primo DRG è costantemente, sia a livello nazionale che nelle Regioni, il 381 (IVG).

Le tabelle 8 e 9 mostrano i primi 10 DRG più frequenti, riscontrati in regime di DH, nei PSA e nei PFPM regolari (**indicatore 11**).

Tab. 8 Primi 10 DRG più frequenti in day hospital, nei PSA, per sesso. Italia, anno 2006

		PSA				
	Uomini	DH	% su tot.	Donne	DH	% su tot.
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	132.737	7,5	039 Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	181.483	8,9
410	Chemioterapia non associata a diagn.di leucemia acuta	111.853	6,4	410 Chemioterapia non associata a diagn. Il leucemia acuta	118.452	5,8
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, > 17 s.c.	66.901	3,8	381 Aborto con dilatazione e raschiam., med. aspirazione o isterotomia	112.147	5,5
266	Trap.pelle e/o sbrigliam.eccetto ulcere pelle/cellul. no cc	45.450	2,6	364 Dilatazione e raschiam., conizzazione eccetto per neopl. maligne	68.300	3,4
503	interv. ginocchio senza diag. princip.di infezione	44.202	2,5	359 Interv. su utero e annessi non per neoplasie maligne s.c.	50.467	2,5
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	35.731	2,0	006 Decompressione del tunnel carpale	48.130	2,4
270	Altri interventi su pelle,tessuto sottocutaneo e mammella .s.c.	34.412	2,0	301 Malattie endocrine no cc	47.753	2,4
134	Iperensione	33.432	1,9	119 Legatura e stripping di vene	43.900	2,2
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, s.c.	30.421	1,7	266 Trap.pelle e/o sbrigliam.eccetto ulcere pelle/cellul. no cc	43.639	2,2
229	Interventi su mano e polsoeccetto interventi maggiori sulle articol.,senza cc	22.516	1,3	369 Disturbi mestruali et altri disturbi dell'app.riprodut.femm.	43.335	2,1
Totale Parziale		557.655	31,7	Totale Parziale	757.606	37,4
Totale		1.758.805	100	Totale	2.028.106	100

Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2006 (elaborazioni Age.nas)

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

Tab. 9 Primi 10 DRG più frequenti in day hospital nei PFPM, per sesso. Italia, anno 2006

PFPM regolari						
	Uomini	DH	% su tot.	Donne	DH	% su tot
410	Chemioterapia non associata a diagn. Il leucemia acuta	1.695	4,8	Aborto con dilatazione e raschiamento, med. aspirazione o isterotomia	29.562	39,1
467	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	1.448	4,1	Chemioterapia non associata a diagn. Il leucemia acuta	2.721	3,6
162	Interventi per ernia inguinale e femorale, > 17 s.c.	1.245	3,5	Dilatazione e raschiamento, conizzazione eccetto per neoplasie maligne	2.263	3,0
503	interv. ginocchio senza diag. princip.di infezione	950	2,7	Altri fattori che influenzano lo stato di salute	2.193	2,9
231	Escissione locale e rimozione di mezzi di fissaggio intramidollare eccetto anca e femore	818	2,3	Interventi su utero e annessi non per neoplasie maligne, s.c.	2.121	2,8
490	Hiv associato o non ad altre patologie correlate	744	2,1	Legatura e stripping di vene	1.587	2,1
206	Malattie del fegato eccetto neoplasie maligne, cirrosi, epatite alcolica, s.c.	783	2,2	Disturbi mestruali et altri disturbi dell'app.riprodut.femm.	1.348	1,8
229	Interventi su mano e polso eccetto interventi maggiori sulle articol., senza cc	756	2,1	Altre diagnosi parto no complicazioni mediche	1.151	1,5
039	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	722	2,0	Interventi vagina, cervice, vulva	1.016	1,3
270	Altri interventi su pelle, tessuto sottocutaneo e mammella ,s.c.	612	1,7	Interventi sul cristallino con o senza vitrectomia	942	1,2
Totale Parziale		35.580	26,2	Totale Parziale	75.661	24
Totale		13.5603	100	Totale	314.661	100

Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2006 (elaborazioni Age.nas)

Nota:

PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Indicatore 11

Nome: primi 10 DRG in regime di day hospital (DH), per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. di ricoveri in DH dei PSA e dei PFPM regolari residenti nella Regione per DRG (primi 10) / totale ricoveri in DH * 100

(vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della domanda")

Ricovero in DH: campo SDO "regime di ricovero" = 2

Significato: descrive i più frequenti motivi di ricovero in DH da parte delle due popolazioni

Validità e limiti: consente di comprendere i principali motivi per cui gli uomini e le donne PSA e PFPM regolari utilizzano il ricovero in DH e, indirettamente, l'accessibilità ai ricoveri programmati quali i DH.

Variabili di classificazione: sesso

7.2.2 La salute materno infantile

La salute materno-infantile risulta essere una delle aree più critiche per la quale da più parti si sottolinea l'importanza dell'accessibilità ai servizi socio-sanitari, che è condizionata in buona parte dalle informazioni e dalle conoscenze che gli stranieri ricevono e dalla qualità della relazione tra operatori e utenti.

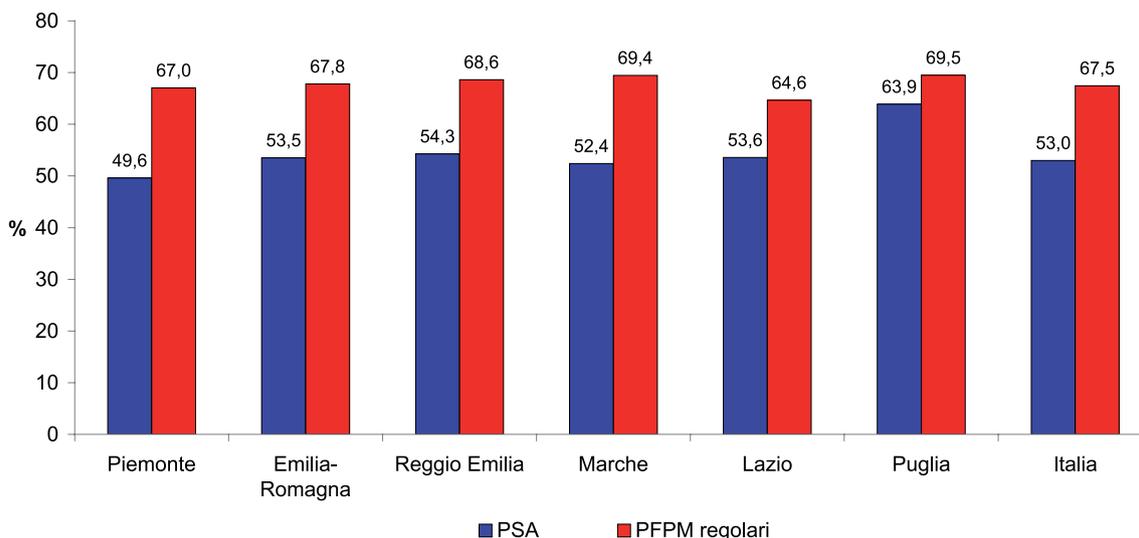
Le indagini epidemiologiche sulla salute riproduttiva svolte in Italia nell'ultimo decennio, evidenziano che le donne immigrate continuano ad essere "svantaggiate" rispetto alle donne italiane; uno dei problemi più rilevanti è l'elevata frequenza di ricorso all'IVG. Per le donne immigrate fattori quali lo stress della migrazione, la perdita di una rete sociale di sostegno, la difficoltà nell'accesso ai servizi, una cultura discriminatoria presente nei servizi e nella società ospite, variamente combinati tra loro, sono la causa della maggiore frequenza di esiti sfavorevoli della gravidanza rispetto alle italiane, come dimostrato in vari paesi europei dall'effetto protettivo svolto dalle politiche attive di integrazione.

L'esito della gravidanza, la nati-mortalità, la mortalità neonatale, perinatale e post-neonatale, le condizioni del neonato rappresentano indici importanti per valutare lo stato dell'assistenza socio-sanitaria nel settore materno infantile e, più in generale, le politiche di welfare. Questi indicatori infatti sono in relazione alle condizioni socio-economiche generali di un paese e alle politiche di inclusione delle persone in condizioni di deprivazione socio-economiche (30 - 42).

L'analisi dei ricoveri ospedalieri nelle varie Regioni ed in Italia mostra che la maggior parte dei ricoveri della popolazione immigrata residente è a carico delle donne; infatti 6-7 ricoveri su 10 sono a carico del genere femminile (vedi anche Paragrafo 7.2.1) (fig. 14) **(indicatore 12)**.

Fig. 14

Proporzione di ricoveri delle donne PSA e PFPM regolari sul totale dei ricoveri. Anno 2006



Fonte: Data base SDO Regioni e *Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2006 (elaborazioni Age.nas)

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 12

Nome: n.e proporzione dei ricoveri totali delle donne residenti, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. di ricoveri delle donne PSA e PFPM regolari, residenti nella Regione / n. totale ricoveri dei PSA e PFPM regolari, residenti nella Regione * 100 (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della domanda")

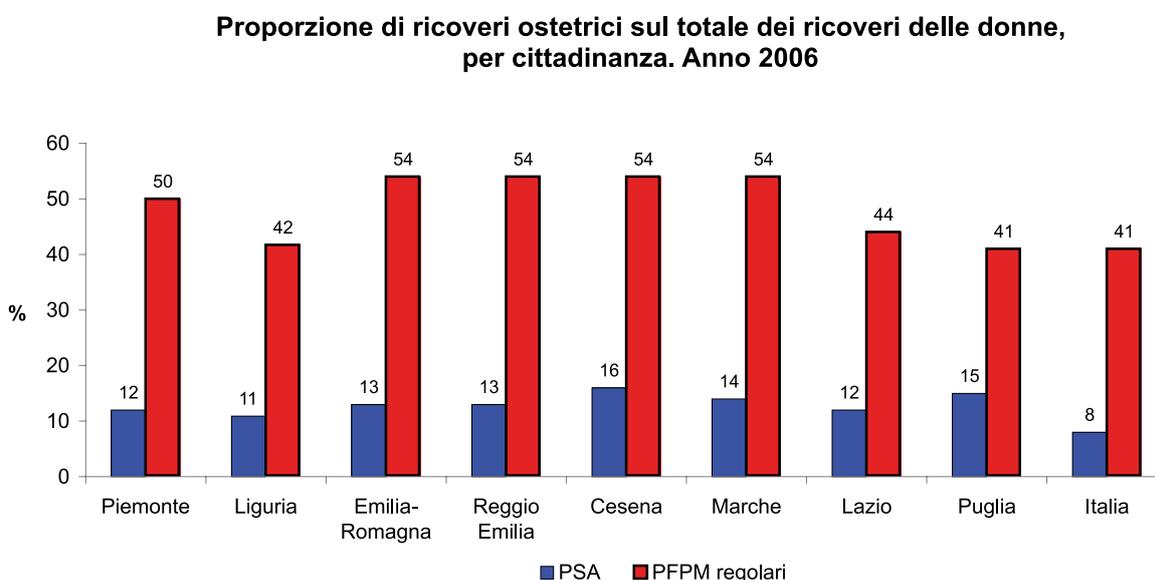
Significato: descrive la proporzione dei ricoveri femminili e, quindi una stima della domanda di salute femminile, nelle due popolazioni

Validità e limiti: è utile per orientare l'offerta dei servizi. L'indicatore sottostima i ricoveri femminili delle PFPM in quanto dall'analisi della domanda delle residenti si escludono le STP. Per queste può essere fatto un focus utilizzando il data base SDO "analisi dell'offerta" (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO)

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

I principali motivi di ricovero delle donne PFPM regolari, a differenza delle donne PSA, sono dovuti a cause ostetriche (fig. 15); ciò è attribuibile al fatto che la popolazione femminile immigrata è più giovane della popolazione femminile PSA (**indicatore 13**).

Fig. 15



Fonte: Data base SDO Regioni anno 2006 e *Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2005 (elaborazioni Age.nas)

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 13

Nome: n. e proporzione dei ricoveri ostetrici delle donne residenti, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. dei ricoveri ostetrici (DRG 370 – 384) delle donne PSA e PFM regolari, residenti nella Regione / n. totale dei ricoveri delle donne PSA e PFM regolari residenti 100

(vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della domanda")

Significato: descrive la proporzione dei ricoveri ostetrici sul totale dei ricoveri femminili e consente il confronto tra le due popolazioni PSA e PFPM regolari

Validità e limiti: è utile per orientare l'offerta dei servizi. L'indicatore sottostima i ricoveri ostetrici delle PFPM in quanto analizzando l'analisi della domanda delle PFPM regolari si escludono le STP. Per queste può essere fatto un focus utilizzando il data base SDO "analisi dell'offerta" (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO)

Variabili di classificazione: classi di età

Nelle donne PSA circa la metà dei ricoveri ostetrici è legata ai parti; tale proporzione diminuisce nelle PFPM regolari e ancor più nelle STP; per queste ultime infatti i parti rappresentano il 20% dei ricoveri ostetrici. Viceversa la proporzione dei ricoveri per IVG è superiore nelle donne immigrate rispetto alle PSA: circa doppia nelle PFPM regolari e tripla nelle STP (tab. 10) (**indicatore 14**).

Tab. 10 Numero e proporzione dei ricoveri ostetrici per causa delle donne in età fertile (età 15-49), per cittadinanza. Italia, anno 2006

Cause di ricovero	PSA		PFPM regolari		STP	
	n.	%	n.	%	n.	%
Parti	480.968	49	67.718	40	8.014	20
IVG	98.006	10	29.487	18	11.436	29
AS	76.583	8	11.097	7	2.593	7
Altro	326.776	33	60.150	36	17.721	45
Tot. cause ostetriche	982.333	100	168.452	100	39.764	100

Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anno 2006 (elaborazioni Age.nas)

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

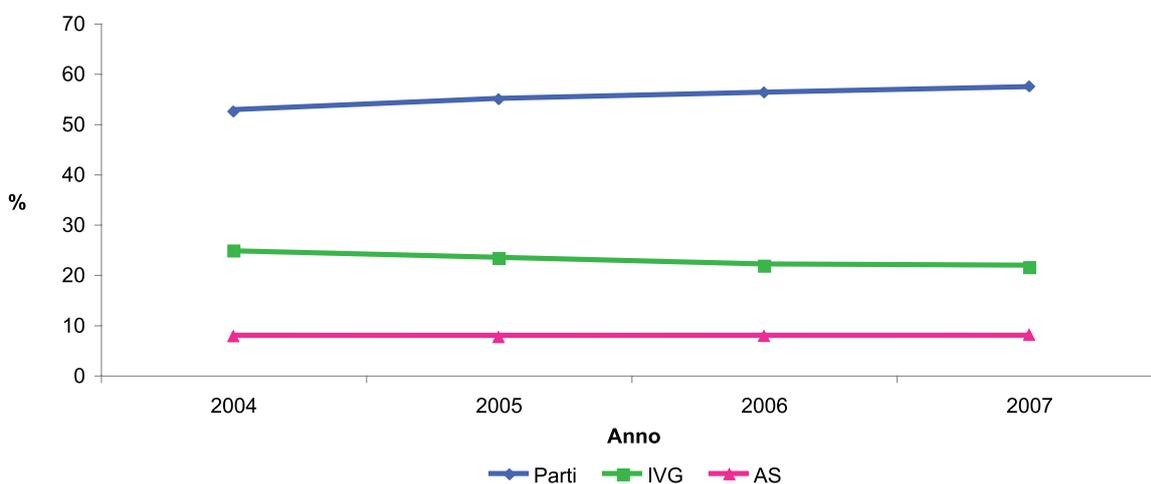
PFPM regolari = immigrati regolari

STP = immigrati clandestini/irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti)

Nel triennio 2004 - 2007 l'andamento dei ricoveri ostetrici per causa delle PFPM regolari residenti è sostanzialmente stabile (**indicatore 14**). Nella figura 16 è riportato l'esempio della Regione Emilia-Romagna.

Fig. 16

Proporzione di ricoveri ostetrici per causa delle donne PFPM regolari, in età fertile. Regione Emilia-Romagna, anni 2004 - 2007



Fonte: Data base SDO, Regione Emilia-Romagna, anni 2004-2007

Nota:

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 14

Nome: n. e proporzione dei ricoveri ostetrici in età fertile per causa, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. dei ricoveri ostetrici (DRG 370 – 384) delle donne PSA, PFPM regolari residenti nella Regione e STP in età fertile (età 15-49) per causa (parto DRG 370-375, IVG ICD9 635 e AS ICD9 632 e 634.0-634.92) / n. totale ricoveri ostetrici (DRG 370-384) delle PSA e PFPM regolari, residenti e delle STP * 100 (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, “analisi della domanda” per le PSA e le PFPM regolari, “analisi dell’offerta” per le STP)

Significato: esprime la distribuzione delle principali cause ostetriche di ricovero delle donne in età fertile nelle popolazioni in esame. È utile per comprendere i principali problemi di salute delle varie popolazioni ed orientare gli interventi di promozione della salute e l’offerta dei servizi. Consente, inoltre, di seguire l’andamento del fenomeno nel tempo

Validità e limiti: i ricoveri ostetrici delle STP, soprattutto quelli relativi ai parti, potrebbero essere sottostimati in quanto durante la gravidanza le donne STP possono avere il permesso di soggiorno e quindi diventare PFPM regolari

Variabili di classificazione: classi di età

Parti e Gravidanze

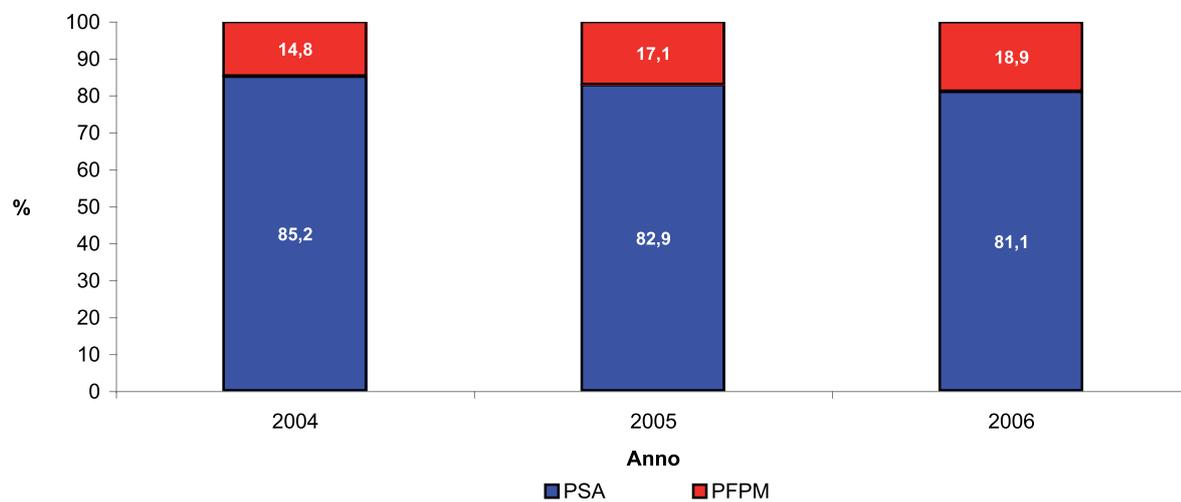
In questi anni, in Italia, si è assistito ad un progressivo aumento della popolazione immigrata femminile - tanto che nel 2008, per la prima volta, la proporzione di donne supera quella degli uomini – con una forte tendenza all’inserimento stabile. Si tratta di donne giovani ed il loro accesso ai servizi è strettamente connesso alla salute sessuale e riproduttiva.

Nel 2006, i parti delle donne immigrate rappresentano in Italia il 15% di tutti i parti; in Piemonte sono il 19% (fig. 17), in Liguria il 15%, nella Provincia di Reggio Emilia il 23%, nella AUSL di Cesena il 20%, in Emilia-Romagna il 24%, nelle Marche il 15%, in Lazio il 14%. Tale proporzione è in costante aumento (**indicatore 15**).

Come evidenziato nella figura 18 che riporta l’esempio della Regione Piemonte, l’età del parto delle donne immigrate è inferiore a quella delle PSA (25-29 anni verso 30-34); ciò a causa della differente distribuzione dell’età e del differente comportamento riproduttivo delle due popolazioni (**indicatore 15**).

Fig. 17

**Proporzione di parti per cittadinanza.
Regione Piemonte, anni 2004 - 2006**



Fonte: Data base SDO, Regione Piemonte, anni 2004-2007

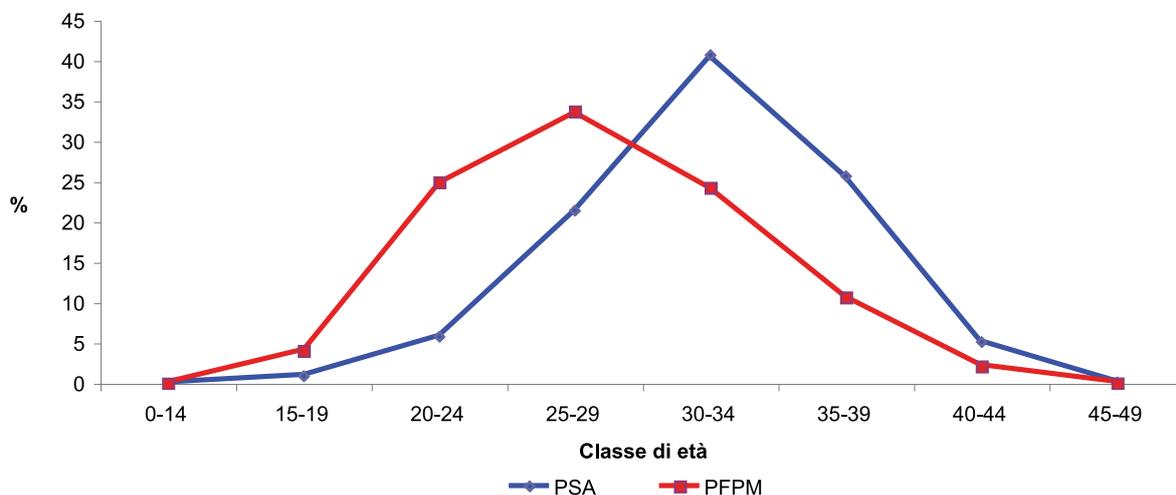
Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrati

Fig. 18

**Distribuzione dei parti per classe di età e cittadinanza.
Regione Piemonte, anno 2006**



Fonte: Data base SDO, Regione Piemonte, anno 2006

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrati

Indicatore 15

Nome: n. e proporzione dei parti, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: $n. \text{ parti DRG (DRG 370-375) delle donne PSA e PFPM effettuati nella Regione} / n. \text{ totale parti (DRG 370-375)} * 100$ (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della offerta")

Significato: esprime la proporzione di parti delle PFPM effettuati nella Regione rispetto al totale dei parti, consentendo di stimare quantitativamente il fenomeno del parto nelle donne immigrate e più in generale una proxy della domanda di assistenza delle donne immigrate non solo in ospedale, al momento del parto, ma anche durante la gravidanza e nel puerperio ai fini di un'adeguata organizzazione dei servizi

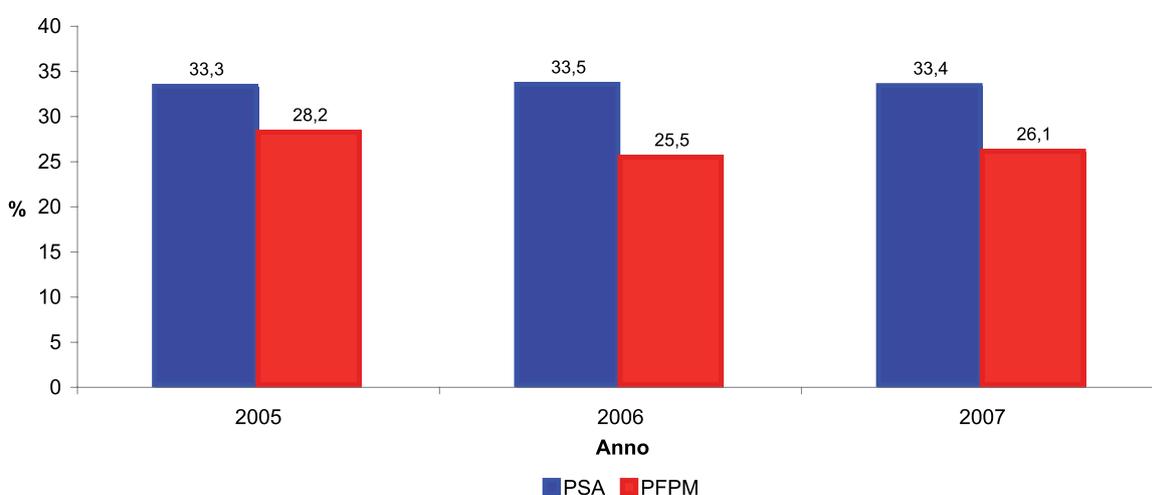
Validità e limiti: l'indicatore può essere misurato anche in gruppi di donne di differenti provenienze per meglio comprendere caratteristiche specifiche delle donne presenti nel territorio regionale.

Variabili di classificazione: classi di età

Per quanto riguarda la modalità del parto, tra le donne immigrate si ha una proporzione di parti cesarei inferiore rispetto alle PSA (**indicatore 16**); la figura 19 riporta l'esempio della Provincia di Reggio Emilia. Il minor ricorso al parto cesareo può essere spiegato con la minore età media al momento del parto ed anche considerando che fattori identitari e culturali possono costituire una sorta di protezione contro la forte medicalizzazione del parto presente in Italia; questa ipotesi sarebbe confermata nella AUSL di Reggio Emilia in cui si è visto che correggendo per il parametro età, il rischio di parto cesareo nelle PFPM resta significativamente inferiore alle PSA.

Fig. 19

**Proporzione di parti con taglio cesareo, per cittadinanza.
Provincia Reggio Emilia, anni 2005-2007.**



Fonte: Data base SDO, Provincia di Reggio Emilia, anni 2005-2007

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrati

Indicatore 16

Nome: n. e proporzione dei parti cesarei, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. parti cesarei (DRG 370-371) delle donne PSA e PFPM effettuati nella Regione / n. totale parti (DRG 370-375) * 100 (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della offerta")

Significato: esprime la proporzione di parti con taglio cesareo effettuati nella Regione nei due gruppi di popolazione, PSA e PFPM

Validità e limiti: consente di stimare il fenomeno del parto con taglio cesareo nelle donne immigrate e di fare il confronto con le PSA

Variabili di classificazione: classi di età

Assistenza in gravidanza

Come già evidenziato, esistono a tutt'oggi tra i vari gruppi di popolazione importanti diseguaglianze nel percorso nascita (30-42); la conoscenza di queste diseguaglianze è di fondamentale importanza per poter realizzare interventi specifici a favore dei gruppi più svantaggiati. Il Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) contiene informazioni preziose, non rilevabili con le SDO, attraverso cui valutare l'accesso alle cure pre-natali, la qualità dell'assistenza ricevuta dalle donne durante la gravidanza e le condizioni del neonato in relazione ai fattori socio-demografici.

La scheda CeDAP viene compilata per ogni parto nel punto nascita. In Italia, (anno 2005), il CeDAP è compilato nel 92,2% dei parti, con una certa variabilità tra le Regioni⁴³.

Nell'anno 2006, ad esempio, nella Regione Emilia-Romagna, il confronto tra il numero di schede CeDAP ed il numero di parti rilevati attraverso le SDO è del 98,8%.

Nella tabella 11, che si riferisce ai dati dell'Emilia-Romagna, sono riportate alcune informazioni che possono essere ricavate dall'analisi dei CeDAP relativamente ai differenti gruppi di popolazione (**indicatore 17**).

Il confronto tra le donne PSA, PFPM regolari ed STP mostra che l'età al momento del parto decresce costantemente dalle PSA alle PFPM regolari alle STP, mentre cresce la quota di donne con bassa scolarità. La frequenza di donne coniugate è massima tra le immigrate residenti e minima tra le donne STP.

Tutti gli indicatori di buona performance assistenziale (n. visite, età gestazionale alla prima visita, n. ecografie, indagini invasive pre-parto) danno risultati peggiori per le STP ed intermedi per le PFPM regolari, rivelando, per le immigrate, problemi di accesso alle cure. La struttura assistenziale di riferimento è in larga misura il consultorio pubblico per le immigrate e quella privata per le italiane.

Infine, come già riscontrato dall'analisi delle SDO, la frequenza di parto cesareo è maggiore tra le PSA rispetto alle immigrate, particolarmente rispetto alle STP.

43 Fonte: Ministero della Salute. CeDAP, Analisi dell'evento nascita, anno 2005.

**Tab. 11 Gravidanze, parti e nascite nelle donne PSA, PFPM regolari e STP.
Regione Emilia-Romagna, anno 2006**

Indicatori		PSA	PFPM regolari	STP
n. parti		30.237	7.815	915
Età media		32,3	28,3	25,9
% licenza elem. o meno		1,0	10,0	12,5
% stato civile	coniugate	66,9	78,6	58,4
	nubili	25,6	14,8	32,9
% con meno di 4 visite in gravidanza		2,8	10,5	22,4
% età gestaz. 1a visita > 12 sett.		9,5	27,4	33,6
% indagini prenatali invasive	almeno 1 < 35 anni	21,5	3,5	3,4
	almeno 1 >= 35 anni	62,3	22,1	10,6
% struttura utilizzata	privata	78,3	19,2	15,6
	consultorio	16,8	65,5	67,2
	ospedale	4,4	14,0	10,5
	nessuna	0,5	1,3	6,7
% parti con taglio cesareo		31,0	26,2	21,1

Fonte: Banca dati CeDAP SISEPS Regione Emilia-Romagna, anno 2006 (% copertura SDO/CeDAP: 98,8%)

Elaborazioni: ASR Emilia-Romagna e Unità di epidemiologia AUSL Reggio Emilia

Nota:

PSA = italiane + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrate regolari

STP = immigrate clandestine/irregolari

Indicatore 17 (gruppo di indicatori relativi all'assistenza in gravidanza)

Gli indicatori scelti sono universalmente condivisi dalla letteratura scientifica specifica e seguono le indicazioni OMS (43, 44).

Nome: assistenza in gravidanza, per cittadinanza

17a. numero assoluto dei parti avvenuti in Regione

17b. età media delle madri al parto

17c. scolarità media: proporzione madri con titolo di studio pari alla licenza media (inferiore o superiore)

17d. scolarità bassa: proporzione madri con titolo di studio pari o inferiore alla licenza elementare

17e. stato civile: proporzione madri coniugate, madri nubili

17f. numero di visite insufficiente: proporzione madri che hanno effettuato meno di 4 visite in gravidanza

17g. prima visita tardiva: proporzione madri che hanno effettuato la 1° visita dopo le 12 settimane di età gestazionale

17h. numero insufficiente di ecografie effettuate in gravidanza: proporzione madri che hanno effettuato meno di 3 ecografie in gravidanza

17i. indagini prenatali invasive: proporzione di madri che hanno effettuato almeno un esame invasivo (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/funicolocentesi)

17k. struttura utilizzata: distribuzione di frequenza del tipo di struttura (privata, consultorio, ospedale, nessuna) prevalentemente utilizzata in gravidanza dalle madri

17l. ricorso al taglio cesareo: proporzione di parti con taglio cesareo.

Fonte: data base CeDAP

Metodo di calcolo per gli indicatori: frequenze relative tra le madri e tra i parti, per cittadinanza.

Significato: gli indicatori selezionati rappresentano alcuni aspetti salienti dell'assistenza fruita durante la gravidanza e il parto dalle donne PSA, PFPM regolari ed STP, rispetto al totale delle donne che hanno effettuato un parto nella Regione, nell'anno in esame. Le caratteristiche individuate e i relativi *cut-point* sono solitamente usati in rapporti sull'assistenza al parto (es. della Regione Emilia-Romagna) e consentono di individuare differenze nel ricorso all'assistenza medica durante la gravidanza e il parto.

Validità e limiti: fornisce un'indicazione sull'entità degli aspetti rilevanti dell'assistenza in gravidanza nei vari gruppi di popolazione. Le STP sono sottostimate in quanto durante la gravidanza possono avere il permesso di soggiorno e quindi diventare PFPM regolari

Variabili di classificazione: classi di età (per le indagini invasive; meno di 35 anni e ≥ 35)

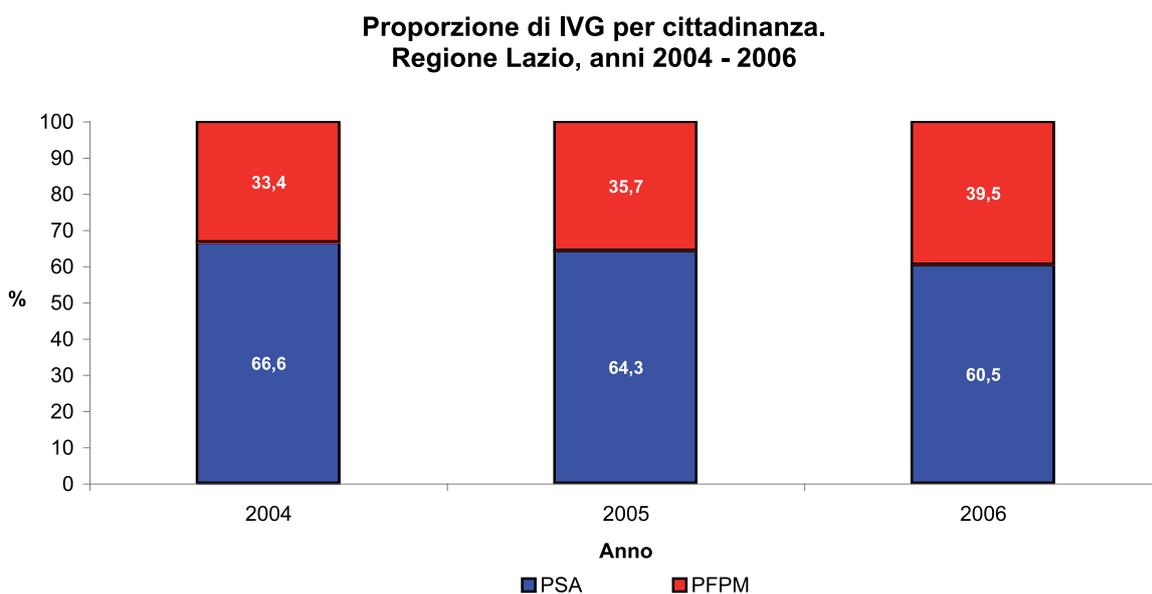
Gravidanze interrotte

Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)

Per le donne immigrate spesso le problematiche legate alla migrazione e le condizioni socio-economiche si ripercuotono sulla maternità, sviluppando un rapporto con questa problematico e conflittuale. In molti casi, ad esempio, vi può essere la paura di perdere il lavoro e quindi il permesso di soggiorno. Tra le immigrate, inoltre, in modo differente a seconda della cultura e dei sistemi di pianificazione familiare presenti nei vari paesi d'origine, sembra esserci una minore consapevolezza nella gestione della salute riproduttiva ed un minor uso dei contraccettivi. Da qui il frequente ricorso all'aborto, conseguenza della difficoltà a gestire la propria sessualità e capacità riproduttiva, (31, 36, 40).

Il ricorso alla interruzione volontaria di gravidanza è, come noto, assai elevato tra le donne immigrate. In Italia (anno 2006) il 31% delle IVG effettuate sono a carico delle immigrate e l'andamento nel tempo di tale proporzione è in aumento in tutte le Regioni, anche a causa dell'incremento della popolazione immigrata femminile. Tra le italiane, invece, si evidenzia una tendenza al costante decremento. A titolo esemplificativo nella figura 20 è illustrata la proporzione di IVG a carico delle immigrate nella Regione Lazio, negli anni 2004 - 2006 (**indicatore 18**).

Fig. 20



Fonte: Data base SDO, Regione Lazio, anni 20004-2006

Nota:

PSA = italiane + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrate

Indicatore 18

Nome: n. e proporzione di ricoveri per IVG in età fertile, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. ricoveri per IVG (ICD9 635) delle donne PSA e PFPM in età fertile (15 – 49) / n. totale ricoveri per IVG delle donne in età fertile

(vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi dell'offerta")

Significato: esprime la proporzione delle IVG delle donne immigrate rispetto al totale delle IVG effettuate nella Regione

Validità e limiti: fornisce un'indicazione sull'entità del fenomeno IVG nei vari gruppi di popolazione

Si segnala che andrebbe verificata la coerenza tra SDO e flusso IVG dal momento che interrogando le due banche dati si potrebbero ottenere risultati discordanti (vedi Paragrafo 6.2, Flusso IVG)

Variabili di classificazione: classi di età

Nell'anno 2006, nelle varie Regioni ed anche a livello nazionale si rileva che la proporzione di gravidanze che esitano in IVG nelle immigrate è costantemente superiore a quella delle PSA.

Complessivamente tale proporzione nelle immigrate è circa il doppio: 33% vs 17% in Piemonte, 30% vs 16% in Liguria, 27% vs 16% in Emilia-Romagna, 23% vs 16% nella Provincia di Reggio Emilia, 21% vs 8% nella AUSL di Cesena, 23% vs 12% nelle Marche, 40% vs 15% nel Lazio, 28% vs 20% in Puglia.

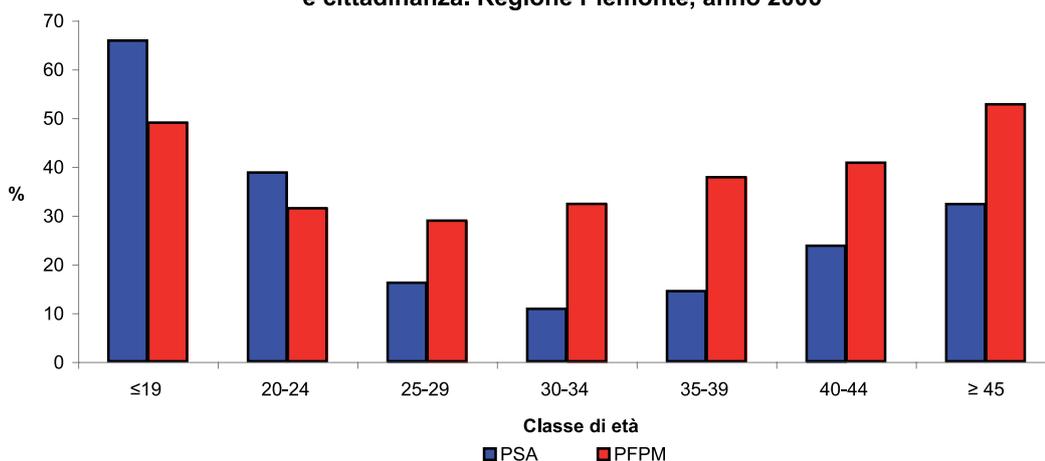
Le differenze tra i due gruppi di donne sono più marcate dai 25 anni in poi (**indicatore 19**).

Nella figura 21 è riportato l'esempio della Regione Piemonte.

La proporzione di gravidanze che esitano in IVG, notevolmente superiore nelle immigrate può essere spiegata da diversi fattori, quali l'instabilità delle condizioni socio-economiche e familiari, lo scarso utilizzo della contraccezione ed anche la prostituzione, il più delle volte praticata in condizioni di schiavitù, particolarmente per le STP.

Fig. 21

Proporzione di gravidanze che esitano in IVG, per classe di età e cittadinanza. Regione Piemonte, anno 2006



Fonte: Data base SDO, Regione Piemonte, anno 2006

Nota:

PSA = italiane + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrate

Indicatore 19

Nome: proporzione di gravidanze che esitano in IVG, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. ricoveri per IVG (ICD9 635) / n. totale ricoveri per gravidanze note (parti DRG 370-375 + IVG ICD9 635 + AS ICD9 632 + ICD9 634.0-634.92) * 100 per classi di età (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi dell'offerta")

Significato: esprime la proporzione di gravidanze che esitano in IVG nei due gruppi di popolazione.

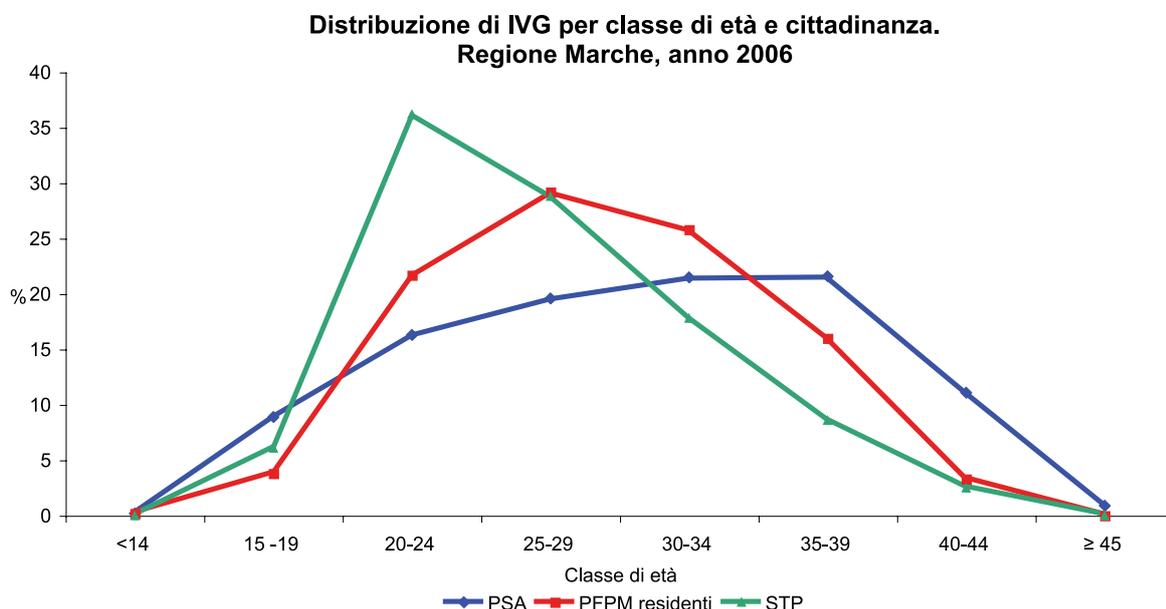
Validità e limiti: fornisce un'indicazione sull'entità e sulle caratteristiche del fenomeno IVG nei vari gruppi di popolazione

Si segnala che andrebbe verificata la coerenza tra flusso SDO e flusso IVG, dal momento che interrogando le due banche dati si potrebbero ottenere risultati discordanti (vedi Paragrafo 6.2, Flusso IVG)

Variabili di classificazione: classi di età

L'età a cui si fa ricorso all'IVG è inferiore nelle donne immigrate, specialmente nelle STP come mostrato nella figura 22 che fa riferimento alla Regione Marche (**indicatore 20**). Da segnalare che le STP, particolarmente svantaggiate sul piano socio-economico, sono spesso trafficate e obbligate alla prostituzione e, di conseguenza il fenomeno dell'interruzione di gravidanza è più accentuato.

Fig. 22



Fonte: Data base SDO anno 2006, Regione Marche

Nota:

PSA = italiane + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrate

STP = immigrate clandestine/irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti)

Indicatore 20

Nome: distribuzione di IVG per classi di età e cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. IVG (ICD9 635) delle donne PSA, PFPM e STP effettuate nella Regione per classi di età / n. totale IVG (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della offerta")

Significato: descrive le età in cui più frequentemente si ricorre all'IVG nei diversi gruppi di popolazione.

Validità e limiti: fornisce un'indicazione sulle caratteristiche del fenomeno IVG in relazione all'età nei vari gruppi di popolazione. L'indicatore può essere misurato anche in gruppi di donne di differenti provenienze per meglio comprendere caratteristiche specifiche delle donne presenti nel territorio regionale.

Variabili di classificazione: classi di età

L'abortività volontaria costituisce un fenomeno sociale molto importante che è stato possibile monitorare, fin dagli anni di approvazione della Legge 194/78, mediante la rilevazione condotta dall'Istat. Solo negli anni più recenti, importanti informazioni sul fenomeno sono ricavabili anche dall'analisi delle SDO che risultano avere un maggior grado di completezza, ma mancano di una serie di informazioni socio-demografiche e relative alla storia riproduttiva della donna, contenute invece nelle schede Istat. Pertanto dal flusso Istat è possibile valutare meglio alcuni aspetti qualitativi del fenomeno ed analizzare in maniera più approfondita le differenze tra le donne PSA e PFPM.

La fonte Istat evidenzia che nell'anno 2006 quasi il 30% delle IVG⁴⁴ è effettuato da donne PFPM (tab. 12). L'età media è simile tra le donne PSA (circa 30 anni) e le PFPM regolari (circa 29 anni), mentre è inferiore per le STP (27,7); tuttavia le IVG delle minorenni sono più frequenti tra le PSA.

La maggior parte delle donne immigrate che ricorre all'IVG ha una scolarità media.

Per quanto riguarda lo stato civile, le donne PFPM regolari sono più frequentemente coniugate (53,3%), mentre tra le STP prevalgono le IVG effettuate da donne nubili (52,6%).

La maggior prevalenza di IVG si verifica tra le donne non occupate, specialmente tra le STP;

le non occupate rappresentano infatti circa il 52% tra le PSA, il 55% tra le PFPM regolari ed il 64% tra le STP.

Tra le immigrate la proporzione di donne che hanno avuto delle IVG precedenti è molto superiore rispetto alle PSA: una su quattro ne ha avuta almeno una precedente, mentre il 14% delle PFPM regolari e il 18% delle STP ne ha avute due o più.

La quasi totalità delle donne effettua l'IVG entro i primi 90 giorni di gestazione, ma il tempo di attesa tra l'autorizzazione all'IVG e l'effettuazione dell'intervento è generalmente più lungo per le donne immigrate, indicando un problema di accessibilità ai servizi. Il 47-48% delle donne immigrate attende più di 14 giorni, rispetto al 40% delle PSA.

Molto diversa risulta anche la distribuzione secondo la struttura che ha rilasciato l'autorizzazione all'IVG. I consultori risultano avere un ruolo molto importante tra le donne immigrate, in quanto sono essi a rilasciare l'autorizzazione nella maggior parte dei casi, mentre è meno frequente il rilascio da parte del medico o del servizio ostetrico-ginecologico (**indicatore 21**).

44 Tale proporzione è del 31% secondo la fonte SDO

**Tab.12 Interruzioni volontarie di gravidanza (IVG) nelle donne PSA, PFPM ed STP.
Italia, anno 2006⁴⁵**

Indicatori	PSA	PFPM regolari	STP
n. IVG (a)	88.076	29.577	7.065
% sul totale IVG (b)	70	23,5	5,6
Età media	30,0	29,2	27,7
%IVG <18 anni	3,8	1,4	1,6
%scolarità alta (c)	7,4	5,3	4,3
%scolarità media (c)	88,6	81,5	79,9
%scolarità bassa (c)	4,0	13,3	15,8
%stato civile nubili	49,0	40,6	52,6
%stato civile coniugate	43,7	53,3	41,3
% altro stato civile (d)	7,3	6,1	6,1
% occupate	47,9	45,2	36,0
% non occupate	52,2	54,8	64,0
% 0 IVG precedenti	78,5	62,5	57,4
% 1 IVG precedenti	16,1	24,6	24,6
% 2+ IVG precedenti	5,4	14,2	18,0
% età gestazionale <90gg	96,9	98,7	99,2
% età gestazionale 90+ gg	3,1	1,3	0,8
%tempo attesa <14 gg	59,8	53,2	52,3
%tempo attesa 14+ gg	40,2	46,9	47,7
%certificazione consultorio	30,6	51,7	51,9
%certificazione medico	32,4	18,9	13,4
%certificazione servizio ostetrico.gin.	35,1	27,2	31,3
%certificazione altra struttura socio-san.	1,9	2,2	3,4
%certificazione mancante per pericolo di vita	0,01	0,01	0,02

Fonte: Istat, Interruzioni Volontarie di Gravidanza

(a) Dati incompleti per Friuli-Venezia Giulia, Campania e Sicilia.

(b) La somma delle percentuali non è pari a 100 in quanto ci sono IVG per cui non è stata indicata la cittadinanza.

(c) bassa = nessun titolo o licenza elementare; media = licenza media inferiore o superiore; alta = laurea o superiore

(d) separate, divorziate, vedove.

45 A cura di Marzia Loghi, Istat

Indicatore 21 (gruppo di indicatori relativi all'IVG)

Gli indicatori scelti sono universalmente condivisi dalla letteratura scientifica specifica (45, 46).

Nome: fenomeno IVG, per cittadinanza

- 21a.** numero assoluto di IVG per cittadinanza avvenuti in Regione
- 21b.** proporzione IVG su totale IVG
- 21c.** età media
- 21d.** proporzione di donne con età < 18 anni
- 21e.** scolarità alta: proporzione donne con titolo di studio pari alla laurea o superiore
- 21f.** scolarità media: proporzione donne con titolo di studio pari alla licenza media (inferiore o superiore)
- 21g.** scolarità bassa: proporzione donne con titolo di studio pari o inferiore alla licenza elementare
- 21h.** stato civile: proporzione donne coniugate e nubili
- 21i.** occupazione: proporzione donne occupate e non occupate
- 21k.** proporzione di donne senza precedente IVG, con 1, con 2+ IVG precedenti
- 21l.** proporzione donne con età gestazionale al momento dell'IVG < 90, 90+ giorni
- 21m.** proporzione donne con tempo di attesa per l'IVG <14, 14+ giorni
- 21n.** proporzione donne con certificazione per IVG presso il consultorio, il medico, il servizio ostetrico, strutt. socio-sanitaria, certificaz. mancante per pericolo di vita

Fonte: data base Schede IVG - Istat

Metodo di calcolo per gli indicatori: frequenze relative tra le donne per cittadinanza.

