FONDAZIONE ISMU
INIZIATIVE E STUDI SULLA MULTIETNICITÀ

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

di Lia Lombardi

Luglio 2015

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

di Lia Lombardi

Le migrazioni sono "fatti sociali totali", cioè momenti cruciali della realtà umana che, nel loro accadere, coinvolgono la pluralità complessiva dei livelli sociali (Mauss,1965): di grande portata umana e storica, tanto da poter affermare che la storia dell'umanità "è la storia delle migrazioni". Questo fenomeno investe tutti gli ambiti della vita sociale e individuale e coinvolge a fondo e su tutti i piani tanto gli emigranti e le società di partenza quanto le società di arrivo, non lasciando nulla al posto in cui era prima.

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, 2014). Secondo i dati Eurostat (2015), 33,5 milioni di immigrati erano presenti nell'UE al 1° gennaio 2014, provenienti sia da paesi UE sia extra UE.
In termini assoluti, il maggior numero di cittadini stranieri residenti nell'UE al 1° gennaio 2013 vivono in Germania (7 milioni di persone), Regno Unito (5 milioni), Italia (4,9 milioni), Spagna (4,7 milioni) e Francia (4,2 milioni). I non cittadini residenti in questi cinque Stati membri dell'UE rappresentato il 77% del totale degli stranieri residenti nell'UE- 27.

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". Pertanto le disuguaglianze sono multiple e stratificate ed ogni paese è interessato tanto da disuguaglianze interne quanto esterne, cioè tra i diversi paesi e aree del mondo.

La connessione tra posizione sociale e livello di salute-malattia è definita *gradiente sociale, c*iò 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.

Il processo migratorio comprende diverse fasi e fattori che influenzano la salute delle persone migranti e che compromettono la loro condizione di benessere.

Tabella 1 – Alcuni indicatori di salute nel mondo – Regioni OMS, 2013

Indicatori di salute	Africa	Americhe	Sud-Est Asia	Europa	Est Mediterrano	Pacifico occidentale
Speranza di vita	M/F 57/60	M/F 74/80	M/F 66/70	M/F 73/80	M/F 67/70	M/F 74/78
Mortalità infantile (per 1000 nati vivi (sotto i 5 anni)	90.1	14.7	46.9	12.2	55.2	15.3
Mortalità infantile (per 1000 nati vivi (0-1 anno)	59.9	12.4	37.3	10.5	42.5	12.7
Tasso di mortalità materna (ogni 100 mila nati vivi)	500	68	190	17	170	45
Tassi di mortalità generale (adulti 15-60 anni/1000 abitanti)	M/F 332/281	M/F 157/87	M/F 219/146	M/F 178/79	M/F 181/135	M/F 114/76
Cause Specifiche di morte (per 100 mila abitanti)						
HIV/AIDS						
Malaria	122	8.0	10	6.8	3.2	3.0
Tubercolosi	63	0.1	2.3	---	4.2	0.2
(HIV-negativi)	42	1.5	23	4.1	23	5.8

Fonte: World Health Statistics, WHO, 2015

Pertanto, la condizione di migrante, sicuramente sfavorevole durante le prime fasi del processo migratorio, va a sovrapporsi alle disuguaglianze "interne" ed "esterne" preesistenti così da determinare un "accumulo di disuguaglianze" e/o di "discriminazione molteplice". Quando le migranti sono donne e/o giovani si sovrappongo, alle precedenti, anche le disuguaglianze e le discriminazioni di genere e di generazione.

Con questi presupposti, affrontiamo l'analisi dei dati dei ricoveri ospedalieri della regione Lombardia e della survey ISMU-ORIM sui flussi migratori verso la Lombardia e sulla condizione dei migranti[1].

