

FONDAZIONE
ISMU
INIZIATIVE E STUDI
SULLA MULTIETNICITÀ

***Je suis femme – lo sono donna
L'integrazione delle donne straniere: cultura,
educazione, salute e lavoro***

PIAZZALUNGA CULTURA SUZZARA

7 marzo 2015

La salute delle donne migranti in Lombardia.
Progetti di vita e nuove generazioni

**Lia
Lombardi**

Migrazioni e migranti

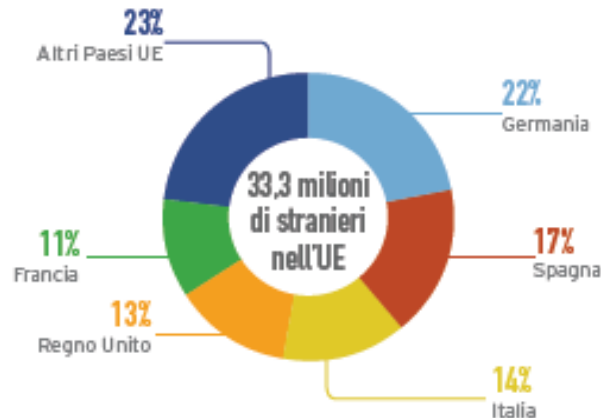


- Le migrazioni sono, da secoli, fenomeni di grande portata umana e storica, tanto da poter affermare che la storia dell'umanità “è la storia delle migrazioni”.
- **LE MIGRAZIONI SONO UN “fatto sociale totale”,**
- *cioè “un fatto in cui sono coinvolte tutte le sfere dell'essere umano e delle sue interazioni 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**

Migrazioni mondiali

- Oltre 232 milioni di persone – più del 3% della popolazione mondiale – hanno lasciato il proprio paese nel 2012 per vivere in un'altra nazione, mentre
- nel 2000 erano 175 milioni (Caritas, 2013)
- Dati Eurostat: 33,3 mln immigrati nell'UE, incid.% 6,5%.

Cittadini stranieri residenti nei paesi UE. Gennaio 2010.



FONTE: Caritas e Migrantes. XXIII Rapporto Immigrazione 2013. Elaborazioni su dati Eurostat.

Migrazioni e migranti

La dimensione dell'immigrazione nella regione europea stima attualmente una presenza straniera pari a 73 milioni di persone (di cui il 52% sono donne) che rappresentano l'8% della popolazione europea totale (WHO, 2013).

In termini assoluti, il maggior numero di cittadini stranieri residenti nell'UE al 1° gennaio 2013 vivono in Germania (7,7 milioni di persone), Spagna (5,1 milioni), Regno Unito (4,9 milioni), Italia (4,4 milioni) e Francia (4,1 milioni).

I non cittadini residenti in questi cinque Stati membri dell'UE rappresentato il 77% del totale degli stranieri residenti nell'UE-27



Salute, migrazioni, disuguaglianze

Date le dimensioni del fenomeno e il coinvolgimento di quasi tutte le aree del mondo, non possiamo non considerare l'aspetto internazionale sia delle migrazioni sia della salute

Le discipline socio-antropologiche hanno mostrato

“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”

Disuguaglianze interne ai paesi e tra paesi e aree del mondo



Salute, migrazioni, disuguaglianze

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



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.*).



Femminilizzazione delle migrazioni

- La “femminilizzazione della migrazione” - crescita del n. di donne che emigrano e per loro iniziativa non per ricongiungimento o al seguito del marito. E rappresentano
- Una risorsa strategica nel sistema di riproduzione sociale dei paesi di destinazione (Zanfrini, 2005)
- In tutto il mondo le donne rappresentano il 50% dei migranti con la punta più alta in Europa (52,4%) e più bassa in Nord Africa (42.8%)
- Le donne sono maggiormente esposte a:
 - **Abusi fisici**
 - **Abusi sessuali**
 - **Abusi verbali**
 - **Industria del sesso**
 - **Traffico di esseri umani**

Femminilizzazione delle migrazioni

PARLIAMO DI: **DISCRIMINAZIONE MOLTEPLICE O ACCUMULO DI DISUGUAGLIANZE** (*genere, classe, migrante, provenienza, ecc.*)

- Il lavoro, per esempio
- Più soggette alla disoccupazione sia rispetto ai migranti maschi sia rispetto alle donne autoctone
- Salari più bassi sia rispetto ai migranti maschi sia rispetto alle donne autoctone
- E questo vale anche per i “lavori etnicizzati” come ass. familiare, domestica/o, addetta/o alle pulizie