Significato: gli indicatori selezionati rappresentano alcuni aspetti salienti del fenomeno IVG nei vari gruppi di donne, PSA, PFPM regolari ed STP in relazione alle condizioni socio-anagrafiche.

Le caratteristiche individuate e i relativi *cut-point* sono solitamente usati nei rapporti sull'IVG e consentono di individuare differenze nel ricorso all'aborto.

Validità e limiti: fornisce un'indicazione sull'entità degli aspetti socio-demografici rilevanti dell'IVG nei vari gruppi di popolazione. Andrebbe verificata la qualità della compilazione del campo cittadinanza

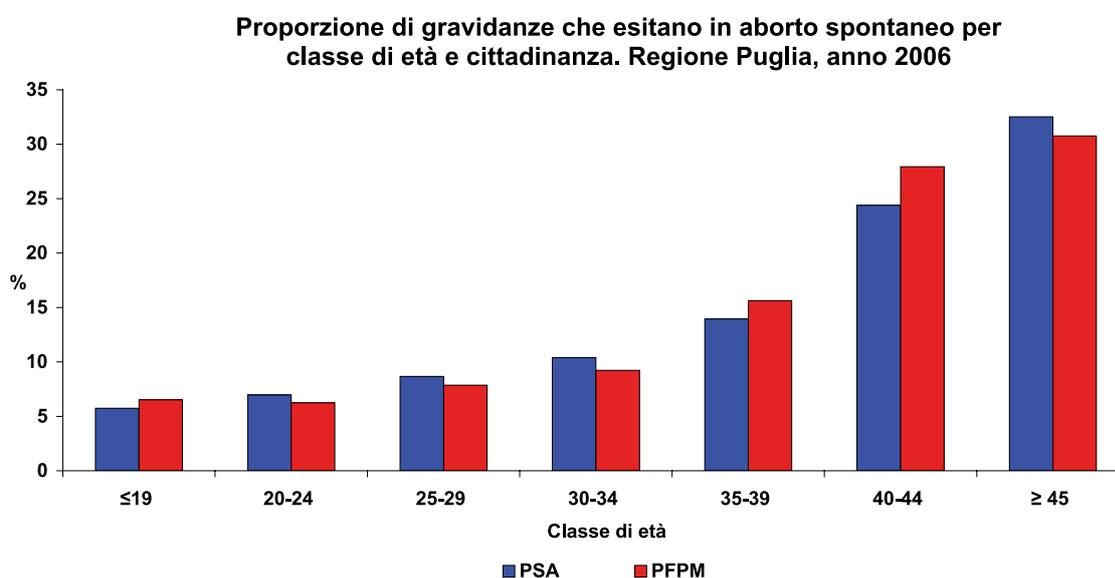
Variabili di classificazione: cittadinanza

Aborto spontaneo (AS)

Gli ambienti di vita e di lavoro possono assumere un ruolo importante come fattore di rischio per la salute riproduttiva. In particolare alcuni studi hanno messo in relazione l'abortività spontanea con l'esposizione a fattori chimici e fisici presenti nell'ambiente di lavoro e a stili/condizioni di vita insalubri (47, 48). Si è pertanto cercato di analizzare tale evento nelle diverse popolazioni.

Nelle varie Regioni ed in Italia l'aborto spontaneo non sembra costituire un problema quantitativamente rilevante tra le donne immigrate: esso infatti appare molto simile tra le immigrate e le PSA, come illustrato nella figura 23, che riporta l'esempio della Puglia (**indicatore 22**).

Fig. 23



Fonte: Data base SDO, Regione Puglia, anno 2006

Nota:

PSA = italiane + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrate

Indicatore 22

Nome: proporzione di gravidanze che esitano in aborto spontaneo (AS), per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. ricoveri per AS (ICD9 632 + ICD9 634.0-634.92) / n. totale ricoveri per gravidanze note (parti DRG 370-375 + IVG ICD9 635 + AS ICD9 632 + ICD9 634.0-634.92) * 100 per classi di età

(vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi dell'offerta")

Significato: esprime la proporzione di gravidanze che esitano in AS nei due gruppi di popolazione.

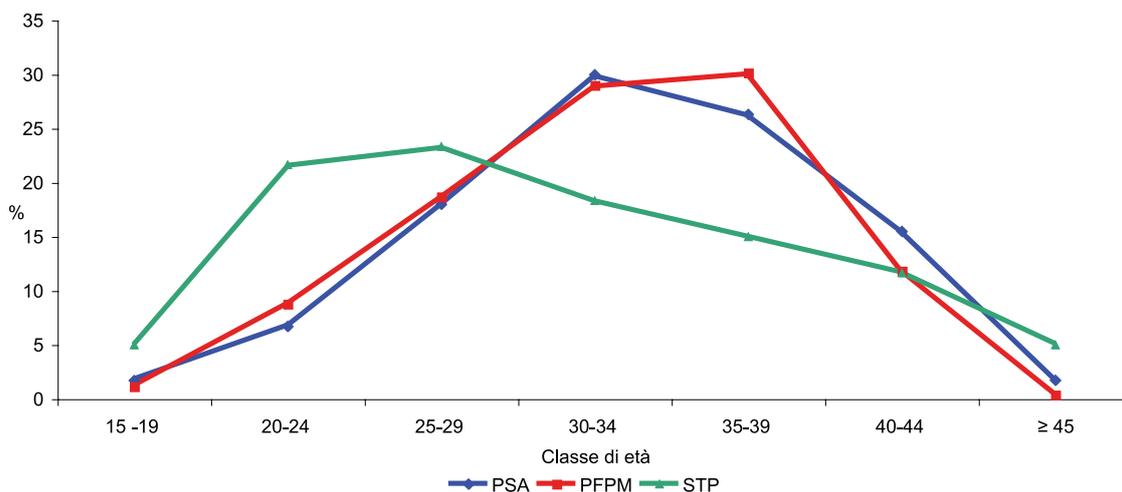
Validità e limiti: fornisce un'indicazione sull'entità e sulle caratteristiche del fenomeno AS nei vari gruppi di popolazione;

va tenuto presente che la coerenza tra flusso SDO e flusso AS è critica, dal momento che interrogando le due banche dati si ottengono risultati discordanti (vedi Paragrafo 6.2, Flusso AS)

Variabili di classificazione: classi di età

Se si considera l'età si evidenzia che mentre per le donne PSA il picco massimo in cui si verifica l'aborto spontaneo è dopo i 35 anni, per le immigrate l'età si abbassa, con un picco intorno ai 25-29 anni per le PFPM e ai 20-24 anni per le STP (fig. 24) (**indicatore 23**). Ciò suggerisce che le condizioni di esclusione sociale conseguenti alla condizione di clandestinità possono costituire un fattore di rischio per la maternità, soprattutto per le più giovani. Non si può escludere inoltre che, specialmente nelle giovani irregolari, gli aborti spontanei siano in realtà aborti autoindotti. Le caratteristiche del fenomeno andrebbero pertanto sorvegliate.

Fig. 24 Distribuzione dell'aborto spontaneo per classe di età e cittadinanza. Regione Puglia, anno 2006



Fonte: Data base SDO, Regione Puglia, anno 2006

Nota:

PSA = italiane + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrate

STP = immigrate clandestine/irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti)

Indicatore 23

Nome: distribuzione di aborti spontanei (AS) per classi di età e cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. ricoveri per AS (ICD9 632 + ICD9 634.0-634.92) delle donne PSA, PFPM e STP effettuati nella Regione per classi di età / n. totale AS (vedi Paragrafo 7.2.1, Metodo di calcolo per gli indicatori SDO, "analisi della offerta")

Significato: descrive le età in cui più frequentemente si verifica l'AS nei diversi gruppi di popolazione.

Validità e limiti: fornisce un'indicazione sulle caratteristiche del fenomeno dell'aborto spontaneo in relazione all'età nei vari gruppi di popolazione. L'indicatore può essere misurato anche in gruppi di donne di differenti provenienze per meglio comprendere caratteristiche specifiche delle donne presenti nel territorio regionale.

Variabili di classificazione: classi di età

Condizioni del neonato

La mortalità e le condizioni neonatali oltre che da fattori socio-ambientali in senso lato, sono influenzate dalle condizioni socio-economiche della madre e dall'accesso alle cure prenatali (49, 50).

Gli indicatori utilizzati per descrivere le condizioni del neonato sono natimortalità, peso alla nascita, punteggio Apgar, desumibili dal CeDAP.

In Italia nell'anno 2005, dalla fonte CeDAP risulta un tasso di natimortalità di 2,8 per 1.000 nati con un range tra le varie Regioni che va da 6,2 a 1,6. Il dato è in linea con quello medio dell'Unione Europea che è stato stimato al 4,2 per 1.000 (anno 2001). I nati con peso inferiore ai 1.500 grammi sono l'1%, mentre quelli con peso inferiore ai 2.500 grammi sono il 5,8%. Il 99,3% dei nati ha riportato un punteggio Apgar da 7 a 10 e solamente nello 0,7% di casi l'indice è risultato depresso⁴⁶.

Nella tabella 13 sono riportati gli indicatori relativi alle condizioni neonatali della Regione Emilia-Romagna per l'anno 2006 (**indicatore 24**).

Tab. 13 Condizioni neonatali. Regione Emilia-Romagna, anno 2006

Indicatori		PSA	PFPM	STP
n. nati		30.709	7.911	922
% sottopeso (< 2.500)	< 1.500 g	1,2	1,2	1,8
	< 2.500 g	6,95	6,7	5,6
tasso natimortalità (x 1.000)		2,6	3,3	1,1
% Apgar* < 8 (a 5 min)		1,56	2,1	2,0
% necessità rianimazione		1,94	2,7	2,9

Fonte: Data base CeDAP Regione Emilia-Romagna, anno 2006

* Apgar: è un indice basato su cinque parametri (battito cardiaco, respirazione, tono muscolare, riflessi, colore della pelle) utilizzato per valutare la vitalità del neonato e l'efficienza delle funzioni vitali primarie. Il valore va da 0 a 10. Il valore normale è tra 8 e 10. Valori inferiori indicano vari gradi di sofferenza neonatale.

Nota:

PSA = italiane + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrati regolari

STP = immigrati clandestini/irregolari (Stranieri Temporaneamente Presenti)

Indicatore 24 (gruppo indicatori CeDAP)

Gli indicatori scelti sono universalmente condivisi dalla letteratura scientifica specifica (43).

Nome: condizioni del neonato, per cittadinanza

24a n. e proporzione di nati

24b. proporzione di nati sottopeso

24c. n. nati morti/(nati morti+nati vivi) * 1.000

24d. proporzione APGAR < 8

24e. proporzione di nati necessitanti di rianimazione

46 Fonte: Ministero della Salute, CeDAP. Analisi dell'evento nascita, anno 2005

Fonte: data base CeDAP

Metodo di calcolo: frequenze relative per cittadinanza.

Significato: descrive le condizioni neonatali nei gruppi di popolazione; queste informazioni sono utili al fine di migliorare l'offerta dell'assistenza ai gruppi più svantaggiati

Validità e limiti: ci può essere un sottostima degli STP, in quanto durante la gravidanza le donne STP possono avere il permesso di soggiorno e, quindi, essere comprese tra le PFPM regolari.

Variabili di classificazione: cittadinanza

I ricoveri ospedalieri nel primo anno di vita

I ricoveri dei neonati entro il primo anno di vita sono stati studiati separandoli in due gruppi: entro il primo mese e nei mesi successivi.

Nel primo mese infatti i ricoveri sono imputabili alle condizioni del bambino alla nascita, mentre nei mesi successivi divengono rilevanti le patologie intercorse nel frattempo.

Metodo di analisi per i ricoveri dei neonati nel primo anno di vita

1. Selezionare i ricoveri con età 0 - 365 giorni di vita e suddividerli in due gruppi:
 - 0 -28 giorni di vita: ricoveri nel primo mese di vita,
 - 29 -365: ricoveri dopo il primo mese di vita.
2. Togliere il DRG 391.
3. Definire le popolazioni utilizzando il campo "cittadinanza": PSA (italiani + assimilati) e PFPM (immigrati).

Con questo data base si possono valutare i ricoveri erogati dalle strutture della propria Regione ai PSA e ai PFPM (analisi dell'offerta).

4. Calcolare la distribuzione percentuale delle cause di ricovero secondo i grandi capitoli ICD-9-CM, nel primo mese di vita e dopo il primo mese per i due gruppi di popolazione.

Le cause più frequenti dei ricoveri del primo mese sono le "condizioni morbose di origine perinatale" - ICD9-CM 15 - (Italia 49%, Lazio 43%, Marche 50% di tutti i ricoveri del primo mese, anno 2006) e altre cause "fattori che influenzano lo stato di salute" V01- V82, che non rientrano nei 17 grandi capitoli (Italia 36%, Lazio 37%, Marche 30% di tutti i ricoveri del primo mese, anno 2006).

4. Calcolare la distribuzione percentuale delle diagnosi principali di questi due gruppi ICD9-CM 15 e altre cause "fattori che influenzano lo stato di salute" (V01 - V82) prendendo il codice V con le prime 3 cifre.

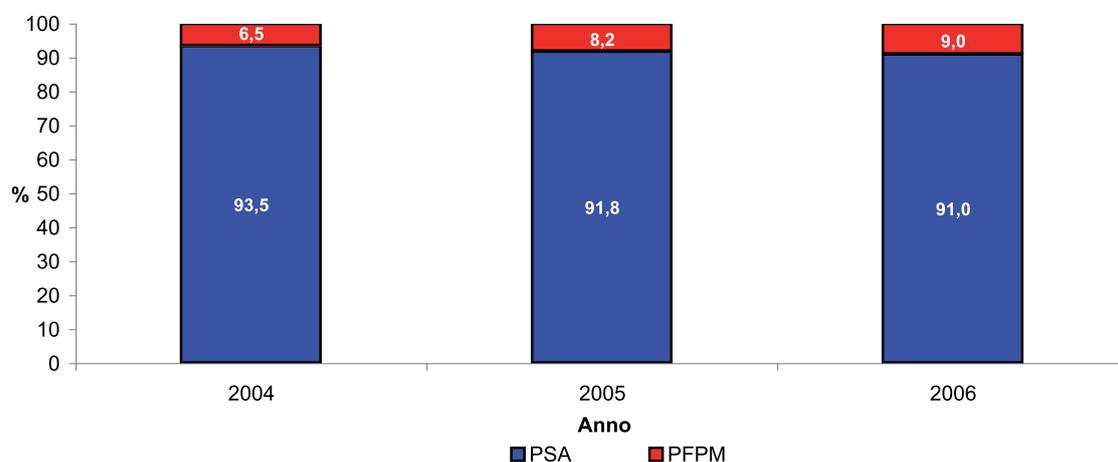
Quanti sono i ricoveri degli immigrati nel primo anno di vita?

A livello nazionale, nell'anno 2006, i ricoveri dei bambini PFPM al di sotto dell'anno di età sono 29.715, pari al 9% del totale dei ricoveri dei bambini nel primo anno di vita (7,4% nelle Marche, 10,4% nel Lazio) (fig. 25) (**indicatore 25**).

In Italia e nelle Regioni più della metà dei ricoveri nel primo anno di vita si concentra nel primo mese.

Fig. 25

Proporzione dei ricoveri dei neonati nel primo anno di vita, per cittadinanza. Italia, anni 2004 - 2006.



Fonte: Data base SDO Italia, Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali, anni 2004-2006 (elaborazioni Age.nas)

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrati

Indicatore 25

Nome: n.e proporzione dei ricoveri entro il primo anno di vita, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. ricoveri totali dei PSA e dei PFPM (età 0-365, 0-28, 29-365 giorni) erogati nelle strutture della Regione / totale ricoveri erogati (età 0-365, 0-28, 29-365 giorni) * 100 (vedi Paragrafo 7.2.2, Metodo di analisi per i ricoveri dei neonati nel primo anno di vita, "analisi dell'offerta")

Significato: esprime la proporzione di ricoveri delle due popolazioni erogati nella Regione e fornisce una proxy della domanda di salute attraverso la stima del consumo di ricoveri

Validità e limiti: l'indicatore può sottostimare i ricoveri dei PFPM in quanto, nelle SDO, vi può essere, soprattutto nel primo mese, un'erronea assegnazione della cittadinanza italiana a neonati figli di immigrati

Variabili di classificazione: classi di età

Quali sono i motivi di ricovero?

I ricoveri nel primo mese

Circa la metà dei ricoveri nel primo mese di vita per entrambi i gruppi di popolazione, PSA e PFPM, sono riconducibili alle “condizioni morbose di origine perinatale”, tra cui la prematurità. Ciò si riscontra sia a livello nazionale che a livello delle Regioni. Inoltre più di un terzo dei ricoveri sono dovuti a cause aspecifiche (“fattori che influenzano lo stato di salute”). La tabella 14 riporta i dati della Regione Lazio che sono analoghi a quelli nazionali e delle altre Regioni (**indicatore 26**).

Tab. 14 Cause di ricovero nel primo mese di vita, per cittadinanza. Regione Lazio, anno 2006

Cause	PSA		PFPM		Totale	
	n	%	n	%	n	%
Malattie infettive e parassitarie	112	0,7	21	1,0	134	0,8
Tumori	46	0,3	2	0,1	50	0,3
Malattie endocrine, metaboliche, nutrizionali e dist. immunitari	70	0,4	7	0,3	80	0,4
Malattie del sangue e degli organi ematopoietici	13	0,1	5	0,2	22	0,1
Disturbi psichici	7	0,0	0	0,0	12	0,1
Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso	58	0,4	9	0,4	73	0,4
Malattie del sistema circolatorio	178	1,1	17	0,8	202	1,1
Malattie del sistema respiratorio	399	2,6	45	2,1	452	2,5
Malattie dell'apparato digerente	109	0,7	11	0,5	129	0,7
Malattie del sistema genito-urinario	170	1,1	18	0,8	198	1,1
Complicazioni della gravidanza, parto e puerperio	11	0,1	0	0,0	22	0,1
Malattie della cute e del tessuto sottocutaneo	37	0,2	5	0,2	54	0,3
Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo	14	0,1	1	0,0	28	0,2
Malformazioni congenite	1.704	10,9	152	7,0	1.870	10,5
Alcune condizioni morbose di origine perinatale	6.781	43,3	884	40,7	7.680	43,1
Sintomi, segni, stati morbosi mal definiti	284	1,8	30	1,4	330	1,9
Traumatismi e avvelenamenti	68	0,4	4	0,2	89	0,5
Fattori che influenzano lo stato di salute	5.585	35,7	963	44,3	6.548	36,7
Totale	15.646	100	2.174	100	17.820	100

Fonte: Data base SDO, Regione Lazio, anno 2006

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

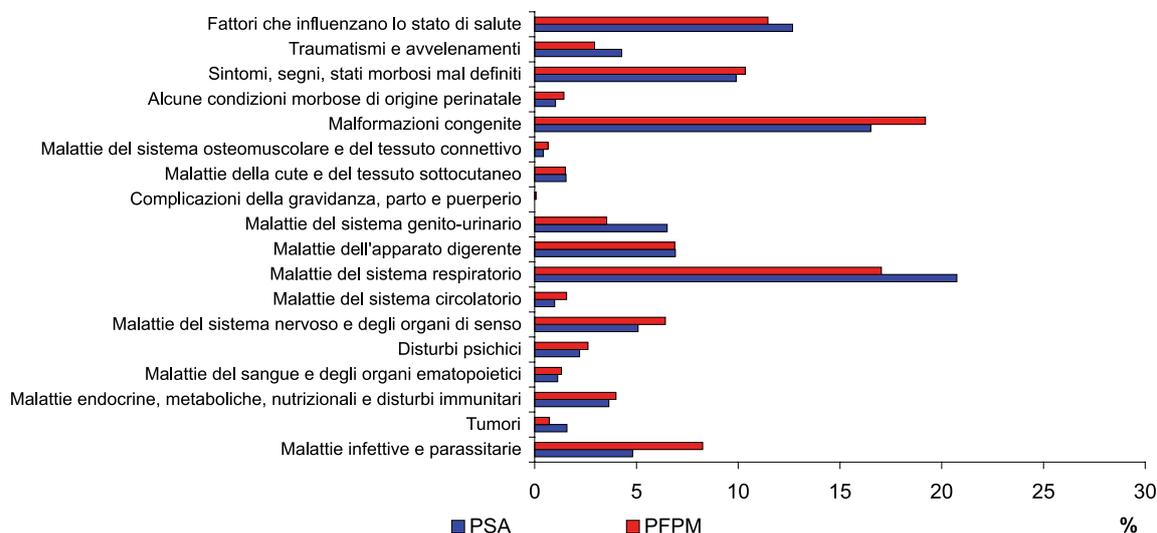
PFPM = immigrati

I ricoveri successivi al primo mese

I ricoveri dei neonati PFPM dopo il primo mese di vita sia a livello nazionale che a livello delle Regioni, nell'anno 2006, rappresentano il 7% del totale dei ricoveri dopo il primo mese. Le principali cause sono rappresentate dalle malattie respiratorie per entrambi i gruppi di popolazione PSA e PFPM seguite da “sintomi, segni e stati morbosi mal definiti” e dalle malattie infettive e parassitarie. La figura 26 riporta come esempio la distribuzione delle cause di ricovero nella Regione Lazio (**indicatore 26**).

Fig. 26

**Cause di ricovero nel primo anno, dopo il primo mese.
Regione Lazio, anno 2006**



Fonte: Data base SDO, Regione Lazio, anno 2006

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 26

Nome: distribuzione dei ricoveri nel primo anno di vita per causa, per cittadinanza

Fonte: data base SDO

Metodo di calcolo: n. ricoveri totali dei PSA e dei PFFPM (età 0-365, 0-28, 29 365 giorni) per diagnosi principale (grandi capitoli ICD9-CM) / n. totale ricoveri erogati nella Regione (età 0-365, 0-28, 29 365 giorni) * 100 (vedi Paragrafo 7.2.2, Metodo di analisi per i ricoveri dei neonati nel primo anno di vita, "analisi dell'offerta")

Significato: fornisce indicazioni sui principali problemi di salute che conducono al ricovero i bambini al di sotto del primo anno di vita nelle due popolazioni

Validità e limiti: vi può essere, soprattutto nel primo mese, un'erronea assegnazione della cittadinanza italiana a neonati figli di immigrati

Variabili di classificazione: classi di età

7.2.3 Gli infortuni sul lavoro

Quanti sono gli infortuni sul lavoro?

Nel 2007 gli infortuni sul lavoro riconosciuti dall'INAIL sono stati 664.601, di questi 92.754, pari al 14%, hanno riguardato i lavoratori nati all'estero, sia in PSA che in PFPM.

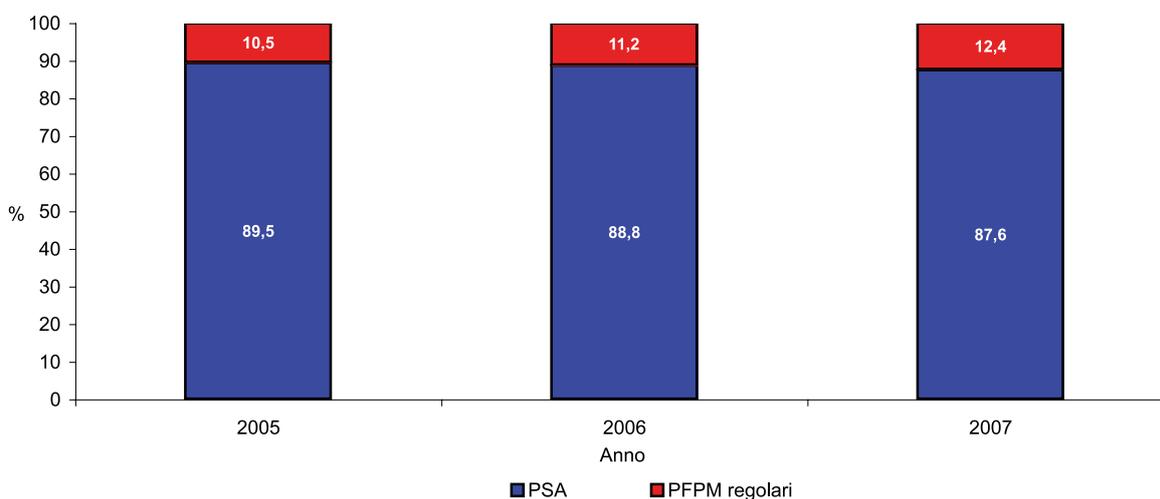
Di seguito si descrive il fenomeno infortunistico dei lavoratori PFPM in quanto a differenza degli italiani e dei lavoratori provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato, esso è in crescita.

Infatti nel triennio 2005-2007⁴⁷ per gli italiani si ha un decremento degli infortuni in tutti i settori produttivi del 7,8%, analogamente ai lavoratori stranieri provenienti dai PSA⁴⁸.

La proporzione di infortuni dei lavoratori PFPM regolari riconosciuti dall'INAIL nel 2007 è pari al 12,4%, in crescita rispetto al biennio precedente (fig. 27, tab. 15) **(indicatore 27)**.

Fig. 27

Proporzione di infortuni sul lavoro riconosciuti dall'INAIL, per paese di nascita. Anni 2005 - 2007



Fonte: INAIL, anni 2005-2007 (dati aggiornati al 30 aprile 2008)

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

47 I dati dell'ultimo anno non sono ancora consolidati e possono ritenersi definitivi entro un triennio dalla data di accadimento dell'infortunio

48 Per il dettaglio relativo a Italiani, PSA, PFPM si rimanda all'allegato 9.3

Per i lavoratori PFPM regolari, nel triennio 2005-2007 la variazione percentuale degli infortuni registra un incremento pari a +10,5%, giustificato, in parte anche dall'apporto continuo di manodopera proveniente da questi paesi.

Nella tab. 15 è riportato il quadro relativo ai PFPM regolari per settore di attività.

Tab. 15 Numero e proporzione di infortuni sul lavoro riconosciuti per i PFPM nei settori di attività. Italia, anni 2005-2007

Anno	Agricoltura			Industria e Servizi			Dipendenti Conto Stato		
	n. PFPM	n. totale	% inf PFPM/ tot	n. PFPM	n. totale	% inf PFPM /tot	n. PFPM	n. totale	% inf PFPM/ tot
2005	3.707	54.831	6,8	68.453	585.382	11,7	2.234	65.791	3,4
2006	3.755	51.861	7,2	71.880	578.854	12,4	2.524	67.342	3,7
2007	3.747	45.683	8,2	75.748	553.766	13,7	2.677	65.152	4,1

Fonte: INAIL, anni 2005-2007

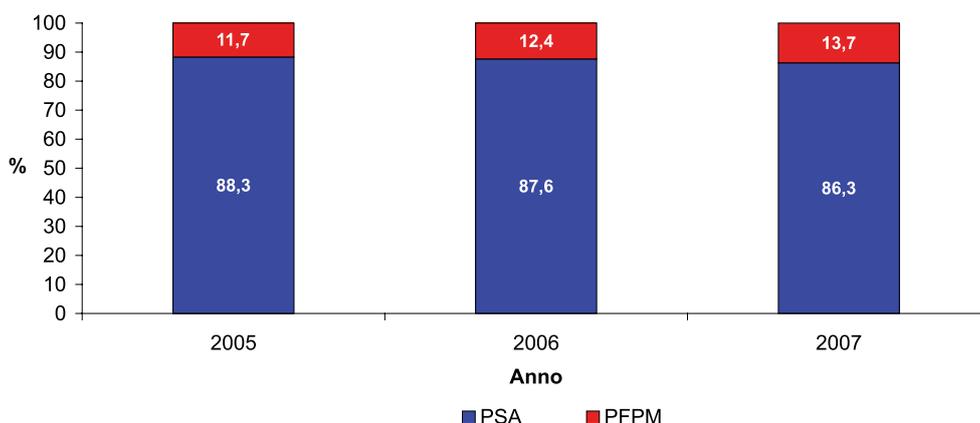
Nota: PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Infortuni nel settore dell'Industria e Servizi

Vista la consistenza numerica del fenomeno si è deciso di approfondire l'analisi per il solo settore dell'Industria e Servizi per il quale si dispone anche del numero di assicurati all'Istituto (fonte Denuncia Nominativa degli Assicurati). Negli anni 2005-2007 la proporzione degli infortuni in tale settore per i PFPM regolari mostra un trend in aumento (fig. 28). Nell'allegato 9.3 sono riportati i numeri assoluti (**indicatore 27**).

Occorre rilevare, inoltre, che nello stesso triennio l'82% degli infortuni dei PFPM hanno riguardato gli uomini contro il restante 18% della componente femminile.

Fig. 28 Proporzioni di infortuni riconosciuti dall'INAIL nel settore Industria e Servizi, per paese di nascita. Anni 2005 - 2007



Fonte: INAIL, anni 2005-2007

Nota: PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato
PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

La crescita degli infortuni ha interessato maggiormente le donne PFPM con una variazione percentuale 2005-2007 del 18,3%, (+10% nell'ultimo anno e +7,5% nel biennio 2005/2006).

Comunque anche l'aumento degli infortuni nella popolazione maschile PFPM è stato rilevante, pari a + 9% (tab. 16)⁴⁹ (**indicatore 27**).

Tab. 16 Numero e variazioni percentuali degli infortuni sul lavoro riconosciuti dall'INAIL nel settore dell'Industria e Servizi, per paese di nascita e sesso. Italia, anni 2005-2007

Anno	PSA				PFPM regolari			
	Uomini	Variazione % rispetto al 2005	Donne	Variazione % rispetto al 2005	Uomini	Variazione % rispetto al 2005	Donne	Variazione % rispetto al 2005
2005	388.499		128.430		56.463		11.990	
2006	378.792	-2,5	128.182	-0,2	58.995	4,5	12.885	7,5
2007	354.429	-8,8	123.589	-3,8	61.558	9,0	14.190	18,3

Fonte: INAIL, anni 2005-2007

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Per quanto riguarda la distribuzione per età si rimanda all'allegato 9.3.

Tra i PFPM la frequenza più elevata di infortuni si verifica nella classe di età 18 - 34 anni mentre nei PSA è nella classe 35-49⁵⁰.

Nel settore dell'Industria e Servizi Marocco, Albania e Romania sono i paesi che nel triennio 2005-2007 hanno pagato il maggior contributo in termini di infortuni sul lavoro riconosciuti, totalizzando il 43% rispetto a tutti i PFPM.

Nel triennio, se il Marocco è al primo posto della graduatoria maschile, in quella femminile si colloca al secondo, lasciando il triste primato alla Romania che invece è terza tra gli uomini.

Interessante il caso dei cinesi che pur essendo tra le comunità più numerose⁵¹ in Italia, si collocano, come infortuni riconosciuti, solo al 26° posto della classifica dei maschi e al 24° di quella femminile.

Il fenomeno infortunistico, in alcuni paesi, è praticamente maschile; si tratta di paesi asiatici quali: Pakistan e Bangladesh che registrano rispettivamente il 98% e il 96,4% degli infortuni e di paesi africani quali: Algeria, Egitto e Senegal che contano tutti oltre il 95% di infortuni maschili.

Viceversa la proporzione di infortuni femminili supera il 50% del totale nel caso della Federazione Russa (65,8%), di Cuba (56,5%) e dell'Ucraina (53,6%). Le lavoratrici appartenenti a queste tre comunità rappresentano più dell'80% del totale degli assunti.

49 Per il dettaglio degli infortuni riconosciuti dall'INAIL nel triennio 2005 - 2007, nel settore Industria e Servizi, per paese di nascita e sesso si rimanda all'allegato 9.3

50 Per il dettaglio degli infortuni riconosciuti dall'INAIL nel triennio 2005 - 2007, nel settore Industria e Servizi, per paese di nascita, sesso e classi di età si rimanda all'allegato 9.3

51 quarta comunità residente in Italia, pari al 4,8% del totale degli immigrati e al sesto posto tra i lavoratori assicurati all'INAIL

Tra i PSA, se si esclude l'Italia, invece, ai primi posti della graduatoria degli infortuni si pongono gli svizzeri, i tedeschi e i francesi, senza differenze significative tra i sessi. È da tener presente che potrebbe trattarsi di lavoratori nati in questi paesi da genitori italiani emigrati o anche di lavoratori di confine⁵².

L'analisi più approfondita dell'incidenza percentuale degli infortuni riconosciuti nell'ambito di ciascun settore di attività economica (ateco 2002) mostra una connotazione diversa in relazione al genere e talvolta al paese di provenienza.

Come illustrato nella tabella 17, nel 2007 per le donne PFPM si osserva che i settori nei quali si concentra il maggior numero di infortuni sono rappresentati, in genere, da attività terziarie: in primo luogo le attività immobiliari e i servizi alle imprese (che inglobano come già detto le attività di pulizia) con il 17,4% di infortuni riconosciuti, seguono sanità (15,6%), alberghi e ristoranti (15,2%) e le attività delle colf e badanti (8,7%).

Per gli uomini PFPM, invece, prevalgono le attività industriali; più precisamente il 24,8% degli infortuni riconosciuti si verifica nelle costruzioni, seguono l'industria dei metalli con il 16,5% e i trasporti con l'11,8%.

Passando ai PSA (tab. 18), per le donne i settori risultano essere ancora quelli del terziario con una diversa composizione e ordine di graduatoria rispetto alle PFPM: il 14,8% degli infortuni riguardano il commercio, seguono la sanità (13,9%), le attività immobiliari e servizi alle imprese (11,9%) e gli alberghi e ristoranti (9,7%).

Per gli uomini PSA, analogamente ai PFPM, si conferma al primo posto il settore delle costruzioni con il 18,5%, seguito da commercio (11,3%) e trasporti (11,2%).

Ulteriori considerazioni rispetto ai settori di attività economica si possono fare esaminando la percentuale di infortuni per genere in ogni comparto produttivo (tabb. 17, 18).

Per i PFPM si rileva che l'incidenza degli infortuni femminili raggiunge punte massime nella sanità (87,8% contro il 12,2% degli uomini) e del lavoro domestico (87,5% contro il 12,5% degli uomini). Invece, per gli uomini si arriva a livelli prossimi al 100% nelle costruzioni (98,8%) e nell'industria pesante (96,1% per l'industria dei metalli e 94,0% per l'industria meccanica); da rilevare anche il 100% nell'ambito dell'industria petrolifera, settore in cui operano quasi esclusivamente uomini.

Per i PSA si riconfermano il lavoro domestico (93,5%) e la sanità (73,4%) come settori con più alta incidenza infortunistica della popolazione femminile. Per l'altro sesso sono sempre le costruzioni (98,5%) e l'industria dei metalli (94,4%) ai primi posti, segue la lavorazione del legno (93,0%).

Per i dati regionali si rimanda all'allegato 9.3.

52 Per il dettaglio degli infortuni riconosciuti dall'INAIL nel triennio 2005 – 2007, nel settore Industria e Servizi, per paese di nascita e sesso si rimanda all'allegato 9.3

Tab. 17 Infortuni sul lavoro (settore Industria e Servizi) riconosciuti dall'INAIL dei PFPM avvenuti nel periodo 2005-2007, per settore di attività economica (ateco-2002) e sesso. Italia, anno 2007

Settore di attività economica	Uomini	Donne	Totale	% uomini/ tot uomini	% donne/ tot donne	% uomini/ tot	% donne/ tot
A Agrindustria	236	42	278	0,4	0,3	84,9	15,1
B Pesca	3	1	4	0,0	0,0	75,0	25,0
C Estrazione di minerali	114	8	122	0,2	0,1	93,4	6,6
DA Industria alimentare	1.459	489	1.948	2,4	3,4	74,9	25,1
DB Industria tessile e abbigliamento	594	350	944	1,0	2,5	62,9	37,1
DC Industria del cuoio, pelle e similari	576	165	741	0,9	1,2	77,7	22,3
DD Industria del legno	1.226	124	1.350	2,0	0,9	90,8	9,2
DE Industria della carta	488	127	615	0,8	0,9	79,3	20,7
DF Industria del petrolio	8		8	0,0	0,0	100,0	0,0
DG Industria chimica	348	61	409	0,6	0,4	85,1	14,9
DH Industria della gomma e plastica	1.569	181	1.750	2,5	1,3	89,7	10,3
DI Industria lav. minerali non metalliferi	1.852	120	1.972	3,0	0,8	93,9	6,1
DJ Industria dei metalli	10.175	410	10.585	16,5	2,9	96,1	3,9
DK Industria meccanica	3.031	193	3.224	4,9	1,4	94,0	6,0
DL Industria macchine elettriche	646	213	859	1,0	1,5	75,2	24,8
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	1.390	169	1.559	2,3	1,2	89,2	10,8
DN Altre industrie	1.480	250	1.730	2,4	1,8	85,5	14,5
E Elettricità, gas, acqua	43	12	55	0,1	0,1	78,2	21,8
F Costruzioni	15.278	189	15.467	24,8	1,3	98,8	1,2
G Totale commercio	2.912	804	3.716	4,7	5,7	78,4	21,6
H Alberghi e ristoranti	2.023	2.158	4.181	3,3	15,2	48,4	51,6
I Trasporti e comunicazioni	7.277	821	8.098	11,8	5,8	89,9	10,1
J Intermediazione finanziaria	34	33	67	0,1	0,2	50,7	49,3
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	4.075	2.470	6.545	6,6	17,4	62,3	37,7
L Pubblica Amministrazione	77	177	254	0,1	1,2	30,3	69,7
M Istruzione	193	111	304	0,3	0,8	63,5	36,5
N Sanità e servizi sociali	309	2.218	2.527	0,5	15,6	12,2	87,8
O Altri servizi pubblici	927	428	1.355	1,5	3,0	68,4	31,6
P Personale domestico	177	1.236	1.413	0,3	8,7	12,5	87,5
X Non determinato	3.038	630	3.668	4,9	4,4	82,8	17,2
Totale	61.558	14.190	75.748	100	100	81,3	18,7

Fonte: INAIL, anni 2005-2007

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Tab. 18 Infortuni sul lavoro (settore Industria e Servizi) riconosciuti dall'INAIL dei PSA avvenuti nel periodo 2005-2007, per settore di attività economica (ateco-2002) e sesso. Italia, anno 2007

Settore di attività economica	Uomini	Donne	Totale	% uomini/ tot uomini	% donne/ tot donne	% uomini/ tot	% donne/ tot
A Agrindustria	2.513	1.225	3.738	0,7	1,0	67,2	32,8
B Pesca	320	17	337	0,1	0,0	95,0	5,0
C Estrazione di minerali	1.199	50	1.249	0,3	0,0	96,0	4,0
DA Industria alimentare	9.108	3.876	12.984	2,6	3,1	70,1	29,9
DB Industria tessile e abbigliamento	3.404	3.338	6.742	1,0	2,7	50,5	49,5
DC Industria del cuoio, pelle e similari	1.291	934	2.225	0,4	0,8	58,0	42,0
DD Industria del legno	6.329	479	6.808	1,8	0,4	93,0	7,0
DE Industria della carta	5.343	1.247	6.590	1,5	1,0	81,1	18,9
DF Industria del petrolio	283	11	294	0,1	0,0	96,3	3,7
DG Industria chimica	3.320	939	4.259	0,9	0,8	78,0	22,0
DH Industria della gomma e plastica	6.691	1.206	7.897	1,9	1,0	84,7	15,3
DI Industria lav. minerali non metalliferi	9.403	1.011	10.414	2,7	0,8	90,3	9,7
DJ Industria dei metalli	36.890	2.183	39.073	10,4	1,8	94,4	5,6
DK Industria meccanica	20.214	1.927	22.141	5,7	1,6	91,3	8,7
DL Industria macchine elettriche	6.717	1.758	8.475	1,9	1,4	79,3	20,7
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	10.597	1.274	11.871	3,0	1,0	89,3	10,7
DN Altre industrie	7.531	1.386	8.917	2,1	1,1	84,5	15,5
E Elettricità, gas, acqua	3.320	523	3.843	0,9	0,4	86,4	13,6
F Costruzioni	65.478	1.020	66.498	18,5	0,8	98,5	1,5
G Totale commercio	39.920	18.317	58.237	11,3	14,8	68,5	31,5
H Alberghi e ristoranti	9.982	11.934	21.916	2,8	9,7	45,5	54,5
I Trasporti e comunicazioni	39.524	9.670	49.194	11,2	7,8	80,3	19,7
J Intermediazione finanziaria	2.108	2.226	4.334	0,6	1,8	48,6	51,4
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	19.816	14.713	34.529	5,6	11,9	57,4	42,6
L Pubblica Amministrazione	8.270	9.956	18.226	2,3	8,1	45,4	54,6
M Istruzione	1.763	2.159	3.922	0,5	1,7	45,0	55,0
N Sanità e servizi sociali	6.232	17.206	23.438	1,8	13,9	26,6	73,4
O Altri servizi pubblici	15.167	7.563	22.730	4,3	6,1	66,7	33,3
P Personale domestico	43	622	665	0,0	0,5	6,5	93,5
X Non determinato	11.653	4.819	16.472	3,3	3,9	70,7	29,3
Totale	354.429	123.589	478.018	100	100	74,1	25,9

Fonte: INAIL, anni 2005-2007

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

Indicatore 27

Nome: n. e proporzione di infortuni riconosciuti per paese di nascita

Fonte: INAIL

Metodo di calcolo: n. di infortuni riconosciuti dei PSA e PFPM / n. totale di infortuni riconosciuti * 100 (vedi Paragrafo 6.2, Flusso Infortuni sul lavoro, metodo di individuazione del lavoratore straniero)

Significato: esprime la proporzione di infortuni, totali e nei vari settori di attività, a carico dei diversi gruppi di popolazione PSA e PFPM assicurati INAIL e fornisce una misura della consistenza infortunistica dei PFPM. In particolare si può fare un focus nel settore dell'Industria e Servizi, in cui si concentrano maggiormente gli infortuni utilizzando la classificazione ateco-2002 che consente di avere un quadro dei settori maggiormente a rischio nelle due popolazioni e per genere.

Variabili di classificazione: settore di attività e per Industria e Servizi settore di attività ateco-2002, sesso, classi di età

Considerando i soli casi indennizzati in morte si osserva che complessivamente, nel triennio, l'andamento è rimasto sostanzialmente stabile (tab.19); tuttavia la variazione percentuale delle morti nelle donne PFPM ha subito il maggiore incremento pur trattandosi di piccoli numeri. Va comunque precisato che nello stesso periodo c'è stato un incremento delle lavoratrici donne straniere assicurate all'INAIL dell'ordine del 30% (**indicatore 28**).

Tab. 19 Infortuni sul lavoro nel settore Industria e Servizi indennizzati in morte dall'INAIL per paese di nascita e sesso. Italia, anni 2005-2007.

Anno	PSA		PFPM regolari	
	Uomini	Donne	Uomini	Donne
2005	867	64	123	7
2006	938	81	112	10
2007	795	62	110	12

Fonte: INAIL, anni 2005-2007

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Indicatore 28

Nome: n. e proporzione di infortuni indennizzati in morte, per paese di nascita

Fonte: INAIL

Metodo di calcolo: n. di infortuni dei PSA e PFPM indennizzati in morte / n.totale infortuni indennizzati in morte * 100 (vedi Paragrafo 6.2, Flusso Infortuni sul lavoro, metodo di individuazione del lavoratore straniero)

Significato: esprime la proporzione di infortuni mortali nelle due popolazioni PSA e PFPM nel settore dell'Industria e Servizi

Variabili di classificazione: settore di attività, sesso, classi di età

L'incidenza infortunistica espressa dal rapporto tra gli infortuni sul lavoro riconosciuti e i lavoratori assicurati all'INAIL risulta più elevata per i lavoratori stranieri rispetto a quella dei colleghi italiani. A determinare tale situazione concorrono diversi fattori: in primo luogo i settori in cui operano e le attività svolte; sicuramente gli stranieri pur di lavorare accettano mansioni in cui prevale la manualità, si tratta spesso di attività di basso profilo caratterizzate da turni di lavoro lunghi e che non sono sempre accompagnate da formazione adeguata.

Il rischio risulta più elevato per i PFPM che per i PSA: rispettivamente 27,6 e 23,0 casi riconosciuti ogni 1.000 assicurati.

Inoltre, gli uomini hanno sempre un indice di rischio più che doppio rispetto alle donne; nello specifico per i PFPM i valori sono 34,8 (per mille) per gli uomini e 14,5 (per mille) per le donne, mentre per i PSA si raggiungono livelli leggermente inferiori per i due sessi, pari rispettivamente a 28,6 (per mille) e 14,8 (per mille) (tab. 20) **(indicatore 29)**.

Tab. 20 Indici di incidenza infortunistica (per 1.000) per paese di nascita e sesso. Italia, anno 2007

	PSA	PFPM regolari
Uomini	28,6	34,8
Donne	14,8	14,5
Totale	23,0	27,6

Fonte: INAIL, anno 2007

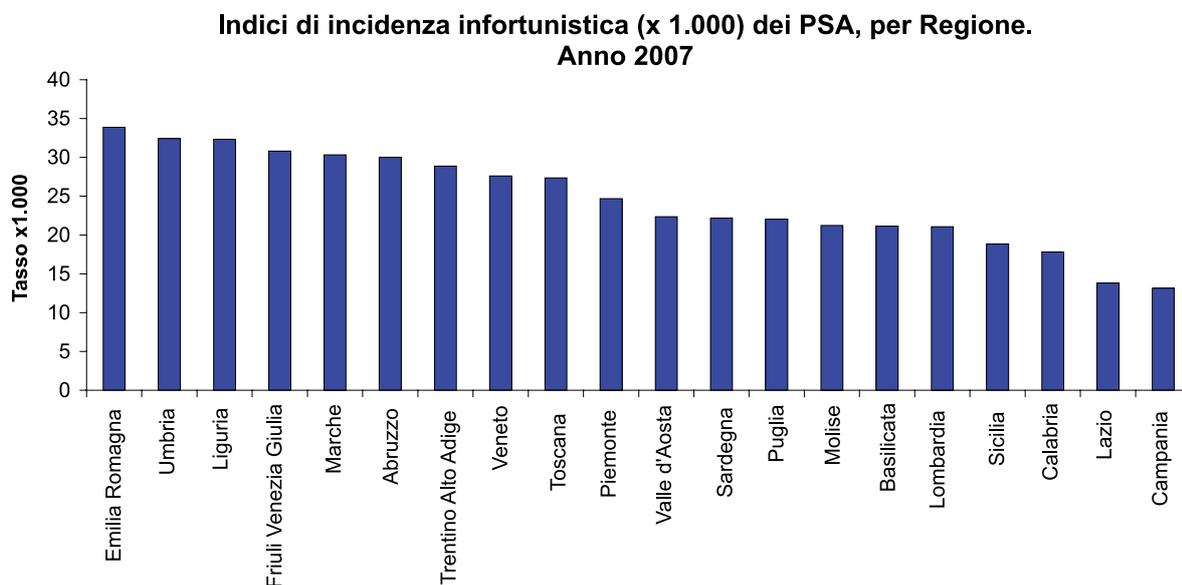
Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

A livello territoriale, in generale sono le Regioni del Centro-Nord quelle che presentano indici più alti, nello specifico per i PSA le Regioni a maggior rischio sono Emilia-Romagna (33,9 per mille), Umbria (32,4 per mille), Liguria (32,3 per mille), Friuli Venezia Giulia (30,8 per mille), Marche (30,3 per mille) (fig. 29); per i PFPM al primo posto della graduatoria si collocano a pari merito Friuli Venezia Giulia (43,0 per mille) ed Emilia-Romagna (43,0 per mille), al secondo posto sempre a pari merito Marche e Veneto (38,7 per mille) e a seguire l'Umbria (36,6 per mille) (fig. 30).

Fig. 29

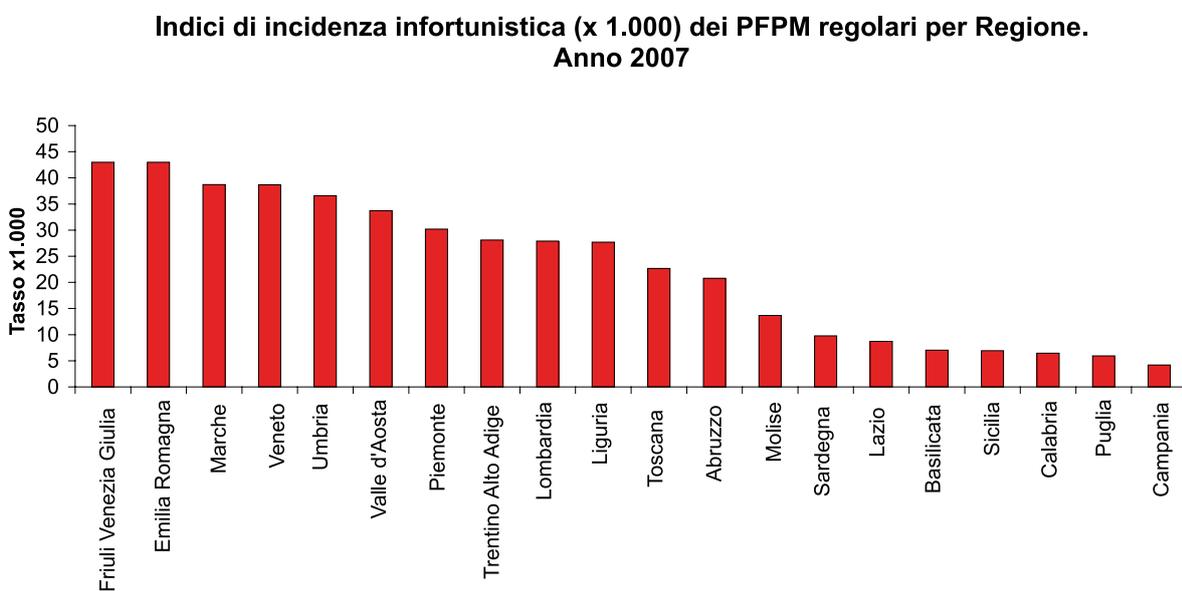


Fonte: INAIL, anno 2007

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

Fig. 30



Fonte: INAIL, anno 2007

Nota:

PFPM regolari = immigrati regolari/residenti

Se in termini assoluti per i PFPM si era osservato che i settori del terziario registrano il maggior numero di infortuni femminili, quando si rapportano i casi riconosciuti agli esposti a rischio la situazione si modifica perché in alto nella graduatoria si pongono le attività del manifatturiero; infatti, al primo posto si colloca con il 55,4 per mille l'industria della fabbricazione dei mezzi di trasporto seguita dalla estrazione dei minerali (42,3 per mille) e la lavorazione dei minerali non metalliferi (40,4 per mille) e l'industria del legno (36,6 per mille). Al quinto posto la sanità con il 33,7 per mille.

