UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MILANO

FONDAZIONE ISMU INIZIATIVE E STUDI SULLA MULTIETNICITÀ

LA SALUTE DEI MIGRANTI IN LOMBARDIA: STRUTTURA E ANALISI DEL CAMBIAMENTO

Lia Lombardi

Corso Elettivo

La salute della popolazione immigrata

18 giugno 2013 - Aula Magna Clinica del Lavoro

Migrazioni e migranti

- Le migrazioni sono, da secoli, fenomeni di grande portata umana e storica, tanto da poter affermare che la storia dell'umanità "è la storia delle migrazioni".

- LE MIGRAZIONI SONO UN **"fatto sociale totale"**,

- *cioè "un fatto in cui sono coinvolte tutte le sfere dell'essere umano e delle sue interazioni con l'universo economico, sociale, politico, culturale e religioso in cui vive, e quindi anche le sue rappresentazioni del mondo" (Palidda in Sayad, 2002).*

- **Riproduzione, Maternità, Genitorialità**

Dati Oim: Stock migranti nel mondo: 214 milioni. Aumento degli ultimi 10 anni: 64 milioni
Dati Eurostat: 32,5 mln immigrati nell'UE, incid.% 6,5%. 14,8 mln diventati cittadini (776mila l'anno)

Migrazioni e migranti

A livello mondiale, negli ultimi dieci anni i migranti sono aumentati di 64 milioni di unità e

secondo l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni sono attualmente 214 milioni (4,2 milioni dei quali sono italiani).

I flussi di migranti hanno sfiorato i 6 milioni di unità l'anno

Notevole è anche il numero dei giovani che studiano in un paese estero (3,7 milioni), per ben un sesto cinesi.

L'Unhcr attesta che nel 2010 sono state 43,7 milioni le persone in fuga;

15,4 milioni sono stati i rifugiati (4 su 10 nei Pvs) e 850mila i richiedenti asilo,

primi paesi richiesti:

Stati Uniti (55.530 domande),

Francia (47.800)

Germania (41.330)

Migrazioni e migranti

Come è riscontrabile in letteratura, buona parte delle persone migrano per cercare un lavoro e un reddito stabile e adeguato, ma ……

- C'è chi migra per studiare e poi è costretto a lavorare
- *Bella domanda. Nel 1988, siccome io sono diplomato elettricista civile e industriale con l'istituto City and Guilds of London, di Londra, la mia intenzione in principio era di venire qua e continuare gli studi. ….*
- E chi per lavorare
- *(…) vengo dalla Costa d'Avorio, sono nubile, con un figlio, sono qua dal 1992, operaia all'Agricola Prevalli che sarebbe un'azienda alimentare. Aia, quello che voi chiamate pollo Aia... Il primo paese europeo in cui sono venuta è l'Italia. (…)* ***sono venuta per cercare lavoro***

(in Lombardi, 2009)

Migranti e migrazioni
(Caritas, 2012)

- Le migrazioni sono un fenomeno inevitabile (e una risposta
- strategica) in un mondo attraversato da crisi politiche ed economiche
- e segnato dalla **diseguale** distribuzione della ricchezza;
- dopo una certa flessione dei flussi in entrata riscontrata
- a partire dal 2009 nei paesi industrializzati, sono destinate ad
- aumentare ancora

Migranti e migrazioni

(Caritas, 2012)

Alcuni Stati attuano modifiche alle rispettive politiche migratorie:

la Danimarca è indirizzata ad abolire il sistema a punti attualmente in vigore per ottenere il soggiorno a tempo indeterminato;

la Polonia, sta conoscendo un maggiore afflusso di immigrati, specialmente dai paesi vicini;

in Spagna, i cittadini stranieri irregolari (circa 150mila secondo stime) sono stati privati della copertura del servizio sanitario nazionale.

Nel mese di giugno 2012 il Consiglio dei Ministri dell'Interno dell'area Schengen, preoccupato per i flussi dell'ultimo periodo (Nord Africa), ha deciso di modificare il Trattato

e di reintrodurre i controlli alle frontiere in caso di pressioni straordinarie (scelta tuttavia criticata dal Parlamento Europeo e dalla Corte Europea dei diritti umani).

Migranti in Italia – una fase di “basso profilo”
(ISMU – Blangiardo, 2012)

- 5 milioni 104 mila stranieri regolari al 1.1.2012
- + 27mila i presenti rispetto al 2011
- + 143mila i **regolari**
- 1.466 mila cittadini UE
- 3.638 mila cittadini non comunitari
- Primi Rumeni (1 milione) e Polacchi (UE)
- Marocchini e albanesi i più rappresentati (non UE) – 500mila
- Seguono Cinesi, Ucraini e Filippini
- Al 2012 – 500mila italiani per nascita (60% dei minori stranieri)
- Aumenta significativamente la componente femminile che determina l’88% della crescita a fronte di decremento di quella maschile e anche uscite (senegalesi, ghanesi, pakistani, marocchini, albanesi)

Salute, migrazioni, disuguaglianze

Le diverse discipline hanno evidenziato

"*che la distribuzione di salute e malattia all'interno di una società non è mai casuale, ma strettamente interconnessa alla posizione di una persona nell'ambito della stratificazione sociale"*

La connessione tra posizione sociale e livello di salute-malattia è definita *gradiente sociale*

Gradiente sociale

Ciò significa che:

le malattie sono in buona parte "socialmente costruite" e che le modalità e le possibilità di esperirle dipendono dalla posizione sociale degli individui nelle diverse società.

La prospettiva mondiale

- Non solo “esiste una sorta di gradiente internazionale delle disuguaglianze ma esso si presenta ancora più ampio che all’interno dei singoli paesi”

Tab. 1 – Indicatori di salute su tre macro-regioni

Indicatori di salute	*Regioni sviluppate*		*Regioni in via di sviluppo*		*Regioni meno avanzate di tutte*	
	M	F	M	F	M	F
Speranza di vita	74.2	80.9	64.6	68.1	55.6	58.2
Mortalità infantile per 1000 nati vivi (sotto i 5 anni)	8	7	78	78	138	126
Mortalità infantile per 1000 nati vivi (0-1 anno)	6		50		79	
Tasso di mortalità materna (ogni 100 mila nati vivi)	9		450*		800*	
Tassi di mortalità generale **	Bassi (≤ 10 per mille abitanti)		Alti (fino a 30 per mille abitanti)		Alti (fino a 30 per mille abitanti)	
Prime cause di morte **	Patologie cronico-degenerative		Patologie infettive		Patologie infettive	

Fonte: UNFPA, 2010; * Fonte: Maternal mortality in 2005, OMS, Ginevra, 2007; ** Fonte: Giarelli, Venneri, 2009, p. 425

La prospettiva mondiale

Le ragioni della persistenza di tali disparità

fallimento del progetto di *cooperazione sanitaria internazionale* pronunciato a Alma Ata nel 1978

cambiamento di clima politico determinato dalla globalizzazione e orientato all'affermazione del neoliberismo

programmi di “aggiustamento strutturale” voluti dalla Banca Mondiale e dal FMI

Acutizzazione delle condizioni dei paesi più poveri e poco industrializzati:

disgregazione sociale, emigrazione, aumento della criminalità, distruzione del tessuto sociale tradizionale

la promozione e la tutela della salute sono strettamente connesse alla coesione sociale

c'è da aspettarsi un ulteriore deterioramento della salute di queste popolazioni, delle strutture e dei servizi sanitari dei loro paesi (Wilkinson, 1996; Giarelli, Venneri, 2009).