Lavoro domestico e riproduttivo

1. In tutto il mondo il principale impiego delle donne migrante è il lavoro domestico e/o di cura
2. Ambito in cui è possibile individuare processi di attribuzione dei ruoli sociali fondati sull'appartenenza “etnica” e di genere (Zanfrini, 2005)
3. Spazio di azione e di significati in cui si incontrano e si intrecciano pratiche e modelli femminili diversi
4. (reclutamento di e tra donne – dalle più ricche alle meno ricche e dalle meno povere alle più povere) – *internazionalizzazione del lavoro domestico e di cura*

Lavoro domestico e riproduttivo

Le ragioni di questo reclutamento sono diverse, tra cui

1. La defamilizzazione del lavoro familiare
2. Sistema di welfare familistico
3. Resistenze vs l'istituzionalizzazione del lavoro di cura (asili nido, residenze anziani, ecc.)
4. Stereotipi che caratterizzano le donne migranti: *mogli, domestiche o prostitute*, in base alle provenienze, *costruendo una sorta di scala gerarchica di accettazione delle donne migranti*

Ricoveri e dimissioni ospedalieri: un'analisi multidimensionale (Orim-Ismu, 2013)

- al 1° luglio 2013 le stime indicano in **un milione e 279mila gli stranieri** provenienti dai “Paesi a forte pressione migratoria (Pfpm)”
- nel 2012 si sono registrati 121.331 (-10.245 pari a -7,8% rispetto al 2011) ricoveri complessivi a carico degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) - 10% circa di tutti i ricoveri regionali
- 102.746 sono i ricoveri in regime ordinario (5.043 rispetto al 2011 pari a -4,7%) e 18.503 i day hospital con una diminuzione di 5.284 casi rispetto all'anno precedente (-22,2%),