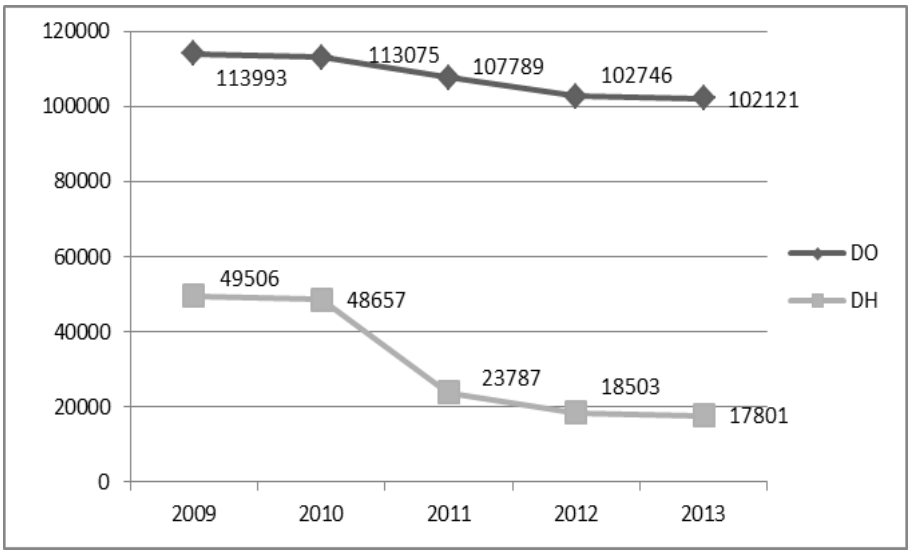
Nel 2013 il sistema ospedaliero lombardo registra complessivamente 1.520.806 ricoveri, con una distribuzione di genere pari al 53,2% di donne e al 46,8% di uomini. Di questi, 1.311.127 sono i ricoveri in regime ordinario (86,2%), 199.743 in *day hospital* (13,1%). Troviamo simile andamento nei ricoveri dei cittadini stranieri provenienti da

[1] www.orimregionelombardia.it/upload/5534eed642484.pdf.

Paesi a forte pressione migratoria (PFPM): 120.020 ricoveri complessivi di cui 102.121 in Regime Ordinario (DO) e 17.801 in Day Hospital (DH).

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.

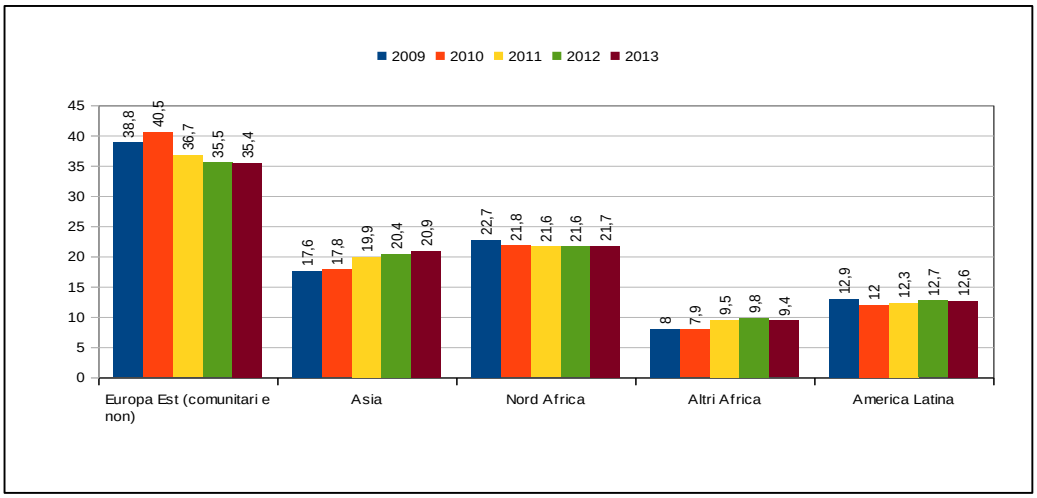
Grafico 1 - Andamento DO e DH, periodo 2009-2013



Fonte: elaborazione ISMU su dati della DG Sanità, Regione Lombardia, 2014

La distribuzione dei DO per grandi aree di provenienza mostra una sostanziale stabilità del numero dei ricoveri e un lievissimo incremento della componente asiatica (+0,5%) rispetto al 2012. La distribuzione relativa ai Day Hospital mostra un andamento generale negativo e una sostanziale stabilità nel confronto con il 2012.