Fattori di rischio

il processo migratorio comprende diverse fasi e fattori che influenzano la salute delle persone migranti e che contribuiscono alla loro condizione di benessere.

Tra questi possiamo distinguere:

i fattori legati alla fase pre-partenza;

le condizioni del viaggio;

i fattori legati al contesto e alla società “ospitante” (politiche migratorie, welfare, solidarietà sociale, ecc.)

a questi tre gruppi di fattori s’intrecciano le variabili socio-demografiche (*età, genere, istruzione, capacità e risorse, ecc*.).

	RICONGIUNGIMENTI (inasprimento negli ultimi anni)	DIRITTI MIGRANTI REGOLARI/IRREGOLAR (valido documento di soggiorno per tutti)	ACCESSO ASSISTENZA SANITARIA **(prevalentemete concesso ai regolari-Eccezioni Italia e Spagna)**	POLITICHE DI GENERE (molto diversa tra regolari/ireegolari)
GERMANIA	Immigrato/a regolare Ai genitori solo per ragioni umanitarie. Per gli altri familiari bisogna Disporre di un reddito minimo, dimostrare di essere in grado di mantenere I congiunti, ecc.	Ai regolari, diritti sociali e all'istruzione. Riconosce il diritto alle cure sanitarie del richiedente asilo solo dopo 36 mesi di presenza sul territorio.	Pari ai cittadini tedeschi se in possesso di regolare permesso di soggiorno. Irregolari possono accedere ai presidi sanitari pubblici ma il personale ha l'obbligo della segnalazione-.	Il sistema tedesco è meno generoso di quello francese ma molto orientato alla parità tra I generi nell'accudimento dei figli e nella cura della famiglia
FRANCIA	dopo un anno di soggiorno regolare può richiedere ricongiungimento per il **coniuge** e per i **figli minori** avuti, o adottati, dalla coppia o da uno dei due coniugi. Disporre di salario minimo e di confort di alloggio	Diritti riconosciuti solo ai regolari (istruzione, servizi sociali)	Regolarità soggiorno sul territorio da almeno 3 mesi: cure mediche gratuite (AME) Immigrati irregolari si rivogono ai servizi informali	Sistema sensibile ai bisogni delle famiglie che sollevano le famiglie e le donne da molti servizi di cura (v. anziani e bambini). Si basa su un modello di "scelta genitoriale" (rinunciare temporaneamente al lavoro, oppure usufruire dei servizi)
ITALIA	l'art. 29 del Testo Unico prevede la possibilità di avanzare tale diritto per il coniuge, i figli minori, i figli maggiorenni che non siano in grado di mantenersi autonomamente. I genitori per motivi di salute e privi di un adeguato sostegno nei loro Paesi di origine.	Riconoscimento diritti sanitari e sociali al momento dell'ufficializzazione della richiesta (RA) o al migrante residente in maniera regolare sul territorio	Il TU del 98 equipara I cittadini stranieri agli italiani, se regolari. La situazione è territorialmente variegata. Le cure urgenti, essenziali e continuative sono garantite anche agli irregolari dai presidi ospedalieri pubblici	Scarsa occupazione femminile e scarse le politiche di conciliazione. Queste mancate misure si ripercuotono sulle donne migranti che sopperiscono alle carenze del sistema di welfare riguardo *servizi alla persona*
SPAGNA	Segue gli stessi criteri ma con minore rigidità. Intende per coniugi anche quelli di stesso sesso. Non pone limite all'età dei figli, ecc.	Diritti sanitari e sociali riconosciuti con l'iscrizione alla municipalità e a coloro che pagano le tasse e la sicurezza sociale (GRECO)	Offre anche agli irregolari tutte le cure mediche necessarie e l'iscrizione al registro del Patron del municipio che permette l'accesso ai servizi di housing e all'istruzione obbligatoria	Scarsa occupazione femminile e scarse le politiche di conciliazione IDEM

Ricoveri e dimissioni ospedalieri: un'analisi multidimensionale (Orim-Ismu, 2012)

Nel 2011 il sistema ospedaliero della Lombardia ha prodotto 1.707.662 ricoveri

con una distribuzione di genere pari al 53,2% di donne e al 46,8% di uomini.

Di questi 1.363.141 sono i ricoveri in regime ordinario (79,8%) e 344.521 quelli in day hospital (20,2%).

Il numero di degenze ordinarie (DO) conferma **il trend negativo** già registrato negli anni precedenti e la contrazione delle degenze è pari a 61.965 (-4,3%) rispetto al 2010.

Ricoveri e dimissioni ospedalieri: un'analisi multidimensionale (Orim-Ismu, 2012)

La dinamica relativa ai pazienti stranieri mostra la stessa tendenza del 2010:

diminuzione dei ricoveri in regime ordinario e in day hospital (DH) pari a 5.286 (da 113.075 del 2010 a 107.789 del 2011).

La diminuzione dei DH è ancora più significativa passando da 48.657 giornate del 2010 a 23.787 (-24.870) (Graf. 3.1).

Complessivamente, i ricoveri a carico dei cittadini stranieri nel 2011 sono state 131.576,

di cui il 65,4% attribuibile al genere femminile e il 34,6% al genere maschile, con una variazione di -18,6% rispetto all'anno precedente.

