

FONDAZIONE
ISMU
INIZIATIVE E STUDI
SULLA MULTIETNICITÀ

Corso elettivo

La salute della popolazione immigrata

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

16 giugno 2015

**Salute e benessere della popolazione immigrata in
Lombardia. Crisi economica e stili di vita**

Lia Lombardi

Migrazioni e migranti

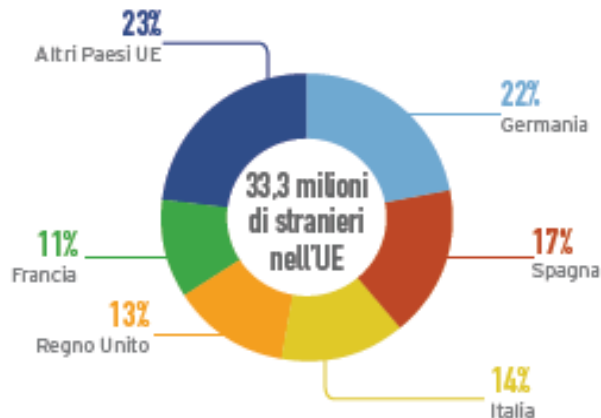


- La storia dell'umanità “è la storia delle migrazioni”.
- LE MIGRAZIONI SONO UN “**fatto sociale totale**”,
- *cioè “un fatto in cui sono coinvolte tutte le sfere dell'essere umano e delle sue interazioni con l'universo economico, sociale, politico, culturale e religioso in cui vive, e quindi anche 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



Lia Lombardi

Fondazione ISMU – Settore Salute e Welfare

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



Lia Lombardi

Fondazione ISMU – Settore Salute e Welfare

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.*).



Lia Lombardi

Fondazione ISMU – Settore Salute e Welfare

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 ospedaliere: un'analisi multidimensionale ORIM – Rapporto 2014

<http://www.orimregionelombardia.it/upload/5534eed642484.pdf>

Nel 2013 il sistema ospedaliero lombardo registra complessivamente 1.520.806 ricoveri, con una distribuzione di genere pari al 53,2% di donne e al 46,8% di uomini.

Di questi, 1.311.127 sono i ricoveri in regime ordinario (86,2%), 199.743 in *day hospital* (13,1%).

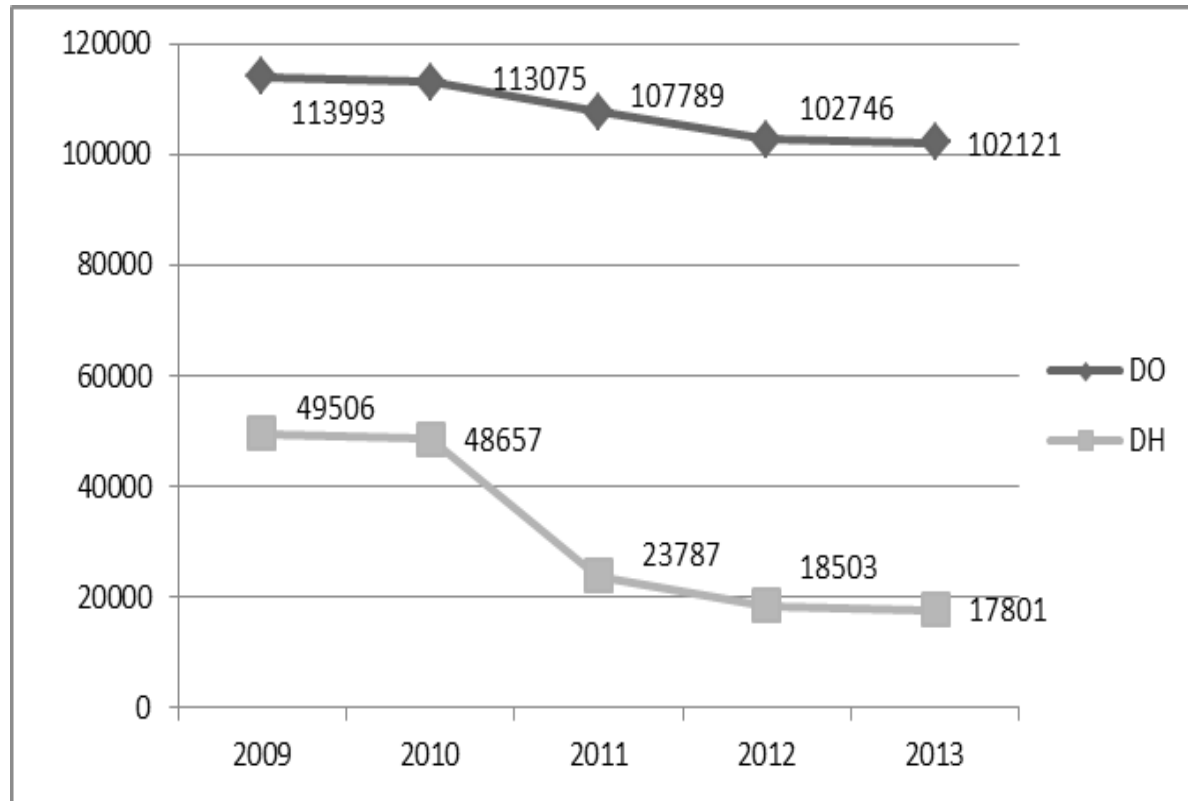
Troviamo simile andamento nei ricoveri dei cittadini stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM):