Anche per gli uomini si conferma la maggiore rischiosità nel manifatturiero e nell'ordine si hanno: la lavorazione della gomma e plastica (78,2 per mille), l'industria meccanica (77,1 per mille) e la lavorazione dei minerali non metalliferi (75,8 per mille) e l'industria dei metalli (74,4 per mille). Le costruzioni si collocano al 17-esimo posto con il 30,3 per mille.

Passando ai PSA per le donne tra i settori più rischiosi i trasporti e comunicazioni (29,3 per mille) e la sanità (26,5 per mille).

Per gli uomini sostanzialmente si riconferma quanto già osservato per i PFPM, vale a dire la predominanza di indici molto elevati nelle industrie manifatturiere, in particolare quelle metallurgiche: industrie dei metalli (50,4 per mille) e della lavorazione dei minerali non metalliferi (47,8 per mille).

Per gli indici infortunistici regionali si veda l'allegato 9.3.

Si raccomanda massima cautela per analisi più specifiche, dettagliate per Regione e settore di attività economica, specialmente in quei settori dove la scarsa consistenza numerica può determinare, soprattutto nel caso di un'analisi annuale, variazioni significative e poco rappresentative del fenomeno nel medio periodo. Si è scelto di non "oscurare" i dati che risultano in qualche modo "anomali" per garantire la massima completezza dell'informazione.

Indicatore 29

Nome: indici di incidenza infortunistica nel settore Industria e Servizi, per paese di nascita

Fonte: INAIL

Metodo di calcolo: n. di infortuni dei PSA e PFPM riconosciuti / n. assicurati INAIL * 1.000 (vedi Paragrafo 6.2, Flusso Infortuni sul lavoro, metodo di individuazione del lavoratore straniero)

Significato: esprime l'incidenza infortunistica nei due gruppi di popolazione, PSA e PFPM anche in relazione al genere, fornendo la misura del rischio infortunistico.

Validità e limiti: i limiti sono rappresentati dal fatto che i dati della Denuncia Nominativa degli Assicurati sono ancora sperimentali e attualmente in corso di validazione

Variabili di classificazione: sesso, settore di attività economica (ateco-2002), Regione

7.2.4 Le malattie infettive

Dall'analisi dei ricoveri è emerso che le malattie infettive non sembrano essere un problema di salute rilevante per la popolazione immigrata, tuttavia l'andamento delle principali cause infettive va continuamente sorvegliato anche perché indicatore di condizioni di vita (povertà, abitazione, abitudini, ecc...) e di accesso alla prevenzione. È noto infatti che le condizioni di povertà rappresentano un fattore di rischio per alcune patologie ed in particolare per la tubercolosi; analogamente le malattie sessualmente trasmesse sono collegate a stili di vita a rischio ed alla scarsa informazione.

La tabella 21 mostra, per l'anno 2005, la proporzione di notifiche delle singole malattie infettive tra quelle più frequenti (esclusi i focolai), per cittadinanza.

Da segnalare che la proporzione di casi notificati di tubercolosi (polmonare, extrapolmonare e mista) a carico dei PFPM rappresenta poco meno della metà di tutti i casi notificati.

Tab. 21 Proporzioni di notifiche di malattie infettive, per cittadinanza. Italia, anno 2005

Diagnosi	% / tot notifiche PSA	% / tot notifiche PFPM	% ND
	diarrea inf non da salmonella	97,5	
epatite A	92,3	6,7	0,9
epatite B	90,7	8,8	0,5
epatite non A non B	92,7	6,7	0,5
febbre tifoide	94,4	4,7	0,9
legionellosi	98,1	1,7	0,2
meningite e encefalite acuta virale	96,1	3,0	0,9
meningite meningococcica	96,7	3,0	0,3
morbillo	91,6	6,5	1,9
parotite epidemica	95,9	3,1	1,0
salmonellosi non tifoidee	98,1	1,5	0,5
scarlattina	98,7	1,0	0,3
sifilide	82,1	9,5	8,4
tubercolosi polmonare (a)	56,0	43,2	0,8
tubercolosi extrapolmonare (a)	56,2	42,1	1,6
tubercolosi mista (a)	47,1	51,6	1,3
varicella	97,6	1,9	0,5
altro	78,4	11,9	9,6

(a) si tratta dello stato di nascita e non della cittadinanza
ND: cittadinanza non indicata o non specificata

Fonte: Data base Istat, anno 2005

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrati

AIDS

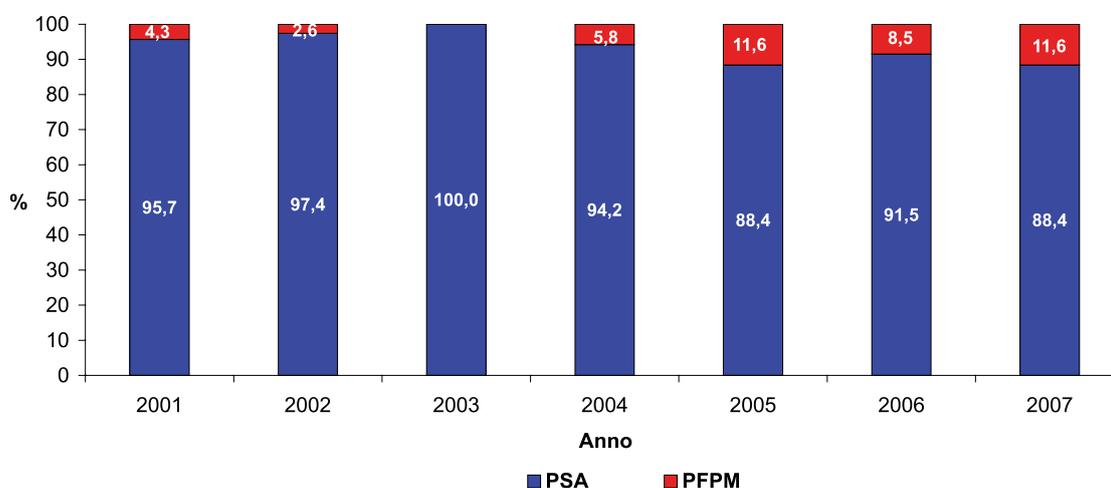
Quanti sono i casi di AIDS e quali sono le caratteristiche delle persone ammalate?

I casi di AIDS notificati complessivamente in Italia, dal 1982 (anno di inizio dell'epidemia) al 2008, sono circa 60.500 di cui oltre 20.000 viventi; il 20-25% di essi sono donne⁵³.

Nel 2008 gli stranieri affetti da AIDS sono oltre il 20% del totale, con un trend in aumento dovuto soprattutto all'aumento della popolazione straniera.

Nella figura 31 si riporta, come esempio, la proporzione di casi di AIDS per cittadinanza nella Regione Puglia (**indicatore 30**).

Fig. 31 Proporzione di casi di AIDS per cittadinanza. Regione Puglia, anni 2001 - 2007



Fonte: Notifiche malattie infettive, Regione Puglia, anni 2001-2007

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFP = immigrati

Indicatore 30

Nome: n. e proporzione di casi di AIDS, per cittadinanza

Fonte: notifiche malattie infettive

Metodo di calcolo: n. casi di AIDS dei PSA e dei PFP / n. totale casi AIDS notificati nella regione * 100

Significato: fornisce indicazioni sull'andamento del fenomeno AIDS nei due gruppi di popolazione

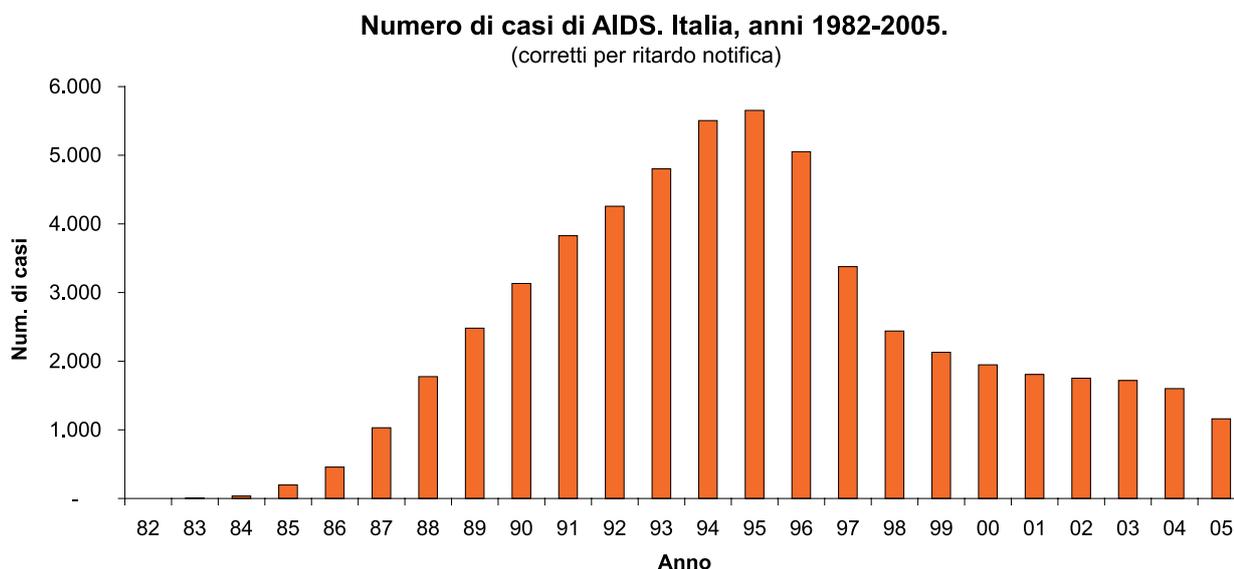
Validità e limiti: non è noto il grado di accuratezza della compilazione del campo "nazionalità" nella scheda di notifica.

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

53 COA: aggiornamento dei casi di AIDS notificati in Italia e delle nuove diagnosi di infezione da HIV a novembre 2007: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/aids/2008.asp>

In Italia il numero dei nuovi casi per anno di diagnosi mostra un incremento fino al 1995, seguito, da una diminuzione continuata fino al 2001; dal 2002 essi sembrano stabilizzarsi (fig. 32). Si stima che nel 2008 il numero di persone che si sono ammalate di AIDS siano circa 1.400, numero sostanzialmente stabile rispetto al 2007.

Fig. 32



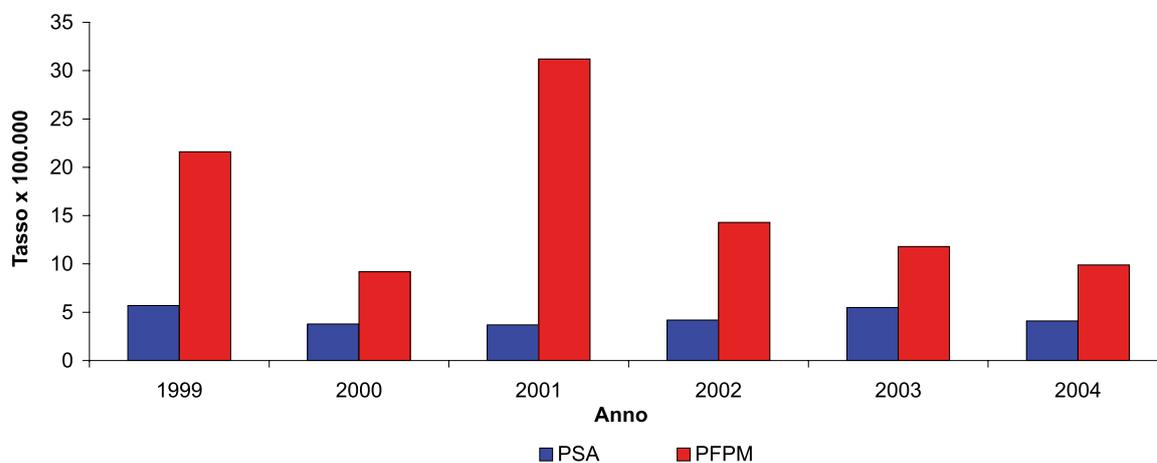
Fonte: COA/ISS, anni 1982-2005

La riduzione dei nuovi casi e quindi dell'incidenza della malattia è dovuta principalmente all'introduzione della terapia antiretrovirale combinata, ciò ha comportato anche un aumento della prevalenza di persone che vivono con una diagnosi di AIDS.

Un confronto dell'andamento dell'incidenza della malattia nelle due popolazioni (PSA e PFPM) è fondamentale non solo per monitorare l'andamento del fenomeno, ma anche il grado di accesso ai servizi che comporta la conseguente possibilità di notifica e quindi di terapia. Nella figura 33 è riportato il tasso di incidenza dell'AIDS negli uomini PSA e PFPM nella Provincia di Reggio Emilia, per gli anni 1999 - 2004 (**indicatore 31**).

Fig 33

**Tasso di incidenza di AIDS negli uomini (x 100.000), per cittadinanza.
Provincia di Reggio Emilia, anni 1999 - 2004**



Fonte:Notifiche malattie infettive, AUSL Reggio Emilia, anni 1999-2004

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFP = immigrati

Indicatore 31

Nome: tasso grezzo di incidenza di casi di AIDS, per cittadinanza

Fonte: notifiche malattie infettive

Metodo di calcolo: n. nuovi casi di AIDS dei PSA e dei PFPM / popolazione residente PSA e PFPM * 100.000

Significato: fornisce una stima dell'andamento del fenomeno AIDS nei due gruppi di popolazione e, indirettamente, il rischio di ammalarsi e il grado di accesso alle cure

Validità e limiti: non è noto il grado di accuratezza della compilazione del campo "nazionalità" nella scheda di notifica.

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

Le caratteristiche di coloro che oggi si ammalano di AIDS sono completamente diverse da quelle di coloro che si ammalavano dieci o venti anni fa: non si tratta più di persone giovani e prevalentemente tossicodipendenti, ma piuttosto di adulti maturi (età media alla diagnosi pari a 40 anni per le donne ed a 42 per gli uomini) che acquisiscono l'infezione attraverso i rapporti sessuali. Infatti secondo i dati del COA/ISS, il contagio diminuisce tra i tossicodipendenti (dal 47,9% del 1998 al 22,3% del 2008), mentre cresce la trasmissione per via sessuale (per i rapporti omo e bisessuali si passa dal 17,3% del 1998 al 23,7% del 2008; per i rapporti eterosessuali l'aumento è ancora più evidente, passando, nello stesso periodo, dal 25,3% al 44,4%).

Attualmente oltre il 60% dei casi di AIDS si verifica in persone che non hanno fatto terapie antiretrovirali prima della diagnosi. Ciò in quanto sempre più individui (60%) scoprono di essere sieropositivi a ridosso della diagnosi di malattia conclamata. Questo fenomeno rappresenta il chiaro segnale di una bassa percezione del rischio, soprattutto fra chi si infetta per via sessuale e fra gli stranieri.

Quante sono le persone sieropositive?

In Italia nel 2008 i nuovi casi di sieropositività sono circa 3-4 mila per un totale di 120.000 sieropositivi viventi. A fronte, come già detto, della diminuzione dell'incidenza della malattia conclamata, l'allungamento della sopravvivenza delle persone ammalate e l'incidenza costante di nuove infezioni determina la persistenza di un ampio serbatoio di individui affetti da HIV. Questo fatto evidenzia che, per stimare la reale diffusione dell'HIV nel nostro paese, la sola sorveglianza dei casi di AIDS non è più sufficiente, ma è necessaria anche un'analisi dei nuovi infetti.

I dati provenienti dai sistemi di sorveglianza delle nuove diagnosi di infezione da HIV, attivi al momento in 9 regioni, danno indicazioni sull'andamento e su alcuni cambiamenti temporali dell'epidemia dell'infezione da HIV.

In generale il numero di soggetti con infezione da HIV appare in costante evoluzione. Rispetto all'inizio dell'epidemia emerge chiaramente che il principale veicolo dell'infezione è il rapporto sessuale (sia di tipo eterosessuale, numericamente più rilevante, che di tipo omosessuale). L'età media dei nuovi infetti aumenta con il passare degli anni e se a questo si aggiunge il dato dell'aumentata sopravvivenza si può ragionevolmente prevedere uno scenario futuro, in assenza dell'immissione in commercio di terapie risolutive o di vaccini, di un aumento del numero di persone con infezione da HIV con un'età in costante aumento.

Queste informazioni sottolineano la necessità di implementare interventi informativi e

preventivi, soprattutto focalizzati alla trasmissione sessuale, verso tutte le classi di età ed anche nei confronti di popolazioni non appartenenti ai classici sottogruppi a rischio per HIV.

Gli immigrati possono essere considerati una popolazione a rischio di contrarre l'AIDS per vari motivi: la provenienza da paesi ad alta endemia, la prevalenza di persone giovani, sessualmente attive, la scarsa attitudine alla prevenzione, la mancanza di informazioni mirate, la diffusione della prostituzione femminile e trans-sessuale.

Tubercolosi

La tubercolosi è una malattia della povertà cioè 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 di cattive condizioni generali di salute.

"Storicamente la prevenzione della tubercolosi, si è basata su misure igienico-sanitarie generali e su regimi alimentari equilibrati, cosicché la diffusione della malattia ha avuto un andamento inversamente proporzionale alla crescita economica di un paese, ovvero è andata diminuendo nei paesi ricchi e continua ad essere un problema drammatico nei paesi più poveri del mondo.

La più efficace misura di prevenzione specifica della tubercolosi resta l'identificazione e il trattamento precoce dei contatti di un nuovo caso di tubercolosi bacillifera; su scala globale, il trattamento rapido ed efficace delle forme bacillifere rappresenta il primo argine alla diffusione della malattia.

La vaccinazione tubercolare con BCG, diffusissima nei paesi in via di sviluppo, è di limitata efficacia nella prevenzione della tubercolosi nell'adulto; un valido strumento è la chemiopprofilassi, basata sulla somministrazione di un farmaco antitubercolare in particolari situazioni di rischio, ad esempio tra i contatti di un caso contagioso di tubercolosi.

Sempre rilevante è l'educazione sanitaria della popolazione e l'eliminazione delle condizioni di disagio sociale ed emarginazione che rendono le persone più vulnerabili alla malattia"⁵⁴.

L'attuale situazione epidemiologica della tubercolosi in Italia è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale, dalla concentrazione della maggior parte dei casi in alcuni gruppi a rischio, quali gli immigrati e alcune classi di età e dall'emergere di ceppi tubercolari multiresistenti.

Il tasso grezzo annuale di incidenza della tubercolosi registrato nel 2007 è pari a 7,7 casi per 100.000 abitanti, con un totale di casi notificati pari a 4.527; ciò pone l'Italia al di sotto del limite che definisce la classificazione di paese a bassa prevalenza (10 casi per 100.000 abitanti). Nel 2006 il 68,8% dei casi notificati sono stati casi di tubercolosi polmonare; l'incidenza della tubercolosi a carico di altri organi (extrapolmonare) è rimasta di circa 2 casi per 100.000 abitanti.

L'incidenza per sesso, nel periodo 1995 - 2006, è stabile e costantemente più elevata negli uomini rispetto alle donne.

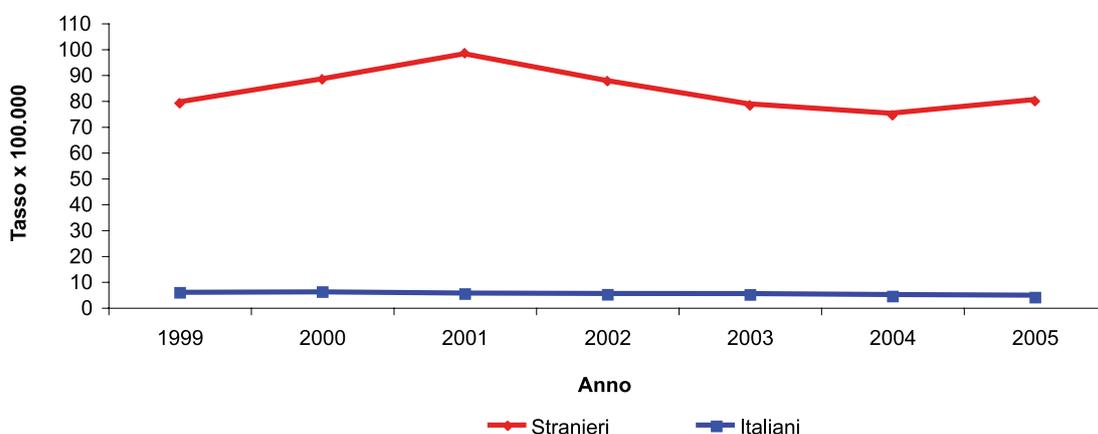
Anche per l'anno 2006, tra i cittadini italiani, la classe di età che presenta l'incidenza più elevata è quella compresa tra i 55 e i 64 anni, mentre tra i cittadini non italiani la classe di età maggiormente colpita è 25-34 anni.

Nella figura 34 è riportato l'andamento dei tassi grezzi di incidenza di TBC negli anni 1999 - 2005 degli italiani e degli stranieri presenti in Italia.

54 Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche sociali, anno 2008

Fig. 34

**Tassi grezzi di incidenza (x 100.000) di TBC, per cittadinanza.
Italia, anni 1999 - 2005**



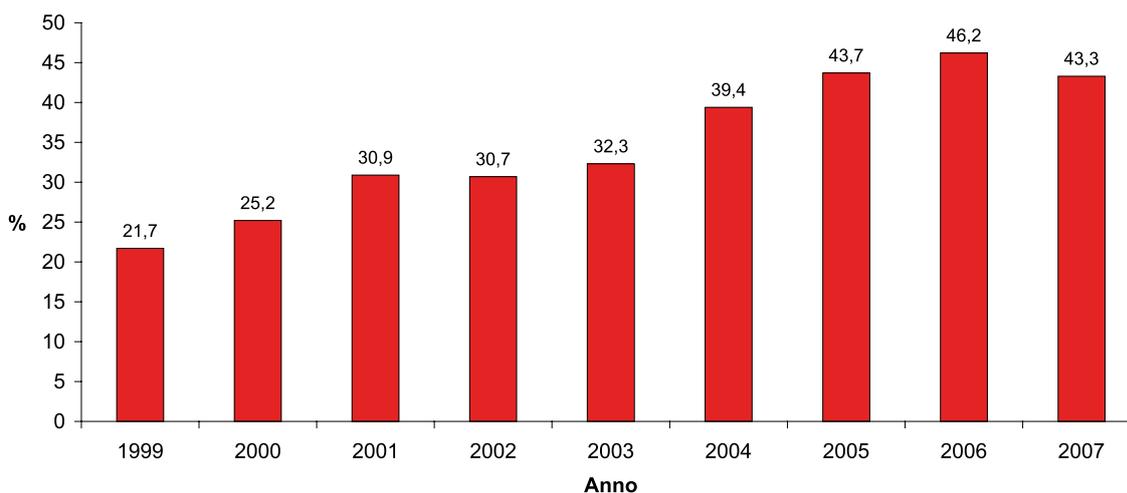
Fonte: Ministero della Salute, Sistema informativo delle Malattie infettive e diffusive, anni 1999-2005

Nota: stranieri = cittadini non italiani

Da rilevare un costante aumento della proporzione di casi di TBC registrati in "cittadini non italiani": dal 22% nel 1999 al 43% nel 2007 del totale dei casi notificati nel nostro paese, soprattutto nelle classi di età giovani e adulti (fig. 35) (**indicatore 32**).

Fig. 35

**Proporzione dei casi di TBC negli immigrati* sul totale dei casi.
Italia, anni 1999 - 2006**



Fonte: Ministero della Salute, DG Prevenzione Sanitaria, Uff. V, Malattie infettive e profilassi internazionale, anni 1999-2006

*Nota: la fonte citata identificata la popolazione immigrata come "cittadini non italiani"

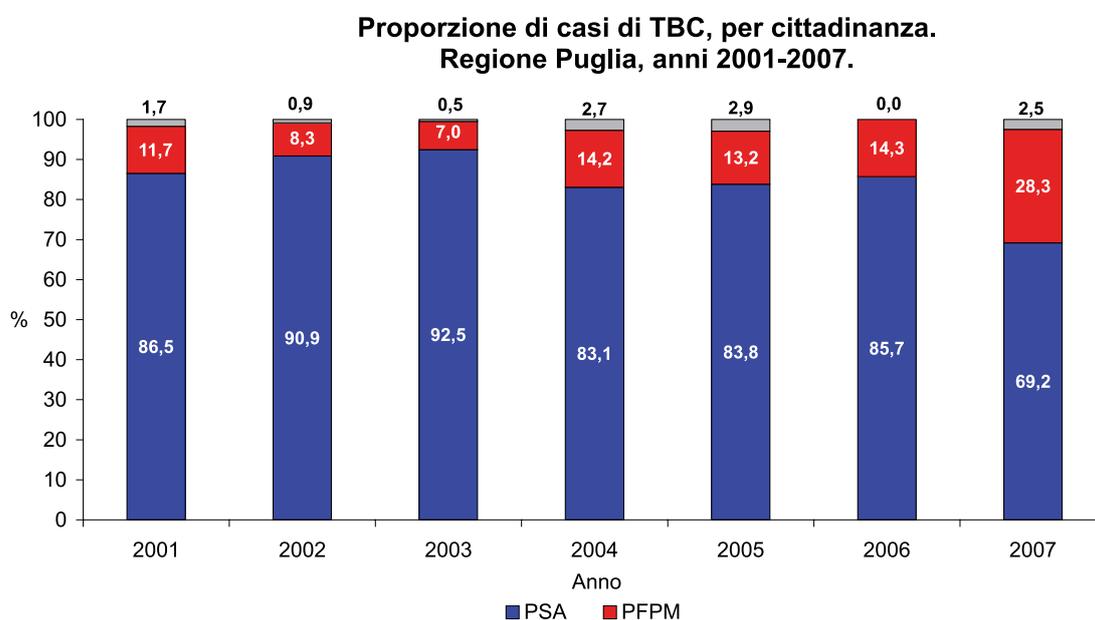
Nella Regione Puglia, ad esempio, mentre il numero complessivo di casi di TBC si è ridotto progressivamente nel corso del tempo, la proporzione di cittadini PFPM che si è ammalata è cresciuta passando dal 15% del 2001 al 28% del 2007 (fig. 36), anche in relazione all'aumento della popolazione.

L'analisi per nazionalità rispecchia l'evoluzione del fenomeno migratorio ed evidenzia, sempre nel periodo esaminato, che la proporzione di ammalati provenienti da un paese africano si è progressivamente ridotta passando dal 50% registrato nel 2001 a meno del 40% del 2007. Al contrario, la proporzione di ammalati provenienti da una nazione dell'Est-Europa o da un paese neo-comunitario è progressivamente aumentata, passando dal 20-25% nel biennio 2001 - 2002 al 55% nel 2007.

La proporzione di uomini è di poco superiore nei cittadini PFPM rispetto ai PSA.

L'età media dei casi PFPM è inferiore di circa 20 anni rispetto a quella del PSA.

Fig. 36



Fonte: Notifiche malattie infettive, Regione Puglia, anni 2001-2007

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrati

nd = cittadinanza non definita

Oltre a considerare il grado di endemia della tubercolosi nel paese di provenienza⁵⁵, è importante considerare il periodo di tempo trascorso dalla data di distacco dal paese di origine.

I dati del sistema di notifica delle malattie trasmissibili indicano come l'insorgenza della malattia, tra i cittadini non italiani, si verifichi tra il primo ed il secondo anno dall'arrivo in Italia. Nel periodo 1999 - 2007, entro il primo anno di arrivo si è manifestato il 15% circa dei casi; tra il primo ed il secondo anno di arrivo poco meno del 34% dei casi totali⁵⁶. Dunque nella maggior parte dei casi gli stranieri non sembrano arrivare ammalati, ma si ammalano in Italia a causa delle condizioni di vita disagiate, della difficoltà di accesso all'informazione su corretti stili di vita e ai servizi sanitari.

Il progressivo aumento di persone immigrate che si ammalano di TBC fa sì che debbano essere presi in seria considerazione interventi generali per migliorare le condizioni di vita della popolazione immigrata (quali ad esempio abitazioni salubri), interventi di offerta attiva culturalmente specifici, l'impiego di strumenti operativi quali la mediazione interculturale per migliorare l'adesione ai programmi terapeutici ed il follow-up.

Indicatore 32

Nome: n.e proporzione di casi di TBC, per paese di nascita

Fonte: notifiche malattie infettive

Metodo di calcolo: n. casi di TBC dei PSA e dei PFPM / n. totale casi TBC notificati nella Regione * 100

Significato: fornisce indicazioni sull'andamento del fenomeno TBC nei due gruppi di popolazione

Validità e limiti: non è noto il grado di accuratezza della compilazione del campo "paese di nascita" nella scheda di notifica. Inoltre come detto nel paragrafo "definizione di caso" il paese di nascita non sempre coincide con la cittadinanza e quindi non necessariamente individua i PFPM

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

55 WHO TB global report 2008

56 Ministero del Lavoro, della Salute e delle Politiche Sociali Ufficio V, Malattie Infettive e Profilassi Internazionale Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione – DG Prevenzione Sanitaria

7.3 La mortalità⁵⁷

Il fenomeno della mortalità, in quanto misura indiretta dello stato di salute della popolazione, fornisce indicazioni utili per comprendere l'importanza di fattori legati allo stile e alle condizioni di vita. In questo senso, l'analisi delle principali caratteristiche dei decessi degli stranieri rappresenta un completamento delle informazioni disponibili su demografia e salute.

Nel 2004 il numero dei decessi dei PFPM si attesta sui 2.926 ed una quota rilevante di questi si riferisce ai PFPM non residenti (46%); nel 2005 le morti salgono a 3.476, di cui il 38% a carico dei non residenti. Complessivamente, come illustrato nella tabella 22, la proporzione di decessi dei PFPM sul totale dei decessi in Italia, nel 2005, è pari allo 0,6% (**indicatore 33**).

Tab. 22 Numero e proporzione di decessi dei PFPM sul totale dei decessi, per Regione di decesso. Anno 2005

Regione di decesso	n. decessi PFPM	n. tot. decessi	% decessi PFPM
Piemonte	262	48.519	0,54
Valle d'Aosta	4	1.333	0,3
Lombardia	645	86.000	0,75
Trentino A. Adige	58	8.406	0,69
Bolzano	35	3.846	0,91
Trento	23	4.510	0,51
Friuli V. Giulia	338	43.333	0,78
Veneto	92	13.939	0,66
Liguria	106	21.633	0,49
Emilia Romagna	349	46.533	0,75
Toscana	219	40.556	0,54
Umbria	62	10.164	0,61
Marche	115	15.541	0,74
Lazio	645	50.000	1,29
Abruzzo	43	13.438	0,32
Molise	2	3.333	0,06
Campania	254	47.925	0,53
Puglia	84	33.600	0,25
Basilicata	6	5.455	0,11
Calabria	56	18.065	0,31
Sicilia	107	46.522	0,23
Sardegna	29	13.810	0,21
Totale	3.476	569.836	0,61

Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte, anno 2005.

Nota:
PFPM = immigrati

⁵⁷ A cura di Silvia Bruzzone e Nadia Mignolli, Istat

Indicatore 33

Nome: n.e proporzione di decessi dei PFPF / totale decessi avvenuti nella Regione

Fonte: Istat - indagine sulle cause di morte

Metodo di calcolo: n. decessi dei PFPF / n. totale decessi nella Regione * 100

Significato: esprime la quota di immigrati deceduti in un anno nella Regione e consente di valutare l'andamento nel tempo dei decessi degli immigrati

Validità e limiti: l'Indagine Istat sulle cause di morte è esaustiva e consente di registrare la totalità dei decessi avvenuti in Italia dei residenti e dei non residenti.

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

I tassi grezzi di mortalità mettono in luce valori molto più contenuti per i PFPF: muoiono infatti circa 8 PFPF residenti contro circa 97 PSA ogni 10.000 residenti.

La struttura per età fortemente invecchiata nei PSA fa sì che la differenza dei tassi di mortalità tra uomini e donne per questo gruppo di popolazione sia scarsa; viceversa, l'età dei PFPF incentrata sulle classi centrali mette in evidenza "l'effetto di selezione positiva" rispetto all'evento morte per il genere femminile: i tassi di mortalità degli uomini infatti sono particolarmente elevati e pari quasi al doppio di quelli delle donne (10,5 ogni 10.000 residenti contro 5,8) (tab. 23) (**indicatore 34**).

Nell'interpretazione dei dati di mortalità relativi agli immigrati, va tenuto conto del fatto che essi sono una popolazione giovane ed essenzialmente in buona salute, per cui i tassi di mortalità sono piuttosto contenuti. Inoltre gli immigrati in età avanzata e con gravi problemi di salute spesso rientrano nel loro paese di origine; quest'ultimo aspetto potrebbe sottostimare la mortalità. Tale fenomeno, tuttavia, tenderà a ridursi nel tempo in conseguenza della progressiva integrazione della popolazione immigrata.

Tab. 23 Tassi grezzi di mortalità (x 10.000) dei residenti in Italia, per cittadinanza, sesso e Regione di residenza. Anno 2005

Regione di residenza	PFPM regolari			PSA		
	Uomini	Donne	Totale	Uomini	Donne	Totale
Piemonte	11,7	5,9	8,8	115,4	116,8	116,1
Valle d'Aosta	0,0	0,0	0,0	115,4	106,4	110,8
Lombardia	8,7	5,1	7,0	94,3	95,8	95,1
Trentino Alto Adige	10,0	7,8	9,0	87,0	88,6	87,8
<i>Bolzano</i>	<i>12,0</i>	<i>13,2</i>	<i>12,5</i>	<i>79,9</i>	<i>81,9</i>	<i>80,9</i>
<i>Trento</i>	<i>8,6</i>	<i>4,5</i>	<i>6,6</i>	<i>93,9</i>	<i>95,0</i>	<i>94,5</i>
Friuli Venezia Giulia	9,6	4,9	7,5	96,2	95,4	95,8
Veneto	14,0	6,9	10,6	115,1	121,9	118,6
Liguria	14,7	4,7	9,5	136,1	137,6	136,9
Emilia Romagna	11,3	4,4	8,1	114,9	115,2	115,0
Toscana	10,0	4,6	7,4	118,5	115,2	116,8
Umbria	10,0	7,1	8,5	126,9	115,6	121,1
Marche	11,9	6,2	9,1	108,6	103,8	106,1
Lazio	16,0	9,4	12,5	92,2	89,0	90,5
Abruzzo	7,6	3,0	5,2	108,3	99,3	103,7
Molise	7,0	5,4	6,1	116,6	101,0	108,6
Campania	15,1	6,6	10,3	86,1	80,5	83,2
Puglia	7,2	8,4	7,8	84,8	78,4	81,5
Basilicata	13,8	0,0	6,8	100,9	89,2	94,9
Calabria	8,4	7,8	8,1	94,1	86,8	90,4
Sicilia	9,6	8,3	9,0	95,4	88,7	91,9
Sardegna	8,8	12,1	10,4	91,4	77,8	84,5
Totale	10,5	5,8	8,2	98,4	95,5	96,9

Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte; Movimento e calcolo della popolazione straniera residente.

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 34

Nome: tasso grezzo di mortalità per cittadinanza

Fonte: Istat - indagine sulle cause di morte

Metodo di calcolo: numero di decessi dei PFPM regolari e dei PSA residenti nella Regione / numero residenti nella Regione * 10.000

Significato: il tasso grezzo di mortalità esprime il rischio di mortalità dei residenti ed è utile per monitorare il fenomeno nel tempo

Validità e limiti: l'analisi della mortalità degli stranieri è circoscritta ai residenti, ossia a persone che vivono nel paese in modo regolare e stabile, poiché solo in questo caso è possibile contare su fonti statistiche affidabili e procedere al calcolo di tassi omogenei e qualitativamente garantiti. Il tasso grezzo non tiene conto delle caratteristiche demografiche della popolazione immigrata che è mediamente più giovane di quella italiana. Per tenere conto di questo occorrerebbe calcolare il tasso standardizzato per età, che necessita per il denominatore della popolazione PFPM regolare per classi di età

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

Cause di morte

Le cause di morte sono state analizzate secondo i seguenti Grandi Capitoli ICD10.

1	Malattie infettive e parassitarie	A00-B99
2	Tumori	C00-D48
4	Malattie delle ghiandole endocrine e metabolismo	E00-E90
5	Disturbi psichici e sistema nervoso	F00-H95
9	Malattie del sistema circolatorio	I00-I99
10	Malattie dell'apparato respiratorio	J00-J99
11	Malattie dell'apparato digerente	K00-K93
18	Stati morbosi mal definiti	R00-R99
19	Cause violente	S00-T98
Altro	Altre malattie	L00-Q99, D50-D89

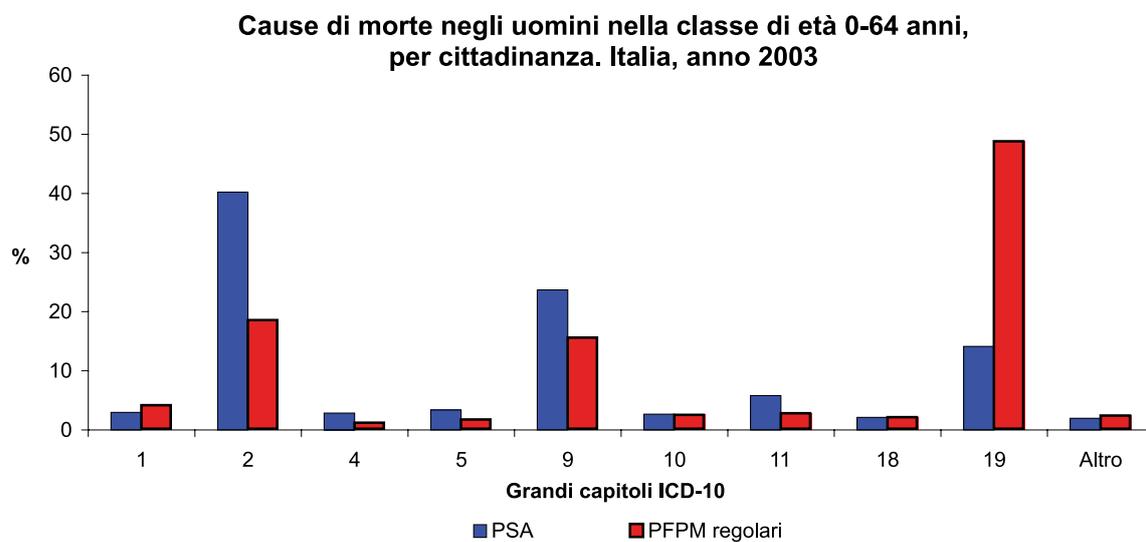
L'analisi delle cause di morte, nell'anno 2003, mostra che le cause violente rappresentano il 49% del totale e sono il primo motivo di decesso tra gli uomini PFPM nella classe di età 0-64 anni; seguono i tumori (circa il 19%) e le malattie del sistema circolatorio (quasi il 16%).

Per gli uomini PSA le cause violente scendono invece al 14% del totale, mentre i tumori e le malattie del sistema circolatorio concentrano quasi il 65% dei decessi.

Nelle donne PFPM le cause violente costituiscono il secondo motivo di morte (quasi il 27% del totale contro il 7% delle donne PSA) dopo i tumori (poco più del 34%)⁵⁸; (figg. 37, 38) (**indicatore 35**).

58 Per il dettaglio per Regione si rimanda all'allegato 9.4

Fig. 37



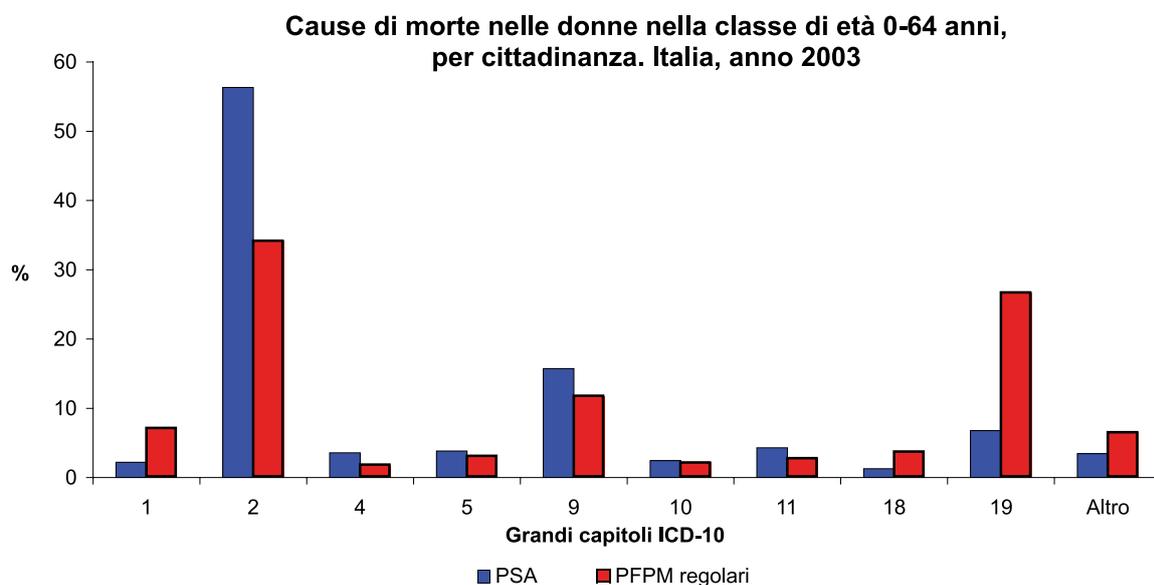
Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Fig. 38



Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM regolari = immigrati regolari

Indicatore 35

Nome: distribuzione dei decessi per causa di morte per cittadinanza

Fonte: Istat - indagine sulle cause di morte

Metodo di calcolo: n. decessi dei PSA e dei PFPM regolari residenti nella Regione (0-64 anni) (grandi capitoli ICD-10 CM) / numero totale decessi dei PSA e dei PFPM regolari * 100

Significato: fornisce indicazioni sui principali problemi di salute che conducono alla morte i due gruppi di popolazione ed il peso relativo delle varie cause su tutti i decessi

Validità e limiti: l'Indagine Istat sulle cause di morte è esaustiva e consente di registrare la totalità dei decessi avvenuti in Italia, disaggregando i dati per variabili importanti quali il sesso, la cittadinanza, la Regione di residenza, i principali gruppi di cause di morte

Variabili di classificazione: sesso, classi di età

Mortalità infantile e neonatale⁵⁹

Lo studio della mortalità infantile degli immigrati proprio per la nota correlazione negativa che lega questo indicatore alle condizioni sanitarie, ambientali, sociali, fornisce ulteriori informazioni sulle condizioni di questo gruppo di popolazione.

Tab. 24 Numero di decessi nel primo anno di vita, per cittadinanza. Italia, anni 2004-2005

Anno	PSA		PFPM	
	n. decessi primo anno di vita	% decessi nel primo mese di vita	n. decessi primo anno di vita	% decessi nel primo mese di vita
2004	1.896	73,5	272	67,6
2005	1.783	72,6	325	70,2
Totale	3.679	73,1	597	69,0

Fonte: Istat, Indagine sulle cause di morte

Nota:

PSA = italiani + altri Paesi Sviluppo Avanzato

PFPM = immigrati

In termini assoluti, considerando i due anni più recenti, i decessi nel primo anno di vita ammontano a 597 bambini immigrati e a 3.679 bambini PSA (tab. 24).

Le morti nel primo mese di vita rappresentano circa i due terzi delle morti che avvengono nel primo anno in entrambi i gruppi di popolazioni (**indicatore 36**).

Indicatore 36

Nome: n. e proporzione di decessi entro il primo anno di vita, per cittadinanza

Fonte: Istat: indagine sulle cause di morte

Metodo di calcolo: n. decessi dei PSA e dei PFPM (età 0-365; 0-28 giorni) / n. totale decessi (età 0-365, 0-28 giorni) * 100

Significato: illustra sia il numero complessivo dei decessi nel primo anno di vita, per cittadinanza ed il peso percentuale dei decessi nel primo mese di vita nei due gruppi di popolazione

Validità e limiti: le schede di morte nel primo anno di vita dell'Istat forniscono informazioni esaustive sulla totalità dei decessi avvenuti in Italia di PSA e PFPM. Al momento i dati sono disponibili mediamente dopo tre anni (vedi Paragrafo 6.2, Flusso Schede di morte)

Variabili di classificazione: sesso

⁵⁹ mortalità neonatale: morti 0 - 28 giorni di vita; mortalità infantile: morti 0 - 365 giorni di vita

I tassi di mortalità infantile e neonatale potrebbero esser calcolati utilizzando come denominatore gli "iscritti in anagrafe per nascita", tuttavia tale fonte presenta vari limiti costituiti dal fatto che bambini nati alla fine dell'anno possono essere registrati in anagrafe nell'anno successivo ed i figli di immigrati irregolari potrebbero non venire iscritti all'anagrafe comunale, con conseguente sovrastima del tasso di mortalità.

Inoltre i decessi possono avvenire non in Italia, ma nel paese di origine, in quanto presso alcune comunità si preferisce far crescere i bambini con i familiari anziani rimasti nel paese d'origine trasferendoli già entro il primo anno di vita; il che comporterebbe una sottostima dell'indicatore.

Va infine tenuto presente che la cancellazione dalle anagrafi comunali, indipendentemente dalla cittadinanza, avvengono con differenti tempi rispetto alle variazioni della presenza degli immigrati. Ciò potrebbe avere ulteriori conseguenze sul calcolo dei tassi. Per tali motivi l'Istat utilizza per il calcolo del tasso di mortalità infantile e neonatale algoritmi complessi difficilmente fattibili a livello regionale.

In generale l'Istat registra, nel 2004, per la mortalità infantile un tasso a carico dei PFPM pari al 4,2 per 1.000 nati vivi e per la mortalità neonatale un tasso del 2,8 per 1.000. Tali valori aumentano nel 2005 rispettivamente a 5 per 1.000 e 3,6 per 1.000.

Gli stessi indicatori nel 2005 per i PSA sono del 3,6 per 1.000 e del 2,6 per 1.000, invariati rispetto all'anno precedente.

8. Considerazioni conclusive e sviluppi

Il gruppo di lavoro nazionale tecnico-scientifico ha lavorato con l'obiettivo di individuare una metodologia condivisa ed un linguaggio comune per descrivere il profilo di salute della popolazione immigrata presente in Italia.

Il lavoro svolto ha prodotto una definizione condivisa di caso: "immigrato" è lo straniero che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), siano questi appartenenti all'Unione Europea che non appartenenti, in quanto la condizione di straniero non è di per sé sufficiente a definire la condizione di immigrato.

La popolazione di confronto è rappresentata da persone con cittadinanza italiana e da quelle presenti stabilmente in Italia con cittadinanza in uno dei Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA).

Gli immigrati, individuati attraverso tale definizione, che utilizza il criterio della "cittadinanza", possono essere a loro volta regolari, cioè avere "titolo" per risiedere in Italia o clandestini/irregolari, senza titolo per il soggiorno.

In sintesi, la popolazione è stata suddivisa in:

- immigrati regolari, persone con cittadinanza in paesi con forte pressione migratoria (PFPM regolari) presenti in Italia con regolare permesso o titolo di soggiorno;
- immigrati clandestini/irregolari con cittadinanza in paesi con forte pressione migratoria e con residenza all'estero (STP)
- italiani e stranieri provenienti da paesi a sviluppo avanzato (PSA).

I criteri utilizzati per individuare l'"immigrato" sono legati alle normative sull'immigrazione esistenti nei vari Paesi, oltre che alle caratteristiche dei sistemi informativi locali, per cui quanto detto è valido per l'Italia; ad oggi esiste infatti un problema di confrontabilità con gli altri Paesi europei in molti dei quali ad esempio viene rilevata l'appartenenza ad una "minoranza etnica" e non la *condizione* di immigrato.

I principali limiti dei flussi informativi sanitari risiedono nel fatto che essi nascono con finalità economico-gestionali volte soprattutto a registrare le attività sanitarie da remunerare e a distinguere i produttori dagli acquirenti di prestazioni sanitarie per cui alcune informazioni presenti nei tracciati-record, non rilevanti ai fini della remunerazione, ma utili per la descrizione della popolazione in studio, sono di qualità scadente. Per di più nel caso specifico della popolazione immigrata si riscontrano maggiori difficoltà ad estrarre le informazioni perché, essendo il fenomeno migratorio quantitativamente poco rilevante fino a pochi anni fa, ad oggi i sistemi informativi non hanno sistematicamente tenuto conto dell'importanza della rintracciabilità dell'utente non italiano.

Lo sviluppo dei flussi sanitari correnti e lo sviluppo dei sistemi elettronici che permettono di effettuare linkage a livello individuale costituiscono un'importante opportunità per la ricerca epidemiologica e la sorveglianza dello stato di salute delle popolazioni. Per quanto riguarda la popolazione immigrata tali attività presentano evidenti peculiari difficoltà, ma è un lavoro che appare importante dato il rilievo del fenomeno migratorio.