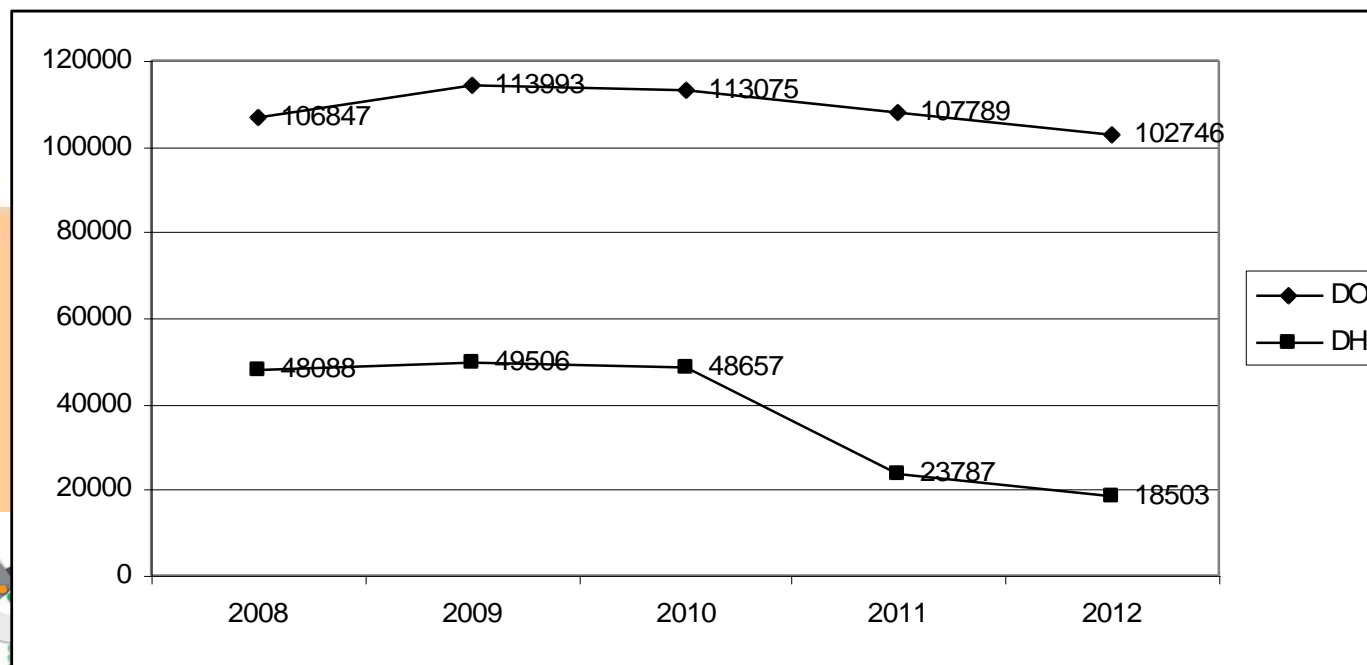
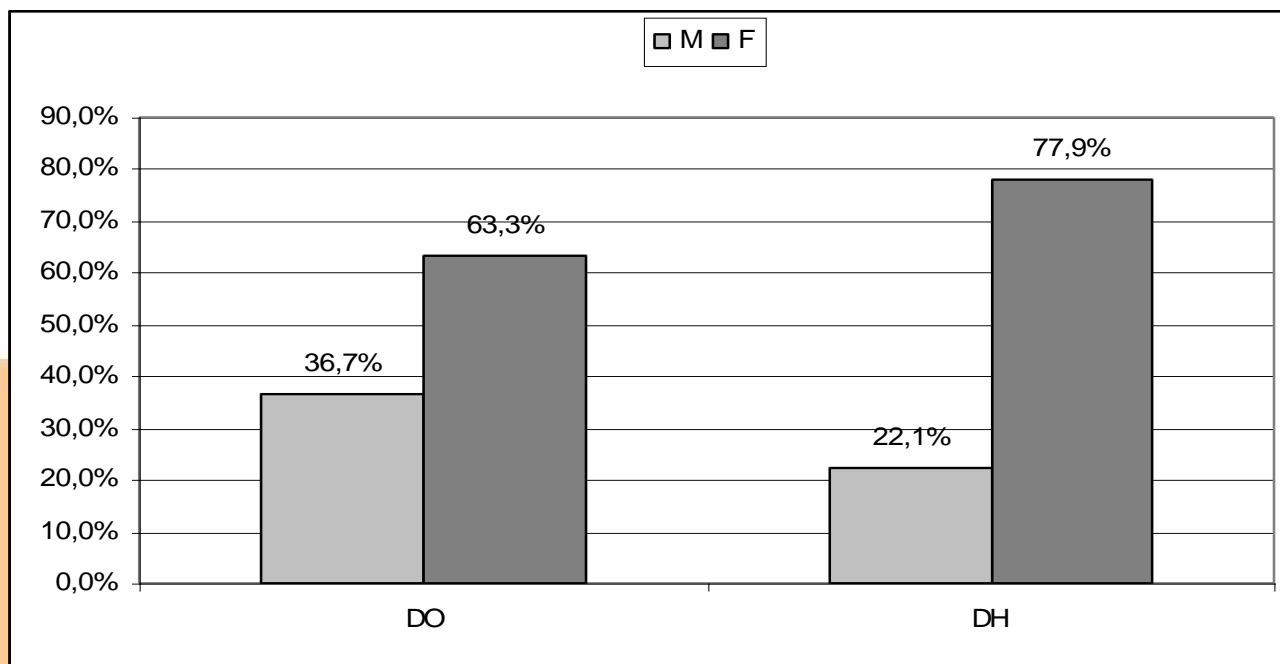
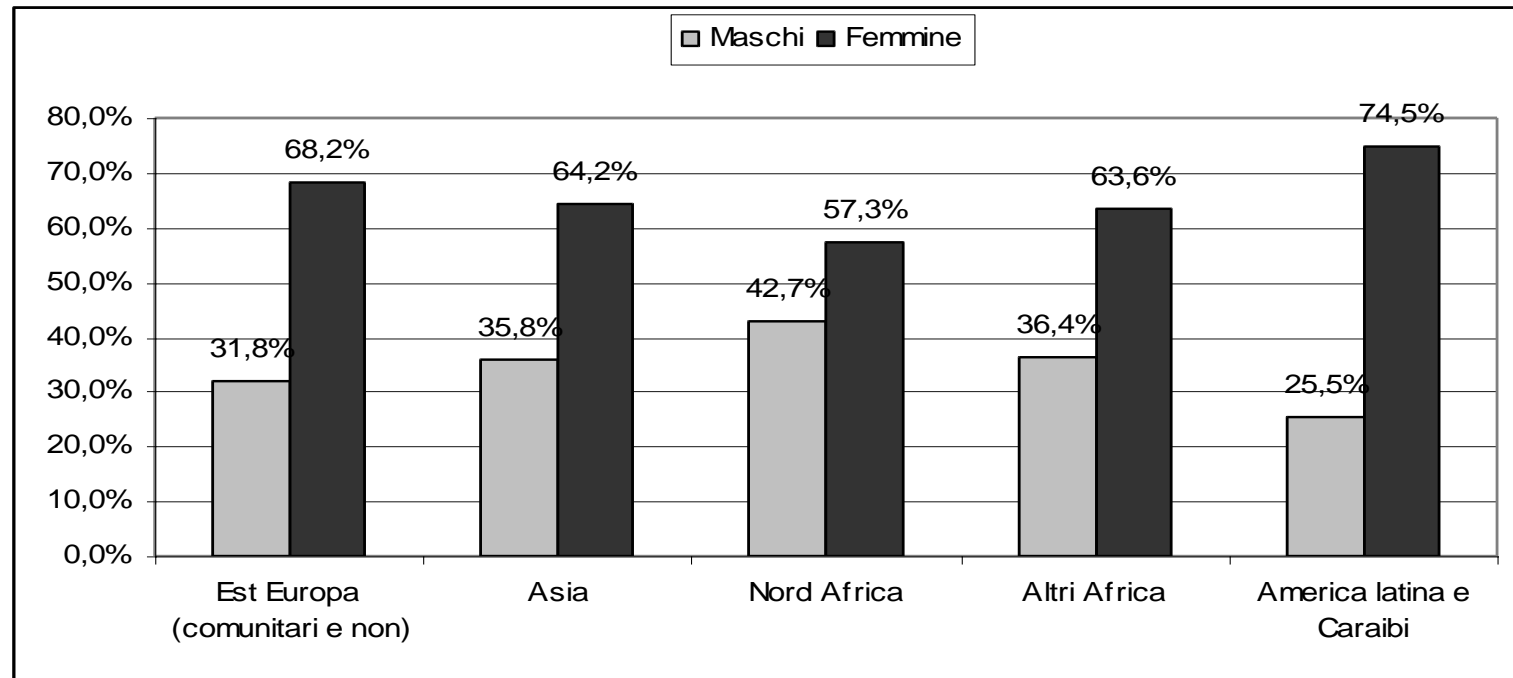