120.020 ricoveri complessivi

di cui 102.121 in regime ordinario e 17.801 i DH



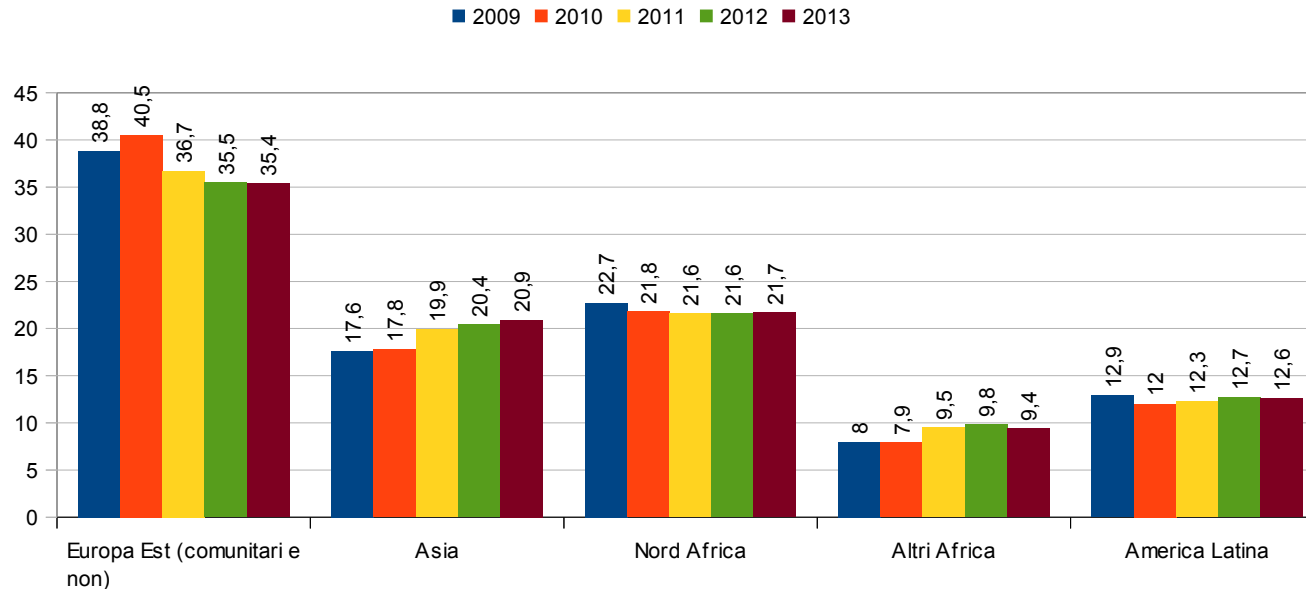
Andamento DO e DH nel periodo 2009-2013



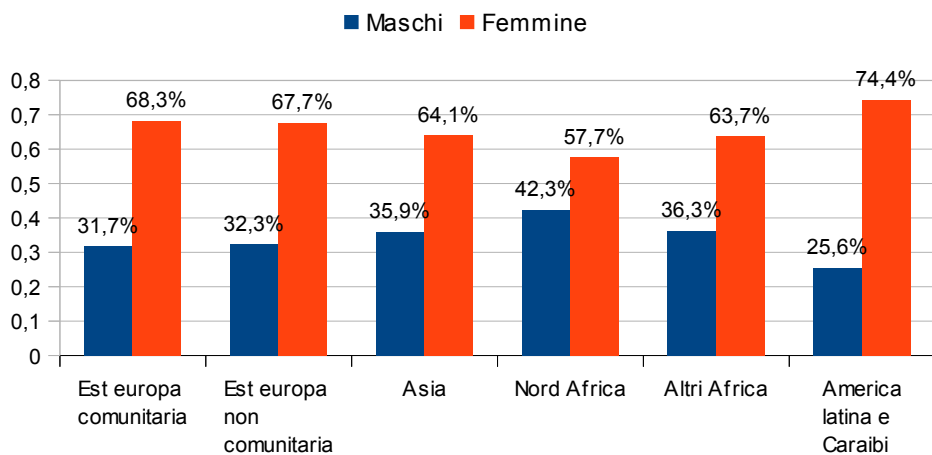
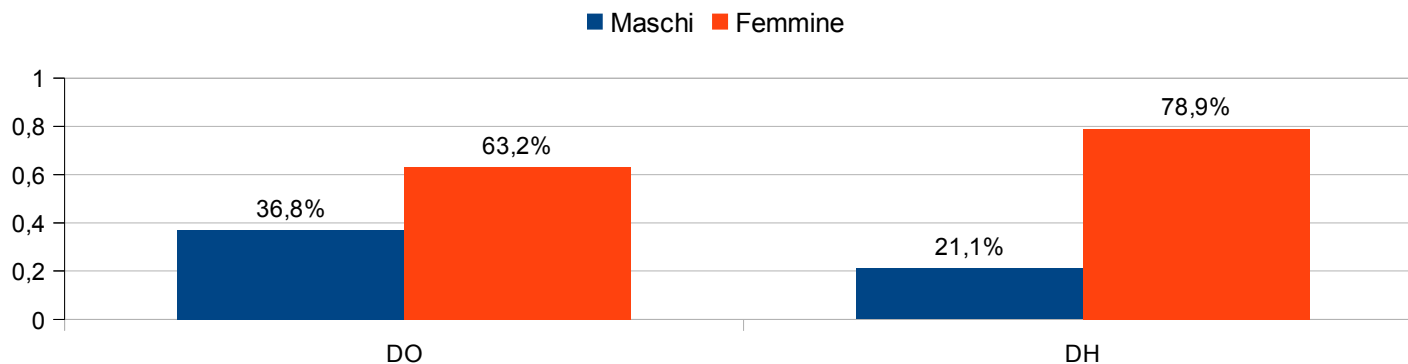
La distribuzione dei DO per grandi aree mostra una sostanziale stabilità del numero dei ricoveri e un lievissimo incremento della componente asiatica (+0,5%) rispetto al 2012, (Fig. 2).

La distribuzione relativa ai Day Hospital mostra un andamento generale negativo e una sostanziale stabilità nel confronto con il 2012

DO per grandi aree di cittadinanza - PFPM (periodo 2009-2013)



Ricoveri e dei day hospital in Lombardia per genere, età e livello d'istruzione. Cittadinanze PFP

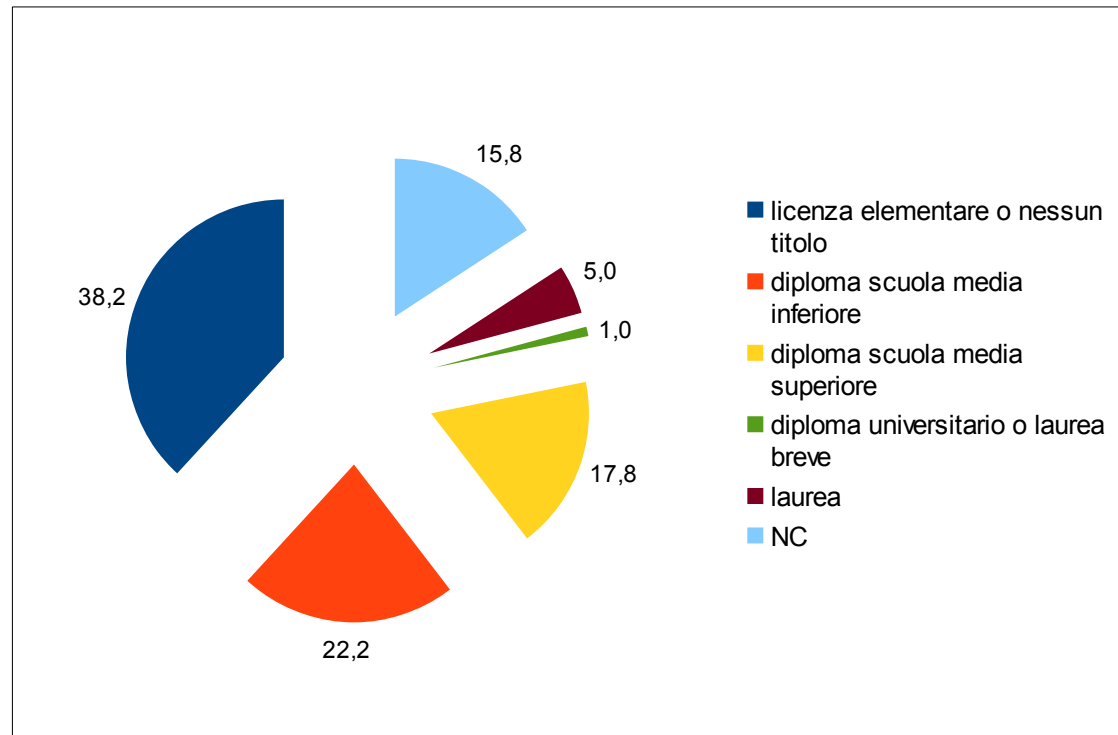


Prevalenza femminile anche tra le provenienze a connotazione maschile (es. Nordafrica e Africa)