In questo contesto, il lavoro finora effettuato dal Gruppo di lavoro si configura anche co-

me propedeutico allo sviluppo di strumenti più elaborati di sorveglianza epidemiologica, che permettano non solo di valutare la necessità di servizi di questa popolazione, ma anche di valutare lo stato di salute in relazione a fattori di rischio cui la popolazione immigrata può essere stata esposta nel Paese di origine o nel Paese di immigrazione.

Riflessioni più generali riguardano:

- un aspetto tecnico quale *l'inadeguatezza* dei flussi informativi nel misurare le condizioni di deprivazione (livello di istruzione, reddito, condizione lavorativa) in modo da poter leggere le diseguaglianze nella salute, una problematica aperta e a tutt'oggi in studio sia a livello nazionale che internazionale;

- un aspetto molto più ampio quale quello delle politiche di welfare, poiché la "visibilità" degli immigrati è proporzionale ai percorsi di inclusione sociale a tutti i livelli e la irrilevanza fino ad ora nei fatti attribuita alla lettura dei loro problemi di salute denuncia una insufficiente, o discontinua, attenzione alla loro integrazione nei percorsi di salute e non solo.

Esiste infine una "questione regionale" ovvero la diversa qualità che i flussi hanno nelle varie Regioni per cui un flusso teoricamente utile ai fini del lavoro in oggetto può non essere utilizzabile in una Regione in quanto la qualità è scadente.

Ciò ha comportato, nell'individuazione degli indicatori che vengono proposti, precise scelte operative in modo da mettere tutte le Regioni in condizioni di descrivere il profilo di salute della popolazione immigrata. Dopo averli sperimentati nelle varie Regioni è stato selezionato un set di indicatori facilmente calcolabili, limitando il ricorso ai tassi in considerazione della difficoltà di ottenere denominatori affidabili, a partire dalle stime disponibili sulla popolazione immigrata presente e/o residente nel nostro Paese.

Gli indicatori proposti non vanno considerati come l'unica opzione possibile, tuttavia essi sono disponibili e applicabili fin da oggi in tutte le Regioni oltre che a livello nazionale, rappresentando un punto di partenza per la descrizione del fenomeno e per il confronto con le altre realtà.

Il lavoro è da considerarsi *in progress* tenendo presente che gli stessi flussi informativi con l'utilizzo tenderanno ad affinarsi e ad essere sempre più completi ed affidabili; ciò porterà ad un miglioramento nell'identificazione della popolazione immigrata e si potranno costruire nuovi indicatori, più adeguati a descrivere la realtà.

I primi risultati mostrano che trattandosi di una popolazione giovane, le dimensioni della domanda sono limitate; essa ricorre ai servizi o per eventi fisiologici quali il parto, o per mancanza di interventi di prevenzione quali l'aborto e gli infortuni sul lavoro. **Questo suggerisce il carattere prevalentemente preventivo degli interventi da realizzare, con effetto positivo anche sulla riduzione dei costi e dei conflitti sociali.**

È auspicabile che ogni realtà regionale sia in grado di prendersi cura dello stato di salute della popolazione immigrata che, spesso in condizioni di marginalità sociale, è più a rischio di ammalarsi.

Infine, si tratta, di ottimizzare l'efficacia dei servizi migliorando l'informazione sul loro fun-

zionamento ed attuando strategie di offerta attiva; pratiche con sicure ricadute positive non solo per la popolazione immigrata ma anche per i cittadini italiani, specie per coloro che sono più vulnerabili.

Saper rispondere ai bisogni sanitari delle fasce di popolazione economicamente e socialmente più deboli è un buon indicatore dell'efficacia di un sistema sanitario; rendere il sistema più flessibile nelle risposte ha ricadute positive nei confronti di tutti i cittadini.

allegato 9.1

Lista Paesi

Lista paesi PSA

Paesi ad alto reddito (classificati come assimilati)	Codice Istat
<i>Andorra</i>	202
<i>Australia</i>	701
<i>Austria</i>	203
<i>Belgio</i>	206
<i>Canada</i>	509
<i>Città del Vaticano</i>	246
<i>Corea del Sud</i>	320
<i>Danimarca</i>	212
<i>Finlandia</i>	214
<i>Francia</i>	215
<i>Germania</i>	216
<i>Giappone</i>	326
<i>Grecia</i>	220
<i>Irlanda</i>	221
<i>Islanda</i>	223
<i>Israele</i>	334
<i>Italia</i>	100
<i>Liechtenstein</i>	225
<i>Lussemburgo</i>	226
<i>Monaco</i>	229
<i>Norvegia</i>	231
<i>Nuova Zelanda</i>	719
<i>Paesi Bassi</i>	232
<i>Portogallo</i>	234
<i>Regno Unito</i>	219
<i>San Marino</i>	236
<i>Spagna</i>	239
<i>Stati Uniti</i>	536
<i>Svezia</i>	240
<i>Svizzera</i>	241

*Fonti: Classificazione banca mondiale (dal 1 luglio 2006)
su RNL pro capite (da Rapporto Sviluppo Umano 07-08);
Rapporto Sviluppo Umano 2007-2008*

Nota: la Corea del Sud è in discussione

Lista paesi PFPM

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
EUROPA	
<i>UE (Unione Europea)</i>	
<i>Bulgaria</i>	209
<i>Ceca, Repubblica</i>	257
<i>Cipro</i>	315
<i>Estonia</i>	247
<i>Lettonia</i>	248
<i>Lituania</i>	249
<i>Malta</i>	227
<i>Polonia</i>	233
<i>Romania</i>	235
<i>Slovacchia</i>	255
<i>Slovenia</i>	251
<i>Ungheria</i>	244
Altri Paesi europei	
<i>Albania</i>	201
<i>Bielorussia</i>	256
<i>Bosnia-Erzegovina</i>	252
<i>Croazia</i>	250
<i>Kosovo</i>	272
<i>Macedonia, ex Repubblica Jugoslava di</i>	253
<i>Moldova</i>	254
<i>Montenegro</i>	270
<i>Russa, Federazione</i>	245
<i>Serbia, Repubblica di</i>	271
<i>Svizzera</i>	241
<i>Turchia</i>	351
<i>Ucraina</i>	243

[segue](#)

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
ASIA	
<i>Afghanistan</i>	301
<i>Arabia Saudita</i>	302
<i>Armenia</i>	358
<i>Azerbaigian</i>	359
<i>Bahreïn</i>	304
<i>Bangladesh</i>	305
<i>Bhutan</i>	306
<i>Brunei</i>	309
<i>Cambogia</i>	310
<i>Cinese, Repubblica Popolare</i>	314
<i>Corea, Repubblica Popolare Democratica (Corea del Nord)</i>	319
<i>Emirati Arabi Uniti</i>	322
<i>Filippine</i>	323
<i>Georgia</i>	360
<i>Giordania</i>	327
<i>India</i>	330
<i>Indonesia</i>	331
<i>Iran, Repubblica Islamica del</i>	332
<i>Iraq</i>	333
<i>Kazakhstan</i>	356
<i>Kirghizistan</i>	361
<i>Kuwait</i>	335
<i>Laos</i>	336
<i>Libano</i>	337
<i>Malaysia</i>	340
<i>Maldive</i>	339
<i>Mongolia</i>	341
<i>Myanmar (ex Birmania)</i>	307
<i>Nepal</i>	342
<i>Oman</i>	343
<i>Pakistan</i>	344
<i>Qatar</i>	345
<i>Singapore</i>	346
<i>Siria</i>	348
<i>Sri Lanka (ex Ceylon)</i>	311
<i>Tagikistan</i>	362
<i>Taiwan (ex Formosa)</i>	363
<i>Territori dell'Autonomia Palestinese</i>	324
<i>Thailandia</i>	349
<i>Timor Orientale</i>	338
<i>Turkmenistan</i>	364
<i>Uzbekistan</i>	357
<i>Vietnam</i>	353
<i>Yemen</i>	354

segue

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
AFRICA	
<i>Algeria</i>	401
<i>Angola</i>	402
<i>Benin (ex Dahomey)</i>	406
<i>Botswana</i>	408
<i>Burkina Faso (ex Alto Volta)</i>	409
<i>Burundi</i>	410
<i>Camerun</i>	411
<i>Capo Verde</i>	413
<i>Centrafricana, Repubblica</i>	414
<i>Ciad</i>	415
<i>Comore</i>	417
<i>Congo (Repubblica del)</i>	418
<i>Congo, Repubblica democratica del (ex Zaire)</i>	463
<i>Costa d'Avorio</i>	404
<i>Egitto</i>	419
<i>Eritrea</i>	466
<i>Etiopia</i>	420
<i>Gabon</i>	421
<i>Gambia</i>	422
<i>Ghana</i>	423
<i>Gibuti</i>	424
<i>Guinea</i>	425
<i>Guinea Bissau</i>	426
<i>Guinea Equatoriale</i>	427
<i>Kenya</i>	428
<i>Lesotho</i>	429
<i>Liberia</i>	430
<i>Libia</i>	431
<i>Madagascar</i>	432
<i>Malawi</i>	434
<i>Mali</i>	435
<i>Marocco</i>	436
<i>Mauritania</i>	437
<i>Mauritius</i>	438
<i>Mozambico</i>	440
<i>Namibia</i>	441
<i>Niger</i>	442
<i>Nigeria</i>	443
<i>Ruanda</i>	446
<i>São Tomé e Príncipe</i>	448
<i>Senegal</i>	450
<i>Seychelles</i>	449
<i>Sierra Leone</i>	451
<i>Somalia</i>	453
<i>Sud Africa</i>	454
<i>Sudan</i>	455
<i>Swaziland</i>	456
<i>Tanzania</i>	457
<i>Togo</i>	458
<i>Tunisia</i>	460
<i>Uganda</i>	461
<i>Zambia</i>	464
<i>Zimbabwe (ex Rhodesia)</i>	465

[segue](#)

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
AMERICA	
<i>Antigua e Barbuda</i>	503
<i>Argentina</i>	602
<i>Bahamas</i>	505
<i>Barbados</i>	506
<i>Belize</i>	507
<i>Bolivia</i>	604
<i>Brasile</i>	605
<i>Cile</i>	606
<i>Colombia</i>	608
<i>Costa Rica</i>	513
<i>Cuba</i>	514
<i>Dominica</i>	515
<i>Dominicana, Repubblica</i>	516
<i>Ecuador</i>	609
<i>El Salvador</i>	517
<i>Giamaica</i>	518
<i>Grenada</i>	519
<i>Guatemala</i>	523
<i>Guyana</i>	612
<i>Haiti</i>	524
<i>Honduras</i>	525
<i>Messico</i>	527
<i>Nicaragua</i>	529
<i>Panama</i>	530
<i>Paraguay</i>	614
<i>Perù</i>	615
<i>Saint Kitts e Nevis</i>	534
<i>Saint Lucia</i>	532
<i>Saint Vincent e Grenadine</i>	533
<i>Suriname</i>	616
<i>Trinidad e Tobago</i>	617
<i>Uruguay</i>	618
<i>Venezuela</i>	619

[segue](#)

Paesi a basso/medio reddito	Codice Istat
OCEANIA	
<i>Fiji</i>	703
<i>Kiribati</i>	708
<i>Marshall, Isole</i>	712
<i>Micronesia, Stati Federati</i>	713
<i>Nauru</i>	715
<i>Nuova Zelanda</i>	719
<i>Palau</i>	720
<i>Papua Nuova Guinea</i>	721
<i>Salomone, Isole</i>	725
<i>Samoa</i>	727
<i>Tonga</i>	730
<i>Tuvalu</i>	731
<i>Vanuatu</i>	732
<i>APOLIDE</i>	999

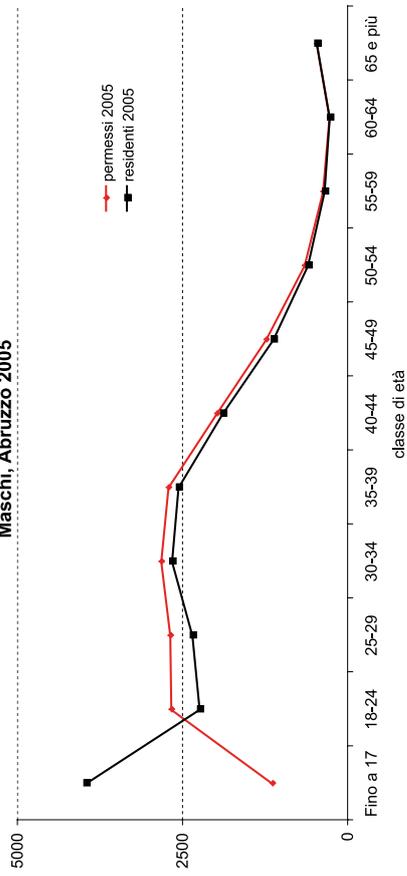
Fonti: Classificazione banca mondiale (dal 1 luglio 2006) su RNL pro capite (da Rapporto Sviluppo Umano 07-08); Rapporto Sviluppo Umano 2007-2008

Nota: alcuni paesi come Cipro, Malta, Slovenia sono in discussione

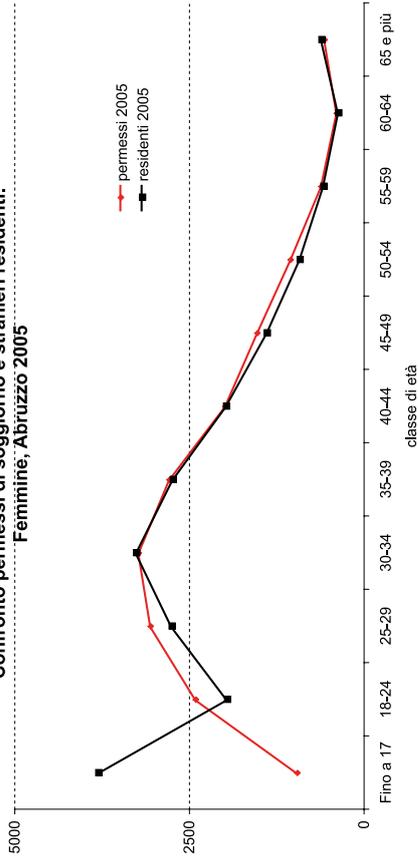
allegato 9.2

Confronto Residenti/Permessi di Soggiorno per Regioni

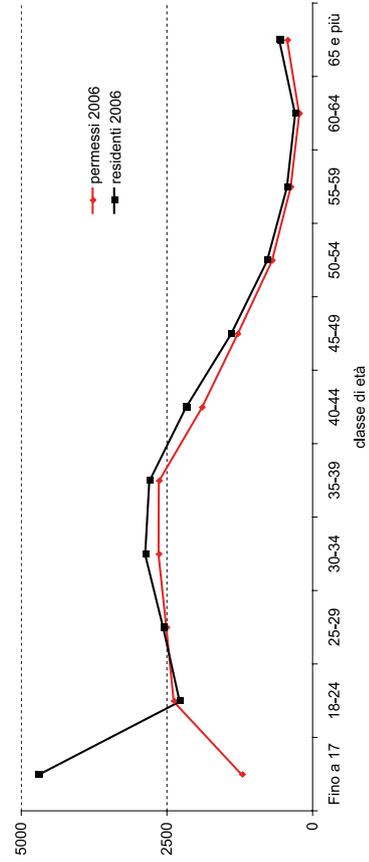
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Abruzzo 2005**



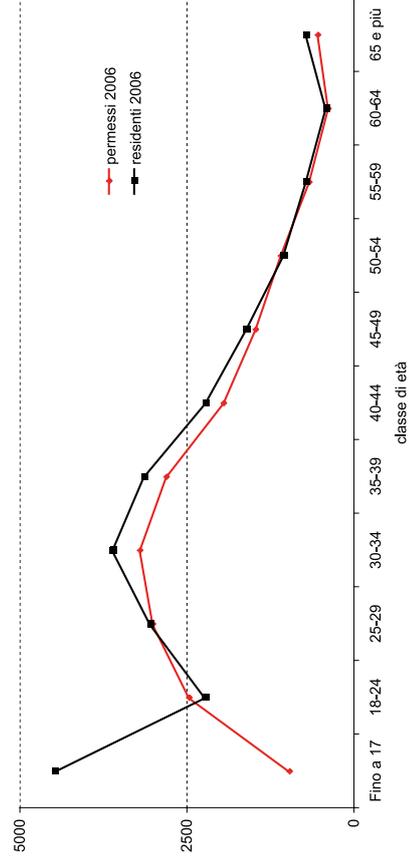
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Abruzzo 2005**



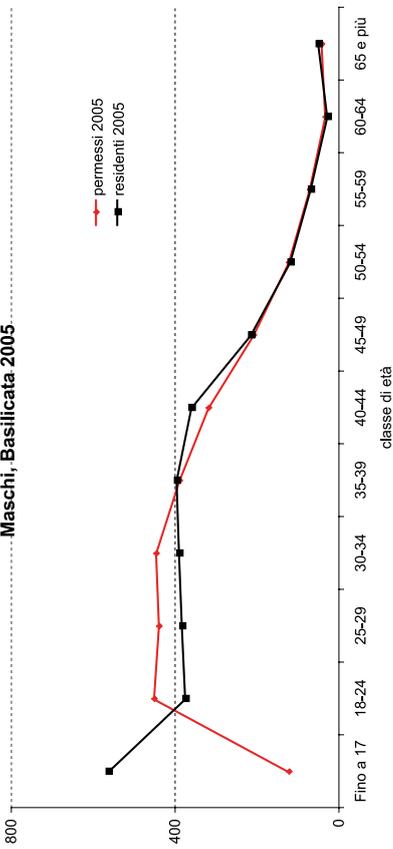
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Abruzzo 2006**



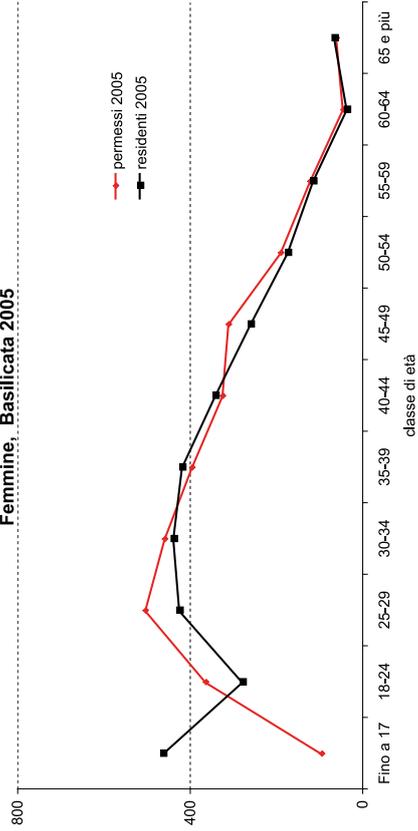
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Abruzzo 2006**



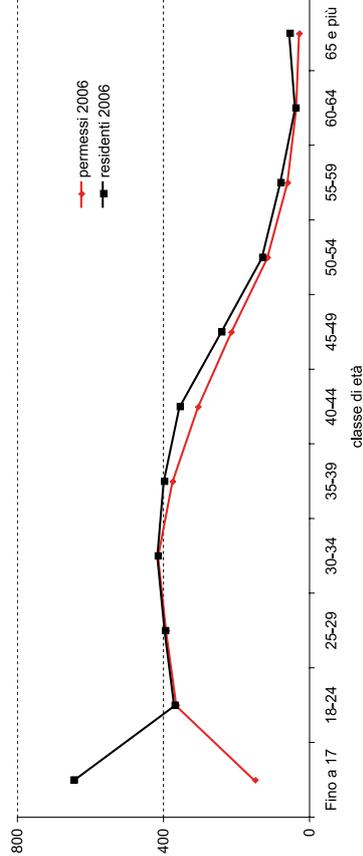
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Basilicata 2005



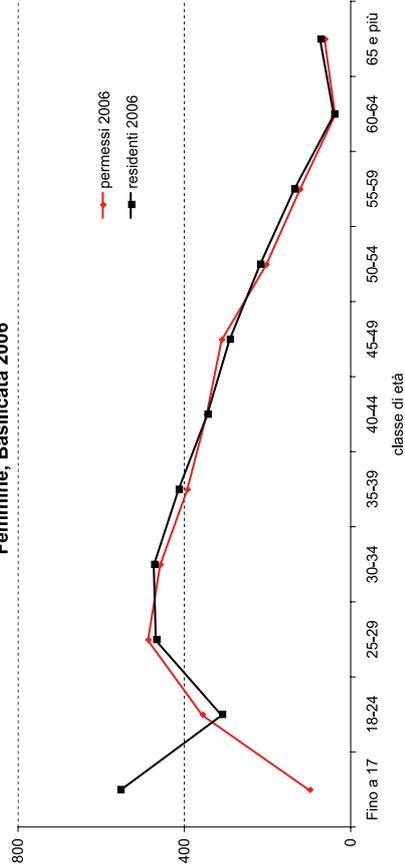
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Basilicata 2005



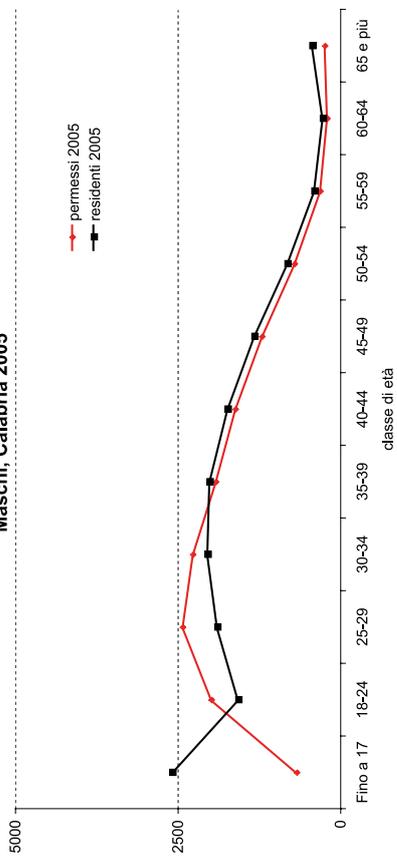
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Basilicata 2006



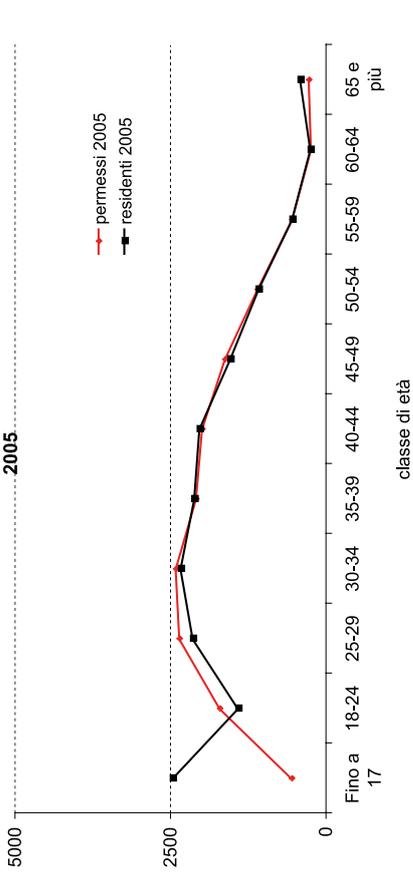
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Basilicata 2006



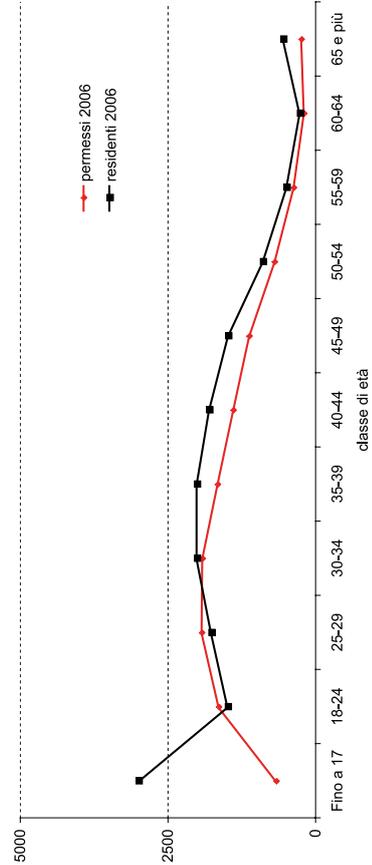
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Calabria 2005



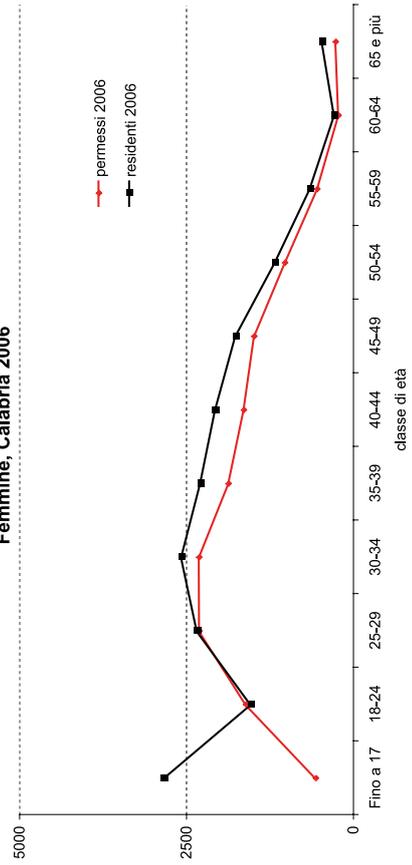
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti Calabria, Femmine, 2005



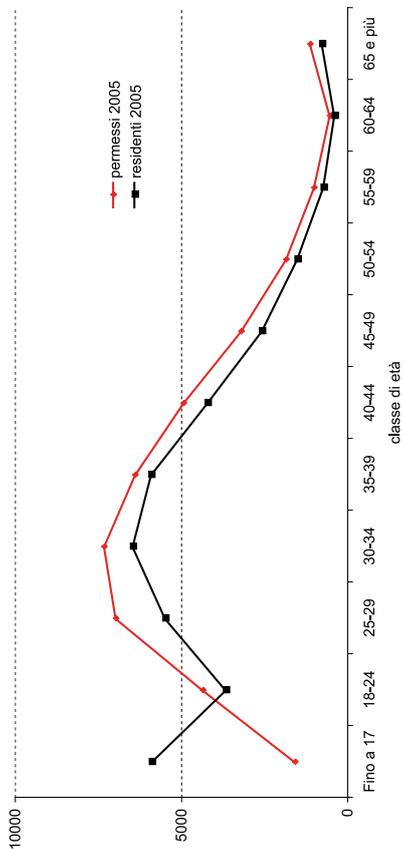
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Calabria 2006



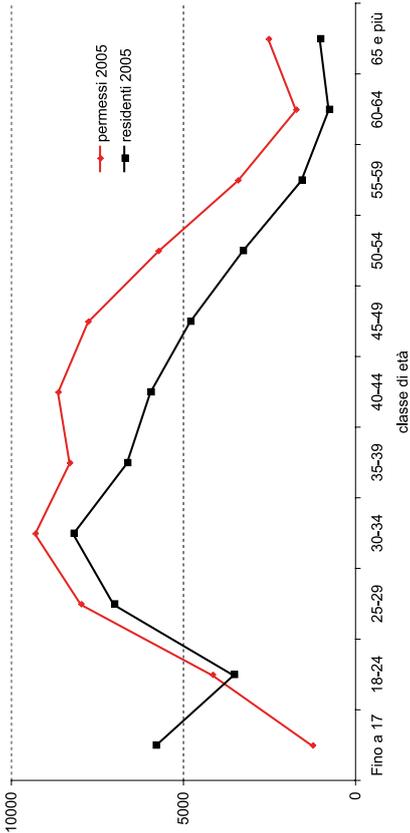
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Calabria 2006



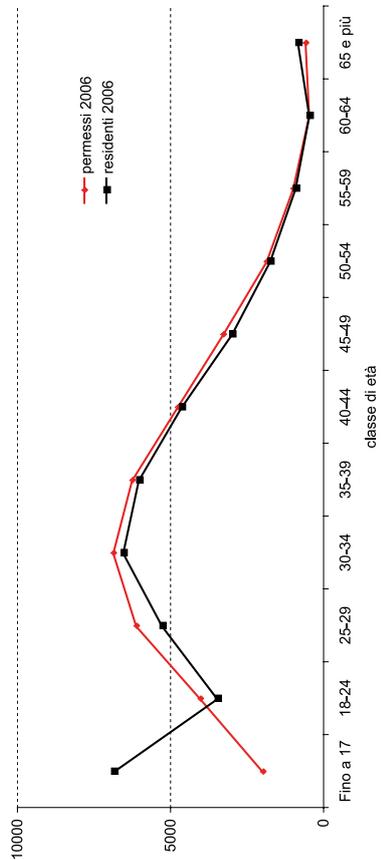
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Campania 2005



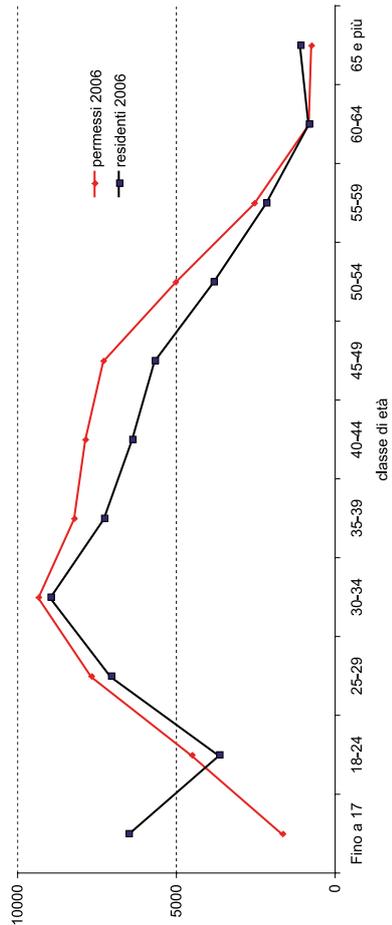
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Campania 2005.



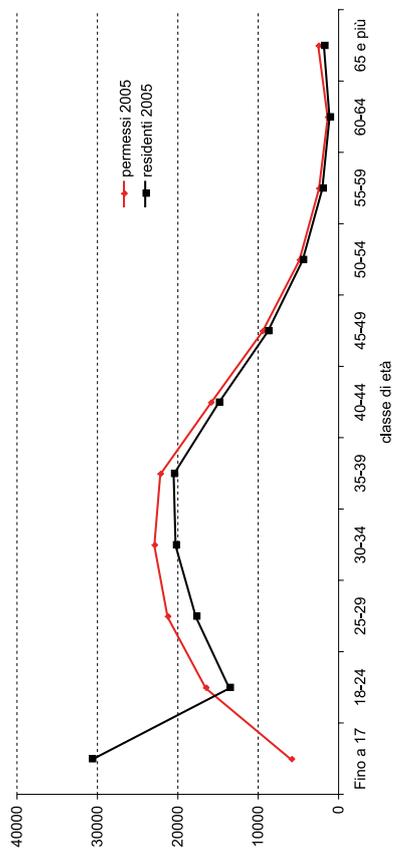
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Campania 2006



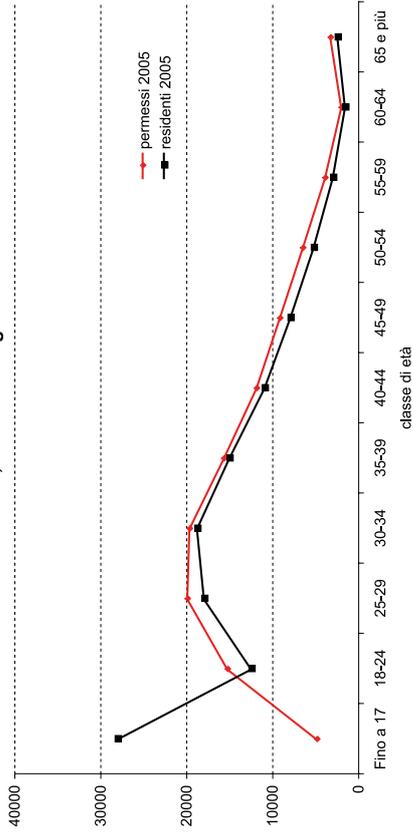
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Campania 2006



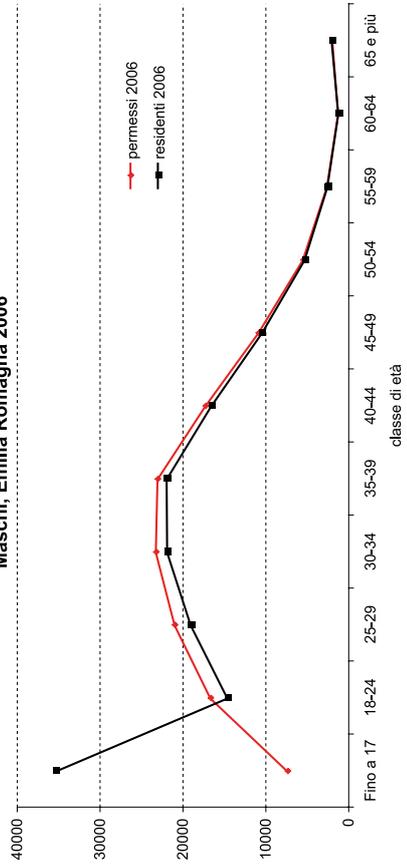
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Maschi, Emilia Romagna 2005



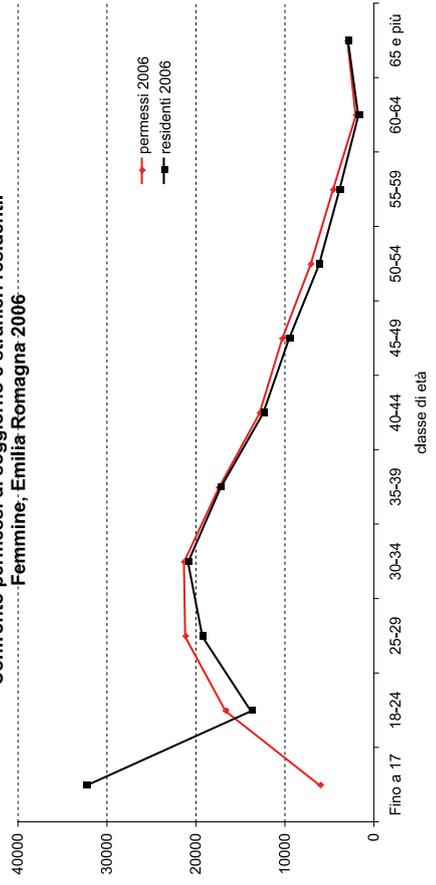
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Femmine, Emilia Romagna 2005



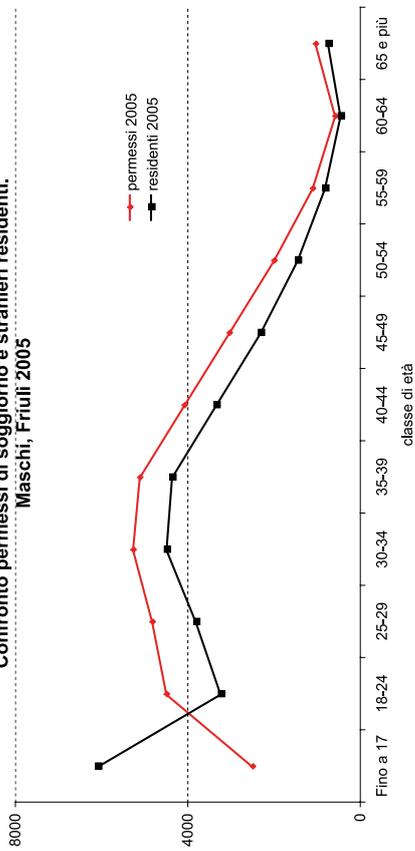
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Maschi, Emilia Romagna 2006



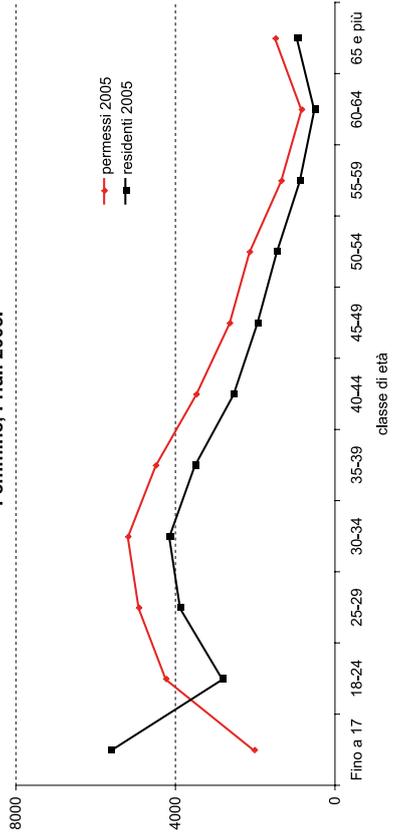
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Femmine, Emilia Romagna 2006



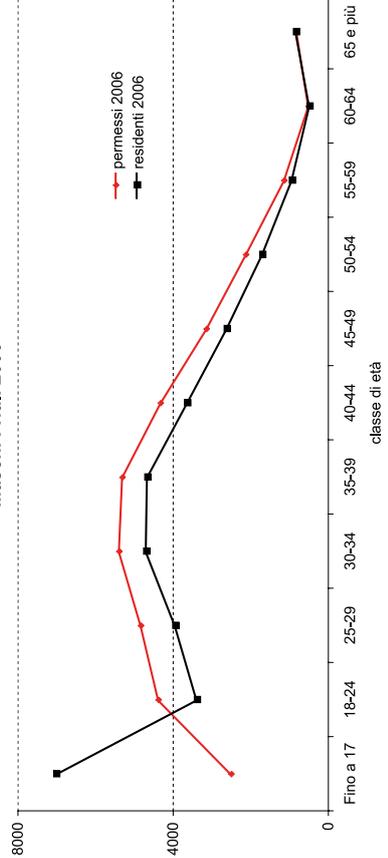
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Friuli 2005



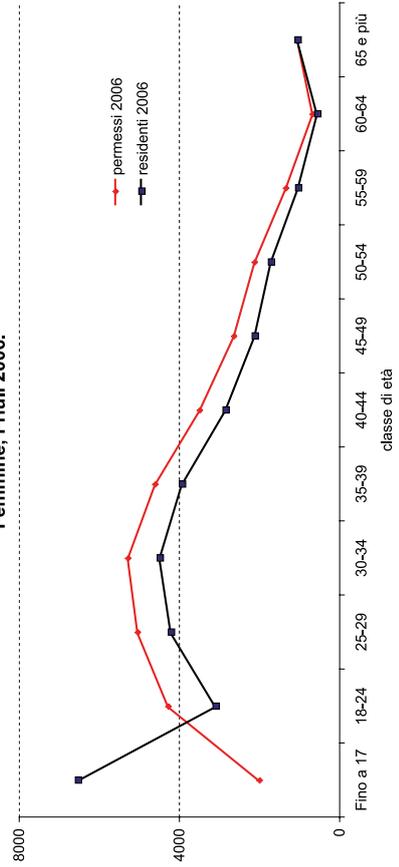
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Friuli 2005.



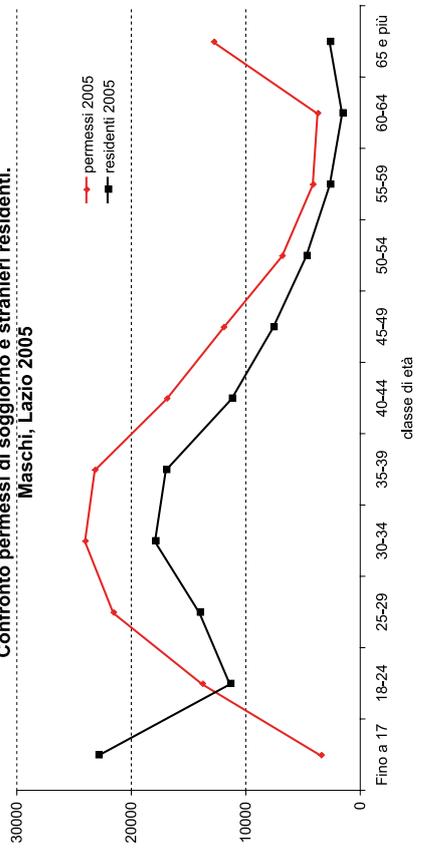
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi Friuli 2006



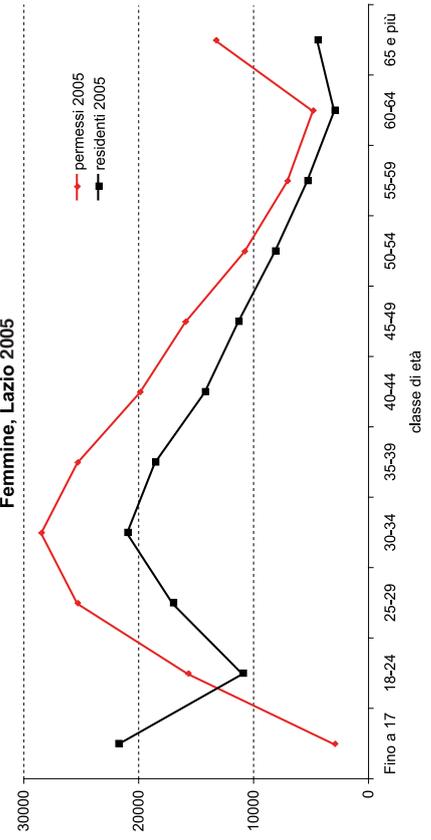
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Friuli 2006.



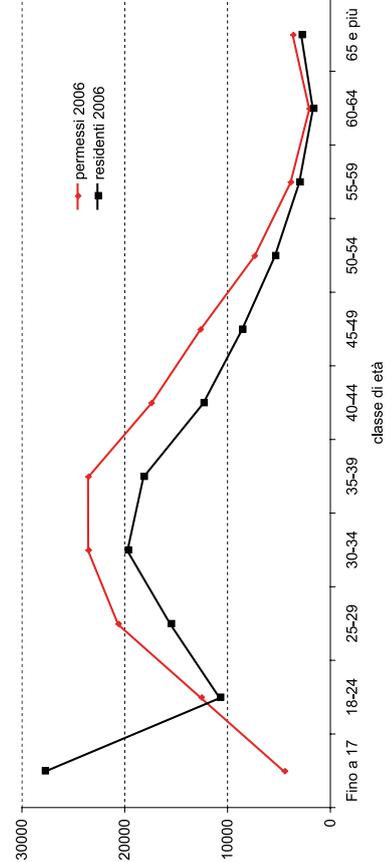
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Lazio 2005**



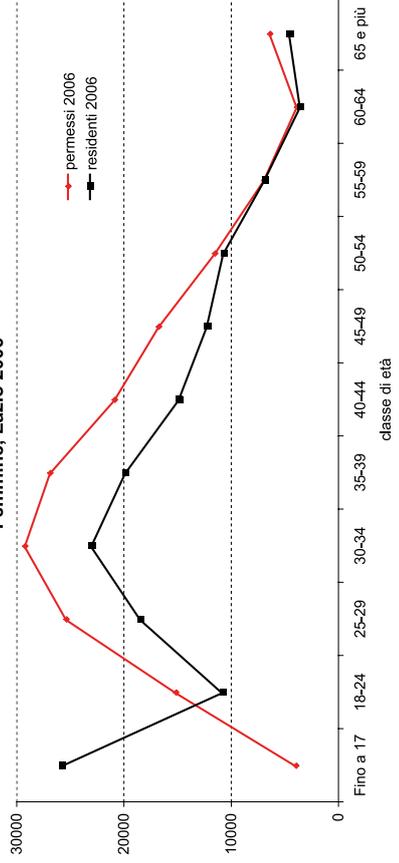
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Lazio 2005**



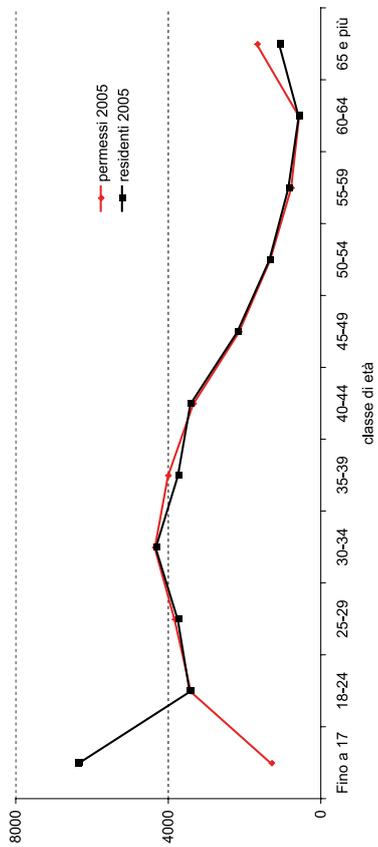
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Lazio 2006**



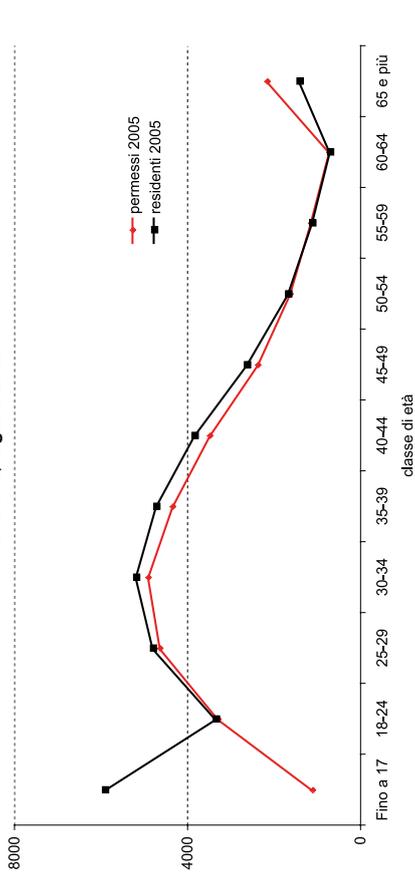
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Lazio 2006**



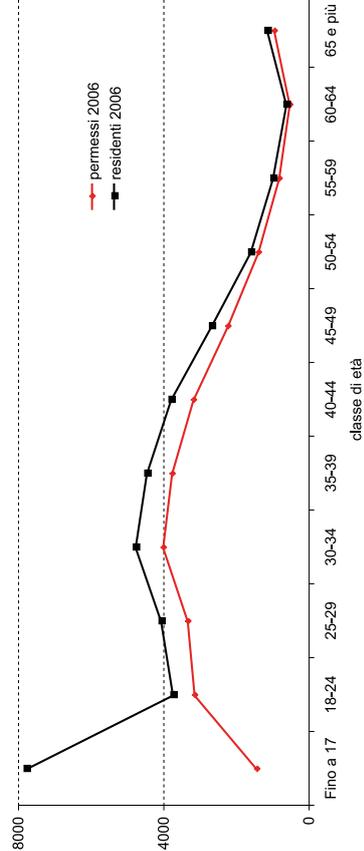
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Liguria 2005



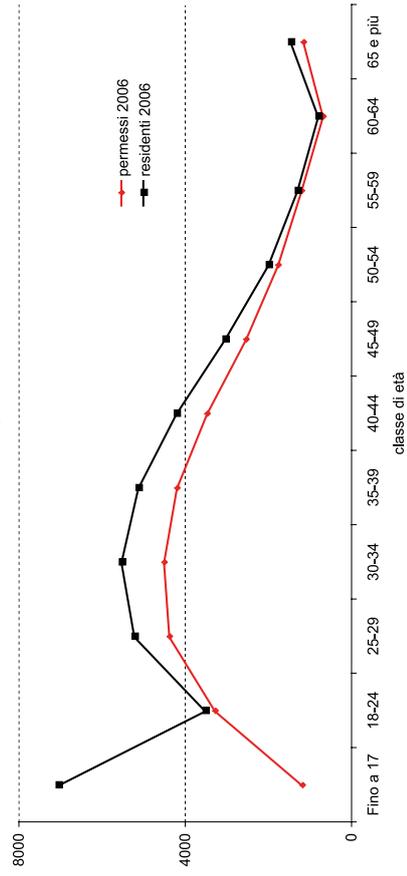
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Liguria 2005



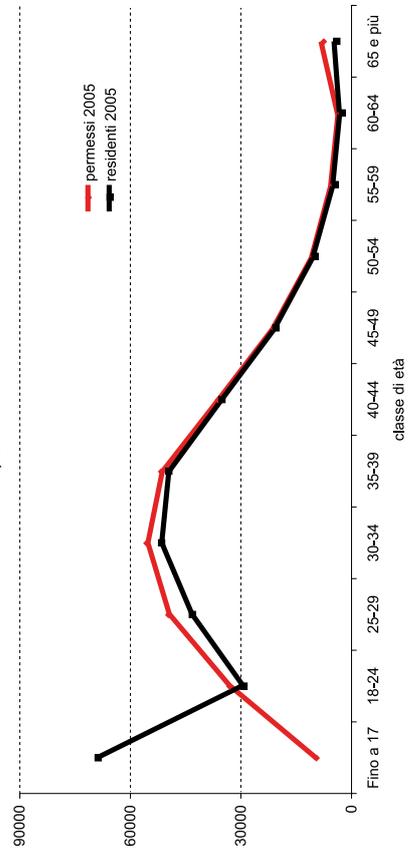
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Liguria 2006