Grafico 3.1 - Andamento DO e DH nel periodo 2003-2011

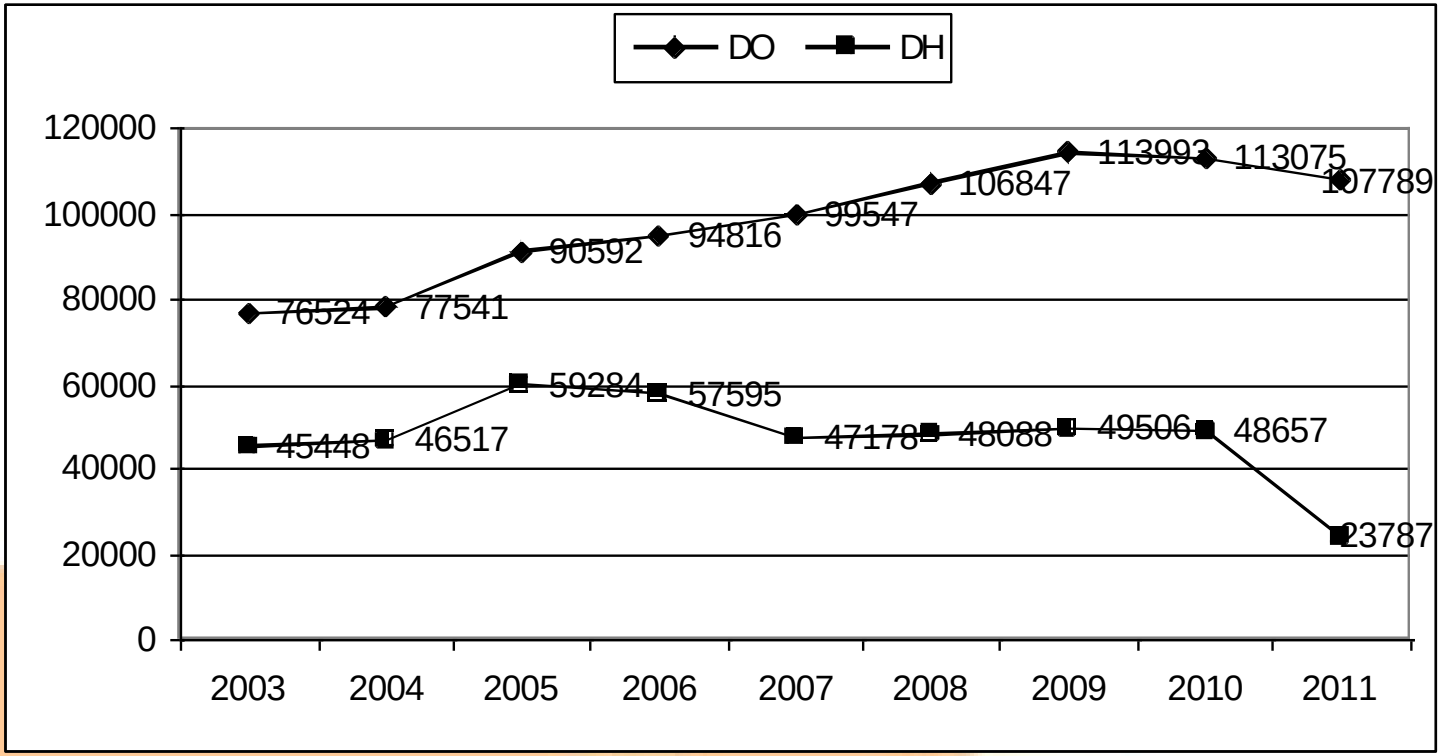


Grafico 3.2 - Suddivisione DO per grandi aree di provenienza (periodo 2005-2010)

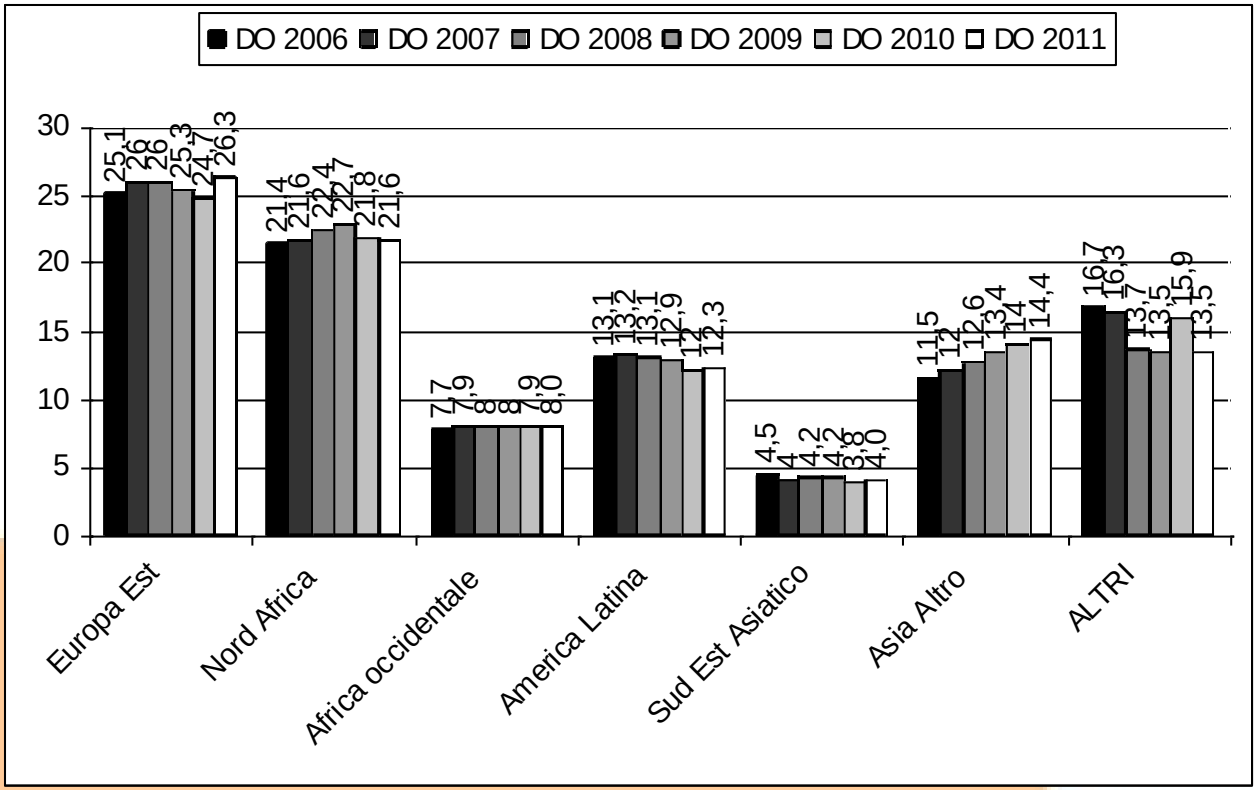


Grafico 3.3 – Distribuzione DH per grandi aree di provenienza (anni 2006-2011)