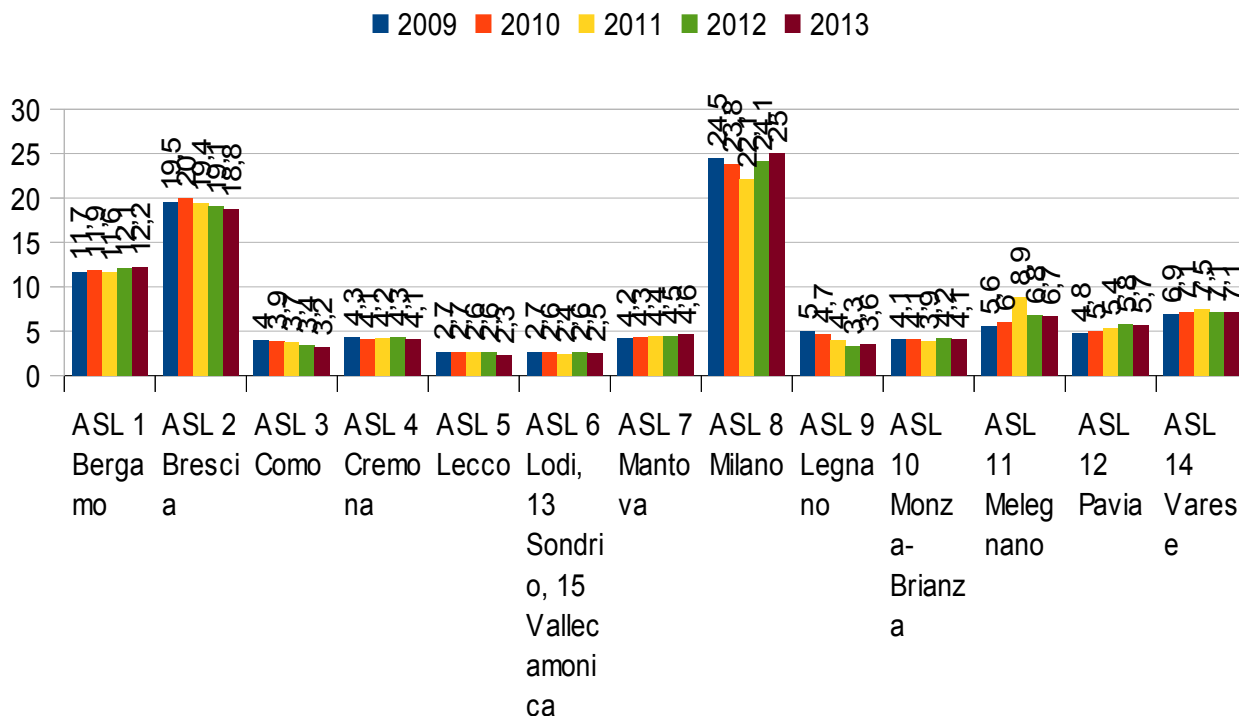
I titoli di studio delle persone straniere ricoverate evidenziano una popolazione sostanzialmente istruita a livello elementare e media inferiore (38,2% e 22,2%)

Dato in contrapposizione rispetto ai livelli di istruzione della popolazione straniera presente in regione Lombardia che evidenzia livelli di istruzione medio-alti (v. Blangiardo).



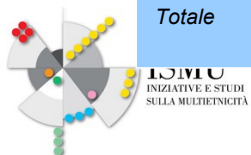
L'andamento della distribuzione dei ricoveri ospedalieri per azienda sanitaria conferma, anche per il 2013, la prevalenza della ASL 8 di Milano-città che registra ancora un lieve aumento di 0,9 punti percentuale rispetto al 2012. Rimangono sostanzialmente stabili le altre aziende

Ricoveri e Day Hospital per aziende e strutture ospedaliere



Prime dieci strutture ospedaliere ordinate per DO di stranieri in valori assoluti e percentuali. Anni 2012 e 2013

| <i>Strutture ospedaliere</i> | 2012 | 2013 | var % |
|-----------------------------------|---------------|---------------|--------------|
| 1. Brescia Spedali Civili | 4217 | 4173 | -1,40% |
| 2. Milano Fond. Irccs Policlinico | 3115 | 3632 | 14,00% |
| 3. Bergamo Ospedali Riuniti | 3161 | 3263 | 3,12% |
| 4. Milano Osp. S. Paolo | 2748 | 2834 | 3,00% |
| 5. Pavia Osp. S.Matteo | 2855 | 2804 | -1,70% |
| 6. Brescia C.C. Poliambulanza | 2417 | 2746 | 11,98% |
| 7. Milano Ist. Osp. Pr. Maternità | 2653 | 2534 | 4,48 |
| 8. Mantova Osp. C. Poma | 2159 | 2256 | 4,29 |
| 9. Milano Osp. Niguarda | 2197 | 2173 | -1,09 |
| 10. Milano Osp. Buzzi | 2029 | 2125 | 4,5 |
| Altri | 74972 | 73581 | 1,85% |
| <i>Totale</i> | <i>102746</i> | <i>102121</i> | <i>-0,6%</i> |



Prime dieci strutture ospedaliere ordinate per DO di stranieri in valori assoluti e percentuali. Anni 2012 e 2013

| <i>Strutture ospedaliere</i> | 2012 | 2013 | var % |
|-----------------------------------|---------------|---------------|--------------|
| 1. Brescia Spedali Civili | 4217 | 4173 | -1,40% |
| 2. Milano Fond. Irccs Policlinico | 3115 | 3632 | 14,00% |
| 3. Bergamo Ospedali Riuniti | 3161 | 3263 | 3,12% |
| 4. Milano Osp. S. Paolo | 2748 | 2834 | 3,00% |
| 5. Pavia Osp. S.Matteo | 2855 | 2804 | -1,70% |
| 6. Brescia C.C. Poliambulanza | 2417 | 2746 | 11,98% |
| 7. Milano Ist. Osp. Pr. Maternità | 2653 | 2534 | 4,48 |
| 8. Mantova Osp. C. Poma | 2159 | 2256 | 4,29 |
| 9. Milano Osp. Niguarda | 2197 | 2173 | -1,09 |
| 10. Milano Osp. Buzzi | 2029 | 2125 | 4,5 |
| Altri | 74972 | 73581 | 1,85% |
| <i>Totale</i> | <i>102746</i> | <i>102121</i> | <i>-0,6%</i> |



Considerazioni

Nel 2013 la percentuale dei ricoveri a carico delle persone provenienti dai PFPM rimane pressoché identica a quella del 2012: pari al 7,7% nei regimi ordinari e 8,9% nei day hospital.

La distribuzione dei DO per grandi aree mostra una sostanziale stabilità del numero dei ricoveri e un lievissimo incremento della componente asiatica (+0,5%) rispetto al 2012

Si confermano, rispetto al 2012, le presenze di cittadini provenienti dall'area europea orientale e dei paesi asiatici come India, Cina e Pakistan, mentre si manifesta la netta stabilizzazione delle popolazioni nordafricane e latinoamericane.

La popolazione femminile straniera è percentualmente importante in regione Lombardia e la sua presenza nei ricoveri rimane preponderante per le ragioni legate alla riproduzione e alla salute riproduttiva.



AREE DI ATTENZIONE

- CRISI ECONOMICA E STRATEGIE DI CURA
- STILI DI VITA (fumo, alimentazione, attività fisica)
- PREVENZIONE



Salute e benessere della popolazione immigrata. Comportamenti e stili di vita.

Con riferimento alla rilevazione campionaria Orim (2014), realizzata nel bimestre settembre-ottobre 2014 su un campione di circa 4mila unità a livello regionale (4.000 casi validi) (Blangiardo, 2015),

Abbiamo realizzato un'analisi dei dati relativi ad alcuni comportamenti di cura della salute, da parte degli immigrati in Lombardia,

sia rispetto a eventuali cambiamenti avvenuti in seguito alla crisi economica,

sia rispetto agli stili di vita (uso di tabacco, alimentazione, prevenzione).