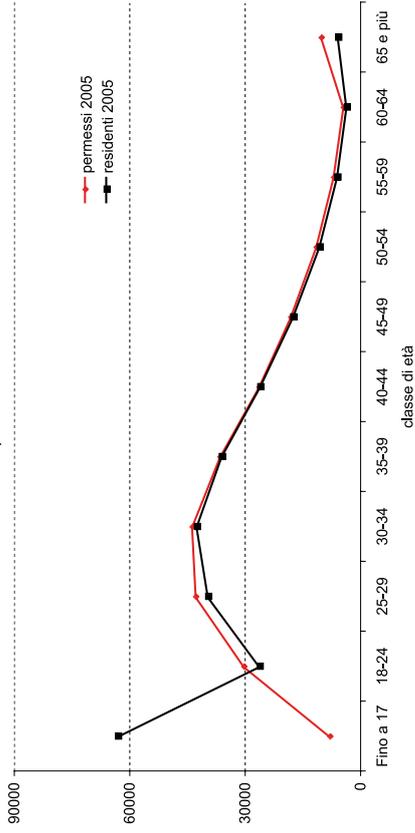
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Liguria 2006



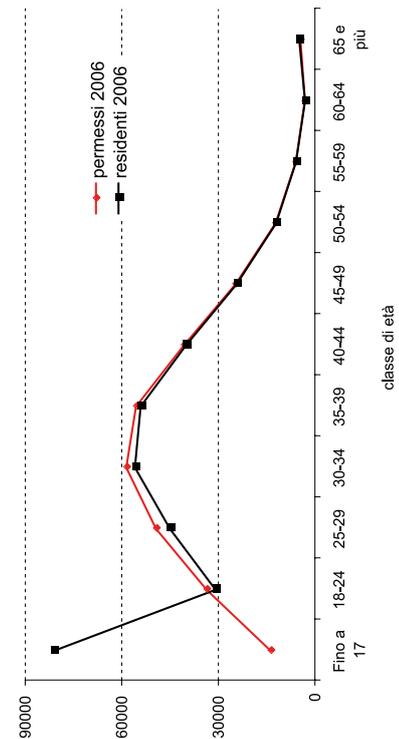
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Lombardia 2005



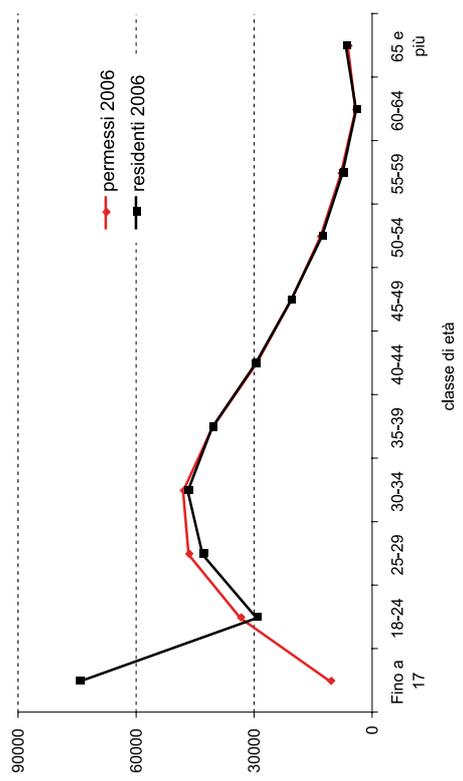
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Lombardia 2005



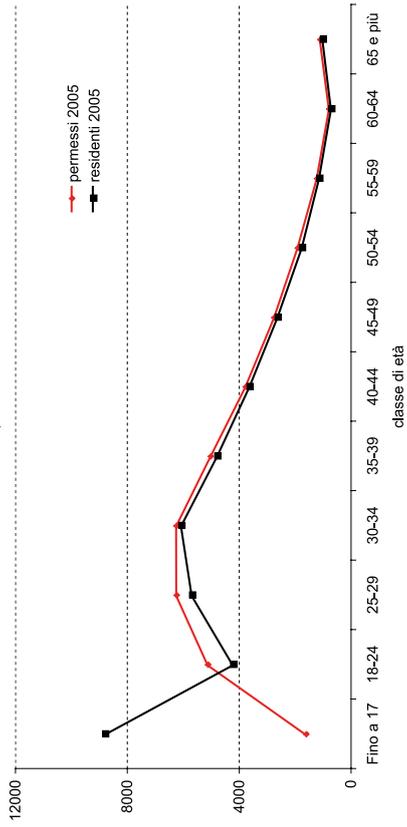
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Lombardia 2006



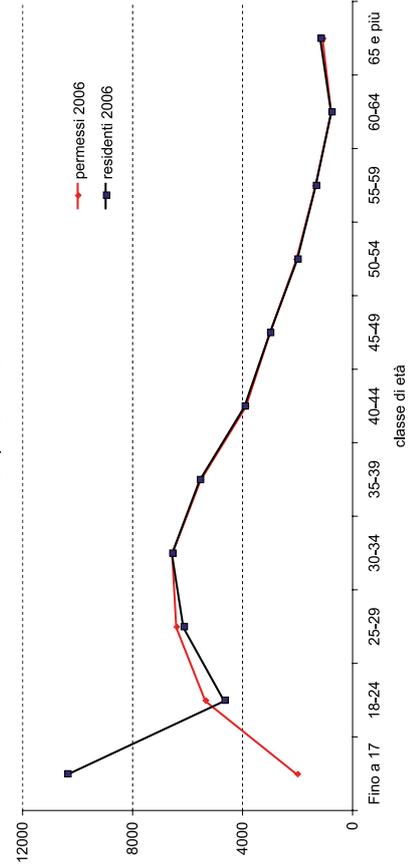
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Lombardia 2006



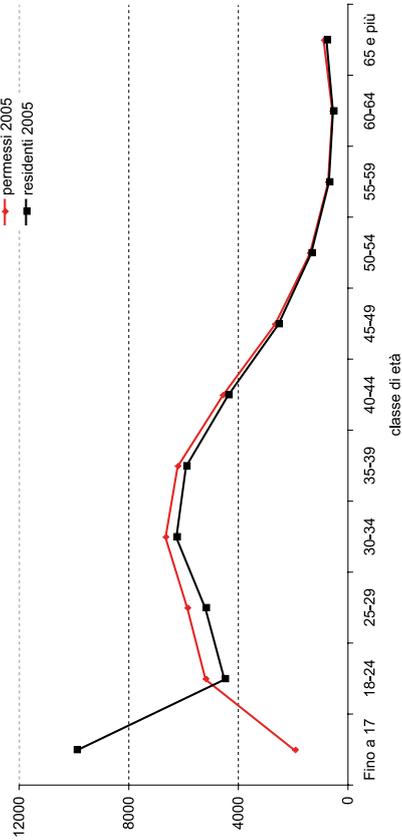
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Femmine, Marche 2005



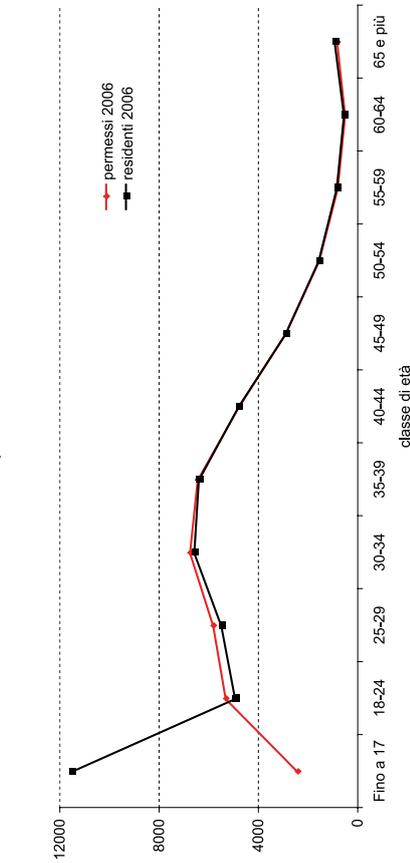
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Femmine, Marche 2006



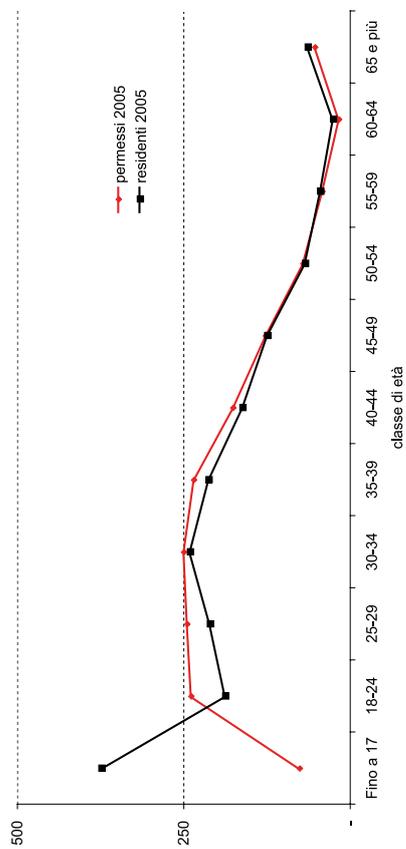
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Maschi, Marche 2005



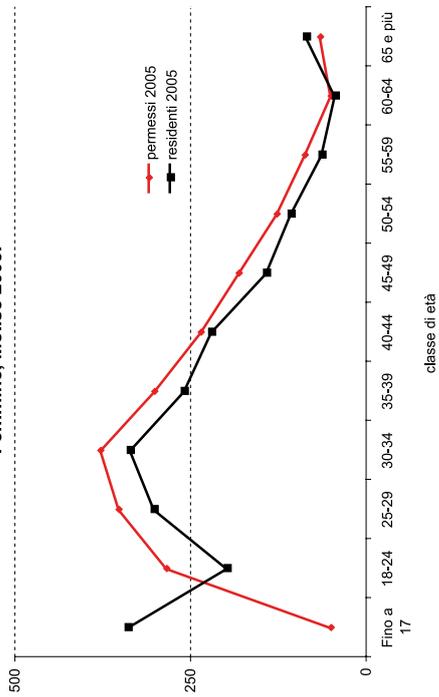
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Maschi, Marche 2006



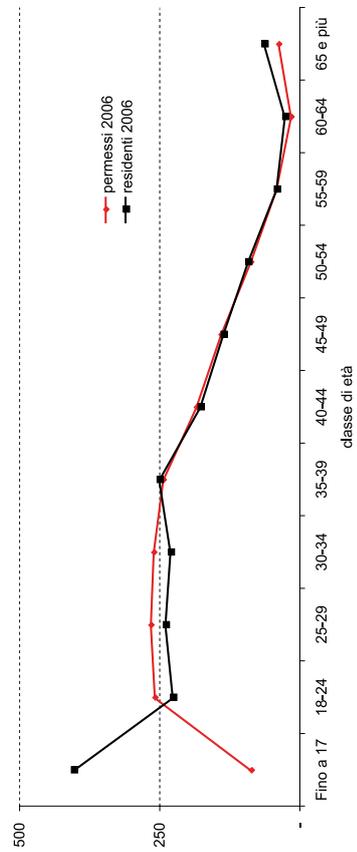
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Molise 2005**



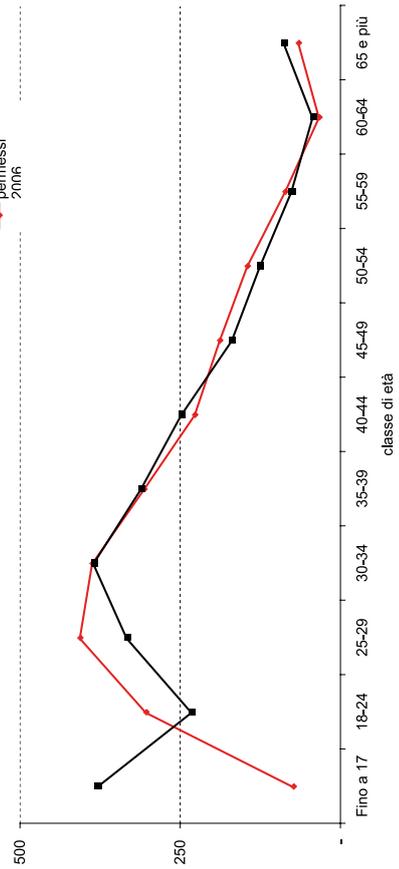
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Molise 2005.**



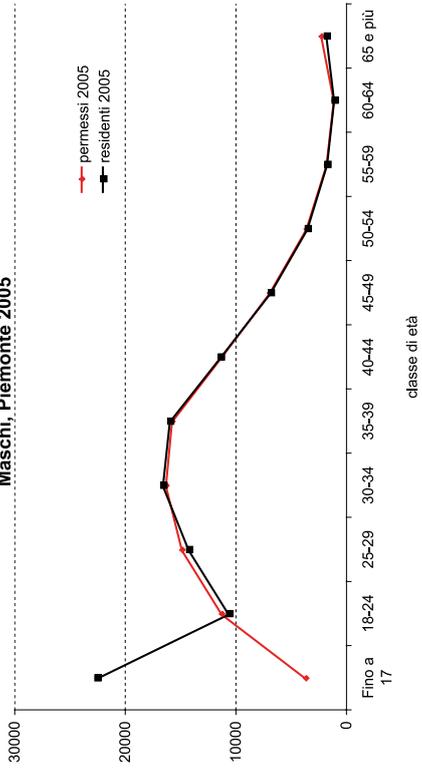
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Molise 2006**



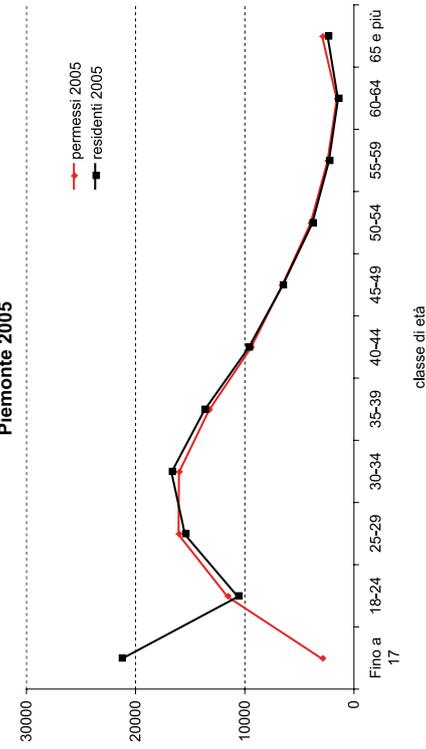
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Molise 2006**



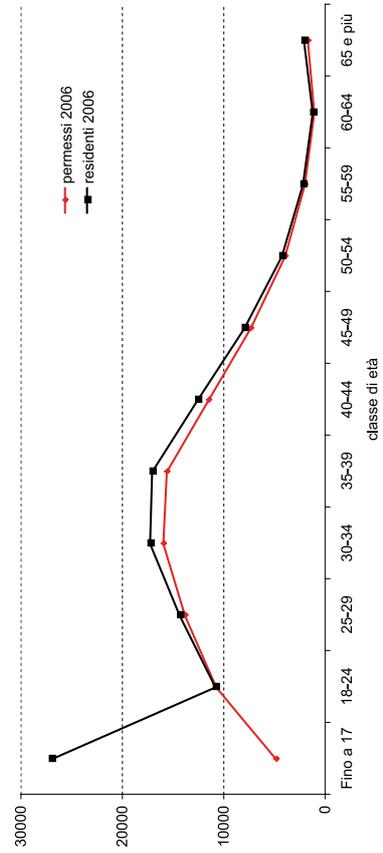
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Maschi, Piemonte 2005



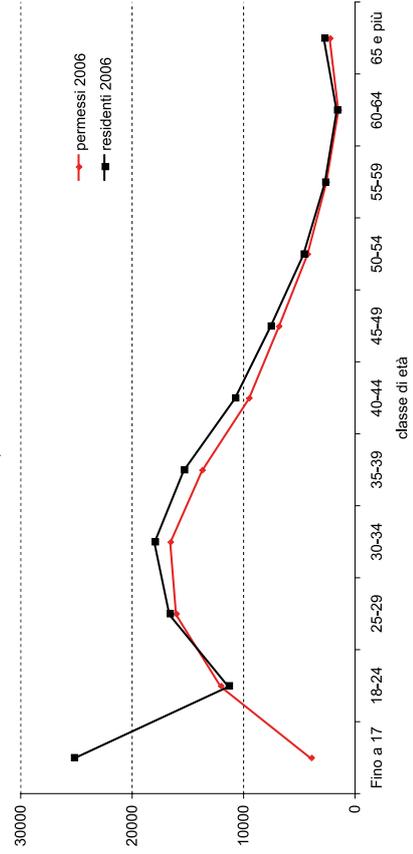
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Femmine, Piemonte 2005



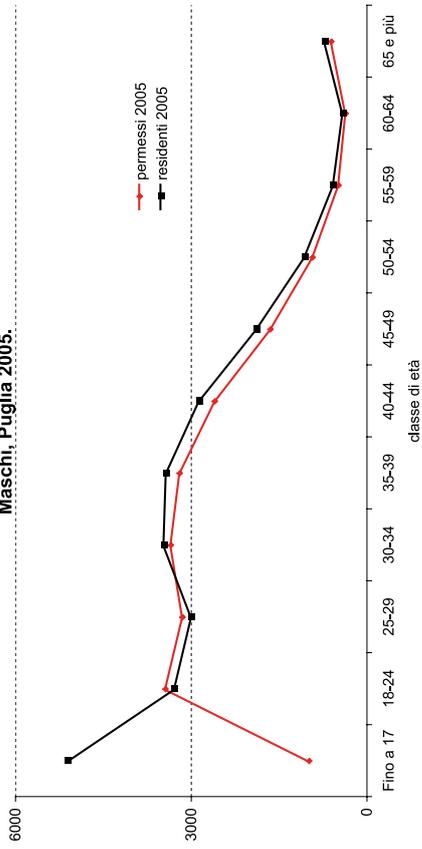
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Maschi, Piemonte 2006



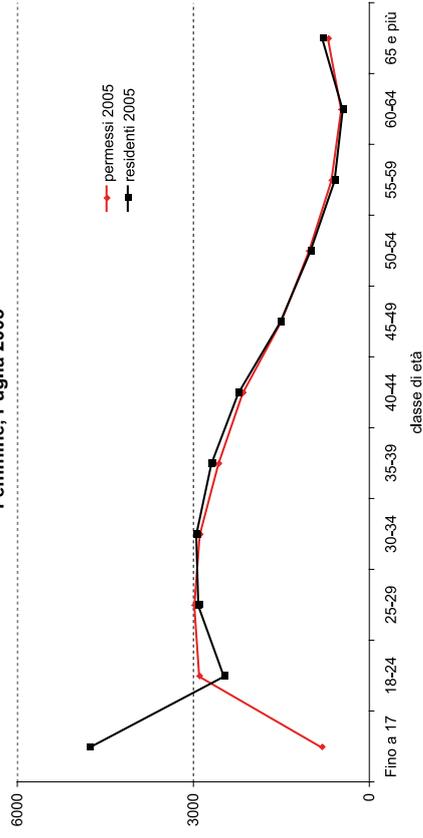
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Femmine, Piemonte 2006



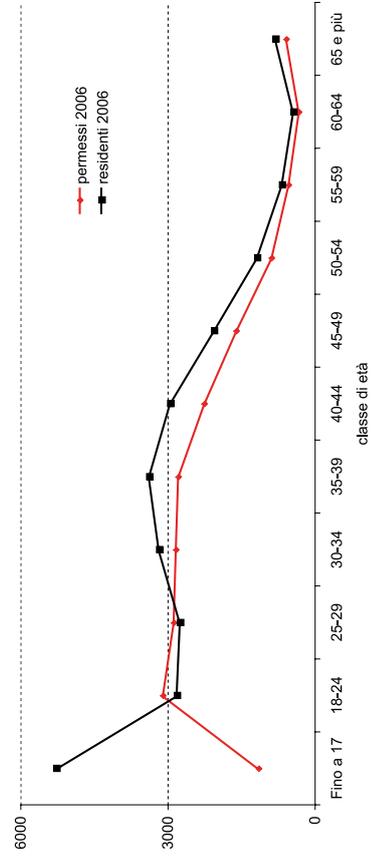
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Puglia 2005.**



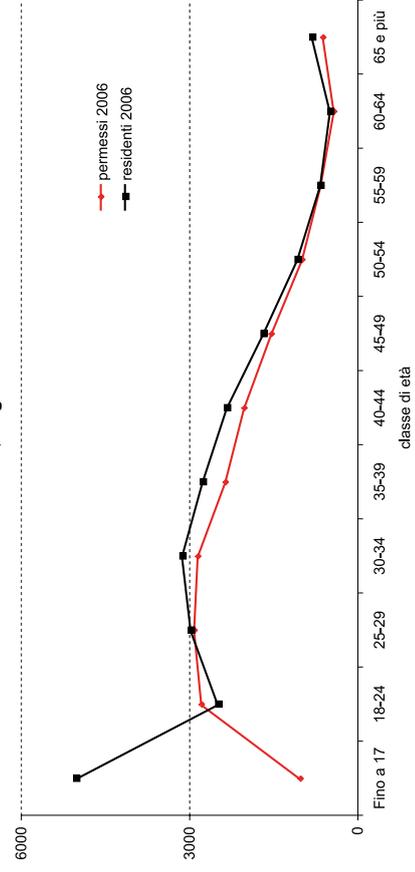
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Puglia 2005**



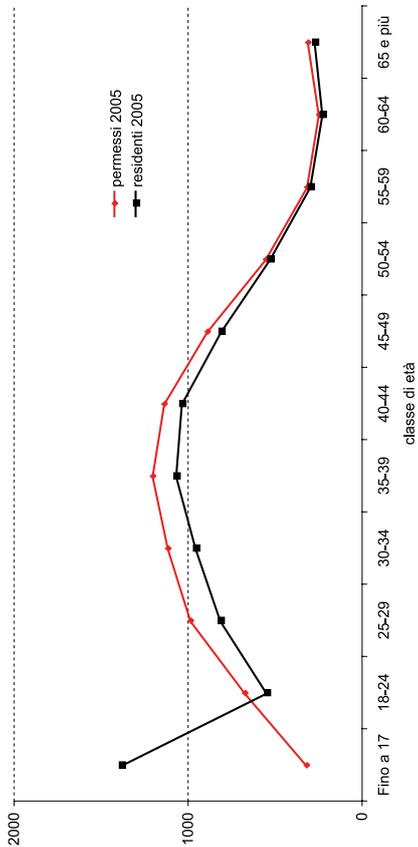
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Puglia 2006.**



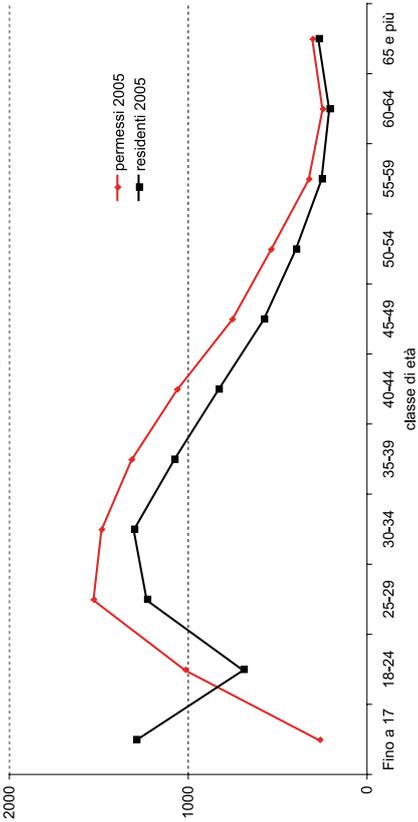
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Puglia 2006**



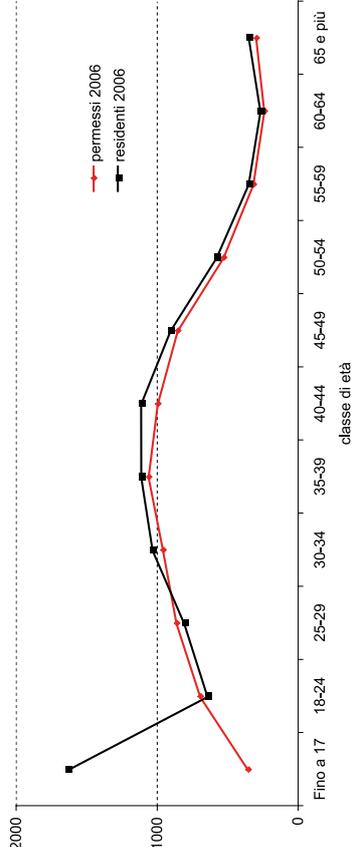
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Sardegna 2005



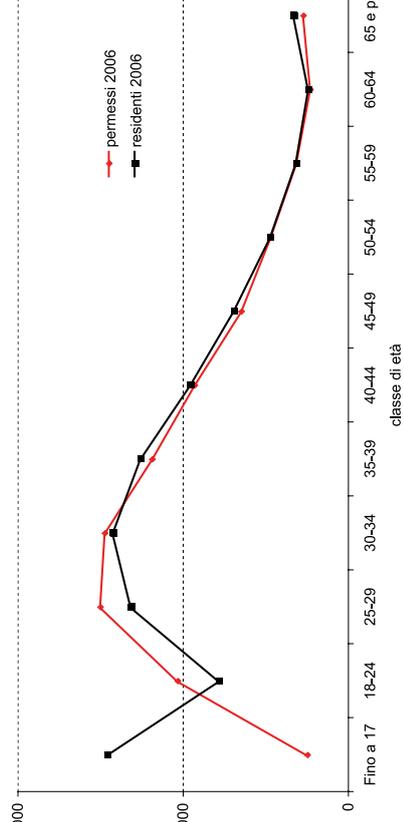
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Sardegna 2005



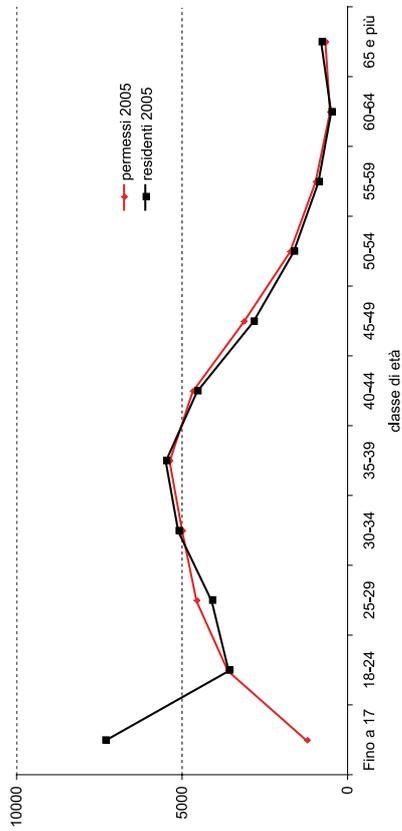
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Sardegna 2006.



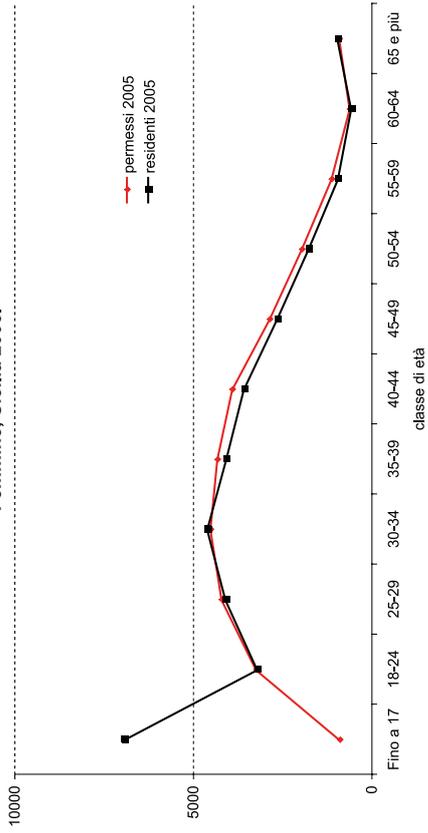
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Sardegna 2006.



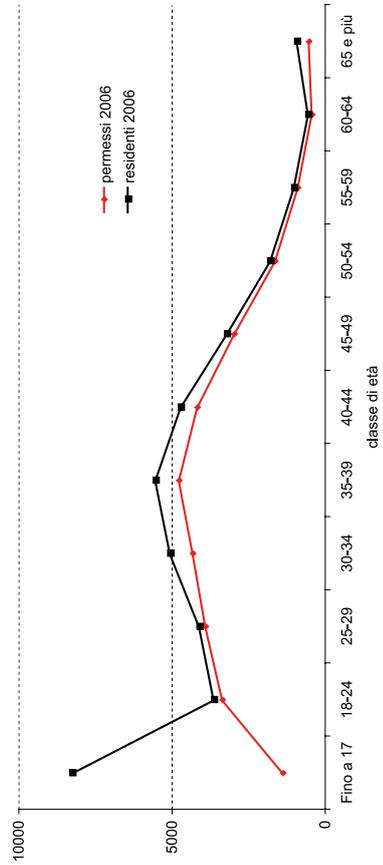
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Sicilia 2005.**



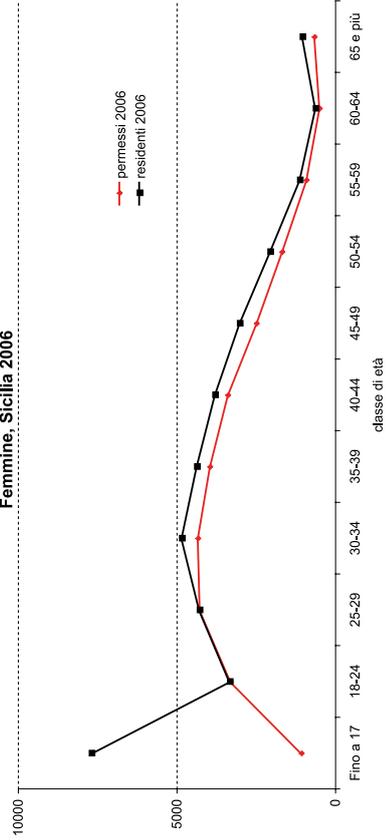
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Sicilia 2005.**



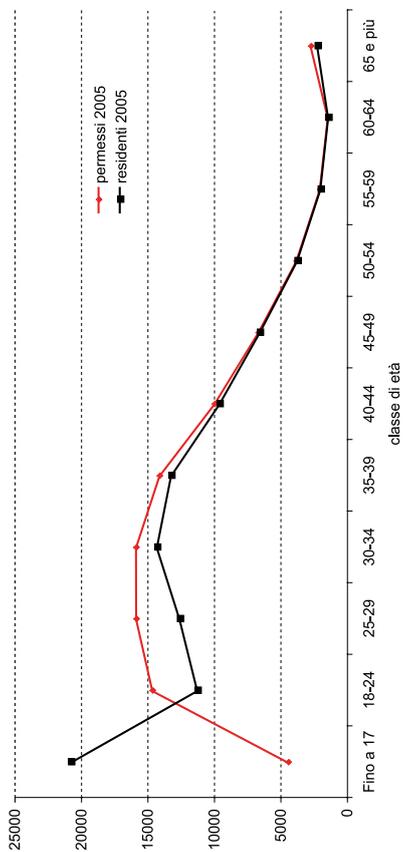
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Sicilia 2006**



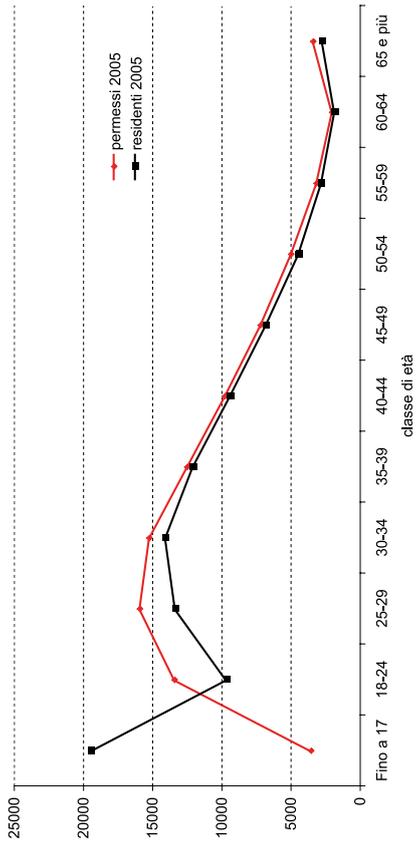
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Sicilia 2006**



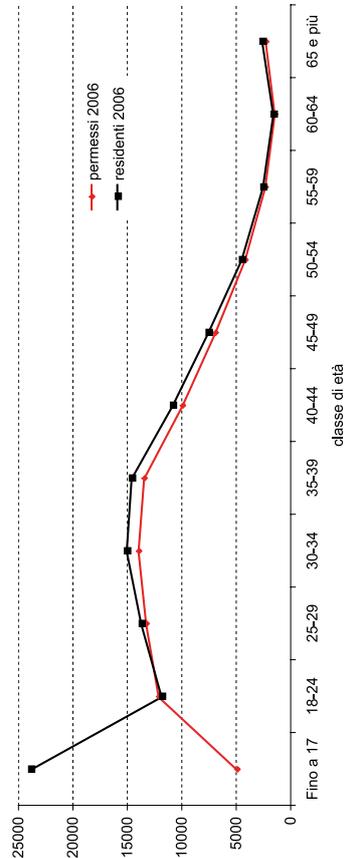
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Toscana 2005



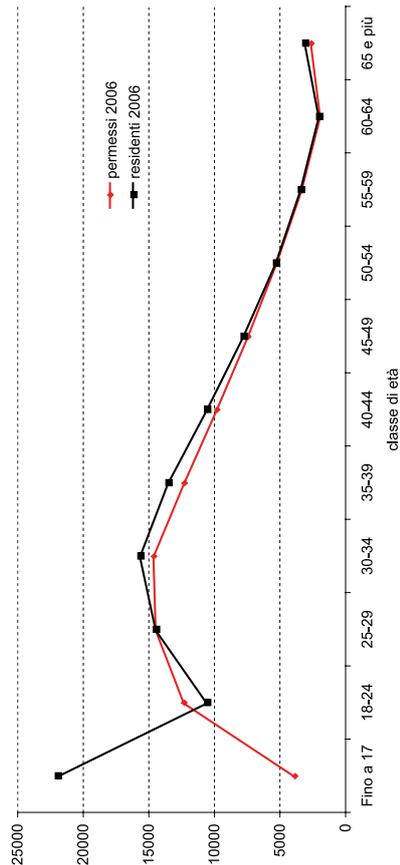
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Toscana 2005



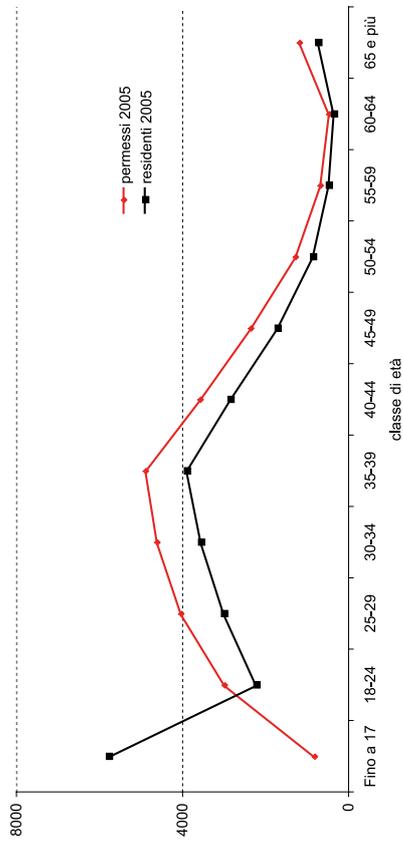
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Toscana 2006



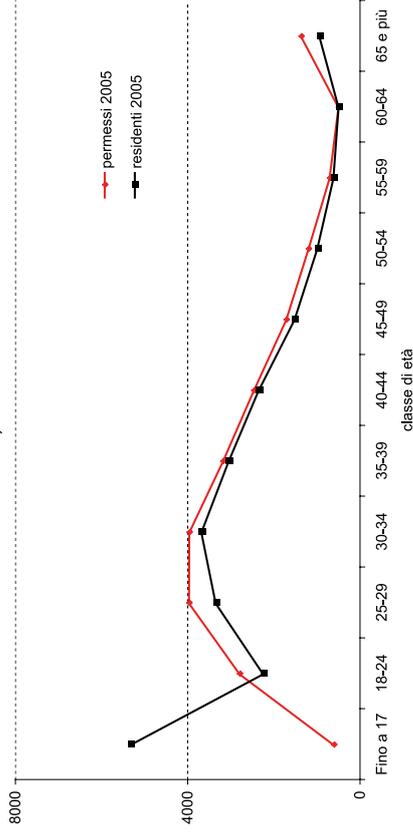
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Toscana 2006



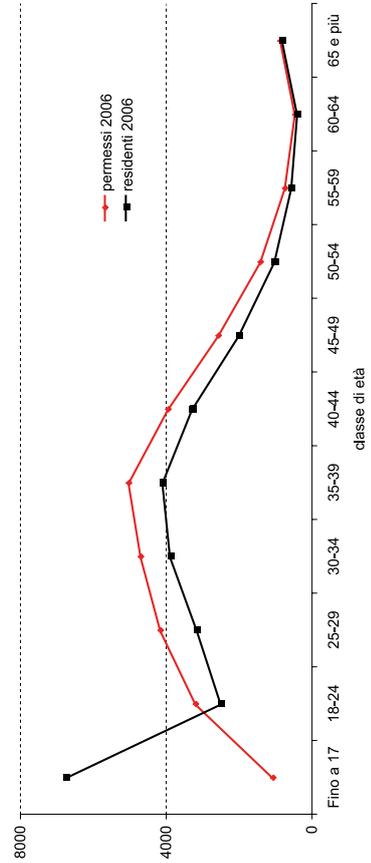
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Trentino 2005**



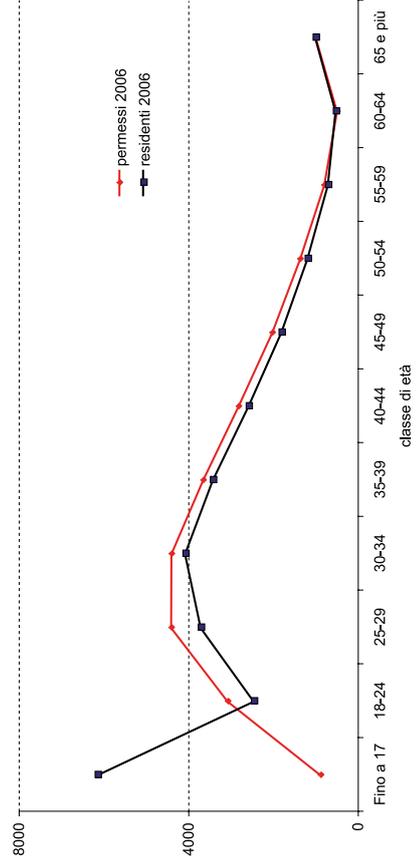
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Trentino 2005.**



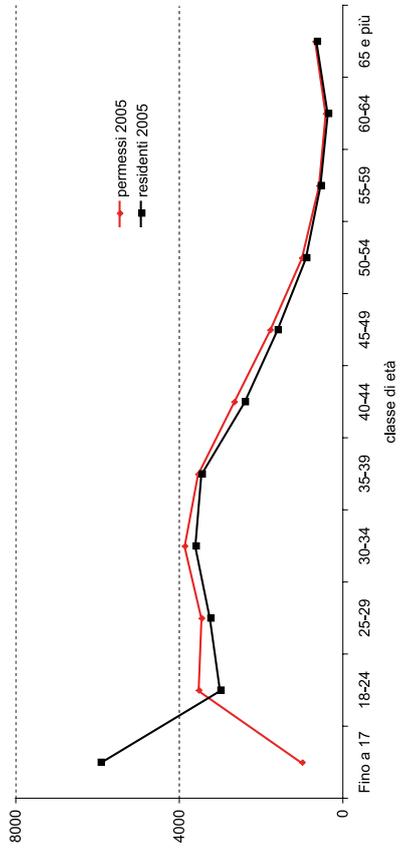
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi Trentino 2006**



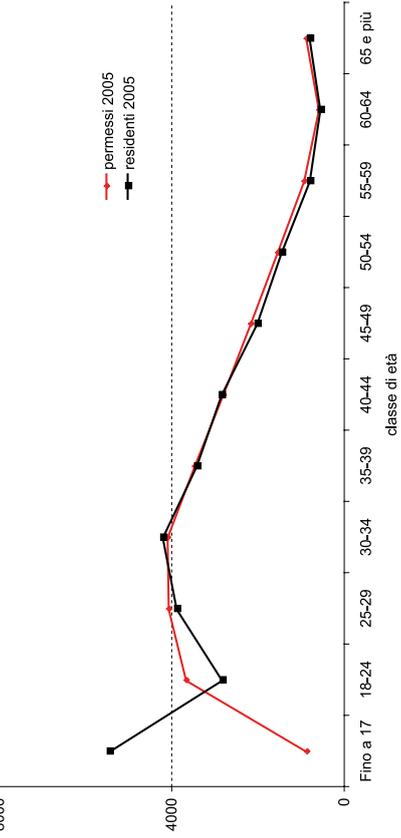
**Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Trentino 2006**



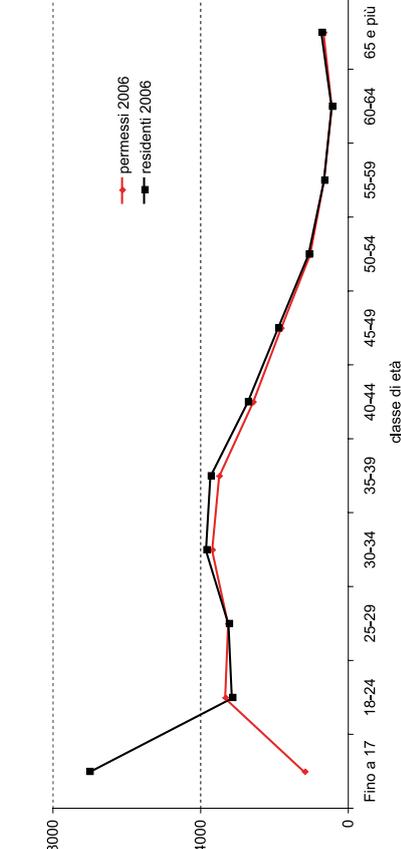
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Umbria 2005



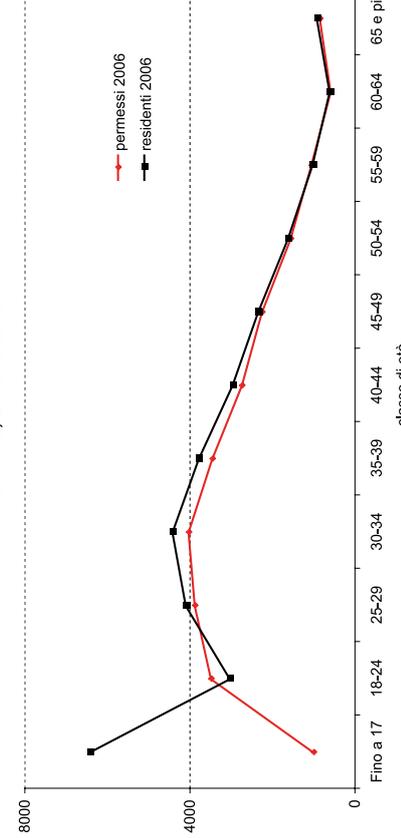
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Umbria 2005



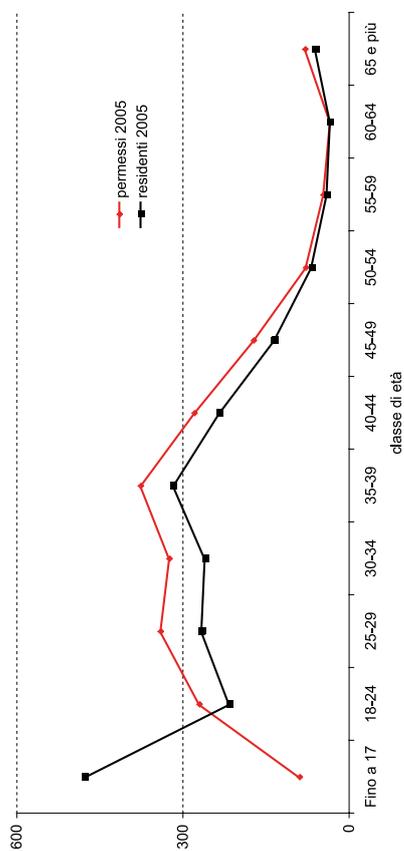
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Umbria 2006



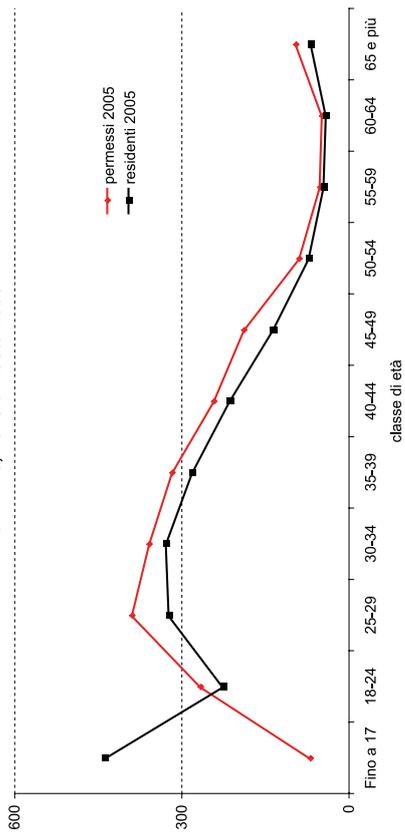
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Umbria 2006



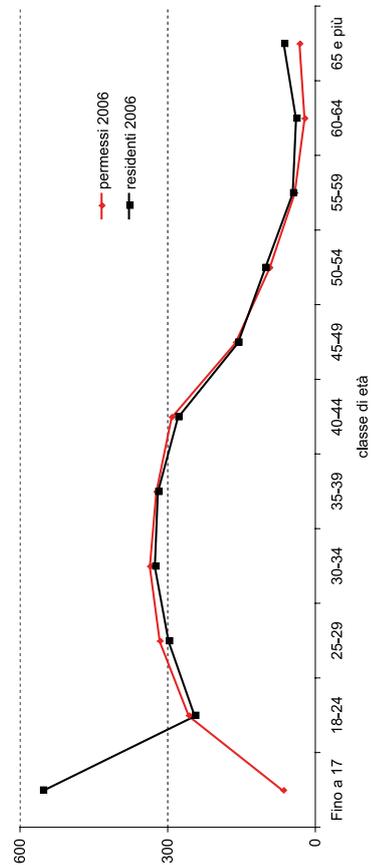
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Valle d'Aosta 2005



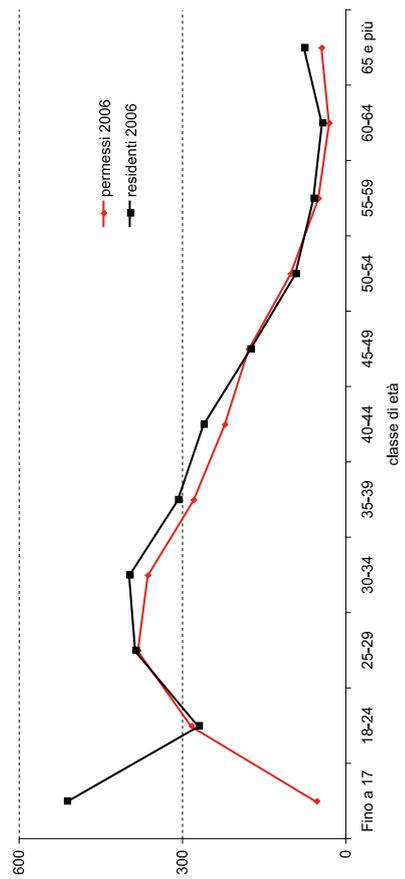
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Valle d'Aosta 2005.



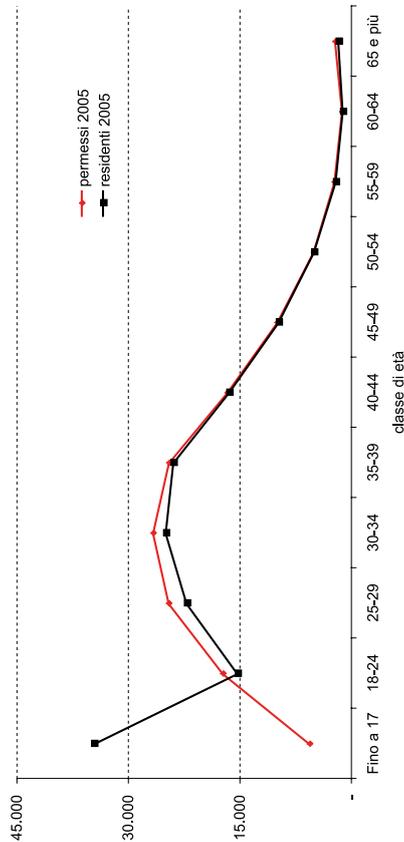
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Maschi, Valle d'Aosta 2006



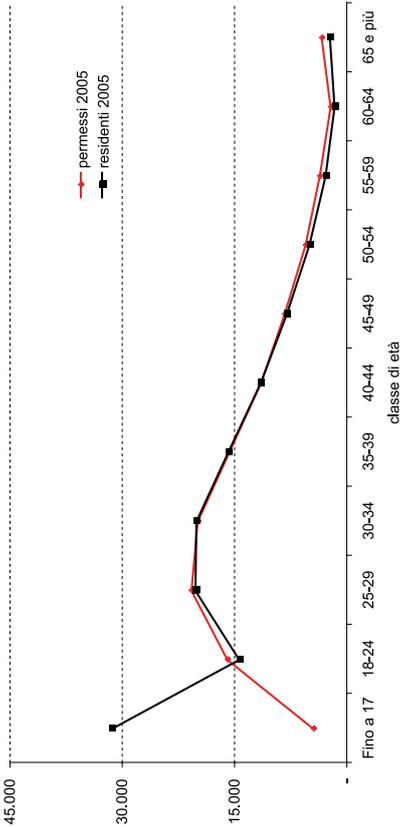
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti.
Femmine, Valle d'Aosta 2006.