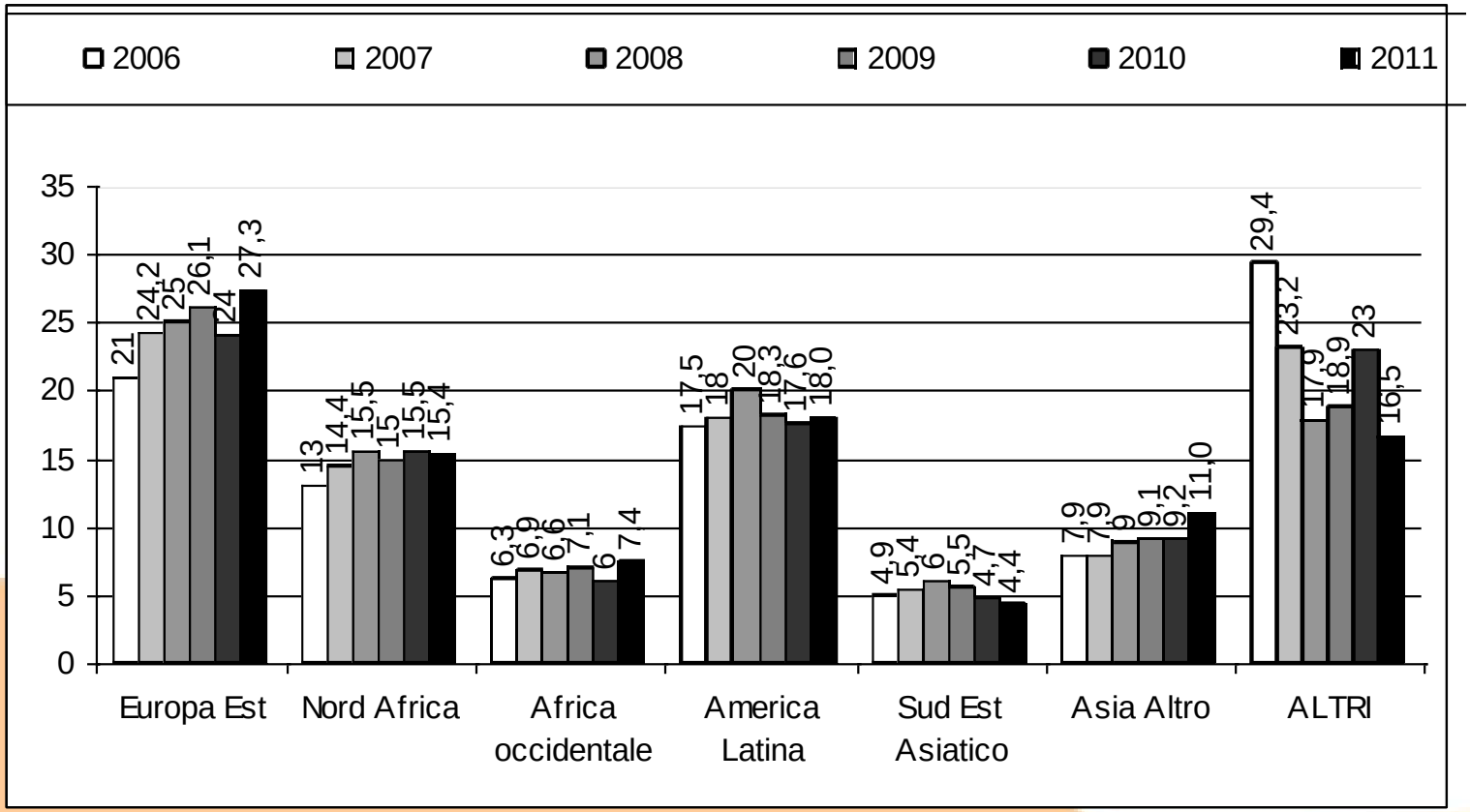


Grafico 3.4 – Andamento DO nei primi nove paesi, per provenienza geografica (periodo 2006-2011)

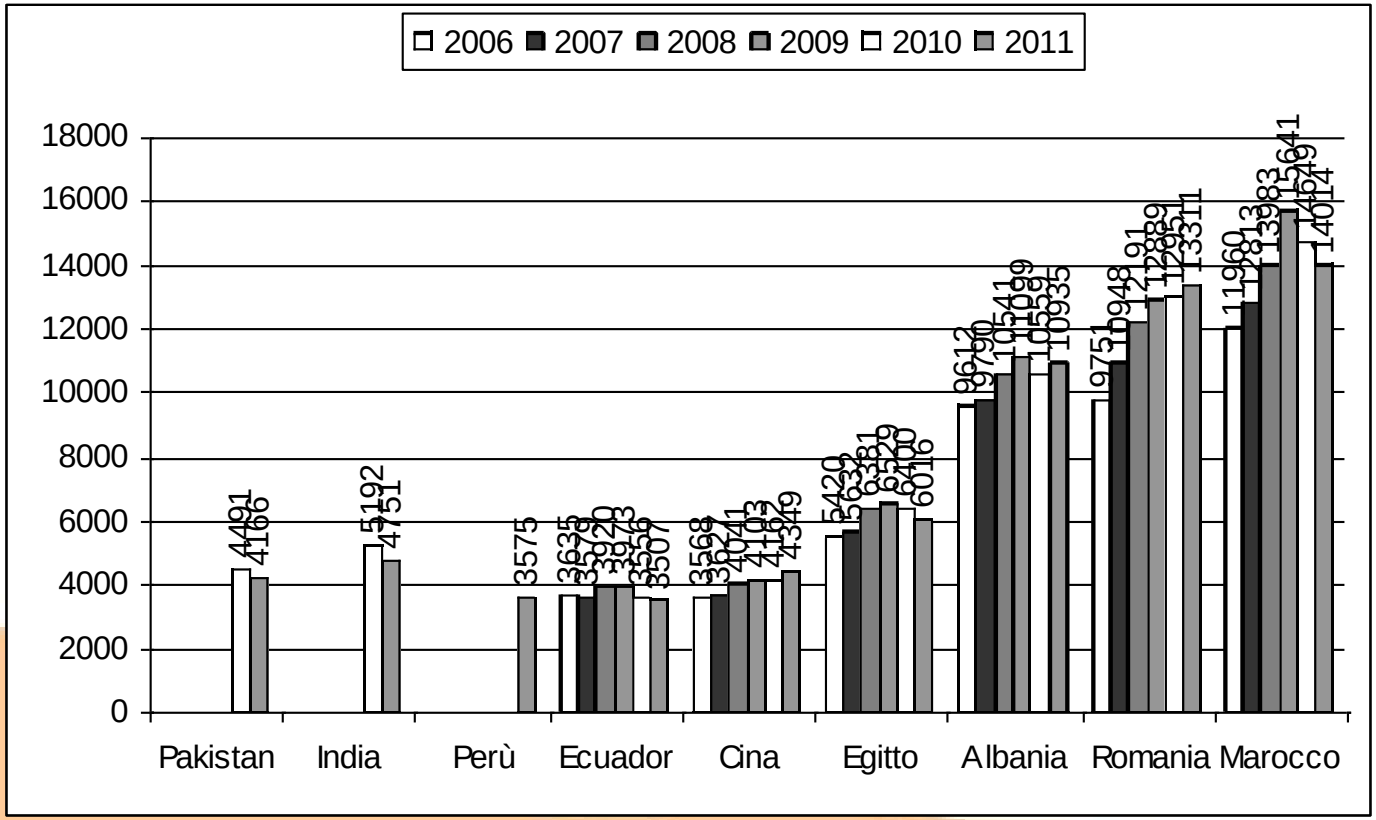


Grafico 3.5 - Andamento DH nei primi nove paesi per provenienza geografica (periodo 2006-2011)