Prendiamo in considerazione alcuni risultati generali relativi a:

- **cambiamenti delle strategie di cura in seguito alla crisi economica**

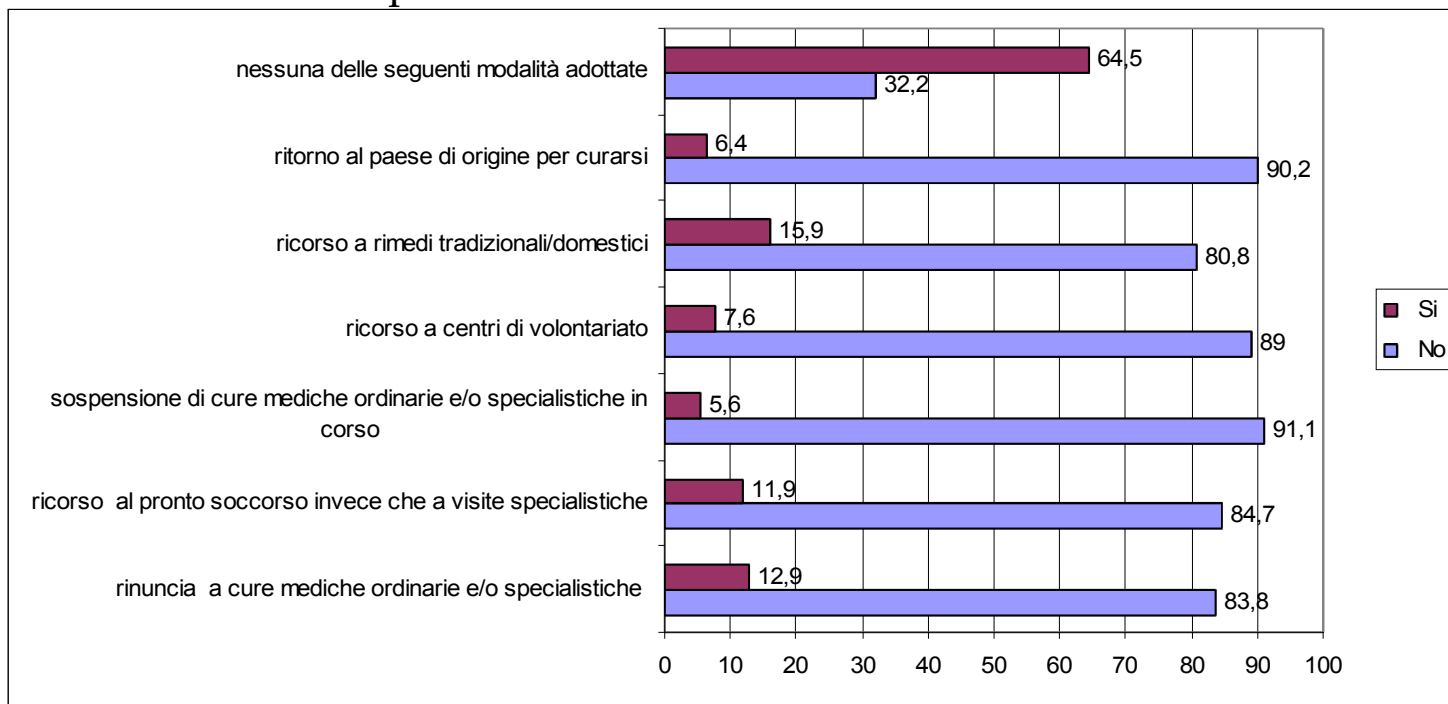
- **stili di vita**

- **ricorso a visite mediche e programmi di prevenzione**

Il 32,2% degli intervistati ha adottato qualche nuova strategia di cura per far fronte alle sopraggiunte difficoltà economiche.

15,9% ricorre a cure tradizionali/domestiche

12,9% rinuncia a cure mediche e specialistiche



La crisi economica e le strategie di cura area di provenienza

40% Africa

36,3% Nord-Africa

33,3% Asia

31,5% Europa UE

28,7% Europa Non UE

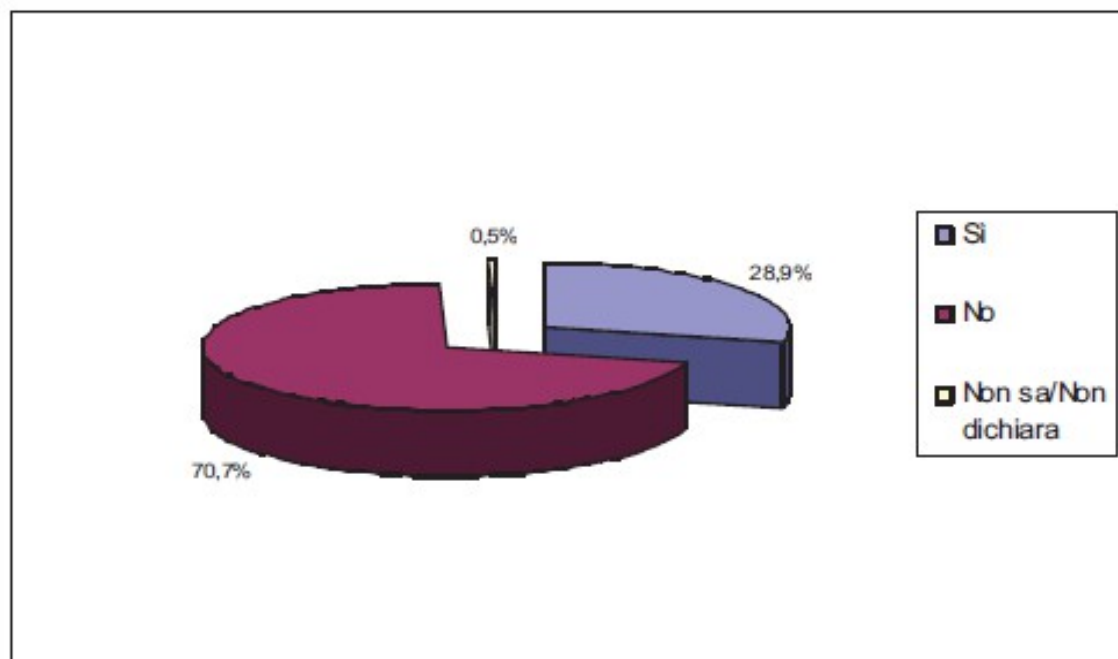
Il cambiamento delle strategie di cura è sicuramente dovuto al deterioramento delle condizioni di vita (p.e. La disoccupazione e la perdita del permesso di soggiorno).

Peggiori condizioni quelle degli africani e dei maghrebini (20% e 17% rispettivamente)



Stili di vita e benessere tabagismo

- 29% degli immigrati in Lombardia (più di 14 anni) fumano
- Il dato nazionale è 22,0% (rapporto ISS sul tabagismo, 2014).