Grafico 5 – Degenze Ordinarie e Day Hospital per genere

- La distribuzione di genere indica una presenza femminile nei DO di 65.080 ricoveri (63,3%)
- e nei DH la prevalenza è ancora più netta (14.415 pari al 77,9%),
- L'andamento è molto simile al 2011 con un divario di genere ancora più marcato nei DH.



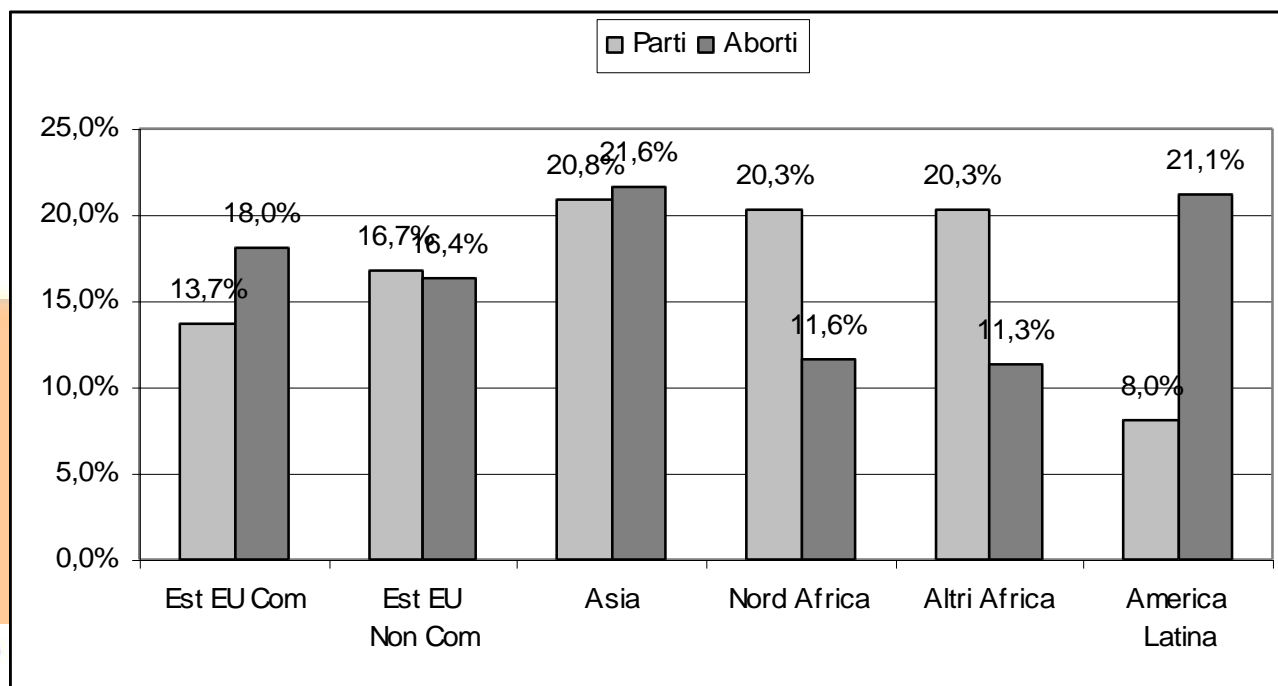
Ricoveri DO e DH per genere e aree di cittadinanza (2012)



- Riguardo alla distribuzione di genere per macro aree di provenienza,
- la presenza femminile nei ricoveri è superiore a quella maschile per tutte le aree, comprese quelle a maggior flusso maschile come il Nord Africa e Altri Africa
- la percentuale relativa alla componente femminile latino-americana è ancora più marcata (74,5%).