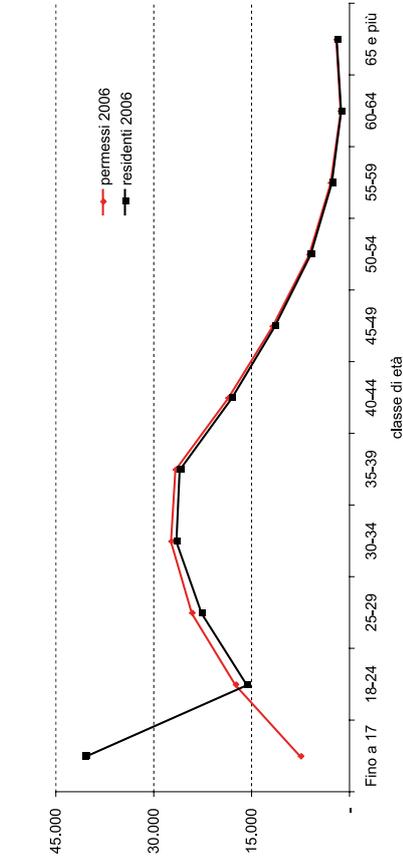
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Maschi, Veneto 2005



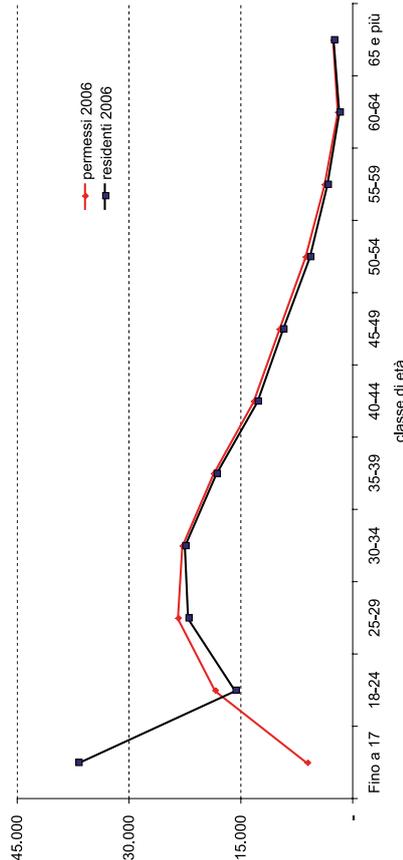
Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Femmine, Veneto 2005



Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Maschi Veneto 2006



Confronto permessi di soggiorno e stranieri residenti. Femmine, Veneto 2006



allegato 9.3

**Tavole INAIL
Assicurati e
Infortuni sul lavoro**

Lavoratori assicurati all'INAIL per paese di nascita e sesso. Anno 2007			
Assicurati PSA			
Paese di nascita	Uomini	Totale	% U su U+D
Svizzera	58.316	105.412	55,3
Germania	51.729	94.820	54,6
Francia	28.456	54.730	52,0
Regno Unito	12.738	25.896	49,2
Belgio	12.331	22.523	54,7
Altri Paesi	61.525	125.546	49,0
Totale	225.095	428.927	52,5
ITALIA	12.176.035	20.350.055	59,8

Paese di nascita	Donne	Totale	% D su U+D
Svizzera	47.096	105.412	44,7
Germania	43.091	94.820	45,4
Francia	26.274	54.730	48,0
Regno Unito	13.158	25.896	50,8
Belgio	10.192	22.523	45,3
Altri Paesi	64.021	125.546	51,0
Totale	203.832	428.927	47,5
ITALIA	8.174.020	20.350.055	40,2

**Lavoratori assicurati all'INAIL per paese di nascita e sesso
Anno 2007**

Assicurati PFP			
Paese di nascita	Uomini	Totale	% U su U+D
Romania	337.575	603.448	55,9
Marocco	168.315	213.491	78,8
Albania	178.443	243.560	73,3
Tunisia	60.584	69.249	87,5
Cina	57.342	99.615	57,6
ex-Yugoslavia	50.548	70.774	71,4
Polonia	43.737	110.998	39,4
Senegal	43.809	48.369	90,6
Egitto	51.146	54.097	94,5
India	40.137	48.063	83,5
Altri Paesi	738.097	1.183.644	62,4
Totale	1.769.733	2.745.308	64,5

Paese di nascita	Donne	Totale	% D su U+D
Romania	265.873	603.448	44,1
Albania	65.117	243.560	26,7
Marocco	45.176	213.491	21,2
Ucraina	96.278	118.416	81,3
Polonia	67.261	110.998	60,6
Cina	42.273	99.615	42,4
Filippine	42.316	71.808	58,9
Moldavia	44.534	68.012	65,5
ex-Yugoslavia	20.226	70.774	28,6
Tunisia	8.665	69.249	12,5
Altri Paesi	277.856	1.075.937	25,8
Totale	975.575	2.745.308	35,5

Lavoratori assicurati all'INAIL per sesso, settore di attività economica e regione. Anno 2007

Settore di attività economica		Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A	Agricoltura	7.837	231	9.209	16.699	9.146	4.051	1.796	24.360	15.538	5.233	15.044	11.212	3.606	639	38.907	64.502	12.628	31.590	19.277	4.278	295.828
B	Pesca	10	-	63	10	849	82	28	72	39	12	60	69	20	2	67	136	2	34	115	175	1.845
C	Estrazione di minerali	293	17	1.022	159	257	75	113	248	253	78	129	2.121	96	20	68	177	36	43	212	232	5.651
DA	Industria alimentare	20.919	555	41.523	4.398	23.158	5.310	7.907	36.918	13.927	4.806	9.294	12.585	8.435	1.839	24.461	17.050	2.886	8.378	14.167	7.699	266.213
DB	Industria tessile e abbigliamento	30.957	63	82.909	1.747	48.209	2.360	1.457	30.637	32.224	9.861	14.648	7.515	12.954	2.098	15.650	24.678	1.113	2.645	4.617	1.836	328.178
DC	Industria del cuoio, pelle e similari	1.059	9	8.398	221	14.661	443	64	6.174	23.299	412	17.604	605	1.939	74	6.673	3.734	255	190	393	138	86.344
DD	Industria del legno	2.727	55	5.125	1.358	5.448	2.539	236	3.403	2.334	536	1.870	923	645	70	986	704	153	495	821	1.302	31.727
DE	Industria della carta	9.406	83	32.867	2.874	10.743	2.493	1.243	11.690	8.684	2.758	2.606	13.831	1.585	188	2.737	2.139	420	653	2.788	1.284	111.071
DF	Industria del petrolio	239	6	582	10	108	19	126	73	61	8	57	409	30	5	185	56	24	16	300	71	2.385
DG	Industria chimica	4.536	-	31.376	548	5.234	595	929	6.148	4.379	474	794	8.633	731	69	1.011	481	88	166	746	491	67.430
DH	Industria della gomma e plastica	9.103	185	23.877	808	7.753	1.555	832	7.071	2.740	436	2.428	1.294	789	68	1.435	1.094	365	149	785	326	63.094
DI	Industria lav. minerali non metalliferi	2.967	38	6.065	698	7.062	1.164	812	15.648	3.828	1.533	1.628	1.972	977	123	1.893	1.060	243	653	2.102	824	51.288
DJ	Industria dei metalli	18.390	285	48.651	2.164	21.142	4.835	1.652	20.362	6.377	1.845	5.223	3.209	2.529	229	3.132	2.428	696	782	1.857	933	146.720
DK	Industria meccanica	15.224	98	32.931	1.481	16.001	3.981	1.185	21.874	4.052	1.206	5.314	1.704	724	147	1.738	1.126	114	307	1.022	375	110.603
DL	Industria macchine elettriche	16.014	303	42.888	1.471	24.443	4.710	3.302	17.699	5.318	1.001	5.445	6.502	3.159	327	5.842	1.822	324	597	1.781	1.205	144.153
DM	Industria fabbricazione mezzi di trasporto	15.287	4	8.033	481	2.649	726	1.272	4.515	3.620	217	743	2.235	2.298	525	2.065	720	1.448	126	738	144	47.842
DN	Altre industrie	8.188	85	18.237	838	21.052	7.706	937	8.034	11.376	1.469	7.644	2.299	1.447	153	2.321	4.965	1.172	650	1.554	866	100.993
E	Elettricità, gas, acqua	2.521	1.006	5.552	1.974	1.790	490	978	5.320	1.730	295	576	8.311	551	70	1.303	554	730	522	4.737	975	39.985
F	Costruzioni	12.073	603	30.367	3.854	14.447	3.379	3.916	22.039	10.604	2.610	3.868	14.661	3.791	771	9.058	6.879	1.492	4.521	8.998	4.313	162.246
G	Totale commercio	94.203	2.604	279.962	29.418	144.832	29.463	36.099	123.058	81.617	18.941	32.435	127.929	22.722	5.018	72.424	68.441	8.303	27.139	63.665	32.125	1.300.405
H	Alberghi e ristoranti	33.352	4.479	100.389	36.242	69.444	16.975	29.930	72.501	52.515	9.454	22.655	49.698	15.899	2.584	30.378	33.389	4.229	13.801	34.755	24.146	656.837
I	Trasporti e comunicazioni	24.839	676	49.272	3.932	18.561	4.000	9.087	17.675	15.060	2.184	3.590	141.082	4.289	619	10.519	5.771	771	3.144	9.265	5.598	329.937
J	Intermediazione finanziaria	24.976	266	76.496	4.890	17.015	6.312	5.481	19.435	21.660	2.256	4.592	35.194	2.523	356	15.692	5.107	2.742	2.907	6.875	3.564	258.339
K	Attività immobiliari e servizi alle imprese	109.920	2.693	397.093	24.959	106.486	29.556	34.399	106.531	137.544	17.436	26.369	221.266	25.273	4.071	65.415	55.071	8.025	25.260	54.678	36.556	1.488.625
L	Pubblica Amministrazione	47.787	5.407	47.599	12.238	46.343	10.924	20.853	51.622	33.092	10.079	4.485	56.002	5.415	3.181	9.236	13.374	4.433	6.941	23.306	20.234	432.553
M	Istruzione	16.124	774	43.420	7.405	19.788	6.393	5.982	16.845	12.727	4.072	3.824	30.694	3.648	1.396	23.502	12.887	2.334	5.656	27.523	7.975	253.001
N	Sanità e servizi sociali	51.422	1.314	145.600	15.244	56.371	16.233	18.014	46.926	45.977	7.633	13.596	51.246	18.399	3.092	46.807	33.281	3.790	13.523	46.504	15.467	650.451
O	Altri servizi pubblici	32.688	1.232	95.942	11.300	37.388	11.508	14.862	46.297	36.669	7.372	12.642	77.594	11.034	1.879	28.962	21.715	3.907	10.824	25.236	11.348	500.404
P	Personale domestico	2.762	73	4.171	559	2.005	453	1.056	1.837	2.386	517	622	2.299	430	97	2.126	2.156	170	3.293	2.277	2.379	83.964
X	Non determinato	22.354	475	46.204	4.152	26.049	6.215	8.584	22.739	19.146	4.447	8.185	33.802	7.761	1.501	21.791	18.436	3.489	11.483	28.676	9.139	359.744
	Totale	638.179	23.617	1.715.824	192.132	778.433	184.542	213.131	767.749	608.776	119.180	227.971	926.894	163.695	31.212	446.381	403.933	66.379	176.486	389.767	195.998	8.377.853

Lavoratori assicurati all'INAIL per sesso, settore di attività economica e regione. Anno 2007

Assicurati PSA - Uomini

	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agrindustria	11.872	507	25.625	14.701	16.310	6.298	2.443	33.177	30.989	7.893	14.576	12.058	5.311	1.630	17.328	66.013	8.773	22.904	48.825	7.991	355.322
B Pesca	20	-	131	43	2.635	405	507	929	731	92	894	761	693	85	1.542	3.336	19	773	4.872	2.194	20.662
C Estrazione di minerali	1.966	125	6.247	1.548	2.253	581	800	1.450	2.998	765	729	7.796	736	258	1.108	2.596	448	573	2.676	2.927	38.578
DA Industria alimentare	25.277	744	57.312	7.232	29.117	5.995	7.399	40.924	16.149	6.510	8.888	18.100	9.894	2.932	31.447	26.625	4.180	9.687	26.041	10.795	345.247
DB Industria tessile e abbigliamento	16.529	24	47.034	975	18.016	1.153	550	8.732	25.037	2.793	3.752	3.530	4.855	824	8.653	9.226	684	1.019	1.610	1.305	156.299
DC Industria del cuoio, pelle e similari	796	7	5.924	209	13.515	300	51	3.539	19.114	280	15.195	411	1.167	79	10.577	5.932	130	173	447	191	78.035
DD Industria del legno	10.848	595	23.491	9.280	19.076	6.107	2.230	10.879	10.453	3.215	6.009	6.809	3.618	756	8.747	8.192	1.462	4.107	8.154	6.244	150.270
DE Industria della carta	16.532	160	50.061	5.869	22.224	4.759	2.456	17.031	16.680	3.967	5.519	23.147	4.722	385	8.732	6.078	756	1.817	5.964	2.468	199.325
DF Industria del petrolio	1.118	18	2.281	93	624	135	842	358	551	50	763	2.290	276	65	1.184	379	133	262	4.049	1.332	16.802
DG Industria chimica	10.389	4	58.508	1.577	12.132	1.061	2.305	11.636	9.542	1.514	1.695	17.572	2.271	405	4.208	2.156	469	660	3.503	3.124	144.729
DH Industria della gomma e plastica	19.769	212	43.531	2.438	15.993	3.029	2.014	11.132	6.927	1.132	6.170	5.785	3.909	607	7.008	5.008	1.274	966	3.534	1.125	141.561
DI Industria lav. minerali non metalliferi	10.996	208	26.570	3.791	23.202	4.384	3.273	28.010	14.856	6.017	5.106	11.697	7.615	1.090	11.878	10.369	2.330	5.494	13.705	6.008	196.600
DJ Industria dei metalli	72.904	1.792	195.818	10.428	89.418	21.999	14.839	74.307	35.985	13.351	21.196	27.634	17.915	2.702	35.996	43.298	5.014	9.033	25.632	13.360	732.621
DK Industria meccanica	52.923	474	131.699	7.390	70.970	15.761	8.192	87.826	21.346	6.355	19.513	10.704	5.766	649	13.192	10.645	2.374	5.014	9.984	4.042	484.821
DL Industria macchine elettriche	29.164	471	92.037	3.278	39.412	8.125	11.991	32.555	17.149	3.757	9.197	21.274	8.708	911	15.495	9.443	1.117	2.408	8.076	3.197	317.763
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	48.402	17	32.467	2.789	13.451	5.747	10.612	17.706	15.730	1.722	5.075	11.715	10.428	2.879	24.088	7.900	6.581	1.216	8.641	1.522	228.689
DN Altre industrie	13.381	153	38.423	2.171	39.527	13.171	2.522	12.701	22.140	4.239	15.805	7.737	4.611	791	7.937	12.837	2.888	2.380	6.553	2.446	212.411
E Eletticità, gas, acqua	9.521	1.023	17.326	3.770	6.387	1.718	2.521	8.045	7.169	1.072	2.147	28.595	16.448	335	6.174	3.081	1.849	1.991	11.701	3.313	134.184
F Costruzioni	136.692	7.610	315.516	46.166	154.711	36.205	51.324	162.068	132.084	34.929	48.326	156.551	54.062	15.602	157.082	130.796	22.758	62.115	155.762	73.176	1.953.554
G Totale commercio	96.880	2.871	315.621	34.284	151.330	29.386	37.568	120.887	99.145	22.458	37.575	142.907	27.532	6.091	108.084	93.314	11.224	39.841	112.069	37.410	1.526.480
H Alberghi e ristoranti	20.863	6.528	64.687	22.301	47.372	8.513	18.327	43.307	38.622	5.826	16.097	52.778	12.030	1.866	45.367	36.713	4.474	20.217	45.176	22.014	533.110
I Trasporti e comunicazioni	61.690	2.167	134.135	17.904	65.711	15.780	34.647	64.718	72.316	10.321	16.174	294.339	16.468	3.323	68.710	35.044	4.672	18.386	44.199	22.509	1.003.211
J Intermediazione finanziaria	26.050	150	105.576	5.800	18.766	8.353	5.540	21.205	24.070	2.263	6.258	53.814	2.449	221	18.888	6.103	4.201	4.579	10.906	3.205	328.395
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	95.398	1.853	386.056	18.702	93.495	20.722	29.706	82.461	131.041	13.895	18.885	222.440	27.062	4.247	96.446	62.797	8.105	26.444	60.308	36.286	1.436.355
L Pubblica Amministrazione	26.078	3.702	29.932	7.268	29.422	7.120	14.559	24.262	22.054	7.525	5.069	53.215	6.758	3.990	19.265	16.436	5.156	12.000	29.902	17.968	341.685
M Istruzione	9.403	391	20.722	2.461	7.098	2.872	4.970	8.492	7.458	1.943	1.899	20.951	1.989	1.113	13.821	10.571	1.491	3.744	23.155	5.608	150.174
N Sanità e servizi sociali	13.054	188	43.544	3.244	17.257	4.997	5.630	10.794	15.059	2.894	4.252	21.540	8.685	1.044	37.074	21.300	1.637	9.836	25.463	4.012	251.505
O Altri servizi pubblici	32.495	1.471	76.917	7.892	29.858	8.470	15.793	38.379	29.116	7.281	10.877	87.934	9.850	2.129	51.470	30.619	3.655	15.412	36.254	12.561	508.442
P Personale domestico	557	13	828	146	541	78	214	448	586	194	130	570	153	26	787	2.627	57	1.041	3.368	281	27.286
X Non determinato	13.050	395	31.752	2.095	15.895	2.899	6.157	12.359	11.204	3.251	6.386	28.407	5.022	1.347	23.576	18.735	3.140	9.572	38.396	9.290	387.014
Totale	884.613	33.871	2.379.770	245.843	1.065.716	246.123	299.981	990.318	856.299	177.502	314.155	1.353.060	281.002	58.380	855.864	698.165	111.049	293.660	778.921	317.900	12.401.130

Lavoratori assicurati all'INAIL per sesso, settore di attività economica e regione. Anno 2007

Assicurati PSA - Totale

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agrindustria	19.709	738	34.834	31.400	25.456	10.348	4.239	57.537	46.527	13.126	29.620	23.270	8.916	2.269	56.235	130.515	21.401	54.494	68.102	12.269	651.150
B Pesca	30	-	194	53	3.484	487	535	1.001	770	104	954	830	713	87	1.609	3.472	21	807	4.987	2.369	22.507
C Estrazione di minerali	2.259	142	7.269	1.707	2.510	656	913	1.698	3.251	843	858	9.917	832	278	1.176	2.773	484	616	2.888	3.159	44.229
DA Industria alimentare	46.195	1.299	98.835	11.630	52.275	11.305	15.306	77.842	30.076	11.315	18.182	30.685	18.329	4.771	55.907	43.674	7.066	18.065	40.208	18.494	611.460
DB Industria tessile e abbigliamento	47.486	87	129.943	2.722	66.225	3.513	2.007	39.368	57.261	12.654	18.400	11.045	17.809	2.921	24.303	33.904	1.797	3.664	6.227	3.141	484.477
DC Industria del cuoio, pelle e similari	1.855	15	14.322	430	28.176	743	115	9.713	42.413	692	32.799	1.016	3.106	153	17.250	9.666	384	363	839	329	164.379
DD Industria del legno	13.575	650	28.616	10.638	24.524	8.646	2.466	14.282	12.787	3.750	7.879	7.731	4.263	826	9.733	8.895	1.614	4.602	8.975	7.545	181.997
DE Industria della carta	25.938	243	82.928	8.743	32.967	7.252	3.699	28.721	25.364	6.725	8.125	36.978	6.307	573	11.469	8.217	1.175	2.469	8.751	3.752	310.396
DF Industria del petrolio	1.357	24	2.863	103	732	154	968	431	611	58	820	2.699	306	70	1.369	435	157	278	4.349	1.403	19.187
DG Industria chimica	14.925	4	89.884	2.125	17.366	1.656	3.234	17.784	13.921	1.988	2.489	26.205	3.002	474	5.219	2.637	557	826	4.248	3.615	212.159
DH Industria della gomma e plastica	28.872	397	67.408	3.246	23.746	4.584	2.846	18.203	9.667	1.568	8.598	7.079	4.697	675	8.443	6.102	1.639	1.115	4.319	1.451	204.655
DI Industria lav. minerali non metalliferi	13.963	246	32.635	4.489	30.264	5.547	4.085	43.658	18.684	7.550	6.734	13.669	8.591	1.213	13.771	11.429	2.573	6.147	15.806	6.832	247.888
DJ Industria dei metalli	91.293	2.077	244.469	12.592	110.560	26.834	16.491	94.669	42.362	15.196	26.419	30.842	20.444	2.931	39.128	45.726	5.710	9.815	27.489	14.293	879.341
DK Industria meccanica	68.147	572	164.630	8.871	86.970	19.742	9.377	109.700	25.398	7.561	24.827	12.407	6.490	796	14.930	11.771	2.488	5.320	11.006	4.417	595.423
DL Industria macchine elettriche	45.178	773	134.925	4.749	63.855	12.835	15.292	50.254	22.467	4.758	14.642	27.776	11.867	1.238	21.337	11.265	1.441	3.005	9.857	4.402	461.916
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	63.689	21	40.500	3.270	16.099	6.473	11.884	22.221	19.350	1.939	5.818	13.950	12.726	3.404	26.153	8.619	8.029	1.342	9.379	1.665	276.531
DN Altre industrie	21.569	238	56.660	3.009	60.579	20.876	3.459	20.735	33.516	5.708	23.449	10.036	6.057	943	10.258	17.802	4.060	3.030	8.107	3.312	313.404
E Elettricità, gas, acqua	12.042	2.029	22.878	5.744	8.177	2.208	3.499	13.365	8.899	1.367	2.723	36.906	16.999	405	7.477	3.635	2.579	2.512	16.437	4.288	174.169
F Costruzioni	148.765	8.213	345.883	50.020	169.158	39.584	55.240	184.107	142.688	37.538	52.193	171.212	57.853	16.373	166.140	137.675	24.250	66.636	164.760	77.489	2.115.799
G Totale commercio	191.083	5.475	595.583	63.701	296.162	58.849	73.667	243.945	180.762	41.399	70.010	270.836	50.254	11.109	180.508	161.755	19.527	66.980	175.734	69.535	2.826.885
H Alberghi e ristoranti	54.215	11.006	165.076	58.543	116.816	25.488	48.257	115.808	91.137	15.280	38.752	102.476	27.929	4.450	75.745	70.102	8.703	34.017	79.930	46.159	1.189.946
I Trasporti e comunicazioni	86.529	2.843	183.407	21.836	84.272	19.780	43.734	82.393	87.376	12.505	19.764	435.421	20.757	3.942	79.229	40.815	5.443	21.529	53.464	28.107	1.333.147
J Intermediazione finanziaria	51.026	416	182.072	10.690	35.781	14.665	11.021	40.640	45.730	4.519	10.850	89.008	4.972	577	34.580	11.210	6.943	7.486	17.780	6.768	586.734
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	205.318	4.545	783.149	43.660	199.981	50.278	64.104	188.992	268.585	31.331	45.254	443.706	52.335	8.318	161.861	117.868	16.130	51.703	114.986	72.842	2.924.980
L Pubblica Amministrazione	73.865	9.109	77.531	19.506	75.765	18.044	35.412	75.884	55.146	17.604	9.554	109.217	12.173	7.171	28.501	29.810	9.589	18.941	53.208	38.202	774.238
M Istruzione	25.527	1.165	64.142	9.866	26.886	9.265	10.952	25.337	20.185	6.015	5.723	51.645	5.636	2.509	37.322	23.458	3.825	9.400	50.678	13.583	403.175
N Sanità e servizi sociali	64.476	1.502	189.144	18.488	73.628	21.230	23.644	57.720	61.036	10.527	17.848	27.786	27.084	4.136	83.880	54.580	5.426	23.359	71.967	19.479	901.956
O Altri servizi pubblici	65.183	2.703	172.859	19.192	67.246	19.978	30.655	84.676	65.785	14.653	23.519	165.528	20.884	4.008	80.432	52.334	7.562	26.236	61.490	23.909	1.008.846
P Personale domestico	3.319	86	4.999	705	2.546	531	1.270	2.285	2.972	711	752	2.869	583	123	2.913	4.783	227	4.334	5.645	2.660	111.250
X Non determinato	35.404	870	77.956	6.247	41.943	9.114	14.741	35.098	30.349	7.698	14.571	62.209	12.783	2.848	45.367	37.171	6.628	21.055	67.072	18.429	746.758
Totale	1.522.792	57.488	4.095.594	437.975	1.844.149	430.665	513.112	1.758.067	1.465.075	296.682	542.126	2.279.954	444.697	89.591	1.302.245	1.102.098	177.428	470.146	1.168.688	513.898	20.778.982

Lavoratori assicurati all'INAIL per sesso, settore di attività economica e regione - Anno 2007
Assicurati PFPM - Uomini

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agricoltura	9.650	297	11.852	22.809	11.248	3.045	1.831	15.701	11.175	3.023	2.641	8.602	3.672	707	4.377	13.281	2.835	3.462	9.455	798	140.461
B Pesca	10	-	23	10	59	49	12	92	71	2	179	53	40	10	15	34	1	10	447	27	1.144
C Estrazione di minerali	263	15	344	368	181	70	59	149	197	80	46	432	61	4	57	147	16	18	72	48	2.627
DA Industria alimentare	3.112	117	7.314	1.452	4.017	836	804	8.899	2.116	801	1.864	2.898	1.005	117	1.547	1.622	158	766	944	199	40.588
DB Industria tessile e abbigliamento	1.455	1	9.490	170	7.383	217	57	5.108	10.005	434	1.885	656	1.445	79	2.127	332	27	57	78	29	41.035
DC Industria del cuoio, pelle e similari	114	1	1.315	32	6.289	111	16	1.020	5.083	37	3.892	34	412	2	311	99	-	14	39	23	18.844
DD Industria del legno	1.590	35	3.723	1.118	4.274	1.385	345	2.087	1.380	467	1.205	1.253	396	52	567	248	92	358	341	113	21.029
DE Industria della carta	667	3	2.936	371	1.577	276	80	1.083	708	127	390	621	187	8	114	89	1	27	77	13	9.355
DF Industria del petrolio	23	-	81	6	41	4	11	15	13	-	12	52	8	6	41	2	-	3	42	1	361
DG Industria chimica	434	-	2.602	130	1.062	87	71	760	254	68	128	404	87	7	59	36	4	36	53	7	6.289
DH Industria della gomma e plastica	1.971	9	7.701	388	3.635	500	167	2.440	817	171	1.413	247	152	15	154	98	35	23	118	16	20.070
DI Industria lav. minerali non metalliferi	1.873	22	4.544	1.008	4.499	1.125	215	3.988	1.303	672	1.199	1.668	541	76	519	361	65	275	372	106	24.431
DJ Industria dei metalli	12.131	183	41.540	2.270	25.400	6.401	2.008	21.595	5.368	2.153	5.067	4.214	2.256	177	2.253	1.362	213	669	1.142	405	136.807
DK Industria meccanica	3.050	34	10.357	631	7.745	2.368	414	8.647	1.143	693	1.766	787	432	15	365	272	49	152	327	68	39.315
DL Industria macchine elettriche	1.292	14	4.522	206	3.809	586	380	2.230	704	166	612	742	239	33	339	246	13	97	157	24	16.411
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	2.628	2	3.330	599	2.188	1.144	1.402	2.359	1.807	157	2.015	537	290	72	391	286	25	87	365	67	19.751
DN Altre industrie	1.113	2	4.281	211	6.846	2.661	259	2.318	2.900	696	2.735	933	365	35	315	574	208	106	226	96	26.880
E Elettricità, gas, acqua	161	6	248	30	97	42	25	84	47	9	31	169	61	6	32	14	19	10	61	11	1.163
F Costruzioni	45.396	1.581	117.853	10.709	55.644	13.537	17.808	56.508	47.420	14.418	15.975	59.248	12.920	1.553	11.407	5.761	1.536	5.382	6.195	2.798	503.649
G Totale commercio	7.132	175	22.029	3.275	10.288	2.639	2.612	11.286	7.265	1.622	2.662	16.029	2.260	244	5.591	3.698	513	2.076	4.544	854	106.794
H Alberghi e ristoranti	4.728	736	23.212	11.916	13.788	2.472	4.281	11.953	9.631	1.332	2.746	16.856	1.790	183	3.151	2.510	219	1.310	3.562	1.163	117.539
I Trasporti e comunicazioni	9.719	95	42.160	3.531	23.014	2.843	3.086	20.109	7.921	2.002	3.581	12.182	1.730	169	3.094	1.467	233	1.365	1.489	445	140.235
J Intermediazione finanziaria	246	3	1.191	40	178	153	70	215	202	22	54	929	28	5	215	69	16	29	138	13	3.816
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	13.606	178	98.937	2.879	17.545	3.541	6.082	15.284	25.769	1.567	1.976	26.805	2.394	206	4.316	2.202	202	1.034	2.023	1.084	227.630
L Pubblica Amministrazione	441	25	425	94	300	164	142	361	213	70	46	833	186	23	78	61	26	42	173	50	3.753
M Istruzione	371	10	1.110	69	288	141	173	409	358	143	43	1.598	70	14	144	214	14	140	210	32	5.551
N Sanità e servizi sociali	998	20	3.675	213	984	224	404	1.315	619	107	185	1.914	244	18	433	238	60	115	672	73	12.511
O Altri servizi pubblici	2.556	78	10.945	777	3.654	801	1.149	4.716	2.518	604	1.208	7.268	839	77	1.348	893	75	355	973	282	41.116
P Personale domestico	1.081	14	4.263	155	1.998	356	537	2.064	1.422	302	400	3.675	181	17	969	350	33	228	1.379	139	19.563
X Non determinato	1.596	13	5.342	246	1.791	343	647	2.208	1.700	361	577	3.333	395	82	476	546	143	357	677	182	21.015
Totale	129.407	3.669	447.345	65.713	219.822	48.121	45.147	205.003	150.129	32.306	56.533	174.972	34.686	4.012	44.805	37.112	6.831	18.603	36.351	9.166	1.769.733

Lavoratori assicurati all'INAIL per sesso, settore di attività economica e regione - Anno 2007
Assicurati PFPM - Totale

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agrindustria	14.447	352	15.849	28.535	20.321	5.210	2.371	27.079	15.583	4.304	4.465	13.312	5.186	1.016	7.843	19.777	4.543	6.193	12.191	1.054	209.631
B Pesca	12	-	40	11	98	61	18	111	79	2	197	63	43	10	19	39	1	11	454	33	1.302
C Estrazione di minerali	267	15	370	374	189	72	60	157	201	87	73	496	68	5	61	152	17	21	77	54	2.816
DA Industria alimentare	5.271	180	10.382	2.101	6.733	1.494	1.573	15.002	3.631	1.480	3.696	4.603	1.776	211	2.980	3.124	255	1.479	1.585	361	67.917
DB Industria tessile e abbigliamento	3.201	7	17.601	377	15.260	530	251	10.241	17.809	1.446	4.497	1.720	3.211	262	3.607	770	71	179	198	68	81.306
DC Industria del cuoio, pelle e similari	189	1	2.208	68	8.688	146	25	1.930	8.573	77	6.581	79	768	4	519	163	-	31	61	30	30.141
DD Industria del legno	1.830	38	4.136	1.204	5.206	1.804	371	2.417	1.550	508	1.498	1.353	434	61	706	270	103	414	372	140	24.415
DE Industria della carta	1.128	5	4.570	483	2.317	445	122	1.667	986	237	552	1.086	332	9	183	114	9	48	132	31	14.456
DF Industria del petrolio	29	-	91	6	46	6	14	16	16	-	17	59	9	6	46	3	-	4	52	1	421
DG Industria chimica	618	-	3.482	156	1.323	138	101	1.009	402	84	178	604	113	9	85	47	5	44	76	14	8.488
DH Industria della gomma e plastica	2.676	17	9.569	442	4.915	760	228	3.178	974	217	1.800	296	202	18	210	138	59	32	154	20	25.905
DI Industria lav. minerali non metalliferi	2.003	23	4.802	1.045	5.019	1.237	242	5.148	1.506	780	1.301	1.782	575	79	580	379	71	308	410	112	27.402
DJ Industria dei metalli	13.640	199	45.401	2.428	28.057	6.973	2.128	23.683	5.921	2.467	5.843	4.458	2.486	185	2.418	1.425	235	705	1.208	426	150.286
DK Industria meccanica	3.731	37	11.761	746	9.115	2.905	466	9.837	1.339	782	2.287	891	498	24	411	315	54	166	363	74	45.802
DL Industria macchine elettriche	2.227	25	6.774	344	6.924	923	506	3.592	985	252	1.305	1.072	381	50	447	300	22	151	196	39	26.515
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	3.550	4	3.686	643	2.546	1.187	1.457	2.881	2.040	178	2.190	610	371	83	428	314	32	99	416	84	22.799
DN Altre industrie	1.582	9	5.408	258	9.083	3.825	325	3.106	3.951	949	3.625	1.205	485	46	431	714	328	127	295	117	35.869
E Elettricità, gas, acqua	248	9	329	59	120	49	32	154	60	18	41	278	69	8	42	20	24	12	114	18	1.704
F Costruzioni	47.275	1.641	122.601	11.076	57.641	14.018	18.401	61.107	49.334	14.876	16.582	61.436	13.469	1.607	12.205	6.100	1.612	5.866	6.681	2.992	526.520
G Totale commercio	13.291	365	36.819	5.955	19.564	5.088	4.672	21.877	13.639	3.108	5.202	26.957	4.006	564	9.882	6.282	873	3.859	7.061	1.664	190.728
H Alberghi e ristoranti	13.297	1.972	47.140	28.214	34.885	7.958	10.554	39.936	25.399	4.742	9.358	30.739	6.076	708	8.390	5.601	755	3.888	7.611	2.856	290.079
I Trasporti e comunicazioni	12.673	135	53.843	3.982	29.633	3.340	3.793	24.229	9.610	2.263	4.093	15.911	2.029	216	3.556	1.751	271	1.520	1.779	558	175.185
J Intermediazione finanziaria	735	9	2.822	123	540	296	250	650	539	105	159	2.118	105	10	515	170	36	80	274	35	9.571
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	27.858	535	163.125	7.804	34.956	8.748	9.954	32.647	47.611	3.592	5.054	53.679	4.384	393	8.718	4.332	389	2.261	3.902	2.392	422.334
L Pubblica Amministrazione	1.290	60	968	272	929	496	512	1.683	670	255	104	2.089	307	50	144	143	56	101	384	147	10.660
M Istruzione	1.113	38	3.227	268	1.108	450	477	1.332	982	342	232	3.812	229	41	453	432	42	329	524	123	15.554
N Sanità e servizi sociali	7.911	233	21.522	1.633	7.252	2.562	2.498	10.903	4.612	852	1.446	9.482	1.339	133	2.075	911	181	626	1.798	429	78.398
O Altri servizi pubblici	6.038	190	22.639	2.084	9.203	2.226	3.059	12.011	8.106	2.141	4.407	14.189	2.953	268	2.538	1.456	159	786	1.637	641	96.731
P Personale domestico	10.342	189	24.926	1.320	10.437	2.055	4.121	12.249	9.520	2.738	2.834	24.006	1.415	169	5.638	1.330	266	1.239	3.316	756	118.866
X Non determinato	2.543	31	7.856	390	2.948	571	1.025	3.470	2.671	691	997	5.205	672	120	1.170	869	185	754	1.081	258	33.507
Totale	201.015	6.319	653.947	102.401	335.056	75.573	69.606	333.302	238.299	49.573	90.614	283.590	53.991	6.365	76.300	57.441	10.654	31.333	54.402	15.527	2.745.308

Infortunati sul lavoro avvenuti nel periodo 2005-2007 e riconosciuti dall'INAIL per tipologia di paese di appartenenza, anno e settore di attività

Valori assoluti					Valori percentuali			
Anno	Agricoltura	Industria e Servizi	Conto Stato	Totale	Agricoltura	Industria e Servizi	Conto Stato	Totale
Totale infortuni riconosciuti								
2005	54.831	585.382	65.791	706.004	100,0	100,0	100,0	100,0
2006	51.861	578.854	67.342	698.057	100,0	100,0	100,0	100,0
2007	45.683	553.766	65.152	664.601	100,0	100,0	100,0	100,0
di cui:								
- ITALIANI								
2005	50.651	506.797	63.024	620.472	92,4	86,6	95,8	87,9
2006	47.642	496.996	64.231	608.869	91,9	85,9	95,4	87,2
2007	41.474	468.490	61.883	571.847	90,8	84,6	95,0	86,0
- STRANIERI								
2005	4.180	78.585	2.767	85.532	7,6	13,4	4,2	12,1
2006	4.219	81.858	3.111	89.188	8,1	14,1	4,6	12,8
2007	4.209	85.276	3.269	92.754	9,2	15,4	5,0	14,0

A) PSA								
2005	51.124	516.929	63.557	631.608				
2006	48.106	506.974	64.818	619.897				
2007	41.936	478.018	62.475	582.429				

B) PFPPI								
2005	3.707	68.453	2.234	74.396				
2006	3.755	71.880	2.524	78.160				
2007	3.747	75.748	2.677	82.172				

**Infortunati sul lavoro avvenuti nel periodo 2005-2007 e riconosciuti dall'INAIL per tipologia di paese di appartenenza, anno e sesso
Industria e Servizi**

	Valori assoluti			Composizione percentuale			
	Anno	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale
Totale infortuni riconosciuti	2005	140.420	444.962	585.382	100,0	100,0	100,0
	2006	141.067	437.787	578.854	100,0	100,0	100,0
	2007	137.779	415.987	553.766	100,0	100,0	100,0
di cui:							
- ITALIANI	2005	125.600	381.197	506.797	89,4	85,7	86,6
	2006	125.438	371.558	496.996	88,9	84,9	85,9
	2007	120.851	347.639	468.490	87,7	83,6	84,6
- STRANIERI	2005	14.820	63.765	78.585	10,6	14,3	13,4
	2006	15.629	66.229	81.858	11,1	15,1	14,1
	2007	16.928	68.348	85.276	12,3	16,4	15,4
A) PSA	2005	128.430	388.499	516.929			
	2006	128.182	378.792	506.974			
	2007	123.589	354.429	478.018			
B) PFPM	2005	11.990	56.463	68.453			
	2006	12.885	58.995	71.880			
	2007	14.190	61.558	75.748			
					Variazione annua		
	2006/2005				-0,2	-2,5	-1,9
	2007/2005				-3,8	-8,8	-7,5
	2006/2005				7,5	4,5	5,0
	2007/2005				18,3	9,0	10,7

**Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2005-2007 e riconosciuti dall'INAIL
per classe di età, tipologia di paese di appartenenza e sesso – Industria e Servizi**

(triennio 2005-2007)

Classe di età	VALORI ASSOLUTI						
	Donne	PFPM			Donne	PSA	
		Uomini	Totale	Totale		Uomini	Totale
15 - 17	185	1.442	1.627	2.950	10.696	13.646	
18 - 34	18.209	88.354	106.563	138.813	438.330	577.143	
35 - 49	16.422	75.441	91.863	163.972	458.576	622.548	
50 - 64	4.135	11.578	15.713	72.624	203.884	276.508	
OLTRE 64	66	140	206	1.538	9.098	10.636	
NON DETERMINATA	48	61	109	304	1.136	1.440	
Totale	39.065	177.016	216.081	380.201	1.121.720	1.501.921	

Classe di età	VALORI PERCENTUALI					
	Donne	Uomini	Totale	Donne	Uomini	Totale
15 - 17	0,5	0,7	0,8	0,8	1,0	0,9
18 - 34	46,6	49,9	49,3	36,5	39,1	38,4
35 - 49	42,0	42,6	42,5	43,1	40,9	41,5
50 - 64	10,6	6,5	7,3	19,1	18,2	18,4
OLTRE 64	0,2	0,1	0,1	0,4	0,8	0,7
NON DETERMINATA	0,1	0,0	0,1	0,1	0,1	0,1
Totale	100	100	100	100	100	100

DONNE

Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2005-2007 e riconosciuti dall'INAIL per paese di nascita e sesso – Industria e Servizi (triennio 2005-2007)			
PFPM			
Paese di nascita	Donne	Totale	% D sul totale
ROMANIA	5.817	23.922	24,3
MAROCCHO	4.579	41.746	11,0
ALBANIA	3.357	27.571	12,2
PERU	2.006	4.617	43,4
UCRAINA	1.716	3.199	53,6
POLONIA	1.705	3.745	45,5
ECUADOR	1.582	4.231	37,4
SERBIA E MONTENEGRO (ex-Jugoslavia)	1.453	9.487	15,3
BRASILE	1.210	3.155	38,4
ARGENTINA	1.070	4.309	24,8
NIGERIA	1.066	3.152	33,8
MOLDAVIA	1.050	3.103	33,8
TUNISIA	785	10.688	7,3
GHANA	700	3.972	17,6
FILIPPINE	695	2.145	32,4
REPUBBLICA DOMENICANA	590	1.264	46,7
COLOMBIA	582	1.319	44,1
VENEZUELA	511	1.616	31,6
COSTA D AVORIO	470	1.950	24,1
CUBA	424	750	56,5
ETIOPIA	410	1.013	40,5
SENEGAL	401	8.862	4,5
RUSSIA (FEDERAZIONE RUSSA)	390	593	65,8
CINA	381	1.738	21,9
Altri Paesi	6.115	47.934	12,8
Totale	39.065	216.081	18,1

segue

DONNE

Infortuni sul lavoro avvenuti nel periodo 2005-2007 e riconosciuti dall'INAIL
per paese di nascita e sesso – Industria e Servizi

(triennio 2005-2007)

Paese di nascita	PSA		
	Donne	Totale	% D sul totale
SVIZZERA	2.219	8.763	25,3
GERMANIA	1.962	8.002	24,5
FRANCIA	1.394	4.588	30,4
BELGIO	694	2.234	31,1
GRAN BRETAGNA E IRLANDA DEL NORD	459	1.301	35,3
SPAGNA	318	564	56,4
CANADA	232	877	26,5
STATI UNITI D'AMERICA	212	749	28,3
AUSTRALIA	185	784	23,6
AUSTRIA	129	334	38,6
PAESI BASSI	97	243	39,9
PORTOGALLO	83	291	28,5
LUSSEMBURGO	59	253	23,3
SVEZIA	59	126	46,8
GRECIA	45	150	30,0
FINLANDIA	39	44	88,6
GIAPPONE	34	61	55,7
DANIMARCA	24	38	63,2
SAN MARINO	21	64	32,8
IRLANDA	15	33	45,5
ISRAELE	15	77	19,5
NORVEGIA	5	13	38,5
Altri Paesi	12	49	24,5
Totale	8.312	29.638	28,1
ITALIA	371.889	1.472.283	25,3

UOMINI

Infortunati sul lavoro avvenuti nel periodo 2005-2007 e riconosciuti dall'INAIL per paese di nascita e sesso – Industria e Servizi

(triennio 2005-2007)

PFPM			
Paese di nascita	Uomini	Totale	% U sul totale
MAROCCO	37.167	41.746	89,0
ALBANIA	24.214	27.571	87,8
ROMANIA	18.105	23.922	75,7
TUNISIA	9.903	10.688	92,7
SENEGAL	8.461	8.862	95,5
SERBIA E MONTENEGRO (ex-Jugoslavia)	8.034	9.487	84,7
PAKISTAN	5.119	5.223	98,0
INDIA	4.586	4.951	92,6
EGITTO	4.324	4.545	95,1
MACEDONIA (ex-Jugoslavia)	4.297	4.624	92,9
BANGLADESH	4.232	4.388	96,4
GHANA	3.272	3.972	82,4
ARGENTINA	3.239	4.309	75,2
ALGERIA	2.686	2.806	95,7
ECUADOR	2.649	4.231	62,6
PERU	2.611	4.617	56,6
SRI LANKA	2.325	2.611	89,1
NIGERIA	2.086	3.152	66,2
MOLDAVIA	2.053	3.103	66,2
POLONIA	2.040	3.745	54,5
BRASILE	1.945	3.155	61,6
BOSNIA ED ERZEGOVINA (ex-Jugoslavia)	1.671	1.906	87,7
UCRAINA	1.483	3.199	46,4
COSTA D AVORIO	1.480	1.950	75,9
FILIPPINE	1.450	2.145	67,6
CINA	1.357	1.738	78,1
CROAZIA (ex-Jugoslavia)	1.122	1.410	79,6
VENEZUELA	1.105	1.616	68,4
Altri Paesi	14.000	20.409	68,6
Totale	177.016	216.081	81,9

segue

UOMINI

Infortunati sul lavoro avvenuti nel periodo 2005-2007 e riconosciuti dall'INAIL per paese di nascita e sesso – Industria e Servizi
(triennio 2005-2007)

PSA			
Paese di nascita	Uomini	Totale	% U sul totale
SVIZZERA	6.544	8.763	74,7
GERMANIA	6.040	8.002	75,5
FRANCIA	3.194	4.588	69,6
BELGIO	1.540	2.234	68,9
GRAN BRETAGNA E IRLANDA DEL NORD	842	1.301	64,7
CANADA	645	877	73,5
AUSTRALIA	599	784	76,4
STATI UNITI D'AMERICA	537	749	71,7
SPAGNA	246	564	43,6
PORTOGALLO	208	291	71,5
AUSTRIA	205	334	61,4
LUSSEMBURGO	194	253	76,7
PAESI BASSI	146	243	60,1
GRECIA	105	150	70,0
SVEZIA	67	126	53,2
ISRAELE	62	77	80,5
SAN MARINO	43	64	67,2
GIAPPONE	27	61	44,3
IRLANDA	18	33	54,5
DANIMARCA	14	38	36,8
MONACO	13	17	76,5
NORVEGIA	8	13	61,5
Altri Paesi	29	76	38,2
Totale	21.326	29.638	72,0
ITALIA	1.100.394	1.472.283	74,7

**Infortunati sul lavoro avvenuti nel 2007 e riconosciuti dall'INAIL per tipologia di paese di appartenenza, settore di attività economica, sesso e regione – Industria e Servizi
PSA - Donne**

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agrindustria	34	-	32	146	53	16	6	127	40	27	435	26	10	-	15	195	1	1	56	5	1.225
B Pesca	-	-	-	-	10	-	1	2	-	-	-	-	-	-	-	2	-	-	2	-	17
C Estrazione di minerali	2	-	17	1	5	-	2	3	3	1	4	9	-	-	-	-	-	-	3	-	50
DA Industria alimentare	307	5	865	83	394	98	92	789	221	93	142	112	154	24	132	119	35	39	104	68	3.876
DB Industria tessile e abbigliamento	330	-	964	23	482	47	20	359	384	128	153	39	157	19	41	127	10	9	31	15	3.338
DC Industria del cuoio, pelle e similari	15	-	82	5	217	6	-	99	273	8	171	4	14	-	13	21	1	-	4	1	934
DD Industria del legno	43	1	61	21	86	49	1	109	22	8	40	6	9	1	2	1	-	3	3	13	479
DE Industria della carta	95	-	328	24	138	22	11	170	92	39	45	176	20	18	21	17	6	3	18	4	1.247
DF Industria del petrolio	2	-	4	-	-	-	-	1	-	-	1	1	-	-	-	1	-	-	1	-	11
DG Industria chimica	62	-	379	8	81	21	14	137	58	5	13	66	17	-	13	15	2	8	34	6	939
DH Industria della gomma e plastica	221	-	373	15	179	57	14	180	43	7	52	20	21	-	9	6	3	-	3	3	1.206
DI Industria lav. minerali non metalliferi	20	-	46	5	84	15	17	677	48	11	32	9	14	1	1	9	2	9	7	4	1.011
DJ Industria dei metalli	261	1	619	42	329	110	23	450	81	42	101	17	37	11	13	23	3	4	12	4	2.183
DK Industria meccanica	243	-	443	25	286	121	17	534	71	28	112	10	10	1	13	9	1	-	2	1	1.927
DL Industria macchine elettriche	160	4	466	14	335	94	29	339	59	5	85	57	31	2	22	14	-	3	23	16	1.758
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	433	-	195	18	60	13	32	133	131	8	28	39	75	8	37	10	45	2	5	2	1.274
DN Altre industrie	110	-	186	8	315	157	2	161	143	26	131	13	25	1	15	53	22	2	9	7	1.386
E Elettricità, gas, acqua	30	1	66	22	28	7	7	131	36	27	11	54	7	1	12	12	11	12	35	13	523
F Costruzioni	84	2	189	28	120	22	24	165	123	21	38	60	16	5	15	33	9	14	29	23	1.020
G Totale commercio	1.696	36	3.470	460	1.975	503	758	2.583	1.717	398	689	1.478	468	59	284	554	76	207	495	411	18.317
H Alberghi e ristoranti	17	39	1.894	491	1.252	339	598	1.731	1.246	206	348	1.057	281	43	248	361	70	132	329	307	11.934
I Trasporti e comunicazioni	925	25	1.649	101	755	193	375	1.125	926	146	249	1.176	255	30	391	364	65	162	549	209	9.670
J Intermediazione finanziaria	227	3	519	45	265	58	74	233	183	34	84	208	44	3	56	81	7	19	47	36	2.226
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	1.502	26	2.634	230	1.349	398	601	1.795	1.389	328	379	1.741	310	35	312	480	107	223	477	397	14.713
L Pubblica Amministrazione	1.058	84	671	98	983	244	756	1.550	873	362	84	859	206	11	172	410	150	151	696	538	9.956
M Istruzione	130	86	372	532	229	52	48	230	81	23	23	74	22	2	23	39	17	23	127	26	2.159
N Sanità e servizi sociali	1.451	25	3.849	254	1.397	424	630	1.990	1.922	273	410	970	713	25	609	554	111	297	993	309	17.206
O Altri servizi pubblici	627	15	1.167	165	521	362	249	965	558	117	211	1.145	176	96	261	294	28	189	301	116	7.563
P Personale domestico	65	3	92	8	44	11	32	44	61	17	25	31	20	2	19	34	2	10	28	74	622
X Non determinato	607	9	545	181	346	99	109	763	296	71	120	248	99	17	89	664	22	152	207	175	4.819
Totale	11.702	365	22.177	3.053	12.318	3.538	4.542	17.575	11.080	2.459	4.216	9.705	3.211	415	2.838	4.502	806	1.674	4.630	2.783	123.589