Grafico 2 - DO per grandi aree di cittadinanza – PFPM, periodo 2009-2013

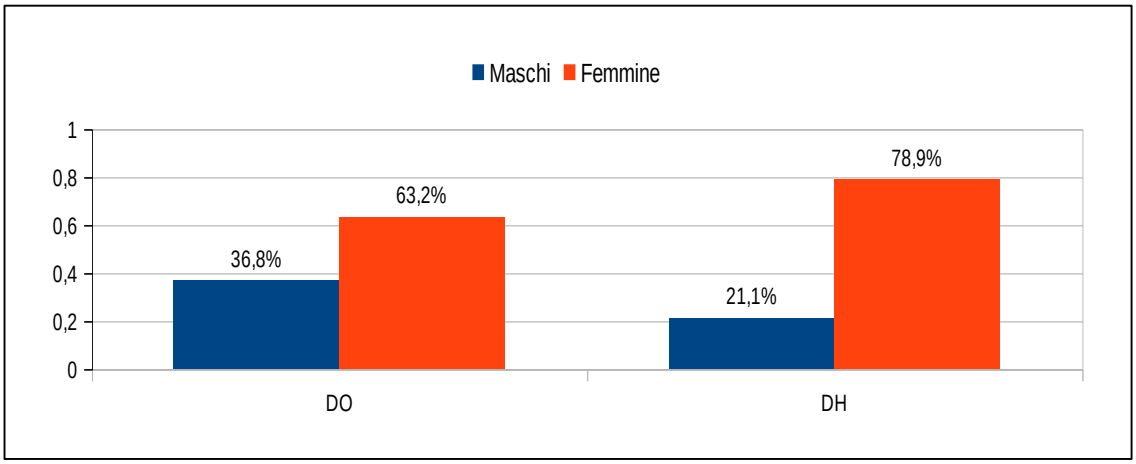


Fonte: elaborazione ISMU su dati della DG Sanità, Regione Lombardia, 2014

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 distribuzione di genere indica una maggiore presenza femminile sia nelle degenze ordinarie (63,2%) sia nei day hospital, dove la prevalenza è più netta (14.048 pari al 78,9%), (Figura 3.6). L'andamento è molto simile al 2012, ma con un divario di genere ancora più marcato nei DH.

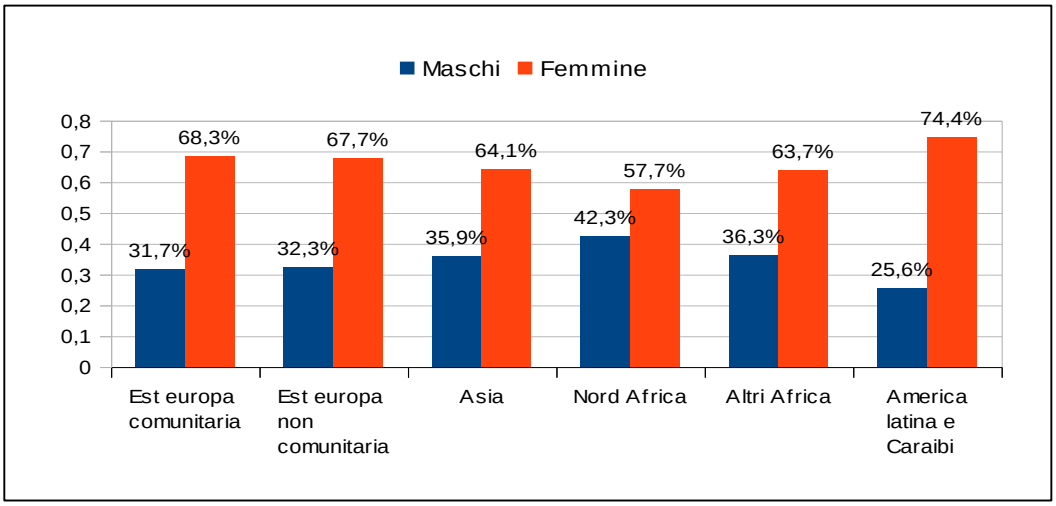
Grafico 3 - Degenze ordinarie e day hospital per genere – PFPM. Lombardia, 2013