Ricoveri per parto e aborto, per aree geografiche

- La numerosità dei ricoveri femminili è dovuta in maniera prevalente alle gravidanze, ai parti e agli aborti:
- i ricoveri per questi motivi sono complessivamente 39.953 pari al 32,9% di tutti i ricoveri a carico delle cittadinanze straniere.
- I ricoveri per il **parto** delle cittadine straniere rappresentano il **27%** di tutti i parti e il **34%** riguardano **l'aborto**.
- i ricoveri relativi ai parti e agli aborti delle cittadine straniere, si distribuiscono in maniera diversa in base alle aree di provenienza:
- tra le donne **dell'America latina** prevalgono le interruzioni di gravidanza rispetto ai parti mentre accade il contrario per le **nordafricane**;
- per le altre cittadinanze, i ricoveri per parto e per aborto si equivalgono.



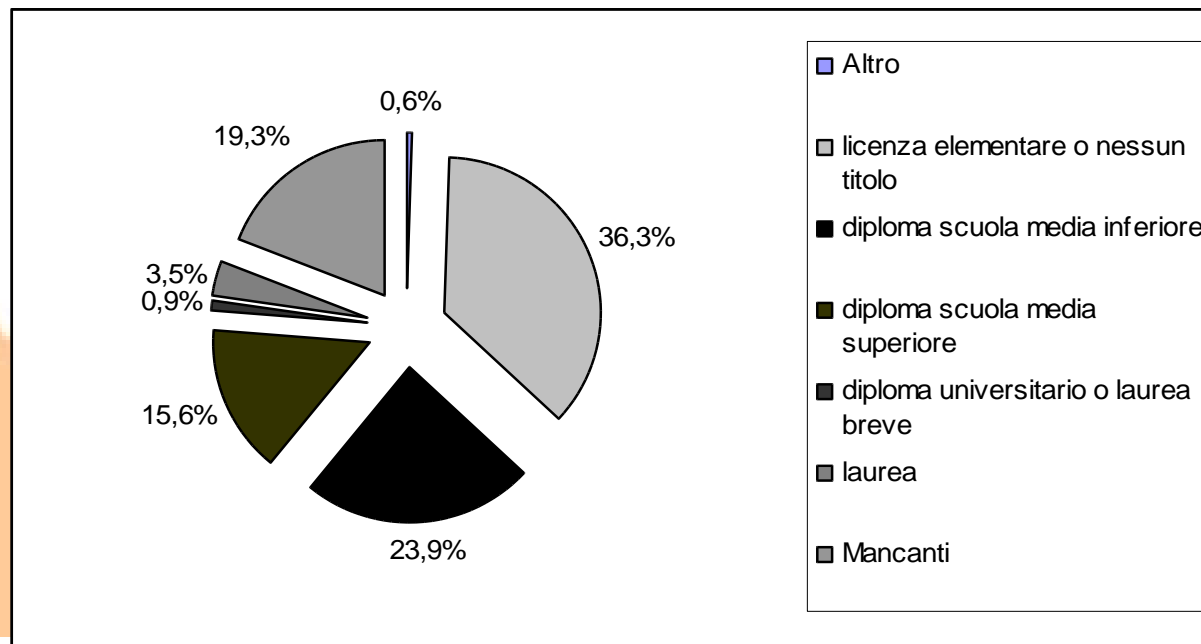
Distribuzione patologie per genere

- Diverse malattie a carico delle persone dei PFPM si differenziano per **genere** e per **provenienza**:
- per esempio, le diagnosi a carico del sistema **muscolo-scheletrico** (682 in tutto) riguardano in particolar modo le **donne dei paesi non comunitari dell'est europeo** (149 pari al 21,8%);
- soffrono di **diabete il 58,3% degli uomini** sotto i 35 anni rispetto alle donne dello stesso gruppo di età.
- Anche le **malattie cardiache e cardiocircolatorie riguardano principalmente gli uomini** e rappresentano lo 0,3% di tutti i DRG a carico degli stranieri di PFPM rispetto al 1,5% dei ricoveri degli italiani e stranieri di PSA.
- Un altro dato significativo è rappresentato dai ricoveri per **psicosi** delle persone straniere (1.173) tra i quali spiccano i ricoveri di **donne di cittadinanza est europea** (+50% rispetto agli uomini di stessa provenienza).
- Sono invece a prevalenza **maschile** le psicosi delle persone di cittadinanza **nordafricana** (165 vs 42) e **asiatica** (115 vs 90).
- Le **gastroenteriti** colpiscono maggiormente i cittadini stranieri più **giovani** (>18) dell'Est **Europa non comunitaria** (21,0%), **dell'Asia** (20,1%), del **Nord Africa** (23,7%) e rappresentano, complessivamente, l' 1,3% dei ricoveri degli stranieri PFPM rispetto allo 0,6% degli italiani e stranieri PSA.
- Anche le **polmoniti e pleuriti** dei minori di 18 anni di origine straniera PFPM si presentano in maniera importante:
- rappresentano lo 0,6% dei ricoveri a loro carico (0,2% quelli relativi a italiani e provenienze PSA) e riguardano principalmente i giovani **asiatici** (22,7%) e **nordafricani** (30,4%), in ugual misura rispetto al genere.