**Infortunati sul lavoro avvenuti nel 2007 e riconosciuti dall'INAIL per tipologia di paese di appartenenza, settore di attività economica, sesso e regione – Industria e Servizi
PSA - Uomini**

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino-Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agrindustria	94	6	263	260	252	62	55	350	258	99	249	90	46	11	35	163	8	33	137	42	2.513
B Pesca	-	-	5	-	70	10	2	17	11	5	10	8	-	2	9	109	-	10	19	33	320
C Estrazione di minerali	79	4	160	71	90	17	23	66	212	31	31	81	20	8	20	96	7	12	56	115	1.199
DA Industria alimentare	624	19	1.819	274	918	186	135	1.411	548	249	287	324	383	74	488	452	119	146	405	247	9.108
DB Industria tessile e abbigliamento	392	1	1.194	36	346	33	10	184	608	71	68	47	111	13	81	141	23	10	12	23	3.404
DC Industria del cuoio, pelle e similari	12	-	100	3	264	7	3	99	378	4	257	4	14	-	54	81	2	4	2	3	1.291
DD Industria del legno	424	18	1.046	501	853	316	108	683	533	144	286	209	170	28	134	275	45	121	227	208	6.329
DE Industria della carta	399	-	1.097	211	711	170	59	502	647	121	262	458	178	13	203	137	20	37	91	27	5.343
DF Industria del petrolio	24	-	41	2	24	5	18	14	7	-	19	23	11	1	22	11	6	4	30	21	283
DG Industria chimica	280	-	1.180	72	331	54	59	370	238	56	70	207	74	8	66	85	12	18	95	45	3.320
DH Industria della gomma e plastica	835	2	1.891	132	766	167	72	749	420	78	312	248	264	41	202	195	68	73	128	48	6.691
DI Industria lav. minerali non metalliferi	399	4	1.109	165	1.281	290	185	1.803	947	293	272	389	401	49	252	473	103	200	529	259	9.403
DJ Industria dei metalli	3.538	176	9.308	595	5.032	1.332	875	4.293	1.879	881	1.249	899	1.138	111	898	2.775	232	279	880	520	36.890
DK Industria meccanica	1.713	10	4.869	381	3.168	768	495	4.420	986	417	916	360	295	29	347	505	106	76	228	125	20.214
DL Industria macchine elettriche	528	11	1.535	71	961	201	225	883	450	131	282	322	201	32	242	269	17	56	224	76	6.717
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	1.592	-	1.210	124	784	488	851	950	939	111	395	351	526	57	920	364	362	106	390	77	10.597
DN Altre industrie	339	8	1.236	89	1.497	479	93	600	868	221	650	154	288	27	133	395	130	53	206	65	7.531
E Eletticità, gas, acqua	244	11	517	193	240	66	165	329	269	96	123	240	81	10	164	108	24	46	251	143	3.320
F Costruzioni	4.178	247	10.775	2.747	6.969	1.626	2.150	7.688	5.945	1.434	2.324	3.292	1.926	410	2.174	3.634	596	1.540	3.605	2.218	65.478
Totale commercio	2.426	56	7.328	1.004	4.381	826	1.271	4.735	3.630	807	1.405	2.875	1.001	154	1.355	2.129	220	881	2.463	973	39.920
H Alberghi e ristoranti	434	46	1.312	432	1.098	180	386	1.077	875	156	267	1.025	244	37	457	577	78	242	686	373	9.982
I Trasporti e comunicazioni	2.748	99	6.370	711	3.380	986	2.088	4.652	3.220	605	970	4.052	966	126	2.248	2.237	238	958	1.892	978	39.524
J Intermediazione finanziaria	135	3	513	43	211	36	67	209	166	27	70	239	44	3	70	115	13	38	76	30	2.108
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	1.585	30	3.369	247	1.618	520	726	1.965	1.769	398	500	2.251	513	65	1.026	1.279	98	341	977	539	19.816
L Pubblica Amministrazione	491	66	751	158	716	203	587	851	665	232	151	612	215	29	401	576	115	230	807	414	8.270
M Istruzione	136	51	280	462	169	41	50	134	32	19	12	62	21	-	33	31	12	51	126	41	1.763
N Sanità e servizi sociali	311	5	1.100	57	457	113	231	464	507	70	126	534	318	14	523	321	78	205	692	106	6.232
O Altri servizi pubblici	1.121	22	1.974	239	939	309	739	1.046	1.071	205	310	1.821	335	82	1.328	1.221	99	527	1.302	477	15.167
P Personale domestico	5	-	9	1	-	-	2	1	6	-	-	5	1	-	2	4	-	1	1	5	43
X Non determinato	817	26	1.751	309	1.083	244	317	1.419	901	202	350	634	351	53	403	1.022	113	407	865	386	11.653
Totale	25.903	921	64.112	9.590	38.609	9.735	12.047	41.964	28.985	7.163	12.223	21.816	10.136	1.487	14.290	19.780	2.944	6.705	17.402	8.617	354.429

**Infortunati sul lavoro avvenuti nel 2007 e riconosciuti dall'INAIL per tipologia di paese di appartenenza, settore di attività economica, sesso e regione – Industria e Servizi
PSA - Totale**

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia	
A Agrindustria	128	6	295	406	305	78	61	477	298	126	684	116	56	11	358	9	34	193	47	3.738	
B Pesca	-	-	5	-	80	10	3	19	11	5	10	8	-	2	111	-	10	21	33	337	
C Estrazione di minerali	81	4	177	72	95	17	25	69	215	32	35	90	20	8	96	7	12	59	115	1.249	
DA Industria alimentare	931	24	2.684	357	1.312	284	227	2.200	769	342	429	436	537	98	620	571	185	509	315	12.984	
DB Industria tessile e abbigliamento	722	1	2.158	59	828	80	30	543	992	199	221	86	268	32	122	268	33	19	43	38	6.742
DC Industria del cuoio, pelle e similari	27	-	182	8	481	13	3	198	651	12	428	8	28	-	67	102	4	6	4	2.225	
DD Industria del legno	467	19	1.107	522	939	365	109	792	555	152	326	215	179	29	136	276	45	124	230	6.808	
DE Industria della carta	494	-	1.425	235	849	192	70	672	739	160	307	634	198	31	224	154	40	109	31	6.590	
DF Industria del petrolio	26	-	45	2	24	5	18	15	7	-	20	24	11	1	22	12	4	31	21	294	
DG Industria chimica	342	-	1.559	80	412	75	73	507	296	61	83	273	91	8	79	100	14	26	129	4.259	
DH Industria della gomma e plastica	1.056	2	2.264	147	945	224	86	929	463	85	364	268	285	41	211	201	71	73	131	7.897	
DI Industria lav. minerali non metalliferi	419	4	1.155	170	1.365	305	202	2.480	995	304	304	398	415	50	253	482	105	209	536	10.414	
DJ Industria dei metalli	3.799	177	9.927	637	5.361	1.442	898	4.743	1.960	923	1.350	916	1.175	122	911	2.798	235	892	524	39.073	
DK Industria meccanica	1.956	10	5.312	406	3.454	889	512	4.954	1.057	445	1.028	370	305	30	360	514	107	76	230	22.141	
DL Industria macchine elettriche	688	15	2.001	85	1.296	295	254	1.222	509	136	367	379	232	34	264	283	17	59	247	92	8.475
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	2.025	-	1.405	142	844	501	883	1.083	1.070	119	423	390	601	65	957	374	407	395	79	11.871	
DN Altre industrie	449	8	1.422	97	1.812	636	95	761	1.011	247	781	167	313	28	148	448	152	215	72	8.917	
E Elettricità, gas, acqua	274	12	583	215	268	73	172	460	305	123	134	294	88	11	176	120	35	58	286	156	3.843
F Costruzioni	4.262	249	10.964	2.775	7.089	1.648	2.174	7.853	6.068	1.455	2.362	3.352	1.942	415	2.189	3.667	605	1.554	3.634	2.241	66.498
Totale commercio	4.122	92	10.798	1.464	6.356	1.329	2.029	7.318	5.347	1.205	2.094	4.353	1.469	213	1.639	2.683	296	1.088	2.958	1.384	58.237
H Alberghi e ristoranti	451	85	3.206	923	2.350	519	984	2.808	2.121	362	615	2.082	525	80	705	938	148	374	1.015	680	21.916
I Trasporti e comunicazioni	3.673	124	8.019	812	4.135	1.179	2.463	5.777	4.146	751	1.219	5.228	1.221	156	2.639	2.601	303	1.120	2.441	1.187	49.194
J Intermediazione finanziaria	362	6	1.032	88	476	94	141	442	349	61	154	447	88	6	126	196	20	57	123	66	4.334
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	3.087	56	6.003	477	2.967	918	1.327	3.760	3.158	726	879	3.992	823	100	1.338	1.759	205	564	1.454	936	34.529
L Pubblica Amministrazione	1.549	150	1.422	256	1.699	447	1.343	2.401	1.538	594	235	1.471	421	40	573	986	265	381	1.503	952	18.226
M Istruzione	266	137	652	994	398	93	98	364	113	42	35	136	43	2	56	70	29	74	253	67	3.922
N Sanità e servizi sociali	1.762	30	4.949	311	1.854	537	861	2.454	2.429	343	536	1.504	1.031	39	1.132	875	189	502	1.685	415	23.438
O Altri servizi pubblici	1.748	37	3.141	404	1.460	671	988	2.011	1.629	322	521	2.966	511	178	1.589	1.515	127	716	1.603	593	22.730
P Personale domestico	70	3	101	9	44	11	34	45	67	17	25	36	21	2	21	38	2	11	29	79	665
X Non determinato	1.424	35	2.296	490	1.429	343	426	2.182	1.197	273	470	882	450	70	492	1.686	135	559	1.072	561	16.472
Totale	37.605	1.286	86.289	12.643	50.927	13.273	16.589	59.539	40.065	9.622	16.439	31.521	13.347	1.902	17.128	24.282	3.750	8.379	22.032	11.400	478.018

Infortunati sul lavoro avvenuti nel 2007 e riconosciuti dall'INAIL per tipologia di paese di appartenenza, settore di attività economica, sesso e regione – Industria e Servizi PFPM - Donne

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia	
A Agricoltura	2		2	5	4	3	2	7	7		14	2			1						42	
B Pesca							1															1
C Estrazione di minerali			1			1		1			3	1			1							8
DA Industria alimentare	32	1	86	26	85	12	10	122	26	18	35	10	10		4	3		3	5		489	
DB Industria tessile e abbigliamento	15		77	4	95	21	2	49	24	11	38	3	6	3	1	1					350	
DC Industria del cuoio, pelle e similari	2		5		70	1		16	36		33		2								165	
DD Industria del legno	7		17	8	41	18	1	15	2	1	14										124	
DE Industria della carta	3		38	3	29	5	1	29	4	5	2	7			1						127	
df Industria del petrolio																						
DG Industria chimica	3		26		11	1		12	4		3		1								61	
DH Industria della gomma e plastica	18		40	5	41	9		40	7	1	17	2	1								181	
DI Industria lav. minerali non metalliferi	2		6	1	18	6	4	64	7	2	4	2	2		1			1			120	
DJ Industria dei metalli	34		93	7	96	20	1	99	9	23	20		6		1				1		410	
DK Industria meccanica	11		34	4	56	14		42	6	4	20	1						1			193	
DL Industria macchine elettriche	14		42	5	90	3		32	7	1	16	1	1					1			213	
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	59		23	8	13	2		32	8		17		5		2						169	
DN Altre industrie	13		24	1	86	41	3	21	17	11	29	1	3								250	
E Elettricità, gas, acqua	2		3		2	1		2				1										12
F Costruzioni	11	1	26	4	24	5	12	46	27	1	4	13	8			3		2	1	1	189	
G Totale commercio	58	2	159	34	105	39	16	191	52	18	37	39	20	2	7	6	2	3	9	5	804	
H Alberghi e ristoranti	121	13	362	163	296	67	87	459	225	45	91	111	42	5	16	12	9	7	16	11	2.158	
I Trasporti e comunicazioni	74	1	255	3	156	11	7	209	42	7	12	30	7		4			2	1		821	
J Intermediazione finanziaria			7		1	1	1	8	4		2	6	1						1	1	33	
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	205	3	558	133	291	128	62	657	158	53	74	98	26	3	4			3	7	7	2.470	
L Pubblica Amministrazione	25	2	10	1	19	10	9	55	10	6	2	10	4		2	2	1		7	2	177	
M Istruzione	11	6	36	19	14	1	6	10	1	1	1	1						1	1	2	111	
N Sanità e servizi sociali	201	6	743	43	207	95	51	505	158	14	53	95	20	2	2	7	2	3	10	1	2.218	
O Altri servizi pubblici	38	2	85	20	67	35	20	59	28	5	20	29	3	2	40	6	1	3	4	1	428	
P Personale domestico	104	3	200	26	122	39	77	172	139	45	57	126	20	2	2	12		16	24	12	1.236	
X Non determinato	62	1	124	23	81	32	20	134	45	12	30	30	11	1	1	12	1	4	3	3	630	
Totale	1.127	41	3.082	546	2.120	618	393	3.083	1.054	284	648	619	199	20	85	67	17	50	91	46	14.190	

Infortunati sul lavoro avvenuti nel 2007 e riconosciuti dall'INAIL per tipologia di paese di appartenenza, settore di attività economica, sesso e regione – Industria e Servizi PFPM - Uomini

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agricoltura	23		42	13	13	2	13	40	32	17	16	11	3	1	2	4	1	3		236
B Pesca							1							1		1				3
C Estrazione di minerali	13		22	13	14		13	8	8	4	2	13	2		2	1	1	1	1	114
DA Industria alimentare	128	4	300	82	221	35	432	63	63	31	63	22	24		11	9	3	8	11	1.459
DB Industria tessile e abbigliamento	45		253	19	82	6	49	103	2	2	17	1	10	3	1	2				594
DC Industria del cuoio, pelle e similari	7		22	1	312	3	22	105			95	1	4		1	2				576
DD Industria del legno	101	2	254	80	264	98	166	71	38	74	74	24	16	2	3	3	2	7	2	1.226
DE Industria della carta	34		131	28	104	17	80	41	9	26	6	5	5	1	1		2			488
DF Industria del petrolio	2		4							1	1	1								8
DG Industria chimica	22		123	9	86	8	59	19	3	7	5	1	1	1	1			1		348
DH Industria della gomma e plastica	150		577	45	282	43	266	57	14	103	5	6	6		5			2	1	1.569
DI Industria lav. minerali non metalliferi	132		365	78	412	118	359	90	69	110	36	34	34		4		5	14	4	1.852
DJ Industria dei metalli	834	26	2.844	191	2.205	621	2.001	319	238	471	80	130	6	16	24	4	7	18	7	10.175
DK Industria meccanica	201	1	700	61	638	161	898	102	51	139	13	19	1	5	7	2	1	5		3.031
DL Industria macchine elettriche	41	2	145	5	186	29	133	28	7	41	10	3	1	5	2		1			646
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	207		337	72	139	42	68	253	83	21	118	5	27	1	3	1	4	8	1	1.390
DN Altre industrie	55		220	15	461	149	168	127	44	176	16	18	1	2	8	2	2	3		1.480
E Elettricità, gas, acqua	4		10	1	9	2	6	1		3	2	3						1		43
F Costruzioni	1.188	98	3.206	724	2.241	614	2.231	1.603	612	769	659	351	26	65	71	19	51	64	30	15.278
G Totale commercio	216	7	640	175	382	92	561	220	71	118	171	58	6	21	26	6	30	41	9	2.912
H Alberghi e ristoranti	88	7	484	204	266	42	100	245	195	30	49	190	24	2	17	22	8	37	11	2.023
I Trasporti e comunicazioni	605	8	2.120	170	1.232	188	1.775	435	85	158	209	57	6	36	32	4	13	15	2	7.277
J Intermediazione finanziaria	1		12		5		4	4			6									34
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	406	4	1.221	172	560	195	693	264	106	140	129	35		8	9	4		11	11	4.075
L Pubblica Amministrazione	7		9	1	13	2	11	4	1	1	8	4		1	1			3	2	77
M Istruzione	22	1	29	32	17	15	5	42	7	6	11	1		1			1	2	1	193
N Sanità e servizi sociali	41	2	95	9	30	11	38	22		6	25	5		3			2	3	2	309
O Altri servizi pubblici	88	1	220	19	143	27	155	97	9	27	53	14	2	7	16	1	3	11	3	927
P Personale domestico	24		32	1	13	2	14	23	3	2	24	3		6	5		1	11		177
X Non determinato	257	9	740	111	506	116	531	229	59	128	121	65	1	11	19	4	9	18	14	3.038
Totale	4.942	172	15.157	2.331	10.836	2.638	11.246	4.352	1.530	2.859	1.857	923	67	236	275	58	152	286	106	61.558

Indici di incidenza infortunistica per sesso, settore di attività economica e regione - Anno 2007
PFPM - Donne

Settore di attività economica	Indici di incidenza infortunistica per sesso, settore di attività economica e regione - Anno 2007																Italia				
	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata		Calabria	Sicilia	Sardegna	
A Agrindustria	0,4	0,0	0,5	0,9	0,4	0,0	5,6	0,2	1,6	0,0	7,7	0,4	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
B Pesca	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	52,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	6,3
C Estrazione di minerali	0,0	0,0	38,5	0,0	0,0	500,0	0,0	0,0	250,0	0,0	111,1	15,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	42,3
DA Industria alimentare	14,8	15,9	28,0	40,1	31,3	18,2	13,0	20,0	17,2	26,5	19,1	5,9	13,0	0,0	2,8	2,0	4,2	7,8	6,2	17,9	8,7
DB Industria tessile e abbigliamento	8,6	0,0	9,5	19,3	12,1	67,1	10,3	9,5	3,1	10,9	14,5	2,8	3,4	16,4	0,7	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	8,7
DC Industria del cuoio, pelle e similari	26,7	0,0	5,6	0,0	29,2	28,6	0,0	17,6	10,3	0,0	12,3	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,6
DD Industria del legno	29,2	0,0	41,2	93,0	44,0	43,0	38,5	45,5	11,8	24,4	47,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	36,6
DE Industria della carta	6,5	0,0	23,3	26,8	39,2	29,6	23,8	49,7	14,4	45,5	12,3	15,1	0,0	0,0	14,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	24,9
df Industria del petrolio	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
DG Industria chimica	16,3	0,0	29,5	0,0	42,1	19,6	0,0	48,2	27,0	0,0	60,0	0,0	38,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	27,7
DH Industria della gomma e plastica	25,5	0,0	21,4	92,6	32,0	34,6	0,0	54,2	44,6	21,7	43,9	40,8	20,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	31,0
DI Industria lav. minerali non metalliferi	15,4	0,0	23,3	27,0	34,6	53,6	148,1	55,2	34,5	18,5	39,2	17,5	58,8	0,0	0,0	55,6	0,0	0,0	0,0	0,0	40,4
DJ Industria dei metalli	22,5	0,0	24,1	44,3	36,1	35,0	8,3	47,4	16,3	73,2	25,8	0,0	26,1	0,0	0,0	15,9	0,0	15,2	0,0	0,0	30,4
DK Industria meccanica	16,2	0,0	24,2	34,8	40,9	26,1	0,0	35,3	30,6	44,9	38,4	9,6	0,0	0,0	0,0	0,0	71,4	0,0	0,0	0,0	29,8
DL Industria macchine elettriche	15,0	0,0	18,7	36,2	28,9	8,9	0,0	23,5	24,9	11,6	23,1	3,0	7,0	0,0	0,0	0,0	18,5	0,0	0,0	0,0	21,1
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	64,0	0,0	64,6	181,8	36,3	46,5	0,0	61,3	34,3	0,0	97,1	0,0	61,7	0,0	54,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	55,4
DN Altre industrie	27,7	0,0	21,3	21,3	38,4	35,2	45,5	26,6	16,2	43,5	32,6	3,7	25,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	27,8
E Elettricità, gas, acqua	23,0	0,0	37,0	0,0	87,0	142,9	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0	9,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	22,2
F Costruzioni	5,9	16,7	5,5	10,9	12,0	10,4	20,2	10,0	14,1	2,2	6,6	5,9	14,6	0,0	0,0	8,8	0,0	4,1	2,1	5,2	8,3
G Totale commercio	9,4	10,5	10,8	12,7	11,3	15,9	7,8	18,0	8,2	12,1	14,6	3,6	11,5	6,3	1,6	2,3	5,6	1,7	3,6	6,2	9,6
H Alberghi e ristoranti	14,1	10,5	15,1	10,0	14,0	12,2	13,9	16,4	14,3	13,2	13,8	8,0	9,8	9,5	3,1	3,9	16,8	2,7	4,0	6,5	12,5
I Trasporti e comunicazioni	25,1	25,0	21,8	6,7	23,6	22,1	9,9	50,7	24,9	26,8	23,4	8,1	23,4	0,0	8,7	0,0	0,0	12,9	3,4	0,0	23,5
J Intermediazione finanziaria	0,0	0,0	4,3	0,0	2,8	7,0	5,6	18,4	11,9	0,0	19,1	5,1	13,0	0,0	0,0	0,0	0,0	7,4	45,5	5,7	5,7
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	14,4	8,4	8,7	27,0	16,7	24,6	16,0	37,8	7,2	26,2	24,0	3,6	13,1	16,0	0,9	0,0	2,4	3,7	5,4	12,7	12,7
L Pubblica Amministrazione	29,4	57,1	18,4	5,6	30,2	30,1	24,3	41,6	21,9	32,4	34,5	8,0	33,1	0,0	30,3	24,4	33,3	0,0	33,2	20,6	25,6
M Istruzione	14,8	214,3	17,0	95,5	17,1	3,2	19,7	10,8	1,6	5,0	5,3	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	35,7	5,3	6,4	0,0	11,1
N Sanità e servizi sociali	29,1	28,2	41,6	30,3	33,0	40,6	24,4	52,7	39,6	18,8	42,0	12,6	18,3	17,4	1,2	10,4	16,5	5,9	8,9	2,8	33,7
O Altri servizi pubblici	10,9	17,9	7,3	15,3	12,1	24,6	10,5	8,1	5,0	3,3	6,3	4,2	1,4	10,5	0,0	10,7	11,9	7,0	6,0	2,8	7,7
P Personale domestico	11,2	17,1	9,7	22,3	14,5	23,0	21,5	16,9	17,2	18,5	23,4	6,2	16,2	13,2	8,6	12,2	0,0	15,8	12,4	19,4	12,4
X Non determinato	65,5	55,6	49,3	159,7	70,0	140,4	52,9	106,2	46,3	36,4	71,4	16,0	39,7	26,3	1,4	37,2	23,8	10,1	7,4	39,5	50,4
Totale	15,7	15,5	14,9	14,9	18,4	22,5	16,1	24,0	12,0	16,4	19,0	5,7	10,3	8,5	2,7	3,3	4,4	3,9	5,0	7,2	14,5

Indici di incidenza infortunistica per sesso, settore di attività economica e regione - Anno 2007
PFPM - Uomini

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agrindustria	2,4	-	3,5	0,6	1,2	0,7	7,1	2,5	2,9	5,6	6,1	1,3	0,8	1,4	0,5	0,3	0,4	0,9	-	-	1,7
B Pesca	-	-	-	-	-	-	-	10,9	-	-	-	-	-	100,0	-	-	1.000,0	-	-	-	2,6
C Estrazione di minerali	49,4	-	64,0	35,3	77,3	-	67,8	87,2	40,6	50,0	43,5	30,1	32,8	-	-	13,6	62,5	55,6	13,9	20,8	43,4
DA Industria alimentare	41,1	34,2	41,0	56,5	55,0	41,9	14,9	48,5	29,8	38,7	33,8	7,6	23,9	-	7,1	5,5	19,0	10,4	11,7	-	35,9
DB Industria tessile e abbigliamento	30,9	-	26,7	111,8	11,1	27,6	17,5	9,6	10,3	4,6	9,0	1,5	6,9	38,0	0,5	6,0	-	-	-	-	14,5
DC Industria del cuoio, pelle e similari	61,4	-	16,7	31,2	49,6	27,0	-	21,6	20,7	-	24,4	29,4	9,7	-	3,2	20,2	-	-	-	-	30,6
DD Industria del legno	63,5	57,1	68,2	71,6	61,8	70,8	46,4	79,5	51,4	81,4	61,4	19,2	40,4	38,5	5,3	12,1	32,6	5,6	20,5	17,7	58,3
DE Industria della carta	51,0	-	44,6	75,5	65,9	61,6	25,0	73,9	57,9	70,9	66,7	9,7	26,7	-	8,8	11,2	-	74,1	-	-	52,2
DF Industria del petrolio	87,0	-	49,4	-	-	-	-	-	-	-	-	19,2	125,0	-	-	-	-	-	-	-	22,2
DG Industria chimica	50,7	47,3	47,3	69,2	81,0	92,0	28,2	77,6	74,8	44,1	54,7	12,4	11,5	142,9	16,9	27,8	-	-	18,9	-	55,3
DH Industria della gomma e plastica	76,1	-	74,9	116,0	77,6	86,0	41,9	109,0	69,8	81,9	72,9	20,2	39,5	400,0	-	51,0	-	-	16,9	62,5	78,2
DI Industria lav. minerali non metalliferi	70,5	-	80,3	77,4	91,6	104,9	60,5	90,0	69,1	102,7	91,7	21,6	62,8	-	17,3	11,1	-	18,2	37,6	37,7	75,8
DJ Industria dei metalli	68,7	142,1	68,5	84,1	86,8	97,0	66,2	92,7	59,4	110,5	93,0	19,0	57,6	33,9	7,1	17,6	18,8	10,5	15,8	17,3	74,4
DK Industria meccanica	65,9	29,4	67,6	96,7	82,4	68,0	62,8	103,9	89,2	73,6	78,7	16,5	44,0	66,7	13,7	25,7	40,8	6,6	15,3	-	77,1
DL Industria macchine elettriche	31,7	142,9	32,1	24,3	48,8	49,5	18,4	59,6	39,8	42,2	67,0	13,5	12,6	30,3	14,7	8,1	-	10,3	-	-	39,4
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	78,8	-	101,2	120,2	63,5	36,7	48,5	107,2	45,9	133,8	58,6	9,3	93,1	13,9	7,7	-	40,0	46,0	21,9	14,9	70,4
DN Altre industrie	49,4	-	51,4	71,1	67,3	56,0	50,2	72,5	43,8	63,2	64,4	17,1	49,3	28,6	6,3	13,9	9,6	-	8,8	31,2	55,1
E Elettricità, gas, acqua	24,8	-	40,3	33,3	92,8	47,6	40,0	71,4	21,3	-	96,8	11,8	49,2	-	-	-	-	-	16,4	-	37,0
F Costruzioni	26,2	62,0	27,2	67,6	40,3	45,4	36,8	39,5	33,8	42,4	48,1	11,1	27,2	16,7	5,7	12,3	12,4	9,5	10,3	10,7	30,3
G Totale commercio	30,3	40,0	29,1	53,4	37,1	34,9	23,7	49,7	30,3	43,8	44,3	10,7	25,7	24,6	3,8	7,0	11,7	14,5	9,0	10,5	27,3
H Alberghi e ristoranti	18,6	9,5	20,9	17,1	19,3	17,0	23,4	20,5	20,2	22,5	17,8	11,3	13,4	10,9	5,4	8,8	9,1	6,1	10,4	9,5	17,2
I Trasporti e comunicazioni	62,2	84,2	50,3	48,1	53,5	66,1	41,2	88,3	54,9	42,5	44,1	17,2	32,9	35,5	11,6	21,8	17,2	9,5	10,1	4,5	51,9
J Intermediazione finanziaria	4,1	-	10,1	-	28,1	-	28,6	18,6	19,8	-	-	6,5	-	-	-	-	-	-	-	-	8,9
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	29,8	22,5	12,3	59,7	31,9	55,1	17,6	45,3	10,2	67,6	70,9	4,8	14,6	-	1,9	4,1	19,8	-	5,4	10,1	17,9
L Pubblica Amministrazione	15,9	-	21,2	10,6	43,3	12,2	63,4	30,5	18,8	14,3	21,7	9,6	21,5	-	12,8	16,4	-	-	17,3	40,0	20,5
M Istruzione	59,3	100,0	26,1	463,8	59,0	106,4	28,9	102,7	19,6	42,0	-	6,9	14,3	-	6,9	-	-	7,1	9,5	31,2	34,8
N Sanità e servizi sociali	41,1	100,0	25,9	42,3	30,5	49,1	37,1	28,9	35,5	-	32,4	13,1	20,5	-	6,9	-	-	17,4	4,5	27,4	24,7
O Altri servizi pubblici	34,4	12,8	20,1	24,5	39,1	33,7	27,0	32,9	38,5	14,9	22,4	7,3	16,7	26,0	5,2	17,9	13,3	8,5	11,3	10,6	22,5
P Personale domestico	22,2	-	7,5	6,5	6,5	5,6	24,2	6,8	16,2	9,9	5,0	6,5	16,6	-	6,2	14,3	-	4,4	8,0	-	9,1
X Non determinato	161,0	692,3	138,5	451,2	282,5	338,2	139,1	240,5	134,7	163,4	221,8	36,3	164,6	12,2	23,1	34,8	28,0	25,2	26,6	76,9	144,6
Totale	38,2	46,9	33,9	35,5	49,3	54,8	34,0	54,9	29,0	47,4	50,6	10,6	26,6	16,7	5,3	7,4	8,5	8,2	7,9	11,6	34,8

Indici di incidenza infortunistica per sesso, settore di attività economica e regione - Anno 2007
PFPM - Totale

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agricoltura	1,7	-	2,8	0,6	0,8	0,4	6,7	1,6	2,5	3,9	6,7	1,0	0,6	1,0	0,3	0,3	0,2	0,5	-	-	1,3
B Pesca	-	-	-	-	-	-	-	18,0	-	-	-	-	-	100,0	-	-	1.000,0	-	-	-	3,1
c Estrazione di minerali	48,7	-	62,2	34,8	74,1	13,9	66,7	82,8	44,8	46,0	68,5	28,2	29,4	-	16,4	13,2	58,8	47,6	13,0	18,5	43,3
DA Industria alimentare	30,4	27,8	37,2	51,4	45,4	31,5	14,0	36,9	24,5	33,1	26,5	7,0	19,1	-	5,0	3,8	11,8	7,4	10,1	2,8	28,7
DB Industria tessile e abbigliamento	18,7	-	18,7	61,0	11,6	50,9	12,0	9,6	7,1	9,0	12,2	2,3	5,0	22,9	0,6	3,9	-	-	-	-	11,6
DC Industria del cuoio, pelle e similari	47,6	-	12,2	14,7	44,0	27,4	-	19,7	16,4	-	19,4	12,7	7,8	-	1,9	12,3	-	-	-	33,3	24,6
DD Industria del legno	59,0	52,6	65,5	73,1	58,6	64,3	45,8	74,9	47,1	76,8	58,7	17,7	36,9	32,8	4,2	11,1	29,1	4,8	18,8	14,3	55,3
DE Industria della carta	32,8	-	37,0	64,2	57,4	49,4	24,6	65,4	45,6	59,1	50,7	12,0	15,1	-	10,9	8,8	-	41,7	-	32,3	42,5
DF Industria del petrolio	69,0	-	44,0	-	-	-	-	-	-	-	-	16,9	111,1	-	-	-	-	-	-	-	19,0
DG Industria chimica	40,5	-	42,8	57,7	73,3	65,2	19,8	70,4	57,2	35,7	56,2	8,3	17,7	111,1	11,8	21,3	-	-	13,2	-	48,2
DH Industria della gomma e plastica	62,8	-	64,5	113,1	65,7	68,4	30,7	96,3	65,7	69,1	66,7	23,6	34,7	333,3	-	36,2	-	-	13,0	50,0	67,6
DI Industria lav. minerali non metalliferi	66,9	-	77,3	75,6	85,7	100,2	70,2	82,2	64,4	91,0	87,6	21,3	62,6	-	15,5	13,2	-	19,5	34,1	35,7	72,0
DJ Industria dei metalli	63,6	130,7	64,7	81,5	82,0	91,9	63,0	88,7	55,4	105,8	84,0	17,9	54,7	32,4	6,6	17,5	17,0	9,9	15,7	16,4	70,4
DK Industria meccanica	56,8	27,0	62,4	87,1	76,1	60,2	55,8	95,6	80,7	70,3	69,5	15,7	38,2	41,7	12,2	22,2	37,0	12,1	13,8	-	70,4
DL Industria macchine elettriche	24,7	80,0	27,6	29,1	39,9	34,7	13,8	45,9	35,5	31,7	43,7	10,3	10,5	20,0	11,2	6,7	-	13,2	-	-	32,4
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	74,9	-	97,7	124,4	59,7	37,1	46,7	98,9	44,6	118,0	61,6	8,2	86,3	12,1	11,7	-	31,2	40,4	19,2	11,9	68,4
DN Altre industrie	43,0	-	45,1	62,0	60,2	49,7	49,2	60,8	36,4	58,0	56,6	14,1	43,3	21,7	4,6	11,2	6,1	-	6,8	25,6	48,2
E Elettricità, gas, acqua	24,2	-	39,5	16,9	91,7	61,2	31,2	51,9	16,7	-	73,2	10,8	43,5	-	-	-	-	-	8,8	55,6	32,3
F Costruzioni	25,4	60,3	26,4	65,7	39,3	44,2	36,3	37,3	33,0	41,2	46,6	10,9	26,7	16,2	5,3	12,1	11,8	9,0	9,7	10,4	29,4
G Totale commercio	20,6	24,7	21,7	35,1	24,9	25,7	16,7	34,4	19,9	28,6	29,8	7,8	19,5	14,2	2,8	5,1	9,2	8,6	7,1	8,4	19,5
H Alberghi e ristoranti	15,7	10,1	17,9	13,0	16,1	13,7	17,7	17,6	16,5	15,8	15,0	9,8	10,9	9,9	3,9	6,1	14,6	3,9	7,0	7,7	14,4
I Trasporti e comunicazioni	53,6	66,7	44,1	43,4	46,8	59,6	35,3	81,9	49,6	40,7	41,5	15,0	31,5	27,8	11,2	18,3	14,8	9,9	9,0	3,6	46,2
J Intermediazione finanziaria	1,4	-	6,7	-	11,1	3,4	12,0	18,5	14,8	-	12,6	5,7	9,5	-	-	-	-	-	3,6	28,6	7,0
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	21,9	13,1	10,9	39,1	24,3	36,9	17,0	41,4	8,9	44,3	42,3	4,2	13,9	7,6	1,4	2,1	10,3	1,3	4,6	7,5	15,5
L Pubblica Amministrazione	24,8	33,3	19,6	7,4	34,4	24,2	35,2	39,2	20,9	27,5	28,8	8,6	26,1	-	20,8	21,0	17,9	-	26,0	27,2	23,8
M Istruzione	29,6	184,2	20,1	190,3	28,0	35,6	23,1	39,0	8,1	20,5	4,3	3,1	4,4	-	2,2	-	23,8	6,1	7,6	8,1	19,5
N Sanità e servizi sociali	30,6	34,3	38,9	31,8	32,7	41,4	26,4	49,8	39,0	16,4	40,8	12,7	18,7	15,0	2,4	7,7	11,1	8,0	7,2	7,0	32,2
O Altri servizi pubblici	20,9	15,8	13,5	18,7	22,8	27,9	16,7	17,8	15,4	6,5	10,7	5,8	5,8	14,9	2,8	15,1	12,6	7,6	9,2	6,2	14,0
P Personale domestico	12,4	15,9	9,3	20,5	12,9	20,0	21,8	15,2	17,0	17,5	20,8	6,2	16,3	11,8	8,2	12,8	-	13,7	10,6	15,9	11,9
X Non determinato	125,4	322,6	110,0	343,6	199,1	259,2	107,3	191,6	102,6	102,7	158,5	29,0	113,1	16,7	10,3	35,7	27,0	17,2	19,4	65,9	109,5
Totale	30,2	33,7	27,9	28,1	38,7	43,0	27,7	43,0	22,7	36,6	38,7	8,7	20,8	13,7	4,2	6,0	7,0	6,4	6,9	9,8	27,6

Indici di incidenza infortunistica per sesso, settore di attività economica e regione - Anno 2007

Settore di attività economica		Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A	Agricoltura	4,3	0,0	3,5	8,7	5,8	4,0	3,3	5,2	2,6	5,2	28,9	2,3	2,8	0,0	0,4	3,0	0,1	0,0	2,9	1,2	4,1
B	Pesca	0,0	0,0	0,0	0,0	11,8	0,0	35,7	27,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,7	0,0	0,0	17,3	0,0	9,2
C	Estrazione di minerali	6,8	0,0	16,6	6,3	19,4	0,0	17,7	12,1	11,8	12,8	30,9	4,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	14,1	0,0	8,8
DA	Industria alimentare	14,7	9,0	20,8	18,9	17,0	18,5	11,6	21,4	15,9	19,4	15,3	8,9	18,3	13,1	5,4	7,0	12,1	4,7	7,3	8,8	14,6
DB	Industria tessile e abbigliamento	10,7	0,0	11,6	13,2	10,0	19,9	13,7	11,7	11,9	13,0	10,4	5,2	12,1	9,1	2,6	5,1	9,0	3,4	6,7	8,2	10,2
DC	Industria del cuoio, pelle e similari	14,2	0,0	9,8	22,6	14,8	13,5	0,0	16,0	11,7	19,4	9,7	6,6	7,2	0,0	1,9	5,6	3,9	0,0	10,2	7,2	10,8
DD	Industria del legno	15,8	18,2	11,9	15,5	15,8	19,3	4,2	32,0	9,4	14,9	21,4	6,5	14,0	14,2	2,0	1,4	0,0	6,1	3,7	10,0	15,1
DE	Industria della carta	10,1	0,0	10,0	8,4	12,8	8,8	8,9	14,5	10,6	14,1	17,3	12,7	12,6	95,7	7,7	7,9	14,3	4,6	6,5	3,1	11,2
DF	Industria del petrolio	8,4	0,0	6,9	0,0	0,0	0,0	0,0	13,6	0,0	0,0	17,5	2,4	0,0	0,0	0,0	17,9	0,0	0,0	3,3	0,0	4,6
DG	Industria chimica	13,7	0,0	12,1	14,6	15,5	35,3	15,1	22,3	13,2	10,6	16,4	7,6	23,3	0,0	12,9	31,2	22,7	48,1	45,6	12,2	13,9
DH	Industria della gomma e plastica	24,3	0,0	15,6	18,6	23,1	36,7	16,8	25,5	15,7	16,1	21,4	15,5	26,6	0,0	6,3	5,5	8,2	0,0	3,8	9,2	19,1
DI	Industria lav. minerali non metalliferi	6,7	0,0	7,6	7,2	11,9	12,9	20,9	43,3	12,5	7,2	19,7	4,6	14,3	8,1	0,5	8,5	8,2	13,8	3,3	4,9	19,7
DJ	Industria dei metalli	14,2	3,5	12,7	19,4	15,6	22,8	13,9	22,1	12,7	22,8	19,3	5,3	14,6	48,1	4,2	9,5	4,3	5,1	6,5	4,3	14,9
DK	Industria meccanica	16,0	0,0	13,5	16,9	17,9	30,4	14,3	24,4	17,5	23,2	21,1	5,9	13,8	6,8	7,5	8,0	8,8	0,0	2,0	2,7	17,4
DL	Industria macchine elettriche	10,0	13,2	10,9	9,5	13,7	20,0	8,8	19,2	11,1	5,0	15,6	8,8	9,8	6,1	3,8	7,7	0,0	5,0	12,9	13,3	12,2
DM	Industria fabbricazione mezzi di trasporto	28,3	0,0	24,3	37,4	22,7	17,9	25,1	29,5	36,2	36,9	37,7	17,5	32,6	15,2	17,9	13,9	31,1	15,9	6,8	13,9	26,6
DN	Altre industrie	13,4	0,0	10,2	9,5	15,0	20,4	2,1	20,0	12,6	17,7	17,1	5,7	17,3	6,6	6,5	10,7	18,8	3,1	5,8	8,1	13,7
E	Elettricità, gas, acqua	11,9	1,0	11,9	11,1	15,6	14,3	7,2	24,6	20,8	91,5	19,1	6,5	12,7	14,3	9,2	21,7	15,1	23,0	7,4	13,3	13,1
F	Costruzioni	7,0	3,3	6,2	7,3	8,3	6,5	6,1	7,5	11,6	8,1	9,8	4,1	4,2	6,5	1,7	4,8	6,0	3,1	3,2	5,3	6,3
G	Totale commercio	18,0	13,8	12,4	15,6	13,6	17,1	21,0	21,0	21,0	21,0	21,2	11,6	20,6	11,8	3,9	8,1	9,2	7,6	7,8	12,8	14,1
H	Alberghi e ristoranti	0,5	8,7	18,9	13,5	18,0	20,0	20,0	23,9	23,7	21,8	15,4	21,3	17,7	16,6	8,2	10,8	16,6	9,6	9,5	12,7	18,2
I	Trasporti e comunicazioni	37,2	37,0	33,5	25,7	40,7	48,2	41,3	63,6	61,5	66,8	69,4	8,3	59,5	48,4	37,2	63,1	84,3	51,5	59,3	37,3	29,3
J	Intermediazione finanziaria	9,1	11,3	6,8	9,2	15,6	9,2	13,5	12,0	8,4	15,1	18,3	5,9	17,4	8,4	3,6	15,9	2,6	6,5	6,8	10,1	8,6
K	Attività immobiliari e servizi alle imprese	13,7	9,7	6,6	9,2	12,7	13,5	17,5	16,8	10,1	18,8	14,4	7,9	12,3	8,6	4,8	8,7	13,3	8,8	8,7	10,9	9,9
L	Pubblica Amministrazione	22,1	15,5	14,1	8,0	21,2	22,3	36,3	30,0	26,4	35,9	18,7	15,3	38,0	3,5	18,6	30,7	33,8	21,8	29,9	26,6	23,0
M	Istruzione	8,1	111,2	8,6	71,8	11,6	8,1	8,0	13,7	6,4	5,6	6,0	2,4	6,0	1,4	1,0	3,0	7,3	4,1	4,6	3,3	8,5
N	Sanità e servizi sociali	28,2	19,0	26,4	16,7	24,8	26,1	35,0	42,4	41,8	35,8	30,2	18,9	38,8	8,1	13,0	16,6	29,3	22,0	21,4	20,0	26,5
O	Altri servizi pubblici	19,2	12,2	12,2	14,6	13,9	31,5	16,8	20,8	15,2	15,9	16,7	14,8	16,0	51,1	9,0	13,5	7,2	17,5	11,9	10,2	15,1
P	Personale domestico	23,5	41,1	22,1	14,3	21,9	24,3	30,3	24,0	25,6	32,9	40,2	13,5	46,5	20,6	8,9	15,8	11,8	3,0	12,3	31,1	7,4
X	Non determinato	27,2	19,0	11,8	43,6	13,3	15,9	12,7	33,6	15,5	16,0	14,7	7,3	12,8	11,3	4,1	36,0	6,3	13,2	7,2	19,1	13,4
	Totale	18,3	15,5	12,9	15,9	15,8	19,2	21,3	22,9	18,2	20,6	18,5	10,5	19,6	13,3	6,4	11,1	12,1	9,5	11,9	14,2	14,8

Indici di incidenza infortunistica per sesso, settore di attività economica e regione - Anno 2007
PSA - Uomini

Settore di attività economica	Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A Agrindustria	7,9	11,8	10,3	17,7	15,5	9,8	22,5	10,5	8,3	12,5	17,1	7,5	8,7	6,7	2,0	2,5	0,9	1,4	2,8	5,3	7,1
B Pesca	-	38,2	38,2	-	26,6	24,7	3,9	18,3	15,1	54,3	11,2	10,5	-	23,5	5,8	32,7	-	12,9	3,9	15,0	15,5
C Estrazione di minerali	40,2	32,0	25,6	45,9	40,0	29,3	28,8	45,5	70,7	40,5	42,5	10,4	27,2	31,1	18,1	37,0	15,6	21,0	20,9	39,3	31,1
DA Industria alimentare	24,7	25,5	31,7	37,9	31,5	31,0	18,2	34,5	33,9	38,3	32,3	17,9	38,7	25,2	15,5	17,0	28,5	15,1	15,6	22,9	26,4
DB Industria tessile e abbigliamento	23,7	41,0	25,4	36,9	19,2	28,6	18,2	21,1	24,3	25,4	18,1	13,3	22,9	15,8	9,4	15,3	33,6	9,8	7,5	17,6	21,8
DC Industria del cuoio, pelle e similari	15,1	-	16,9	14,4	19,5	23,3	59,3	28,0	19,8	14,3	16,9	9,7	12,0	-	5,1	13,7	15,4	23,2	4,5	15,7	16,5
DD Industria del legno	39,1	30,3	44,5	54,0	44,7	51,7	48,4	62,8	51,0	44,8	47,6	30,7	47,0	37,1	15,3	33,6	30,8	29,5	27,8	33,3	42,1
DE Industria della carta	24,1	-	21,9	36,0	32,0	35,7	24,0	29,5	38,8	30,5	47,5	19,8	37,7	33,8	23,2	22,5	26,5	20,4	15,3	10,9	26,8
DF Industria del petrolio	21,5	-	18,0	21,5	38,5	37,0	21,4	39,1	12,7	-	24,9	10,0	39,9	15,4	18,6	29,0	45,1	15,3	7,4	15,8	16,8
DG Industria chimica	27,0	-	20,2	45,7	27,3	50,9	25,6	31,8	24,9	37,0	41,3	11,8	32,6	19,8	15,7	39,4	25,6	27,3	27,1	14,4	22,9
DH Industria della gomma e plastica	42,2	9,4	43,4	54,1	47,9	55,1	35,8	67,3	60,6	68,9	50,6	42,9	67,5	67,6	28,8	38,9	53,4	75,6	36,2	42,7	47,3
DI Industria lav. minerali non metalliferi	36,3	19,3	41,7	43,5	55,2	66,2	56,5	64,4	63,7	48,7	53,3	33,3	52,7	45,0	21,2	45,6	44,2	36,4	38,6	43,1	47,8
DJ Industria dei metalli	48,5	98,2	47,5	57,1	56,3	60,5	59,0	57,8	52,2	66,0	58,9	32,5	63,5	41,1	24,9	64,1	46,3	30,9	34,3	38,9	50,4
DK Industria meccanica	32,4	21,1	37,0	51,6	44,6	48,7	60,4	50,3	46,2	65,6	46,9	33,6	51,2	44,7	26,3	47,4	44,7	15,2	22,8	30,9	41,7
DL Industria macchine elettriche	18,1	23,4	16,7	21,7	24,4	24,7	18,8	27,1	26,2	34,9	30,7	15,1	23,1	35,1	15,6	28,5	15,2	23,3	27,7	23,8	21,1
DM Industria fabbricazione mezzi di trasporto	32,9	-	37,3	44,5	56,3	84,9	80,2	53,7	59,7	64,4	77,8	30,0	50,4	19,8	38,2	46,1	55,0	87,2	45,1	50,6	46,3
DN Altre industrie	25,3	52,3	32,2	41,0	37,9	36,4	36,9	47,2	39,2	52,1	41,1	19,9	62,5	34,2	16,8	30,8	45,0	22,3	31,4	26,6	35,5
E Elettricità, gas, acqua	25,6	10,8	29,8	51,2	37,6	38,4	65,5	40,9	37,5	89,6	57,3	8,4	4,9	29,9	26,6	35,1	13,0	23,1	21,5	43,2	24,7
F Costruzioni	30,6	32,5	34,2	59,5	45,1	44,9	41,9	47,4	45,0	41,1	48,1	21,0	35,6	26,3	13,8	27,8	26,2	24,8	23,1	30,3	33,5
G Totale commercio	25,0	19,5	23,2	29,3	29,0	28,1	33,8	39,2	36,6	35,9	37,4	20,1	36,4	25,3	12,5	22,8	19,6	22,1	22,0	26,0	26,2
H Alberghi e ristoranti	20,8	7,1	20,3	19,4	23,2	21,1	21,1	24,9	22,7	26,8	16,6	19,4	20,3	19,8	10,1	15,7	17,4	12,0	15,2	16,9	18,7
I Trasporti e comunicazioni	44,5	45,7	47,5	39,7	51,4	62,5	60,3	71,9	44,5	58,6	60,0	13,8	58,7	37,9	32,7	63,8	50,9	52,1	42,8	43,4	39,4
J Intermediazione finanziaria	5,2	20,0	4,9	7,4	11,2	4,3	12,1	9,9	6,9	11,9	11,2	4,4	18,0	13,6	3,7	18,8	3,1	8,3	7,0	9,4	6,4
K Attività immobiliari e servizi alle imprese	16,6	16,2	8,7	13,2	17,3	25,1	24,4	23,8	13,5	28,6	26,5	10,1	19,0	15,3	10,6	20,4	12,1	12,9	16,2	14,9	13,8
L Pubblica Amministrazione	18,8	17,8	25,1	21,7	24,3	28,5	40,3	35,1	30,2	30,8	29,8	11,5	31,8	7,3	20,8	35,1	22,3	19,2	27,0	23,0	24,2
M Istruzione	14,5	130,3	13,5	187,8	23,8	14,3	10,1	15,8	4,3	9,8	6,3	3,0	10,6	-	2,4	2,9	8,1	13,6	5,4	7,3	11,7
N Sanità e servizi sociali	23,8	26,6	25,3	17,6	26,5	22,6	41,0	43,0	33,7	24,2	29,6	24,8	36,6	13,4	14,1	15,1	47,7	20,8	27,2	26,4	24,8
O Altri servizi pubblici	34,5	15,0	25,7	30,3	31,4	36,5	46,8	27,3	36,8	28,2	28,5	20,7	34,0	38,5	25,8	39,9	27,1	34,2	35,9	38,0	29,8
P Personale domestico	9,0	-	10,9	6,8	-	-	9,3	2,2	10,2	-	-	8,8	6,5	-	2,5	1,5	-	1,0	0,3	17,8	1,6
X Non determinato	62,6	65,8	55,1	147,5	68,1	84,2	51,5	114,8	80,4	62,1	54,8	22,3	69,9	39,4	17,1	54,6	36,0	42,5	22,5	41,6	30,1
Totale	29,3	27,2	26,9	39,0	36,2	39,6	40,2	42,4	33,8	40,4	38,9	16,1	36,1	25,5	16,7	28,3	26,5	22,8	22,3	27,1	28,6