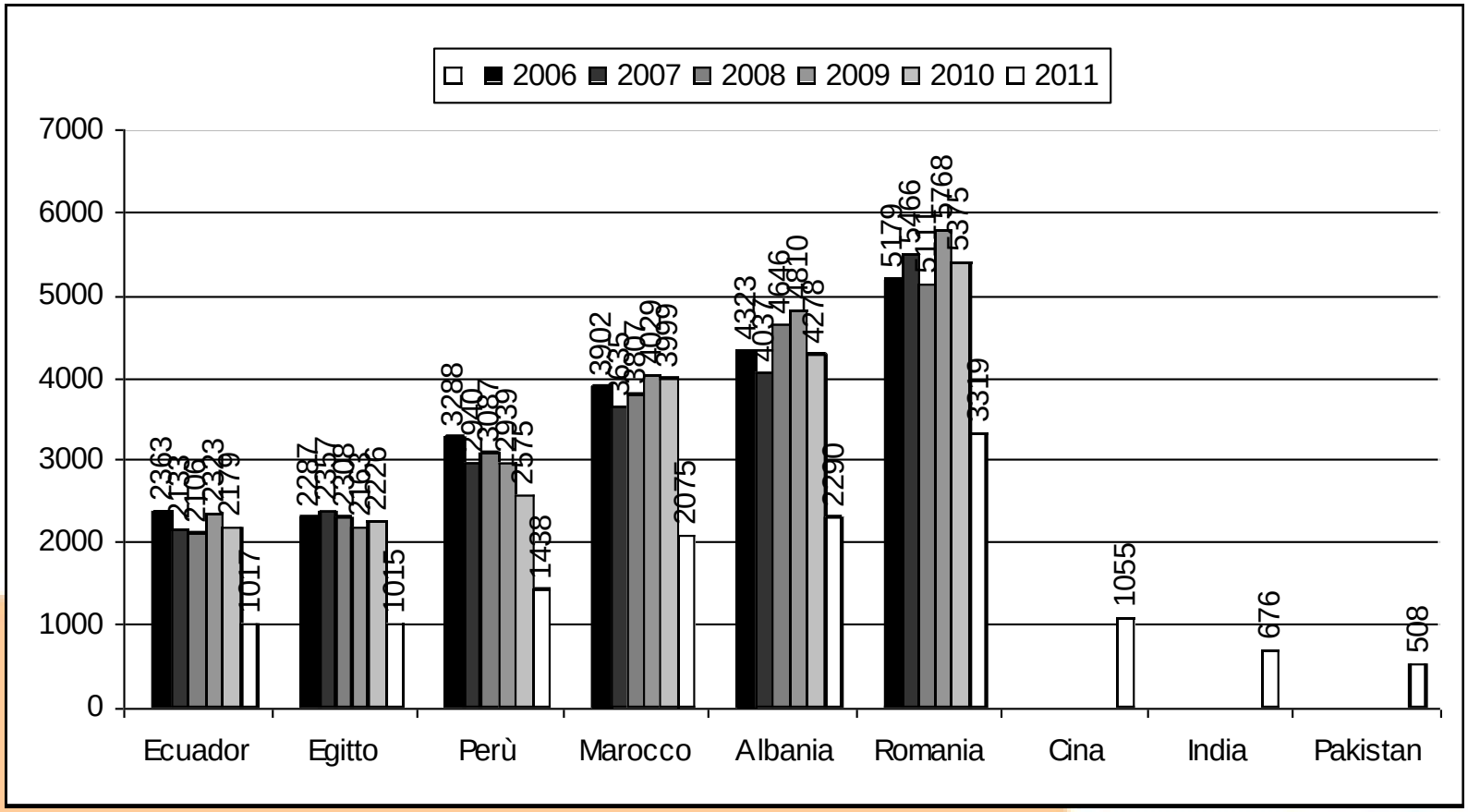


Grafico 3.6 – Degenze Ordinarie e Day Hospital per genere

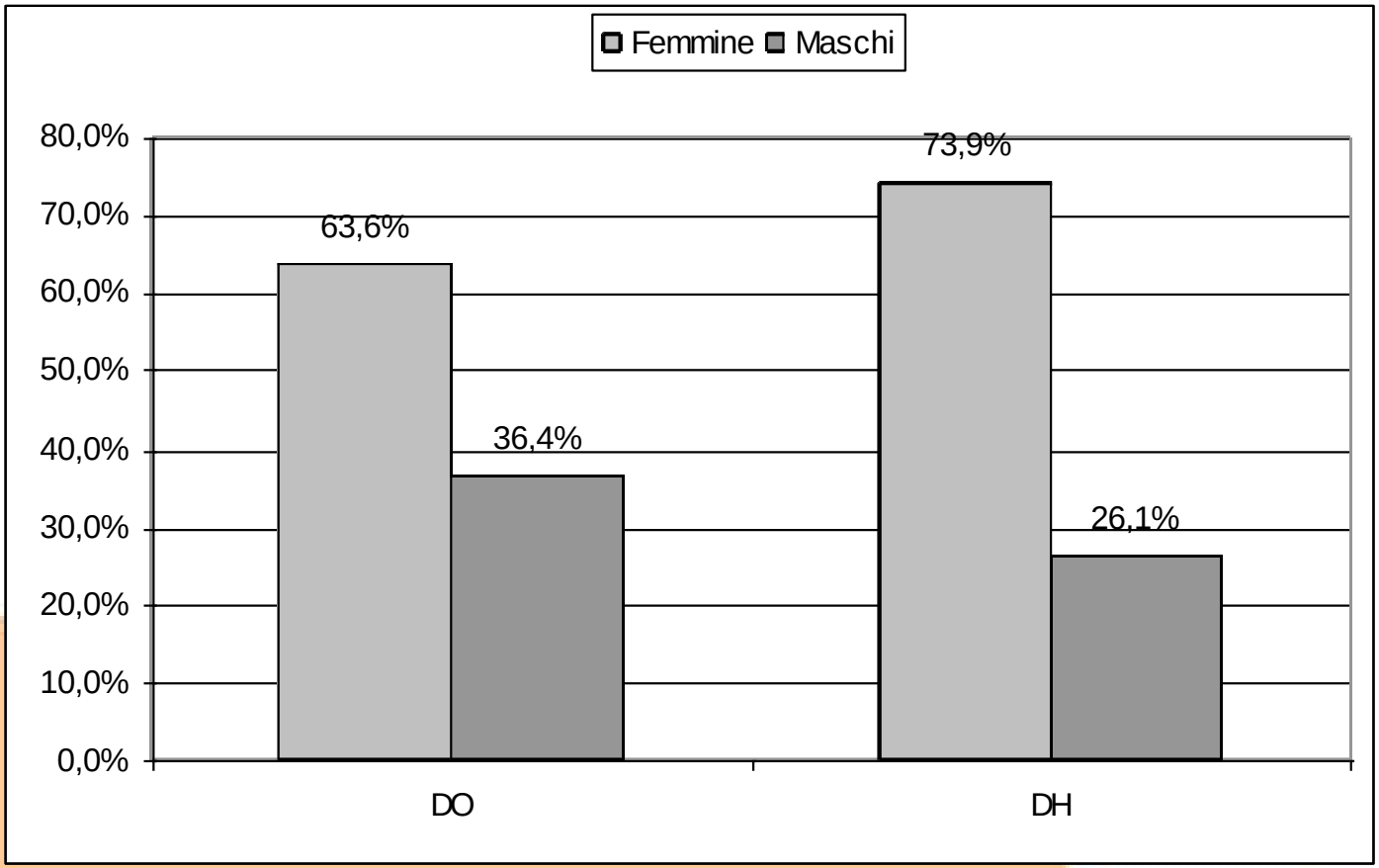