Fonte: elaborazione ISMU su dati della DG Sanità, Regione Lombardia, 2014

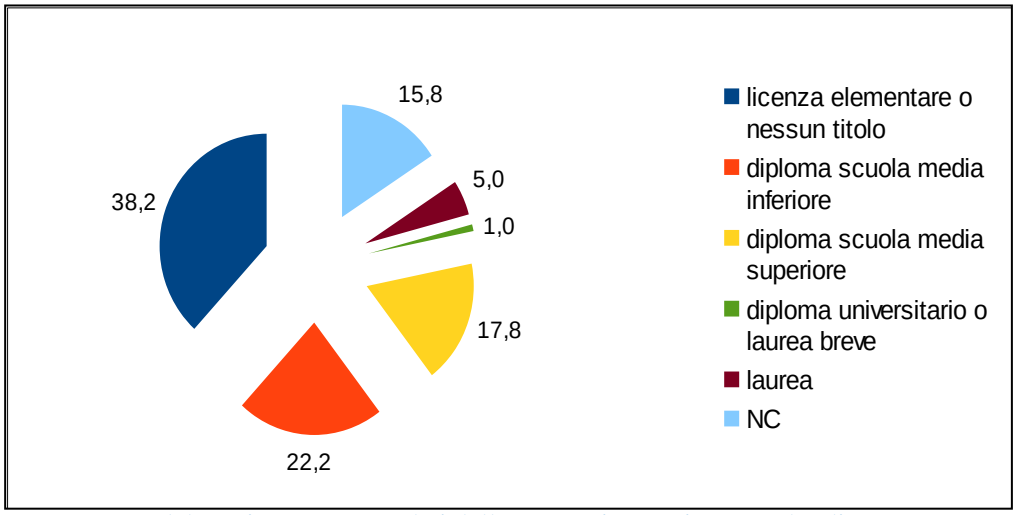
Riguardo alla distribuzione di genere per macroaree di provenienza, la presenza femminile nei ricoveri è superiore a quella maschile per tutte le aree, comprese quelle a maggior connotazione migratoria maschile, come il Nord Africa e Altri Africa; la percentuale relativa alla componente femminile latinoamericana è ancora più marcata (74,4%).