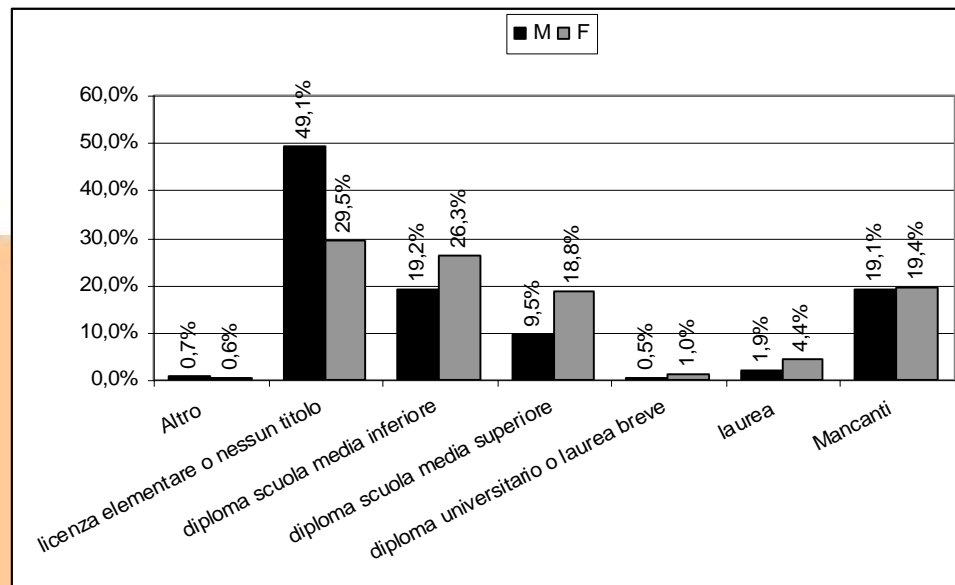
Ricoveri e livello d'istruzione

- popolazione sostanzialmente istruita a livello elementare e media inferiore (36,3% e 23,9%)
- ma vi è anche un numero elevato di risposte mancanti (19,3%)



Ricoveri e livello d'istruzione per genere

- le donne sono maggiormente rappresentate nel titolo di studio di scuola media secondaria e laurea (rispettivamente + 7,1%, + 9,3%, + 2,5% al confronto dei titoli di studio maschili)
- mentre gli uomini lo sono di più nel titolo di studio elementare o nessun titolo (+ 19,6%)