Grafico 3.7 – Ricoveri per parto e aborto, per aree geografiche

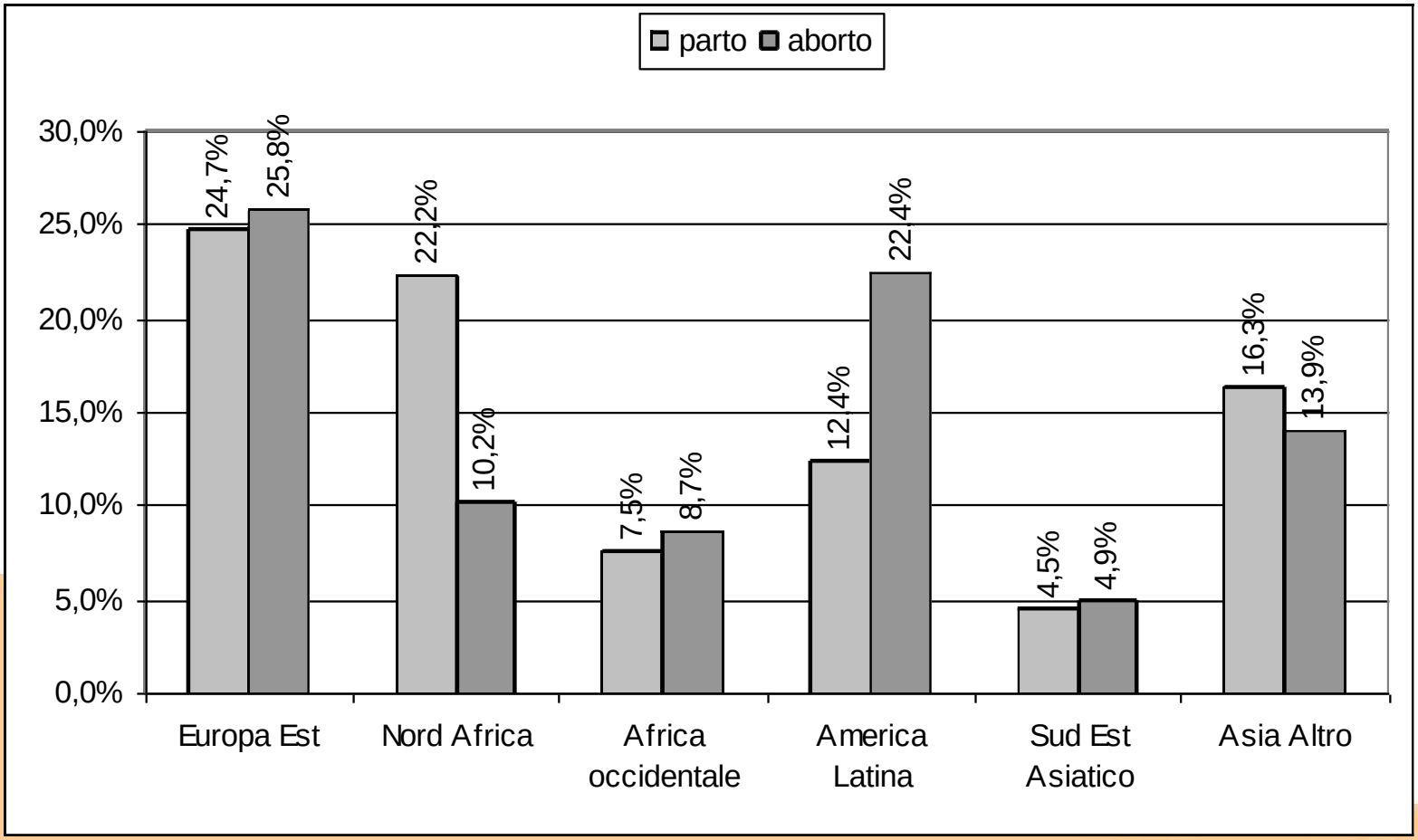
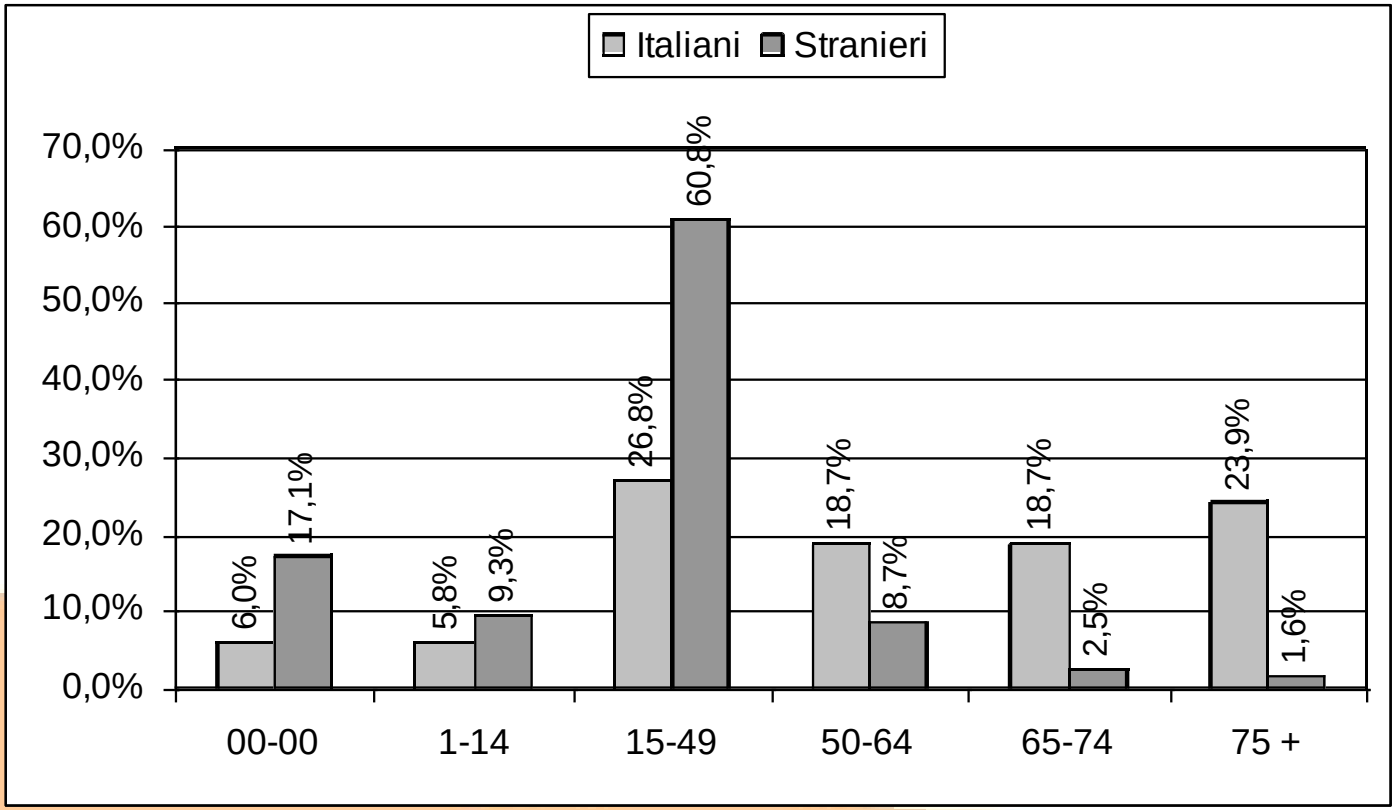