Fonte: elaborazioni Orim, 2014

Stili di vita e benessere tabagismo

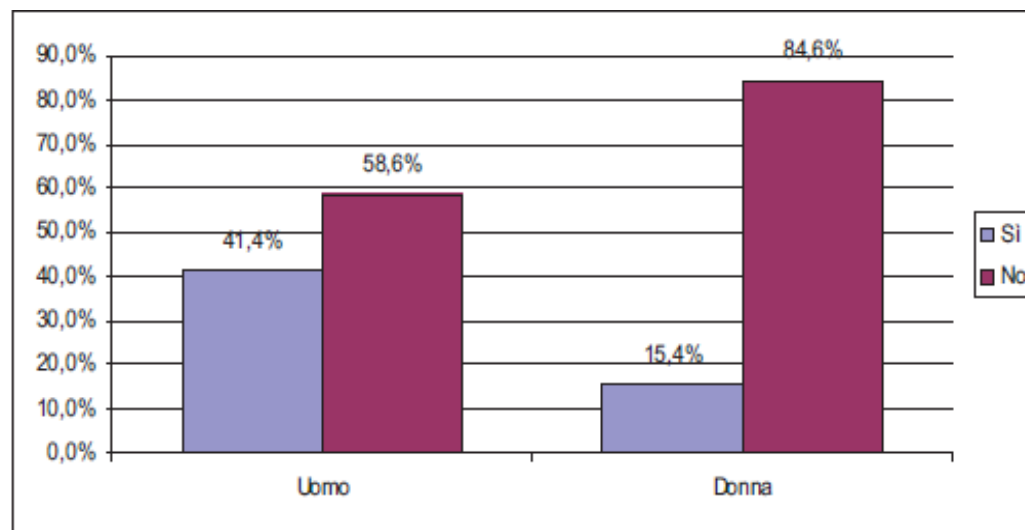
La distribuzione per genere indica

41,4% uomini

et 15,4% donne

La media nazionale è quasi sovrapponibile sul dato F (18,9%),

Molto diversa su quello M (25,4%),



Fonte: elaborazioni Orim, 2014



Stili di vita e benessere tabagismo

La distribuzione per età mostra

- prevalenza nel gruppo 30-34 ans (34,3%),
- Non sono da trascurare le % dei gruppi giovanili
- 25,1% gruppo 15-19 anni,
- 27,6% gruppo 20-24 anni
- 28,2% gruppo 25-29 anni

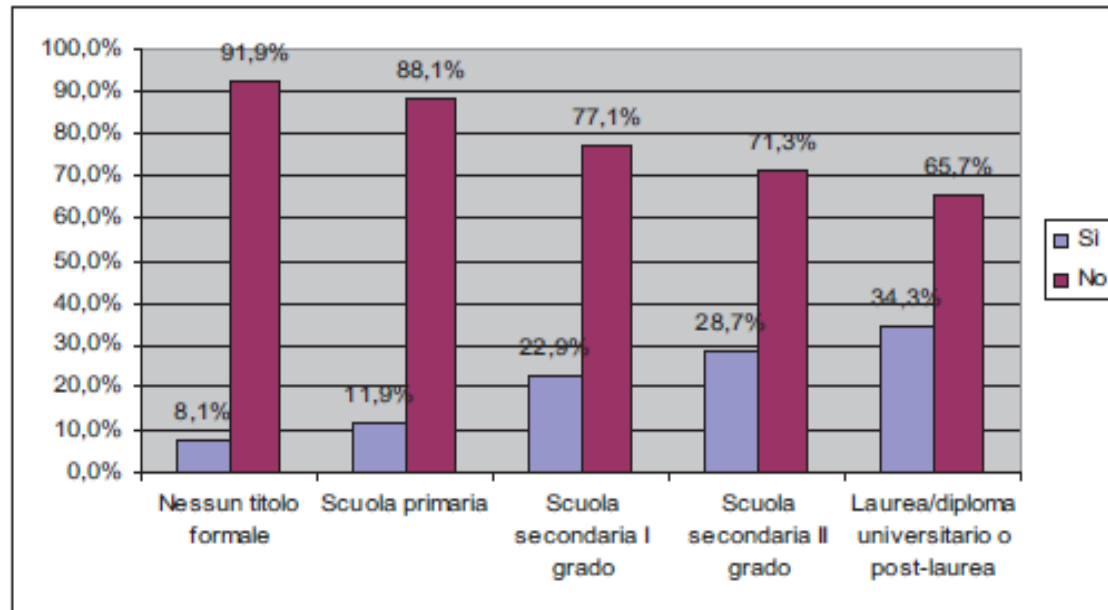
I fumatori più forti sono:

- Gli europei UE (46%) e non UE (34%)
- Nord-Africani con il 33,6%



Stili di vita - attività fisica

- Il livello di scolarità ha un effetto positivo sull'attività fisica (34,3% dei laureati +)
- Solo l' 8,1% di coloro che non hanno un titolo ufficialmente riconosciuto



Fonte: elaborazioni Orim, 2014

Stili di vita - attività fisica

La distribuzione per macro-régioni d'origine indica:

- Maggiore propensione allo sport tra gli Africani (32,8%), i Latino-americaini (32,5%), gli europei UE (30,7%);
- Le percentuali più deboli sono rappresentate da nordafricani (20,4%) et Asiatici (18,9%).
- Orientamento religioso:
- 42% cristiani prov. Da Europa e America latina
- 22% musulmani da Nordafrica

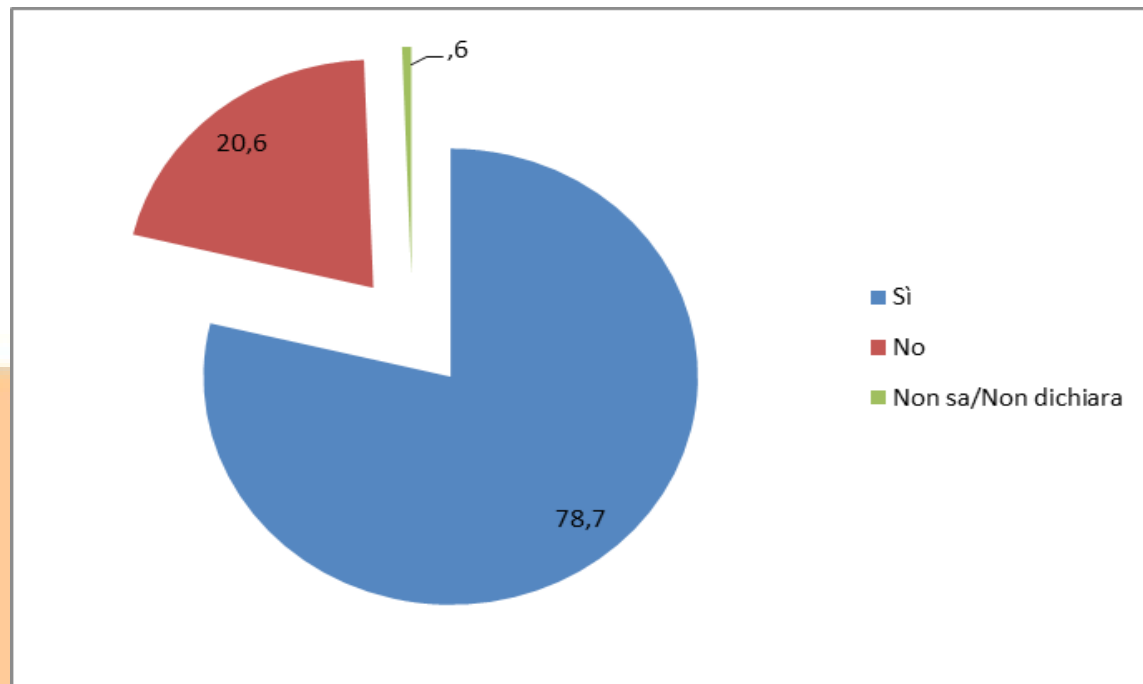
a cosa è dovuta qs differenza? Religione, Abitudini, Condizioni socio-economiche?