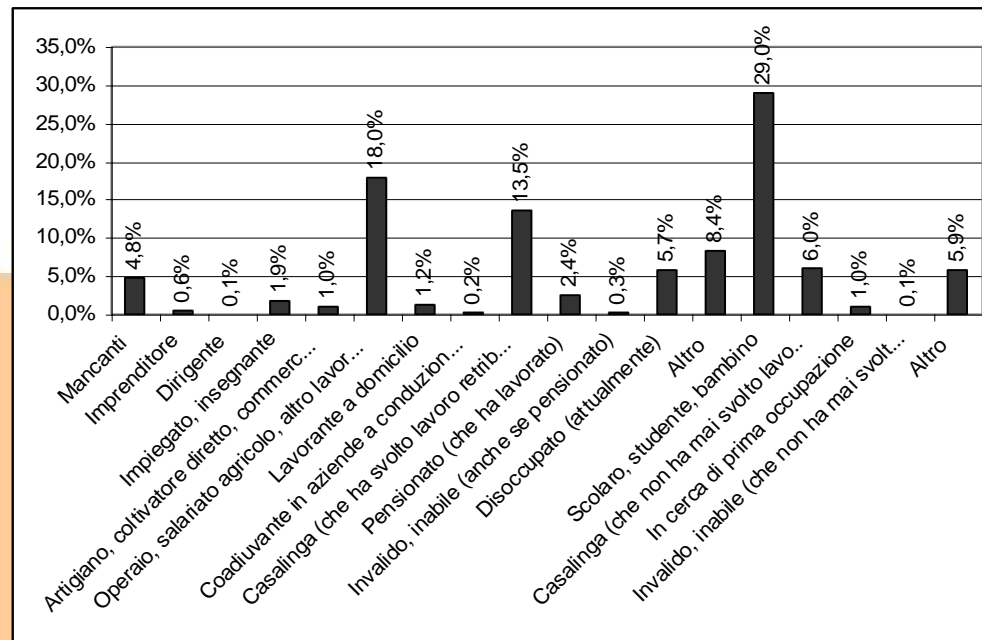
Ricoveri e livello d'istruzione

- L'aspetto interessante di questi dati è che sono di segno opposto rispetto ai livelli di istruzione della popolazione straniera presente in regione Lombardia che evidenzia livelli di istruzione **medio-alti**:
- il 45,6% del collettivo femminile è in possesso del diploma di scuola secondaria superiore e oltre un sesto della laurea;
- per gli uomini il diploma di scuola superiore è presente nel 43,4% dei casi e la laurea nel 12,3% (Blangiardo, 2013).
- 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 (DO e DH) distribuiti per tipologie professionali

- il maggior numero dei ricoveri in Lombardia ha riguardato, nel 2012, gli/le operai/e e lavoratori/trici agricoli/e (18%),
- casalinghe che svolgono o abbiano svolto lavoro retribuito (13,5%) e, in gran numero, studenti, scolari e soprattutto bambini (29%).



Lia Lombardi

Fondazione ISMU – Settore Salute e Welfare

AREE DI ATTENZIONE

- ACCESSO AI PROGRAMMI DI PREVENZIONE ONCOLOGICA
- VISITE E SCREENING
- GRAVIDANZE DELLE ADOLESCENTI



LA CURA DELLA SALUTE – ACCESSO ALLA PREVENZIONE

In ultima analisi consideriamo il ricorso periodico alle visite di prevenzione per la salute come esami del sangue, pap test, screening dei tumori.

Riteniamo questo uno degli indicatori più importanti per ciò che concerne la cura della propria salute e che possiamo considerare anche come un indice di "integrazione" e di acquisizione di pratiche e modelli di cura del paese d'immigrazione, e di utilizzo dei servizi sanitari a disposizione.



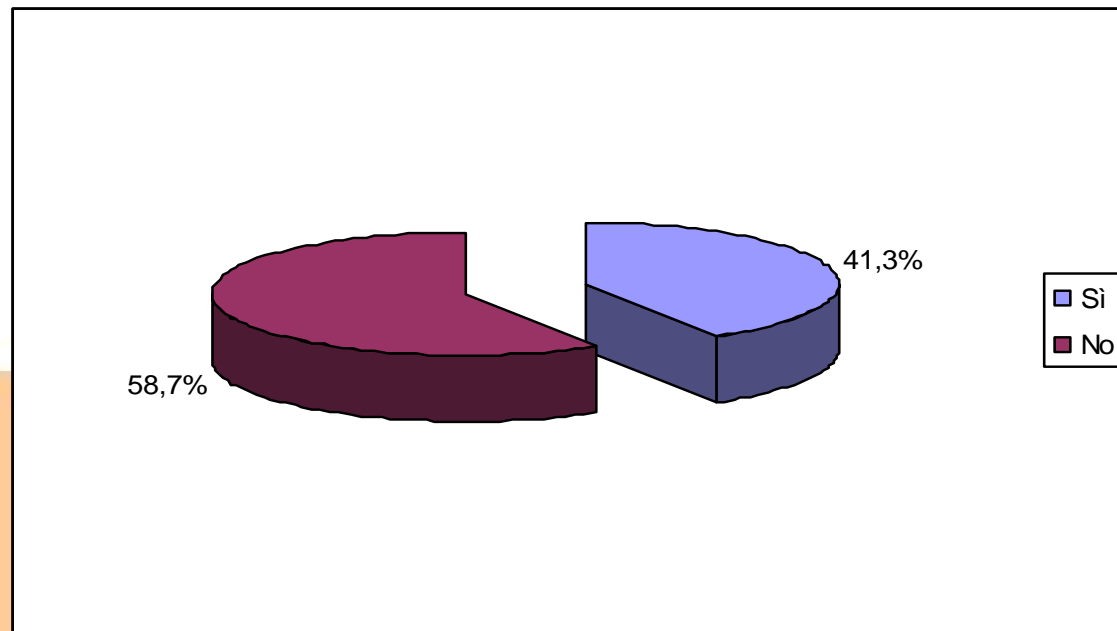
LA CURA DELLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI – LA PREVENZIONE