Grafico 3.8 – Ricoveri complessivi per classi di età e cittadinanza. Anno 2011



Ricoveri e livello d’istruzione

popolazione sostanzialmente istruita a livello elementare e di media inferiore (27,4% e 18,1%),

Il diploma di **scuola media superiore** rappresenta solo il 11,4% delle persone ricoverate e

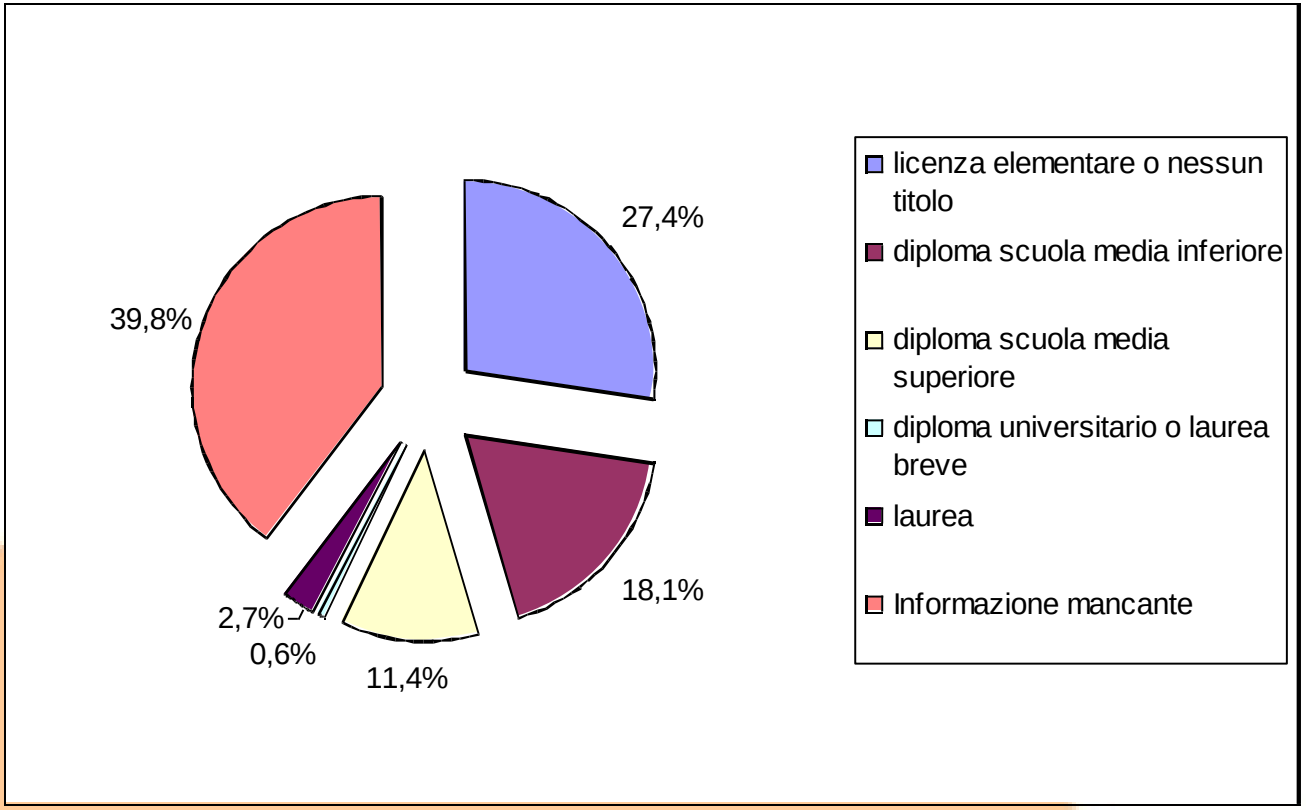
la laurea il 2,7%,

un numero elevato di non risposte e/o altri titoli (39,8%)

L’aspetto importante di questi dati è che sono di segno opposto rispetto ai livelli di istruzione della popolazione straniera presente in regione Lombardia:

al 1° luglio 2011 il 56% degli uomini e il 65% delle donne è in possesso di titoli di studio medio-alti (scuola media superiore o laurea) (Blangiardo, 2012).

Grafico 3.11 - Ricoveri persone straniere e titolo di studio



Ricoveri e livello d'istruzione

Si evidenziano alcune differenze rispetto ai paesi di provenienza.

Per Asia altro, Africa occidentale e Nord Africa prevale la licenza elementare (rispettivamente 30,9%, 25,6%, 26,6%).

Per l'America latina (20,9% vs 16,2%) e Sud Est asiatico la licenza di scuola media inferiore supera quella elementare (18,9% vs 13,7%).

La distribuzione del titolo di studio per genere non mostra importanti differenze, tranne che

le donne sono maggiormente rappresentate nel titolo di studio di scuola secondaria, laurea e diploma universitario (rispettivamente +3,4%, +0,8%, +2% rispetto agli uomini),

mentre gli uomini lo sono di più nel titolo di studio elementare (+3%).

Ricoveri e livello d’istruzione

Sebbene questi dati non siano sufficienti a delineare le condizioni socio-demografiche degli immigrati in correlazione con il loro stato di salute, in linea con la letteratura nazionale e internazionale

le persone immigrate con basso livello d’istruzione sono maggiormente rappresentate nei DO e DH regionali e, quindi, con una condizione di salute più precaria rispetto ai connazionali più istruiti

Ricoveri e day hospital nelle aziende ospedaliere lombarde

Tutte le strutture lombarde perdono complessivamente il 4,6% di giornate di ricovero, rispetto al 2010.

La dinamica dei DH del 2011 (Graf. 3.13) evidenzia una contrazione del peso relativo della AO di Milano-città di 6,1 punti percentuali.

Rimane sostanzialmente stabile l'Asl di Brescia mentre aumenta di 1,7 punti l'Asl di Bergamo; vedono anche un lieve aumento rispetto al 2010, le Asl 3, 4, 12 e 14.

Il dettaglio relativo alle prime dieci strutture ospedaliere per erogazione di DO mostra quattro strutture facenti capo alla AO Milano-città;

due strutture localizzate sul territorio della AO di Bergamo;

una in quello di Brescia che perde l'ente ospedaliero di Desenzano-Lonato tra le prime dieci;

una nell'area di Pavia

e si affermano Mantova e Cremona.