Indici di incidenza infortunistica per sesso, settore di attività economica e regione - Anno 2007

Settore di attività economica		Piemonte	Valle d'Aosta	Lombardia	Trentino Alto Adige	Veneto	Friuli Venezia Giulia	Liguria	Emilia Romagna	Toscana	Umbria	Marche	Lazio	Abruzzo	Molise	Campania	Puglia	Basilicata	Calabria	Sicilia	Sardegna	Italia
A	Agricoltura	6,5	8,1	8,5	12,9	12,0	7,5	14,4	8,3	6,4	9,6	23,1	5,0	6,3	4,8	0,9	2,7	0,4	0,6	2,8	3,8	5,7
B	Pesca	-	-	25,8	-	23,0	20,5	5,6	19,0	14,3	48,1	10,5	9,6	-	23,0	5,6	32,0	-	12,4	4,2	13,9	15,0
C	Estrazione di minerali	35,9	28,2	24,3	42,2	37,8	25,9	27,4	40,6	66,1	38,0	40,8	9,1	24,0	28,8	17,0	34,6	14,5	19,5	20,4	36,4	28,2
DA	Industria alimentare	20,2	18,5	27,2	30,7	25,1	25,1	14,8	28,3	25,6	30,2	23,6	14,2	29,3	20,5	11,1	13,1	21,8	10,2	12,7	17,0	21,2
DB	Industria tessile e abbigliamento	15,2	11,5	16,6	21,7	12,5	22,8	14,9	13,8	17,3	15,7	12,0	7,8	15,1	11,0	5,0	7,9	18,4	5,2	6,9	12,1	13,9
DC	Industria del cuoio, pelle e similari	14,6	-	12,7	18,6	17,1	17,5	26,1	20,4	15,3	17,3	13,1	7,9	9,0	-	3,9	10,6	7,8	11,0	7,2	12,2	13,5
DD	Industria del legno	34,4	29,2	38,7	49,1	38,3	42,2	44,2	55,5	43,4	40,5	41,4	27,8	42,0	35,1	14,0	31,0	27,9	26,9	25,6	29,3	37,4
DE	Industria della carta	19,1	-	17,2	26,9	25,8	26,5	18,9	23,4	29,1	23,8	37,8	17,1	31,4	54,1	19,5	18,7	22,1	16,2	12,5	8,3	21,2
DF	Industria del petrolio	19,2	-	15,7	19,4	32,8	32,5	18,6	34,8	11,5	-	24,4	8,9	35,9	14,3	16,1	27,6	38,2	14,4	7,1	15,0	15,3
DG	Industria chimica	22,9	-	17,3	37,6	23,7	45,3	22,6	28,5	21,3	30,7	33,3	10,4	30,3	16,9	15,1	37,9	25,1	31,5	30,4	14,1	20,1
DH	Industria della gomma e plastica	36,6	5,0	33,6	45,3	39,8	48,9	30,2	51,0	47,9	54,2	42,3	37,9	60,7	60,7	25,0	32,9	43,3	65,5	30,3	35,1	38,6
DI	Industria lav. minerali non metalliferi	30,0	16,3	35,4	37,9	45,1	55,0	49,4	56,8	53,3	40,3	45,1	29,1	48,3	41,2	18,4	42,2	40,8	34,0	33,9	38,5	42,0
DJ	Industria dei metalli	41,6	85,2	40,6	50,6	48,5	53,7	54,5	50,1	46,3	60,7	51,1	29,7	57,5	41,6	23,3	61,2	41,2	28,8	32,4	36,7	44,4
DK	Industria meccanica	28,7	17,5	32,3	45,8	39,7	45,0	54,6	45,2	41,6	58,9	41,4	29,8	47,0	37,7	24,1	43,7	43,0	14,3	20,9	28,5	37,2
DL	Industria macchine elettriche	15,2	19,4	14,8	17,9	20,3	23,0	16,6	24,3	22,7	28,6	25,1	13,6	19,6	27,5	12,4	25,1	11,8	19,6	25,1	20,9	18,3
DM	Industria fabbricazione mezzi di trasporto	31,8	-	34,7	43,4	52,4	77,4	74,3	48,7	55,3	61,4	72,7	28,0	47,2	19,1	36,6	43,4	50,7	80,5	42,1	47,4	42,9
DN	Altre industrie	20,8	33,6	25,1	32,2	29,9	30,5	27,5	36,7	30,2	43,3	33,3	16,6	51,7	29,7	14,4	25,2	37,4	18,2	26,5	21,7	28,5
E	Elettricità, gas, acqua	22,8	5,9	25,5	37,4	32,8	33,1	49,2	34,4	34,3	90,0	49,2	8,0	5,2	27,2	23,5	33,0	13,6	23,1	17,4	36,4	22,1
F	Costruzioni	28,6	30,3	31,7	55,5	41,9	41,6	39,4	42,7	42,5	38,8	45,3	19,6	33,6	25,3	13,2	26,6	24,9	23,3	22,1	28,9	31,4
G	Totale commercio	21,6	16,8	18,1	23,0	21,5	22,6	27,5	30,0	29,6	29,1	29,9	16,1	29,2	19,2	9,1	16,6	15,2	16,2	16,8	19,9	20,6
H	Alberghi e ristoranti	8,3	7,7	19,4	15,8	20,1	20,4	20,4	24,2	23,3	23,7	15,9	20,3	18,8	18,0	9,3	13,4	17,0	11,0	12,7	14,7	18,4
I	Trasporti e comunicazioni	42,4	43,6	43,7	37,2	49,1	59,6	56,3	70,1	47,5	60,1	61,7	12,0	58,8	39,6	33,3	63,7	55,7	52,0	45,7	42,2	36,9
J	Intermediazione finanziaria	7,1	14,4	5,7	8,2	13,3	6,4	12,8	10,9	7,6	13,5	14,2	5,0	17,7	10,4	3,6	17,5	2,9	7,6	6,9	9,8	7,4
K	Attività immobiliari e servizi alle imprese	15,0	12,3	7,7	10,9	14,8	18,3	20,7	19,9	11,8	23,2	19,4	9,0	15,7	12,0	8,3	14,9	12,7	10,9	12,6	12,8	11,8
L	Pubblica Amministrazione	21,0	16,5	18,3	13,1	22,4	24,8	37,9	31,6	27,9	33,7	24,6	13,5	34,6	5,6	20,1	33,1	27,6	20,1	28,2	24,9	23,5
M	Istruzione	10,4	117,6	10,2	100,8	14,8	10,0	8,9	14,4	5,6	7,0	6,1	2,6	7,6	0,8	1,5	3,0	7,6	7,9	5,0	4,9	9,7
N	Sanità e servizi sociali	27,3	20,0	26,2	16,8	25,2	25,3	36,4	42,5	39,8	32,6	30,0	20,7	38,1	9,4	13,5	16,0	34,8	21,5	23,4	21,3	26,0
O	Altri servizi pubblici	26,8	13,7	18,2	21,1	21,7	33,6	32,2	23,7	24,8	22,0	22,2	17,9	24,5	44,4	19,8	28,9	16,8	27,3	26,1	24,8	22,5
P	Personale domestico	21,1	34,9	20,2	12,8	17,3	20,7	26,8	19,7	22,5	23,9	33,2	12,5	36,0	16,3	7,2	7,9	8,8	2,5	5,1	29,7	6,0
X	Non determinato	40,2	40,2	29,5	78,4	34,1	37,6	28,9	62,2	39,4	35,5	32,3	14,2	35,2	24,6	10,8	45,4	20,4	26,5	16,0	30,4	22,1
	Totale	24,7	22,4	21,1	28,9	27,6	30,8	32,3	33,9	27,3	32,4	30,3	13,8	30,0	21,2	13,2	22,0	21,1	17,8	18,9	22,2	23,0

allegato 9.4

Tavole Istat Mortalità per regioni

Distribuzione percentuale delle cause di morte per sesso, grandi capitoli ICD X, Regione di residenza. Decessi di cittadini stranieri dei PFP in età 0-64 anni. Anno 2003 (Valori %)

Regioni di residenza	Maschi													Totale
	Cause													
	Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Malattie delle ghiandole endocrine e metabolismo	Disturbi psichici e sist.nervoso	Malattie del sistema circolatorio	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Stati morbosi maldefiniti	Cause violente	Altre malattie				
Piemonte	8,96	16,42	1,49	1,49	13,43	1,49	1,49	1,49	0,00	55,22	0,00	100,00		
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00	50,00	100,00		
Lombardia	4,21	20,00	0,00	0,53	12,11	5,79	2,11	2,63	50,53	2,11	2,11	100,00		
Trentino Alto Adige	0,00	11,11	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	77,78	0,00	0,00	100,00		
Bolzano	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	80,00	0,00	0,00	100,00		
Trento	0,00	25,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	75,00	0,00	0,00	100,00		
Friuli Venezia Giulia	3,13	17,71	4,17	0,00	11,46	1,04	2,08	2,08	57,29	1,04	1,04	100,00		
Veneto	28,57	0,00	0,00	4,76	9,52	0,00	4,76	10,00	52,38	0,00	0,00	100,00		
Liguria	10,00	30,00	0,00	0,00	20,00	0,00	10,00	0,00	20,00	10,00	10,00	100,00		
Emilia Romagna	3,90	18,18	0,00	1,30	14,29	1,30	0,00	0,00	54,55	2,60	3,90	100,00		
Toscana	2,27	15,91	2,27	6,82	22,73	0,00	2,27	0,00	45,45	2,27	2,27	100,00		
Umbria	5,88	23,53	0,00	0,00	23,53	0,00	0,00	0,00	47,06	0,00	0,00	100,00		
Marche	0,00	12,50	0,00	4,17	25,00	0,00	0,00	0,00	58,33	0,00	0,00	100,00		
Lazio	2,27	22,73	2,27	1,14	23,86	4,55	4,55	0,00	34,09	0,00	4,55	100,00		
Abruzzo	0,00	18,18	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	81,82	0,00	0,00	100,00		
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
Campania	13,33	13,33	0,00	6,67	20,00	0,00	3,33	13,33	30,00	0,00	0,00	100,00		
Puglia	11,11	22,22	0,00	0,00	11,11	0,00	0,00	0,00	55,56	0,00	0,00	100,00		
Basilicata	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33	33,33	100,00		
Calabria	14,29	0,00	0,00	0,00	14,29	0,00	28,57	0,00	42,86	0,00	0,00	100,00		
Sicilia	3,33	13,33	0,00	6,67	20,00	3,33	10,00	6,67	33,33	3,33	3,33	100,00		
Sardegna	11,11	0,00	11,11	0,00	11,11	0,00	11,11	0,00	44,44	11,11	11,11	100,00		
TOTALE	4,17	18,55	1,21	1,75	15,59	2,55	2,82	2,15	48,79	2,42	2,42	100,00		

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte (Anno 2003), Distribuzione percentuale delle cause di morte per sesso, grandi capitoli ICD X, Regione di residenza. Decessi di cittadini stranieri dei PFP in età 0-64 anni. Anno 2003 (Valori %)

Distribuzione percentuale delle cause di morte per sesso, grandi capitoli ICD X, Regione di residenza. Decessi di cittadini stranieri dei PFPM in età 0-64 anni. Anno 2003 (Valori %)

	Femmine													Totale
	Cause													
	Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Malattie delle ghiandole endocrine e metabolismo	Disturbi psichici e sist. nervoso	Malattie del sistema circolatorio	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Stati morbosi definiti	Cause violente	Altre malattie				
Piemonte	3,45	41,38	0,00	6,90	6,90	0,00	0,00	0,00	37,93	3,45	0,00	0,00	100,00	
Valle d'Aosta	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Lombardia	6,25	34,38	1,56	3,13	12,50	0,00	4,69	3,13	31,25	3,13	0,00	0,00	100,00	
Trentino Alto Adige	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	
Bolzano	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Trento	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00	
Friuli Venezia Giulia	8,82	41,18	0,00	5,88	11,76	0,00	0,00	0,00	26,47	5,88	0,00	0,00	100,00	
Veneto	37,50	0,00	0,00	0,00	12,50	25,00	0,00	0,00	0,00	25,00	0,00	0,00	100,00	
Liguria	0,00	30,77	7,69	7,69	15,38	0,00	0,00	23,08	0,00	15,38	0,00	0,00	100,00	
Emilia Romagna	9,68	32,26	3,23	0,00	19,35	3,23	0,00	3,23	22,58	6,45	0,00	0,00	100,00	
Toscana	5,56	38,89	0,00	0,00	11,11	0,00	5,56	0,00	27,78	11,11	0,00	0,00	100,00	
Umbria	16,67	50,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00	8,33	0,00	0,00	100,00	
Marche	9,09	36,36	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	36,36	18,18	0,00	0,00	100,00	
Lazio	11,11	31,11	2,22	2,22	15,56	6,67	6,67	2,22	17,78	4,44	0,00	0,00	100,00	
Abruzzo	14,29	42,86	0,00	0,00	0,00	0,00	14,29	0,00	28,57	0,00	0,00	0,00	100,00	
Molise	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Campania	9,09	13,64	9,09	4,55	4,55	0,00	4,55	18,18	36,36	0,00	0,00	0,00	100,00	
Puglia	0,00	40,00	0,00	10,00	10,00	10,00	0,00	0,00	20,00	10,00	0,00	0,00	100,00	
Basilicata	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	
Calabria	0,00	0,00	0,00	0,00	25,00	0,00	0,00	0,00	75,00	0,00	0,00	0,00	100,00	
Sicilia	0,00	37,50	0,00	0,00	12,50	0,00	0,00	12,50	12,50	25,00	0,00	0,00	100,00	
Sardegna	20,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	0,00	60,00	0,00	0,00	0,00	100,00	
TOTALE	7,14	34,16	1,86	3,11	11,80	2,17	2,80	3,73	26,71	6,52	0,00	0,00	100,00	

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte (Anno 2003).

Distribuzione percentuale delle cause di morte per sesso, grandi capitoli ICD X, Regione di residenza. Decessi di cittadini stranieri del PFP in età 0-64 anni.
Anno 2003 (Valori %)

Regioni di residenza	TOTALE													Totale		
	Cause															
	Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Malattie delle ghiandole endocrine e metabolismo	Disturbi psichici e sist.nervoso	Malattie sistema circolatorio	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Stati morbosi mal definiti	Cause violente	Altre malattie						
Piemonte	7,29	23,96	1,04	3,13	11,46	1,04	1,04	0,00	0,00	50,00	1,04	0,00	0,00	50,00	1,04	100,00
Valle d'Aosta	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	50,00	0,00	0,00	0,00	50,00	100,00
Lombardia	4,72	23,62	0,39	1,18	12,20	4,33	2,76	45,67	2,36	0,00	0,00	70,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Trentino Alto Adige	0,00	10,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	80,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Bolzano	0,00	0,00	0,00	0,00	20,00	0,00	0,00	60,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Trento	0,00	20,00	0,00	0,00	20,00	0,77	1,54	49,23	2,31	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Friuli Venezia Giulia	4,62	23,85	3,08	1,54	11,54	6,90	3,45	37,93	6,90	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Veneto	31,03	0,00	0,00	3,45	10,34	17,39	0,00	8,70	13,04	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Liguria	4,35	30,43	4,35	4,35	15,74	1,85	0,00	45,37	4,63	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Emilia Romagna	5,56	22,22	0,93	4,84	19,35	0,00	3,23	40,32	4,84	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Toscana	3,23	22,58	1,61	0,00	13,79	0,00	0,00	37,93	3,45	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Umbria	10,34	34,48	0,00	2,86	17,14	0,00	0,00	51,43	5,71	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Marche	2,86	20,00	0,00	1,50	21,05	5,26	5,26	28,57	4,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Lazio	5,26	25,56	2,26	0,00	0,00	0,00	0,00	61,11	4,51	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Abruzzo	5,56	27,78	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Molise	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Campania	11,54	13,46	3,85	5,77	13,46	0,00	3,85	32,69	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Puglia	5,26	31,58	0,00	5,26	10,53	5,26	0,00	36,84	5,26	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Basilicata	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	33,33	33,33	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Calabria	9,09	0,00	0,00	0,00	18,18	0,00	18,18	54,55	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Sicilia	2,63	18,42	0,00	5,26	18,42	2,63	7,89	28,95	7,89	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
Sardegna	14,29	0,00	7,14	0,00	14,29	0,00	7,14	50,00	7,14	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00
TOTALE	5,07	23,26	1,41	2,16	14,45	2,44	2,81	42,12	3,66	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	100,00

Fonte: Elaborazioni su dati Istat. Indagine sulle cause di morte (Anno 2003).

Distribuzione percentuale delle cause di morte per sesso, grandi capitoli ICD X, Regione di residenza. Decessi di Italiani e stranieri di età 0-64 anni, Anno 2003 (Valori %)

Regioni di residenza	Maschi											Totale
	Causa											
	Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Malattie delle ghiandole endocrine e metabolismo	Disturbi psichici e sist.nervoso	Malattie del sistema circolatorio	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Stati morbosi definiti	Cause violente	Altre malattie		
Piemonte	2,57	41,18	2,50	4,02	23,08	2,54	6,14	0,69	15,51	1,76	100,00	
Valle d'Aosta	2,94	40,44	4,41	1,47	22,79	1,47	5,15	1,47	19,12	0,74	100,00	
Lombardia	4,47	43,89	1,94	2,91	22,56	2,04	5,78	0,88	13,78	1,75	100,00	
Trentino Alto Adige	1,80	39,69	1,32	2,64	21,10	2,28	6,47	1,80	21,46	1,44	100,00	
Bolzano	2,68	37,32	0,73	4,39	20,00	3,41	4,39	2,20	24,39	0,49	100,00	
Trento	0,00	41,98	1,89	0,94	22,17	1,18	8,49	1,42	18,63	2,36	100,00	
Friuli Venezia Giulia	2,32	43,59	2,62	3,44	20,71	2,23	6,72	1,05	15,67	1,64	100,00	
Veneto	1,78	41,75	3,18	3,70	20,06	2,89	7,33	1,78	15,84	1,70	100,00	
Liguria	3,85	42,03	2,69	3,67	21,99	2,32	5,19	9,35	7,15	1,77	100,00	
Emilia Romagna	3,49	41,08	2,74	2,93	24,05	2,10	4,38	1,37	16,15	1,72	100,00	
Toscana	2,34	44,64	2,14	3,14	23,39	2,69	4,96	1,50	13,31	1,89	100,00	
Umbria	2,80	40,35	2,65	3,98	26,51	2,36	4,86	0,44	13,99	2,06	100,00	
Marche	1,92	40,38	3,25	4,08	24,31	2,33	4,00	0,58	17,49	1,67	100,00	
Lazio	3,64	39,93	3,17	3,35	25,68	2,97	5,01	1,45	12,27	2,53	100,00	
Abruzzo	1,80	34,72	2,75	4,17	25,62	3,23	6,45	0,76	18,31	2,18	100,00	
Molise	1,36	31,86	3,73	3,39	29,49	1,69	6,44	2,71	17,63	1,69	100,00	
Campania	2,37	36,54	3,99	3,48	25,51	3,04	6,23	7,37	9,44	2,04	100,00	
Puglia	2,85	38,23	3,54	3,60	22,90	3,45	6,73	0,91	15,45	2,33	100,00	
Basilicata	1,23	31,62	2,87	4,11	25,67	2,67	9,65	3,29	17,66	1,23	100,00	
Calabria	1,74	35,40	3,41	3,41	27,07	3,12	6,65	2,14	15,10	1,97	100,00	
Sicilia	2,32	36,57	3,44	3,40	25,76	3,81	5,46	2,43	14,23	2,57	100,00	
Sardegna	4,12	36,33	2,94	3,96	21,40	3,10	6,80	0,48	18,46	2,41	100,00	
TOTALE	2,98	40,23	2,86	3,40	23,70	2,70	5,84	2,15	14,16	1,98	100,00	

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte (Anno 2003).

Distribuzione percentuale delle cause di morte per sesso, grandi capitoli ICD X, Regione di residenza. Decessi di Italiani e stranieri in età 0-64 anni, Anno 2003 (Valori %)

Regioni di residenza	Femmine											Totale
	Cause											
	Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Malattie delle ghiandole endocrine e metabolismo	Disturbi psichici e sist,nervoso	Malattie del sistema circolatorio	Malattie dell'apparato respiratorio	Malattie appa- rato digerente	Stati morbosi mal definiti	Cause violente	Altre malattie		
Piemonte	1,59	58,30	2,77	3,35	14,46	2,64	4,53	0,67	9,09	2,60	100,00	
Valle d'Aosta	0,00	44,44	0,00	4,76	22,22	3,17	6,35	1,59	17,46	0,00	100,00	
Lombardia	2,97	61,84	1,97	3,36	13,33	2,25	3,91	0,66	6,82	2,89	100,00	
Trentino Alto Adige	2,99	62,34	1,25	3,24	14,71	0,75	2,99	1,75	8,23	1,75	100,00	
Bolzano	3,63	59,59	1,04	3,11	16,58	1,04	2,59	2,07	9,33	1,04	100,00	
Trento	0,00	64,90	1,44	3,37	12,98	0,48	3,37	1,44	7,21	2,40	100,00	
Friuli Venezia Giulia	1,62	58,95	2,82	4,30	13,13	1,91	4,63	0,38	8,74	3,53	100,00	
Veneto	2,14	57,57	2,71	4,86	11,14	2,43	6,00	1,00	9,86	2,29	100,00	
Liguria	3,20	55,63	3,20	3,64	12,91	1,43	4,86	6,84	4,30	3,97	100,00	
Emilia Romagna	2,58	58,56	3,16	4,23	13,28	1,99	3,40	1,22	9,19	2,38	100,00	
Toscana	1,46	59,98	3,09	4,03	14,88	2,10	3,97	0,82	6,53	3,15	100,00	
Umbria	1,11	58,77	2,23	3,06	19,50	1,39	4,46	0,28	6,41	2,79	100,00	
Marche	1,41	62,04	2,99	4,04	15,99	1,58	2,11	0,18	7,38	2,28	100,00	
Lazio	2,27	57,32	3,10	3,82	16,26	2,49	4,04	0,94	5,95	3,82	100,00	
Abruzzo	1,87	53,93	5,24	4,12	15,17	2,06	3,93	0,94	9,36	3,37	100,00	
Molise	2,08	52,08	5,56	2,08	21,53	3,47	2,78	1,39	4,86	4,17	100,00	
Campania	1,93	49,69	5,49	3,83	19,76	3,02	5,59	2,88	3,76	4,03	100,00	
Puglia	2,28	53,37	5,54	3,09	16,72	2,71	3,96	0,71	6,57	5,05	100,00	
Basilicata	3,20	49,77	5,48	4,11	19,63	3,20	4,11	0,91	5,94	3,65	100,00	
Calabria	2,13	44,50	4,50	4,50	22,96	3,31	4,14	2,72	6,98	4,26	100,00	
Sicilia	1,77	50,23	6,05	4,08	19,34	3,24	4,71	1,56	4,62	4,41	100,00	
Sardegna	3,73	52,71	3,25	5,78	15,28	2,89	4,93	0,48	6,62	4,33	100,00	
TOTALE	2,22	56,32	3,59	3,84	15,74	2,44	4,32	1,30	6,78	3,46	100,00	

Fonte: Elaborazioni su dati Istat. Indagine sulle cause di morte (Anno 2003).

Distribuzione percentuale delle cause di morte per sesso, grandi capitoli ICD X, Regione di residenza. Decessi di Italiani e stranieri dei PSA in età 0-64 anni, Anno 2003 (Valori %)

Regioni di residenza	TOTALE												Totale
	Cause												
	Malattie infettive e parassitarie	Tumori	Malattie delle ghiandole endocrine e metabolismo	Disturbi psichici e sist.nervoso	Malattie sistema circolatorio	Malattie apparato respiratorio	Malattie apparato digerente	Stati morbosi mal definiti	Cause violente	Altre malattie			
Piemonte	2,23	47,13	2,59	3,79	20,08	2,58	5,58	0,68	13,28	2,05	100,00		
Valle d'Aosta	2,01	41,71	3,02	2,51	22,61	2,01	5,53	1,51	18,59	0,50	100,00		
Lombardia	3,96	49,99	1,95	3,06	19,42	2,11	5,15	0,81	11,42	2,14	100,00		
Trentino Alto Adige	2,19	47,04	1,30	2,83	19,03	1,78	5,34	1,78	17,17	1,54	100,00		
Bolzano	2,99	44,44	0,83	3,98	18,91	2,65	3,81	2,16	19,57	0,66	100,00		
Trento	0,00	49,53	1,74	1,74	19,15	0,95	6,80	1,42	14,87	2,37	100,00		
Friuli Venezia Giulia	2,09	48,65	2,69	3,72	18,21	2,12	6,03	0,83	13,39	2,26	100,00		
Veneto	1,90	47,15	3,02	4,10	17,02	2,73	6,87	1,51	13,80	1,90	100,00		
Liguria	3,62	46,87	2,87	3,66	18,76	2,01	5,07	8,45	6,13	2,56	100,00		
Emilia Romagna	3,17	47,30	2,89	3,39	20,21	2,06	4,03	1,32	13,67	1,96	100,00		
Toscana	2,03	50,07	2,48	3,45	20,38	2,48	4,61	1,26	10,91	2,34	100,00		
Umbria	2,22	46,72	2,50	3,66	24,08	2,02	4,72	0,39	11,37	2,31	100,00		
Marche	1,75	47,34	3,16	4,07	21,64	2,09	3,39	0,45	14,24	1,86	100,00		
Lazio	3,15	46,17	3,15	3,52	22,30	2,80	4,66	1,27	10,00	2,99	100,00		
Abruzzo	1,83	41,18	3,59	4,16	22,10	2,83	5,60	0,82	15,30	2,58	100,00		
Molise	1,59	38,50	4,33	2,96	26,88	2,28	5,24	2,28	13,44	2,51	100,00		
Campania	2,22	40,98	4,50	3,60	23,57	3,03	6,01	5,85	7,52	2,71	100,00		
Puglia	2,64	43,65	4,26	3,42	20,69	3,19	5,74	0,84	12,27	3,31	100,00		
Basilicata	1,84	37,25	3,68	4,11	23,80	2,83	7,93	2,55	14,02	1,98	100,00		
Calabria	1,86	38,38	3,77	3,77	25,72	3,19	5,83	2,33	12,43	2,72	100,00		
Sicilia	2,12	41,40	4,37	3,64	23,49	3,61	5,20	2,12	10,84	3,22	100,00		
Sardegna	4,00	41,37	3,04	4,52	19,52	3,04	6,22	0,48	14,81	3,00	100,00		
TOTALE	2,72	45,76	3,11	3,55	20,96	2,61	5,32	1,86	11,62	2,49	100,00		

Fonte: Elaborazioni su dati Istat, Indagine sulle cause di morte (Anno 2003).

allegato 9.5

Quadro sinottico del set di indicatori

QUADRO SINOTTICO DEL SET DI INDICATORI

NOTA: il quadro sinottico seguente ha lo scopo di riassumere il set di indicatori proposti nella presente pubblicazione fornendo dei riferimenti validi a livello nazionale riguardanti la reperibilità del dato e la disponibilità temporale e territoriale. Tali informazioni mirano ad essere rappresentative a livello nazionale, sapendo che la disponibilità dei dati varia da regione a regione a seconda del grado di implementazione delle direttive ministeriali.

Ambito		indicatore	pag.	descrizione	fonte dati	primo anno disponibile (al 31.12)		
la popolazione	quadro demografico	1		N. e proporzione di PFPM regolari in Italia (regione)	ISTAT (a) **	2002		
		2		N. e proporzione di minorenni stranieri residenti in Italia (regione)	ISTAT (b) **	2002		
		3		N. e proporzione di neonati PFPM regolari nati in Italia (Regione)	1) ISTAT: numeratore: (c); denominatore: (a) 2) CEDAP (h; i)	1998 2002*		
	lavoro	4		N. e proporzione di lavoratori assicurati all'INAIL per paese di nascita	INAIL - assicurati (f)	2000		
domanda di salute e ricorso ai servizi	il ricovero ospedaliero	5a		N. e proporzione di ricoveri totali e ordinari (RO), per cittadinanza, erogati dalle strutture della regione	SDO (h; i)	1997		
		5b		N. e proporzione di ricoveri ordinari (RO), per cittadinanza, dei residenti nella regione	SDO (h; i)	1997		
		6		Tasso grezzo di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari dei residenti, per cittadinanza	numeratore: SDO (h; i); denominatore: ISTAT (a)	1997		
		7		Tasso standardizzato di ospedalizzazione per i ricoveri ordinari (RO) dei residenti, per cittadinanza	numeratore: SDO (h; i); denominatore: ISTAT (a)	1997		
		8		Distribuzione dei ricoveri ordinari (RO) dei residenti per causa, per cittadinanza	SDO (h; i)	1997		
		9		N. e proporzione dei ricoveri ordinari (RO) in urgenza, per cittadinanza	SDO (h; i)	1997		
		10a		N. e proporzione dei ricoveri in day hospital (DH), per cittadinanza	SDO (h; i)	1997		
		10b		N. e proporzione dei ricoveri in day hospital (DH), per sesso e per cittadinanza	SDO (h; i)	1997		
		11		Primi 10 DRG dei ricoveri in day hospital (DH), per cittadinanza	SDO (h; i)	1997		
		salute materno infantile - eventi ostetrici	gravidanza	12		N. e proporzione dei ricoveri totali delle donne residenti, per cittadinanza	SDO (h; i)	1997
				13		N. e proporzione dei ricoveri ostetrici delle donne residenti, per cittadinanza	SDO (h; i)	1997
	14				N. e proporzione dei ricoveri ostetrici in età fertile per causa, per cittadinanza	SDO (h; i)	1997	
	15				N. e proporzione dei parti, per cittadinanza	SDO (h; i)	1997	
	16				N. e proporzione dei parti cesarei, per cittadinanza	SDO (h; i)	1997	
	17				Assistenza in gravidanza, per cittadinanza			
	17a				N. dei parti avvenuti in regione	CEDAP (h; i)	2002*	
	17b				Età media delle madri al parto	CEDAP (h; i)	2002*	
	17c				Scolarità media: proporzione madri con titolo di studio pari alla licenza media (inferiore o superiore)	CEDAP (h; i)	2002*	
	17d				Scolarità bassa: proporzione madri con titolo di studio pari o inferiore alla licenza elementare	CEDAP (h; i)	2002*	
	17e		Stato civile: proporzione madri coniugate, madri nubili	CEDAP (h; i)	2002*			
	17f		N. di visite insufficiente: proporzione madri che hanno effettuato meno di 4 visite in gravidanza	CEDAP (h; i)	2002*			
17g		Prima visita tardiva: proporzione madri che hanno effettuato la 1° visita dopo le 12 settimane di età gestazionale	CEDAP (h; i)	2002*				
17h		N. insufficiente di ecografie effettuate in gravidanza: proporzione madri che hanno effettuato meno di 3 ecografie in gravidanza	CEDAP (h; i)	2002*				
17i		Indagini prenatali invasive: proporzione di madri che hanno effettuato almeno un esame invasivo (amniocentesi, villi coriali, fetoscopia/ funicolocentesi)	CEDAP (h; i)	2002*				
17k		Struttura utilizzata: distribuzione di frequenza del tipo di struttura (privata, consultorio, ospedale, nessuna) prevalentemente utilizzata in gravidanza dalle madri	CEDAP (h; i)	2002*				
17l		Ricorso al taglio cesareo: proporzione di parti con taglio cesareo.	CEDAP (h; i)	2002*				

IVG	18	N. e proporzione di ricoveri per IVG in età fertile, per cittadinanza	SDO (h; i)	1997	
	19	Proporzione di gravidanze che esitano in IVG, per cittadinanza	SDO (h; i)	1997	
	20	Distribuzione di IVG per classi di età e cittadinanza	SDO (h; i)	1997	
	21	Fenomeno IVG, per cittadinanza			
	21a	N. di IVG avvenuti in regione	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21b	Proporzione IVG su totale IVG	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21c	Età media	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21d	Proporzione di donne con età < 18 anni	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21e	Scolarità alta: proporzione donne con titolo di studio pari alla laurea o superiore	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21f	Scolarità media: proporzione donne con titolo di studio pari alla licenza media (inferiore o superiore)	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21g	Scolarità bassa: proporzione donne con titolo di studio pari o inferiore alla licenza elementare	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21h	Stato civile: proporzione donne coniugate e nubili	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21i	Occupazione: proporzione donne occupate e non occupate	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21k	Proporzione di donne senza precedente IVG, con 1, con 2+ IVG precedenti	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21l	Proporzione donne con età gestazionale al momento dell'IVG < 90, 90+ giorni	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21m	Proporzione donne con tempo di attesa per l'IVG <14, 14+ giorni	ISTAT - IVG (d)	1982	
	21n	Proporzione donne con certificazione per IVG presso il consultorio, il medico, il servizio ostetrico, strutt. socio-sanitaria, certificaz. mancante per pericolo di vita	ISTAT - IVG (d)	1982	
	AS	22	Proporzione di gravidanze che esitano in aborto spontaneo (AS), per cittadinanza	SDO (h; i)	1997
		23	Distribuzione di aborti spontanei (AS) per classi di età e cittadinanza	SDO (h; i)	1997
	salute materno infantile -nati	24	Condizioni del neonato, per cittadinanza	CEDAP (h; i)	2002*
		24a	N. e proporzione di nati	CEDAP (h; i)	2002*
24b		Proporzione di nati sottopeso	CEDAP (h; i)	2002*	
24c		N. nati morti/(nati morti+nati vivi) * 1.000	CEDAP (h; i)	2002*	
24d		Proporzione APGAR < 8	CEDAP (h; i)	2002*	
24e		Proporzione di nati necessitanti di rianimazione	CEDAP (h; i)	2002*	
25		N. e proporzione dei ricoveri entro il primo anno di vita, per cittadinanza	SDO (h; i)	1999	
26	Distribuzione dei ricoveri per causa, per cittadinanza	SDO (h; i)	1999		
infortuni sul lavoro	27	N. e proporzione di infortuni riconosciuti, per paese di nascita	INAIL - infortuni (g)	1994	
	28	N. e proporzione di infortuni indennizzati in morte, per paese di nascita	INAIL - infortuni (g)	1994	
	29	Indici di incidenza infortunistica nel settore Industria e servizi, per paese di nascita	INAIL - infortuni (g)	1994	
malattie infettive	30	N. e proporzione di casi di AIDS, per cittadinanza	Notifiche Malattie Infettive flusso differenziato (h; i)	1986	
	31	Tasso grezzo di incidenza di casi di AIDS, per cittadinanza	Notifiche Malattie Infettive flusso differenziato (h; i)	1986	
	32	N. e proporzione di casi di TBC, per paese di nascita	Notifiche Malattie Infettive (h; i)	1996	
mortalità	33	N. e proporzione di PFPM deceduti / totale decessi avvenuti nella regione	schede di morte (e; i)	1969	
	34	Tasso grezzo di mortalità per cittadinanza	schede di morte (e; i)	1969	
	35	Distribuzione delle cause di morte per causa e cittadinanza	schede di morte (e; i)	1969	
	36	N. decessi nel primo anno di vita, per cittadinanza	schede di morte (e;i)	1969	

	24c	N. nati morti/(nati morti+nati vivi) * 1.000	CEDAP (h; i)	2002*
	24d	Proporzione APGAR < 8	CEDAP (h; i)	2002*
	24e	Proporzione di nati necessitanti di rianimazione	CEDAP (h; i)	2002*
	25	N. e proporzione dei ricoveri entro il primo anno di vita, per cittadinanza	SDO (h; i)	1999
	26	Distribuzione dei ricoveri per causa, per cittadinanza	SDO (h; i)	1999
infortuni sul lavoro	27	N. e proporzione di infortuni riconosciuti, per paese di nascita	INAIL - infortuni (g)	1994
	28	N. e proporzione di infortuni indennizzati in morte, per paese di nascita	INAIL - infortuni (g)	1994
	29	Indici di incidenza infortunistica nel settore Industria e servizi, per paese di nascita	INAIL -assicurati (f), infortuni (f,g)	2007
malattie infettive	30	N. e proporzione di casi di AIDS, per cittadinanza	Notifiche Malattie Infettive flusso differenziato (h; i)	1986
	31	Tasso grezzo di incidenza di casi di AIDS, per cittadinanza	Notifiche Malattie Infettive flusso differenziato (h; i)	1986
	32	N. e proporzione di casi di TBC, per paese di nascita	Notifiche Malattie Infettive (h; i)	1996
mortalità	33	N. e proporzione di PFPM deceduti / totale decessi avvenuti nella regione	schede di morte (e; i)	1969
	34	Tasso grezzo di mortalità per cittadinanza	schede di morte (e; i)	1969
	35	Distribuzione delle cause di morte per causa e cittadinanza	schede di morte (e; i)	1969
	36	N. decessi nel primo anno di vita, per cittadinanza	schede di morte (e;i)	1969

** A richiesta sono disponibili anche anni precedenti al 2002

* Sardegna: dal 2003; P.A..Bolzano dal 2005; Molise e Calabria: dati non disponibili

Rilevazione	link utili	Note*
(a) Bilancio Demografico e popolazione residente straniera per sesso e cittadinanza	http://demo.istat.it/str2007/index.html	i dati scaricabili si riferiscono al 31 dicembre di ogni anno
(b) Popolazione residente comunale straniera per sesso ed anno di nascita	http://demo.istat.it/strasa2008/index.html	i dati scaricabili si riferiscono al 1° gennaio di ogni anno
(c) Iscritti in anagrafe per nascita	http://demo.istat.it/altridati/IscrittiNascita/index.html	i dati scaricabili si riferiscono al 1° gennaio di ogni anno
(d) Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG)	http://www.istat.it/dati/dataset/20090112_00/	
(e) ISTAT - Schede di morte	http://www.istat.it/dati/dataset/20090219_00/ http://www.istat.it/dati/dataset/20090302_00/	
(f) Denuncia Nominativa degli Assicurati (DNA)		dati sperimentali in corso di validazione
(g) Infortuni sul lavoro	http://bancadati.inail.it/prevenzionale/	dati riferiti all'ultimo quinquennio disponibile
(h) Ministero della Salute	http://www.ministerosalute.it/malattieInfettive/malattieInfettive.jsp http://www.ministerodellasalute.it/programmazione/sdo/ric_informazioni/default.jsp http://www.ministerodellasalute.it/imgs/C_17_publicazioni_819_allegato.pdf	copertura nazionale
(i) Flusso informativo regionale		copertura regionale, non presente per tutte le regioni N.B. quando disponibile, garantisce maggiore tempestività dei dati

*I dati sono disponibili con dettaglio territoriale minimo corrispondente al comune. Gli indicatori 1, 2 e 3 (per la parte ISTAT) sono accessibili on line tramite pagine WEB, l'indicatore 4 si basa su dati sperimentali; i dati relativi agli altri indicatori sono acquisibili su esplicita richiesta ai relativi gestori.

bibliografia

1. Karlsen S, Nazroo JY. Relation Between Racial Discrimination, Social Class, and Health Among Ethnic Minority Groups. *Am J Public Health* 2002; 92: 624-631.
2. Nazroo JY. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. *Am J Public Health* 2003. 93: 277-284.
3. Costa G, Spadea T. Diseguaglianze di salute in Italia. *Epidemiol Prev* 2004; 28(3): 1-162.
4. Wilkinson RG. Socioeconomic determinants of health. Health inequalities: relative or absolute material standards?. *BMJ* 1997; 314: 591-595.
5. Coburn D. Income, inequality, social cohesion and the health status of populations: the role of neo-liberalism. *Soc Sci Med* 2000; 51: 139-150.
6. Vannoni F, Cois E. L'emarginazione sociale. *Epidemiol Prev* 2004; 28(3): 32-39.
7. Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. Bloomsbury Publishing Plc: London, 2004.
8. Lynch JW, Kaplan G A, Salonen J T. Why do poor people behave poorly? Variations in adult health behaviour and psychosocial characteristics, by stage of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Med* 1997; 44: 809-820.
9. Mackenbak J, Bos V, Andersen O et al. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *Int Journal Epidemiol* 2003; 32: 830-837.
10. Smedley B D, Stith AY, Nelson AR. Unequal treatment. Confronting racial and ethnic disparities in health care. The National Academies Press: Washington, 2003.
11. Bischoff AP, Bovier I, Rrustemi F, Gariazzo A, Eytan L. Loutan. Language barriers between nurses and asylum seekers: their impact on symptom reporting and referral rates. *Soc Sci Med* 2003; 57: 503-512.
12. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International* 1991; 6(3): 217-228.
13. Opotow, S, Gerson J, Woodside S. From moral exclusion to moral inclusion: Theory for teaching peace. *Theory Into Practice* 2005; 44(4).
14. Bophal R. Spectre of racism in health and health care. *BMJ* 1998; 316: 1970-3.
15. Freeman HP, Payne R. Racial injustice in health care. *N Engl J Med* 2000; 232: 1045-47.
16. Cardamone G, Inglese S. Migrazione e malattie mentali nella realtà italiana (1978-1996). In: Lanternari V, Ciminelli ML (a cura di). *Medicina, magia, religione, valori. Vol. II: dall'antropologia all'etnopsichiatria*. Liguori Editore: Napoli, 1998.

17. Mazzetti M. Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e uomini che migrano. L'Harmattan Italia: Torino, 1997.
18. Beneduce R (a cura di). Mente, persona, cultura. Materiali di etnopsichiatria, L'Harmattan Italia: Torino, 1999.
19. Candela S, Greci M, Pergolizzi S, Ventura C. La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia
La salute della popolazione straniera a Reggio Emilia. Unità di Epidemiologia, Dipartimento di Sanità Pubblica, AUSL Reggio Emilia, Collana Progetto Salute 2006; 10. Available on: <http://www.ausl.re.it/Home/DocumentViewer.aspx?ID=1383&TIPODOC=IAP> (ultima consultazione 12 maggio 2009).
20. Coffano ME, Mondo L, Del Savio M. Stranieri e salute. Piemonte, 2005. Available on: <http://www.comune.torino.it/statistica/osservatorio/stranieri/2005/pdf/12.pdf> (ultima consultazione 12 maggio 2009).
21. Palazzi M e coll. Profilo della popolazione immigrata nei Comuni del territorio Cesenate, 2006. Available on: <http://www.epicentro.iss.it/territorio/profiloimmigra.pdf> (ultima consultazione 12 maggio 2009).
22. Baglio G, Cacciani L. L'assistenza ospedaliera a cittadini stranieri nel Lazio, 2002. Available on: http://www.asplazio.it/asp_online/att_ospedaliera/fen_migratori_new/immigrazione/pubblicazioni.php?menu=s410&argo=c&migra=immigrazione&imm=pub (ultima consultazione 12 maggio 2009).
23. ARS Marche. Lo stato di salute della popolazione immigrata nella regione Marche, 2002. Available on: http://www.ars.marche.it/osservatorio_dis/ (ultima consultazione 12 maggio 2009).
24. OER Puglia. Tubercolosi ed immigrazione: le esperienze di controllo nella regione Puglia. In: Relazione sullo stato di salute della popolazione pugliese. Available on: http://www.oerpuglia.org/public/StatodiSalute/Stato_di_Salute_Puglia_2006.pdf (ultima consultazione 12 maggio 2009).
25. Il ricovero ospedaliero degli stranieri in Italia nell'anno 2000. Available on: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_373_allegato.pdf (ultima consultazione 12 maggio 2009).
26. Atti del IX Convegno: Fragilità sociale e tutela della salute: dalle disuguaglianze alla corresponsabilità. Rapporti Istisan 2007; 07(14). Available on: http://dspace.iss.it/dspace/bitstream/2198/-90360/1/ISSA07_1123-3117_2007_I_07_14.pdf (ultima consultazione 12 maggio 2009).
27. Gruppo tecnico del progetto nazionale CCM "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia. La spesa sanitaria per gli immigrati. Monitor 2008; anno VII, n. 21.

28. Burgio A, Silvestri I. Caratteristiche dell'ospedalizzazione degli immigrati provenienti dai Paesi a forte pressione migratoria e la salute riproduttiva delle donne straniere. Atti VII Seminario Internazionale di Geografia Medica: Verona, 2001. RUX editore: Perugia, 2002.
29. Rapporto Osservasalute 2007. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Salute degli immigrati, 2008. Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, Prex 2007.
30. Miceli M, Di Lallo D. La salute riproduttiva delle donne immigrate. Uno studio nella città di Roma negli anni 1982-1992. *Epidemiol Prev* 1996; 20: 80-82.
31. Lombardi Lia. Donne immigrate e salute riproduttiva tra modelli culturali e condizioni sociali. Dipartimento di Studi sociali e politici, Working papers. Università degli Studi Milano, 15-12-2004.
32. WHO. Beyond the numbers: reviewing maternal deaths and complications to make pregnancy safer. World Health Org: Geneva, 2004.
33. Freedman LP, Waldman RJ, de Pinho H, Wirth ME, Chowdhury AM, Rosenfield A. Transforming health systems to improve the lives of women and children. *Lancet* 2005; 365, 997-1000.
34. Spinelli A, Grandolfo M, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Gravidanza e parto tra le donne immigrate a Roma. Rapporto Istisan 2001: 03(6).
35. Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S., Grandolfo M. L'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere in Italia. Rapporto Istisan 2006; 06(17).
36. Parolari L, Sacchetti G. Donne immigrate: gravidanza e maternità. Carocci: Roma, 2001.
37. Lai Fong Chiu. Inequalities of Access to Cancer Screening: a Literature Review. NHS Cancer Screening Programmes, 2003.
38. Tognetti Bordogna M. Il colore della salute: l'uso dei consultori familiari da parte delle donne straniere. Franco Angeli: Milano, 1995.
39. Balsamo F. Da una sponda all'altra del Mediterraneo: donne immigrate e maternità, Torino, L'Harmattan Italiana, 1997.
40. Baronciani D e coll. Le disuguaglianze nel percorso nascita" in La Nascita in Emilia Romagna 5°. Rapporto CEDAP anno 2007, Regione Emilia-Romagna, 2008.
41. Baken E e coll. La salute materno-infantile degli stranieri e l'accesso ai servizi Analisi qualitativa nel territorio cesenate. Quaderni acp 2007; 14(2): 56-60.
42. Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature. *Soc Sci Med* 2009; 68: 452-461.

43. Department of Making Pregnancy Safer, World Health Organization. Standards for Maternal and Neonatal Care. World Health Organization: Geneva, 2006. Available on: http://www.who.int/making_pregnancy_safer/publications/standards/en/index.html.
44. World Health Organization. Care in Normal Birth: a Practical Guide. Report of Technical Working Group. Publication WHO/FRH/MSM/96.24. World Health Organization: Geneva, 1997. Available on: http://www.who.int/reproductive-health/publications/MSM_96_24/MSM_96_24_table_of_contents.en.html (ultima consultazione 12 maggio 2009).
45. Linee guida sull'IVG. Available on: <http://www.saperidoc.it/flex/cm/pages/ServeBLOB.php/L/IT/IDPagina/277> (ultima consultazione 12 maggio 2009).
46. Legge n.194, 22 maggio 1978: Norme per la tutela sociale della maternità e sull'interruzione volontaria della gravidanza.
47. Leonardi A, Scaravelli G (cura di). Salute della donna e del concepito: prevenzione dei rischi ambientali e occupazionali. Rapporto Istisan 2004; 04(20).
48. Glossi E, Megale A, Mottura G. Immigrazione e sindacato, V Rapporto Ires, 2008.
49. Manfredini M, Pozzi L. Mortalità infantile e condizione socio-economica. Una riflessione sull'esperienza italiana fra '800 e '900. *Revista de Demografia Histórica* 2004; XXII, II, segunda época: 127-156.
50. Stephansson O, Dickman P W, Johansson A LV, Cnattingius S. The influence of socioeconomic status on stillbirth risk in Sweden. *Int J Epidemiol* 2001; 30, 1296-1301.

Il presente volume può essere richiesto a:
diseguaglianze@regione.marche.it

Finito di stampare
nel mese di maggio 2009

progetto grafico e fotocomposizione
Mario Carassai