Stili di vita e benessere alimentazione (consumo di frutta e verdura)

78,7% dichiara di consumare frutta e verdura quotidianamente
(83,5% la media nazionale)

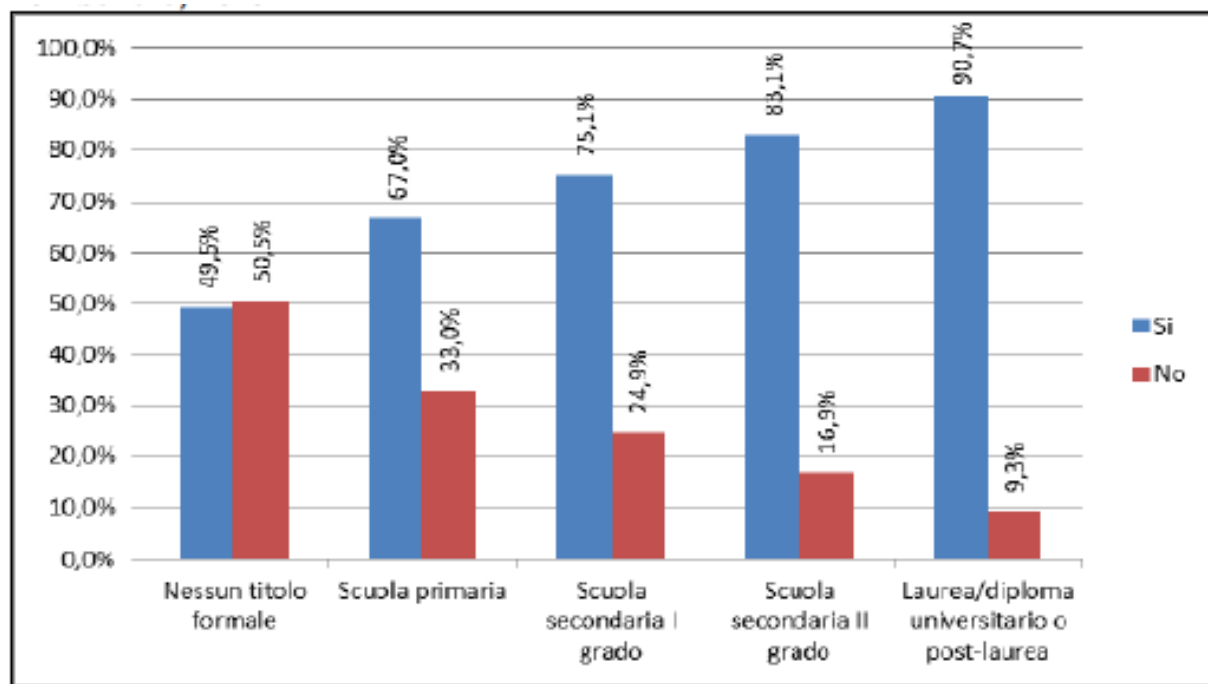
85,4% delle donne contro il 73,5% degli uomini



Stili di vita e benessere alimentazione (consumo di frutta e verdura)

Distribuzione per titolo di studio e reddito

Aumenta il consumo di frutta e verdura all'aumentare del titolo di studio
(97% dei laureati rispetto al 49.5% dei senza titolo)

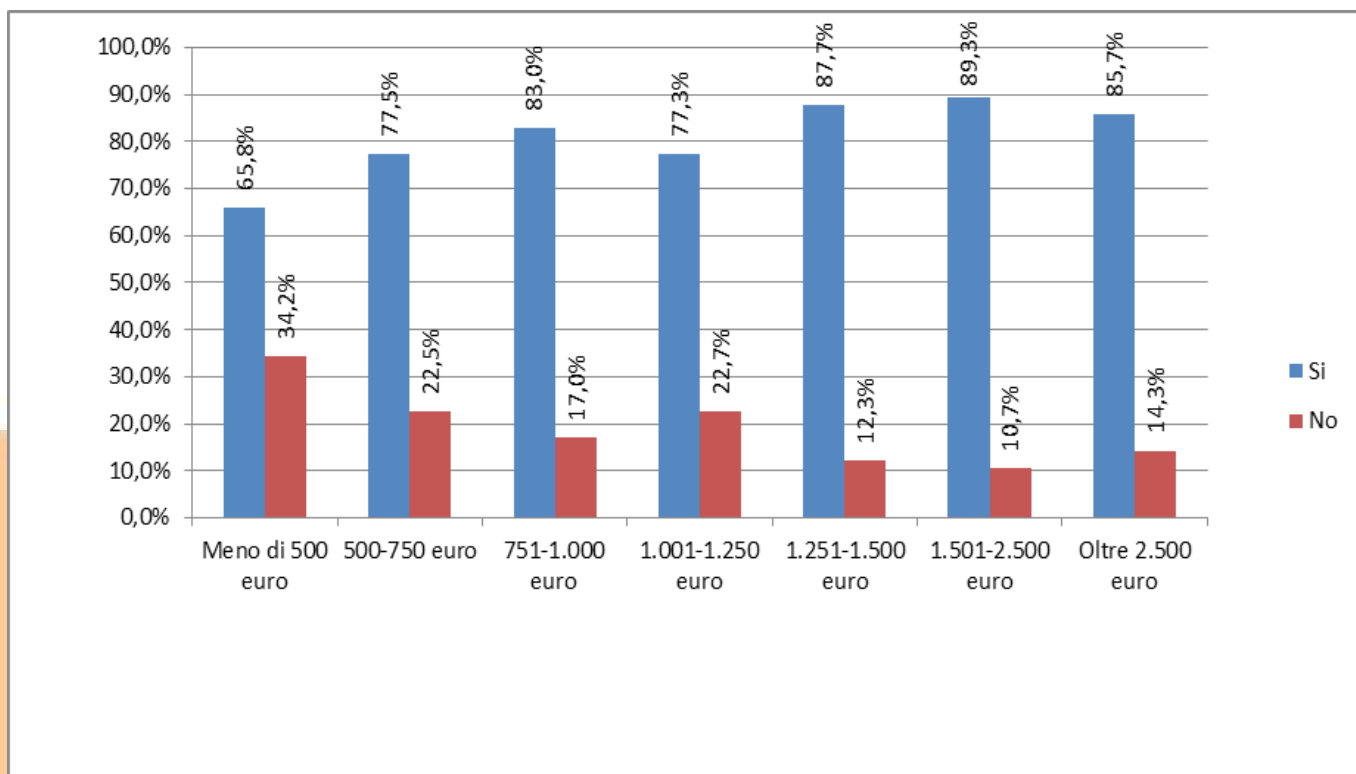


Fonte: elaborazioni Orim, 2014



Stili di vita e benessere alimentazione (consumo di frutta e verdura)

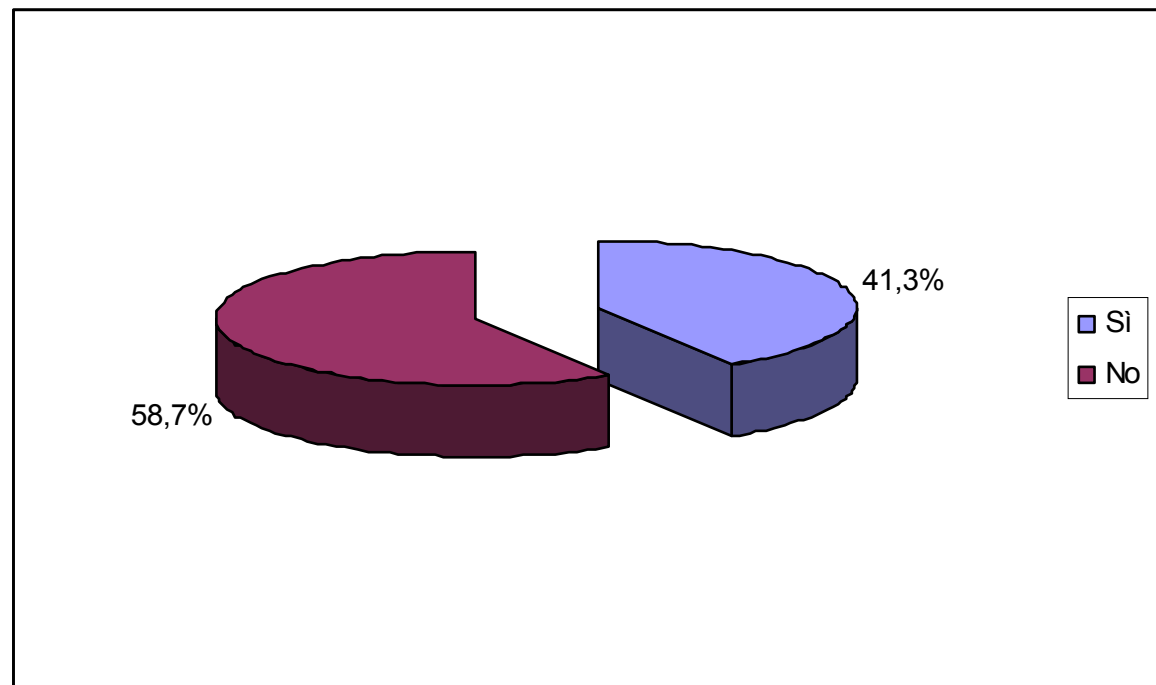
- Stesso andamento lo vediamo rispetto al reddito – direttamente proporzionale
- Le variabili istruzione e reddito sembrano avere una relazione significativa tra loro, ma è più decisiva la prima.