Tutte le strutture lombarde perdono complessivamente il 4,6% di ricoveri, rispetto al 2010.

Grafico 3.12 - DO di stranieri per azienda ospedaliera[1] (periodo 2008-2011)

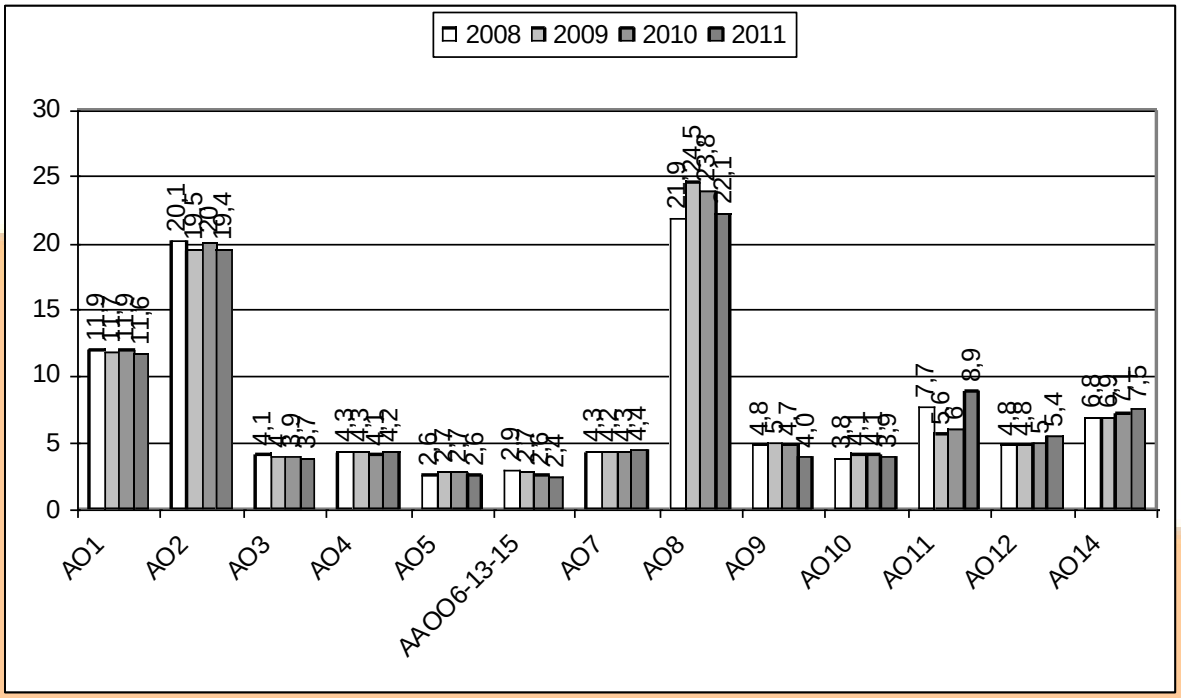


Tabella 3.4 - Prime dieci strutture ospedaliere ordinate per DO di stranieri in valori assoluti e percentuali. Anni 2010 e 2011

	Strutture Ospedaliere	2010 V.a.	2011 V.a.	V.%
1	Brescia Spedali riuniti	4.452	4.162	-6,5
2	Fondazione Irccs Policlinico	4.032	3.583	-11,1
3	Bergamo Ospedali riuniti	3.126	3.139	0,4
4	Milano Ospedale San Paolo	2.819	2.885	2,3
5	Pavia Ospedale San Matteo	2.426	2.657	9,5
6	Milano Ist. Osp. Pr. Maternità	1.467	2.610	78,0
7	Milano Ospedale Niguarda	2.685	2.478	-7,7
8	Mantova Ospedale Carlo Poma	2.366	2.430	2,7
9	Cremona Istituti ospedalieri	2.049	2.211	7,9
10	Treviglio Ospedale Treviglio Caravaggio	2.451	2.189	-10,6
	Altri	84.220	79.445	-5,6
Totale		11.3075	107.789	-4,6

Fonte: elaborazioni Orim

Strutture ospedaliere e DH

Per quanto riguarda la distribuzione dei DH nelle prime dieci strutture ospedaliere, nelle quali viene erogato oltre il 40% dei giorni di day hospital regionali,

si evidenzia la presenza di sei strutture facenti capo alla AO Milano-città e quattro di altre AaOo (Brescia, Pavia, Bergamo e Monza).

Riscontriamo, inoltre, una diminuzione dei day hospital molto importante, con perdite significative che vanno oltre il 50% agli **Spedali riuniti di Brescia**, agli ospedali **Niguarda** e **Sacco** di Milano e al **San Gerardo di Monza**

Conclusioni

L'esame dell'andamento dei ricoveri ordinari e day hospital della regione mostra per il 2011 alcuni tratti di cambiamento di sicuro rilievo.

- la diminuzione delle giornate di ricovero a carico delle persone straniere risulta importante nella degenza ordinaria (-5.286) ma, soprattutto, nel day hospital dove la flessione supera il 50% rispetto al 2010.
- Questo dato potrebbe dimostrare una significativa stabilizzazione della presenza migrante in regione Lombardia che fa riferimento ad altre strutture (medico di medicina generale, poliambulatori, consultori familiari, ecc.) per la cura della propria salute.
- si confermano, rispetto al 2010, le presenze di cittadini provenienti dall'area europea orientale e dei paesi asiatici come India, Cina e Pakistan, mentre si manifesta il costante decremento delle popolazioni nordafricane.
- La popolazione femminile straniera è percentualmente importante in regione e la sua presenza nei ricoveri rimane preponderante per le ragioni legate alla riproduzione e alla salute riproduttiva.
- La popolazione maschile, invece, pur non presentando punte elevate di specifiche patologie, è comunque degna di particolare attenzione perché evidenzia un quadro infettivologico e patologico complesso (vedi infezioni Hiv, TB, diabete, leucemie, ecc.).

Conclusioni

Meritano attenzione anche i cambiamenti della presenza di immigrati nelle aree di competenza delle Asl regionali e nelle principali strutture ospedaliere, ciò che emerge è :

la perdita di primato da parte di Asl “storiche”, come quella bresciana e quella bergamasca.

Queste flessioni denotano, probabilmente,

sia una presenza stabile di cittadini stranieri che si riferiscono ad altre strutture di cura e non solo a quelle ospedaliere,

sia spostamenti di popolazione verso i paesi di origine, altre mete europee o altre regioni italiane, a causa delle condizioni critiche di un territorio che non garantisce più risorse e stabilità occupazionale come in passato (Blangiardo, 2012; 2013).

L’area metropolitana mantiene il proprio standard di provenienze dall’America latina e dall’Asia, con una significativa prevalenza femminile, impiegata nel terziario e nei servizi alla persona.

Grazie per l’attenzione.

Lia Lombardi

Rosalia.lombardi@unimi.it

Fondazione ISMU

Via Copernico, 1
20125 - Milano

ismu@ismu.org

www.ismu.org