- In Lombardia si stimano 42.000 donne residenti in modo **irregolare**
- Ed è noto che questa popolazione non accede ai servizi pubblici, pur avendone diritto secondo legge
- Sfuggono perciò alla rilevazione precoce di malattia infettive (rosolia, toxoplasmosi), di complicanze gravidiche, di patologie fetali e materne in atto
- Accedono ai programmi di prevenzione **oncologica** circa la metà delle donne straniere rispetto alle italiane, pur aumentando le patologie tumorali



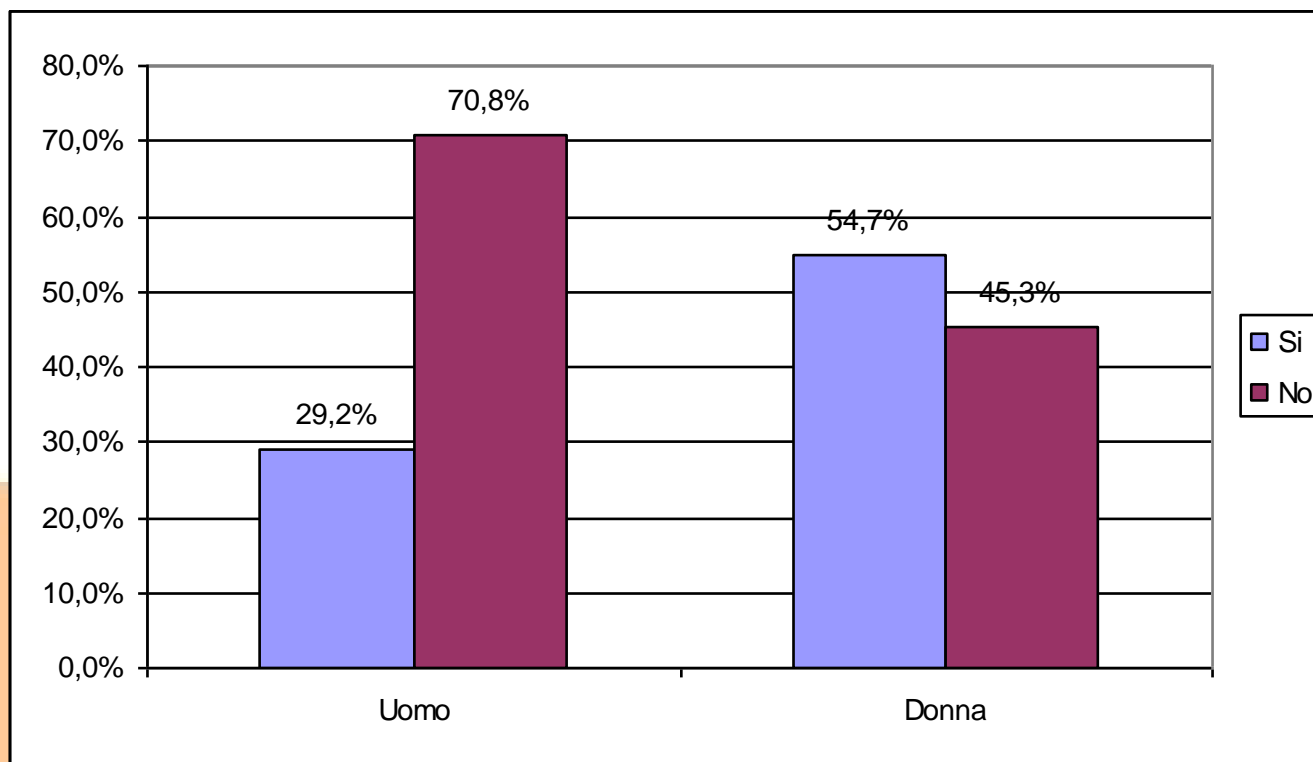
CURA DELLA SALUTE - PREVENZIONE

Come possiamo osservare dalla Figura sottostante, solo il 41,3% degli intervistati dichiara di effettuare periodicamente visite e screening di prevenzione, a fronte di un dato nazionale che si aggira intorno al 70% (ISTAT, 2010).



Distribuzione per genere

Accesso a visite e programmi di prevenzione



CURA DELLA SALUTE - PREVENZIONE

Molto nette appaiono le differenze di comportamento rispetto al **titolo di studio** e **reddito**, variabili che possiamo definire "strutturali".

Il ricorso alla prevenzione è chiaramente più elevato tra gli intervistati con titolo di studio e reddito più elevato

Anzianità migratoria - quasi doppio il ricorso ai programmi di prevenzione di coloro che risiedono sul territorio da più di 10 anni





Lia Lombardi

l.lombardi@ismu.org

**Grazie per
l'attenzione.**

Fondazione ISMU

Via Copernico, 1
20125 - Milano

ismu@ismu.org

www.ismu.org