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 un indice di "inclusione" della popolazione immigrata, connesso all'acquisizione di pratiche e di modelli di cura del paese d'immigrazione, e di utilizzo dei servizi sanitari a disposizione.

Come possiamo osservare 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% (dato Istat)



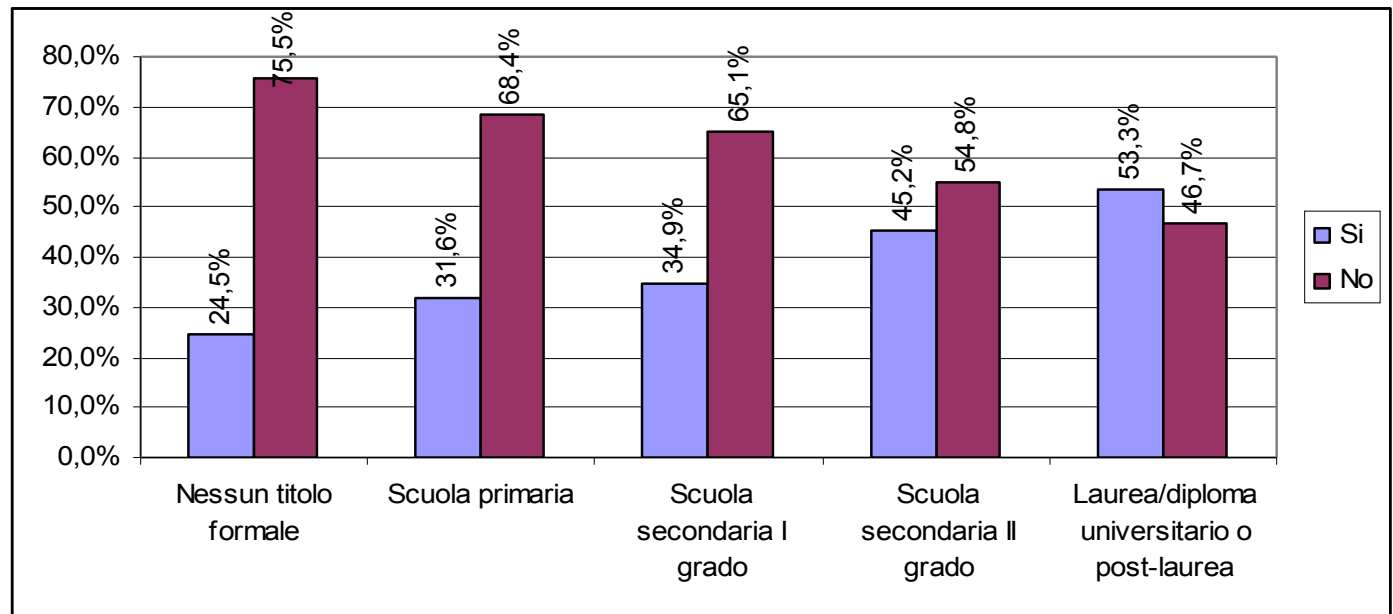
Salute e benessere della popolazione immigrata.

Prevenzione

Come accade per gli altri indicatori considerati, molto nette appaiono, le differenze di comportamento rispetto alle distribuzioni per **genere, titolo di studio e reddito**,

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

rispettivamente **45,2%** e **53,3%** per titolo di scuola secondaria superiore e laurea/titoli universitari



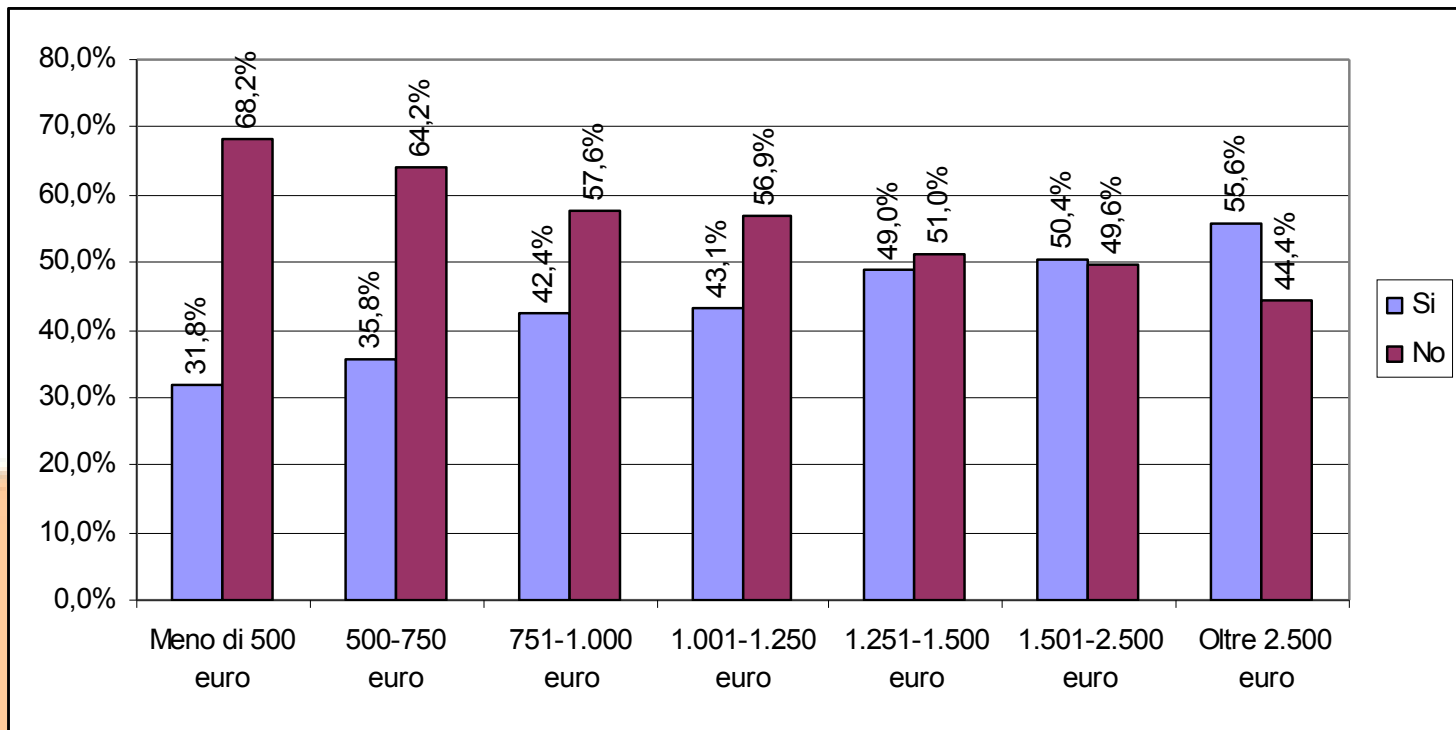
Lia Lombardi

Fondazione ISMU – Settore Salute e Welfare

Stili di vita

Prevenzione

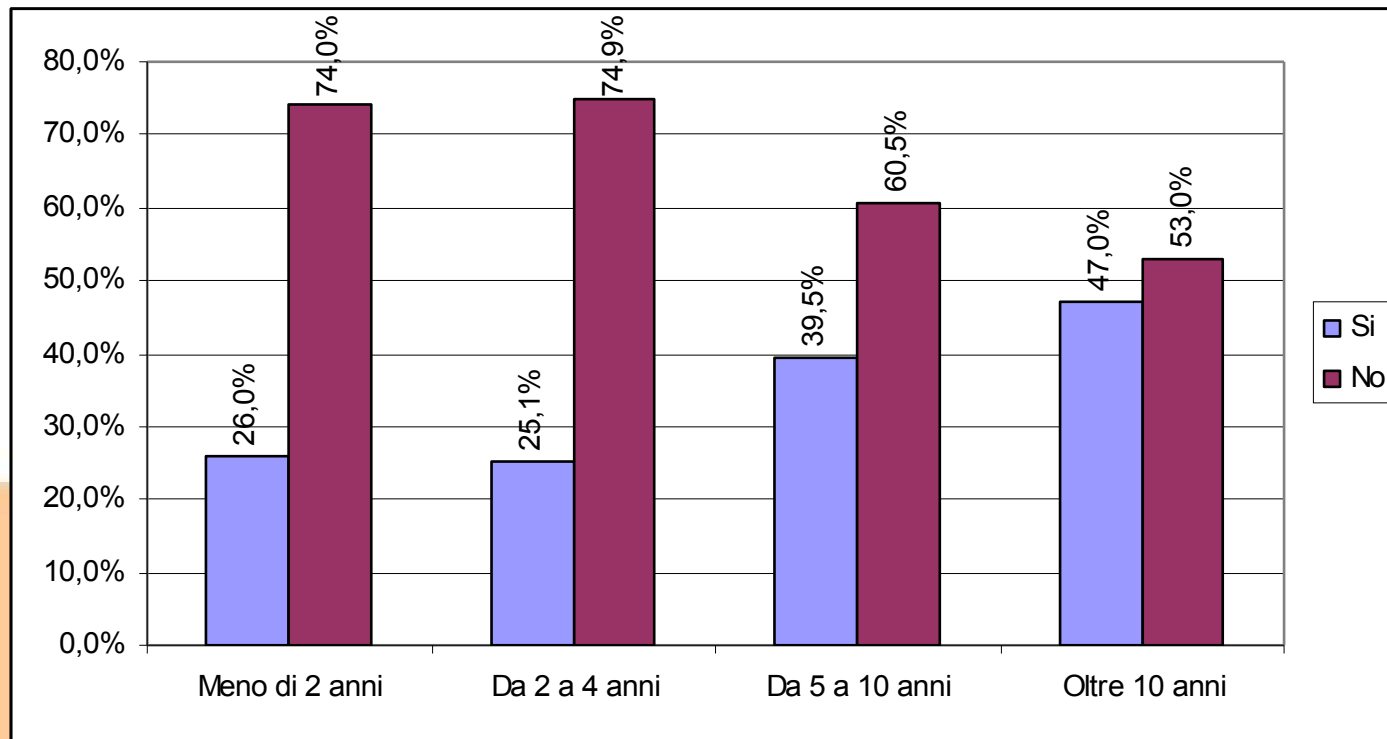
50,4% e 55,5% per le fasce di reddito da 1.501 a oltre i 2.500 euro mensili



Stili di vita

Prevenzione

Altre variabili altrettanto significative sono la **provenienza geografica** e il **tempo d'immigrazione**



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



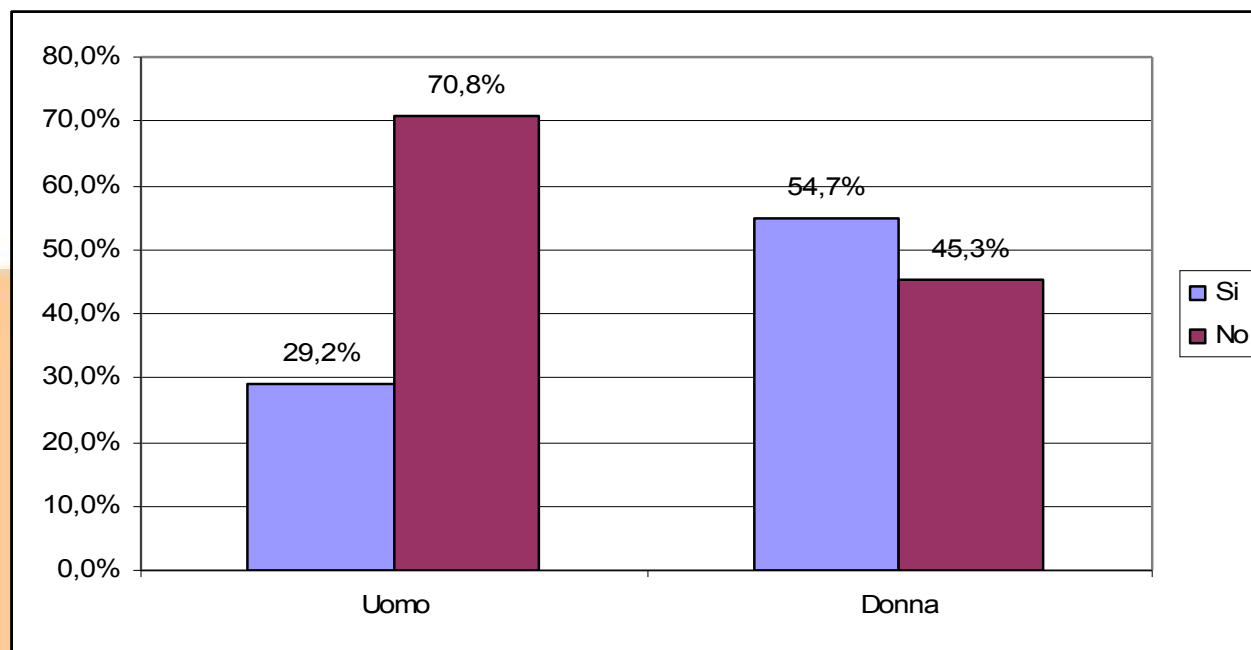
LA CURA DELLA SALUTE DEGLI IMMIGRATI – LA PREVENZIONE

- 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



Stili di vita - prevenzione

- La distribuzione per genere mostra un'importante superiorità femminile (54,7% vs 29,2% della componente maschile) nell'accesso alle visite e ai programmi di prevenzione con buona probabilità dovuta alla **cura della sfera riproduttiva**.
- La media del ricorso alla prevenzione nella classe di età F 20-49 anni è 54% vs il 26% del contingente M della stessa classe d'età
- Si avvicinano i gruppi F/M nella classe d'età + 50 anni (48,7% M, 66% F)



CURA DELLA SALUTE - PREVENZIONE

Molto nette appaiono le differenze di comportamento

rispetto al **titolo di studio** e **reddito**, variabili che possiamo definire "strutturali".

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



CURA DELLA SALUTE - PREVENZIONE

Molto nette appaiono le differenze di comportamento

rispetto al **titolo di studio** e **reddito**, variabili che possiamo definire "strutturali".

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