Grafico 4 - Ricoveri DO e DH per genere e aree di cittadinanza. Lombardia, 2013



Fonte: elaborazione ISMU su dati della DG Sanità, Regione Lombardia, 2014

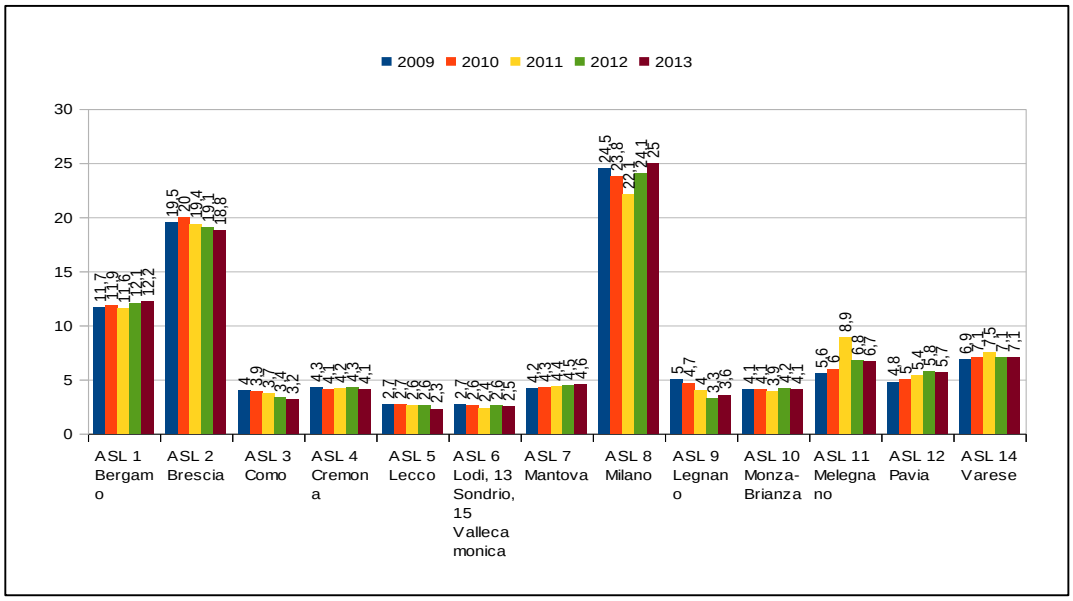
Grafico 5 - Ricoveri stranieri PFPM per titolo di studio. Lombardia, 2009-2013



Fonte: elaborazione ISMU su dati della DG Sanità, Regione Lombardia, 2014

La numerosità dei ricoveri femminili è dovuta in maniera prevalente alle gravidanze, ai parti e agli aborti: i ricoveri per questi motivi sono complessivamente 32.594 (-7.359 rispetto al 2012) pari al 27,2% di tutti i ricoveri a carico degli stranieri e al 41,5% dei ricoveri a carico del genere femminile con cittadinanza di PFPM. I ricoveri per il parto delle cittadine straniere rappresentano il 26,2% di tutti i parti che avvengono negli ospedali lombardi e il 33,7% sono i ricoveri per l'aborto di questo stesso contingente.

Grafico 6 – DO stranieri PFPM per ASL. Lombardia, 2009-2013



Fonte: elaborazione ISMU su dati della DG Sanità, Regione Lombardia, 2014

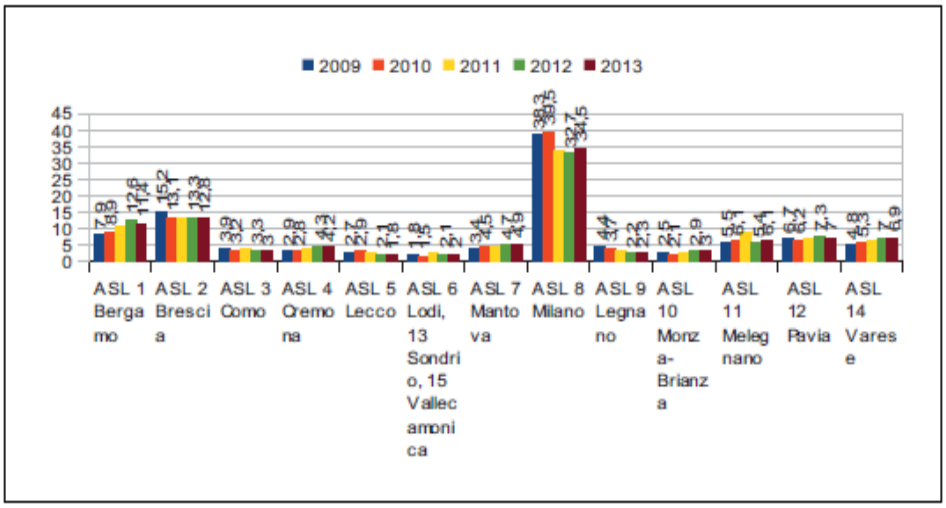
I titoli di studio delle persone straniere ricoverate evidenziano una popolazione sostanzialmente istruita a livello elementare e media inferiore (38,2% e 22,2%): dato in contrapposizione rispetto ai livelli di istruzione della popolazione straniera presente in regione Lombardia che evidenzia livelli di istruzione medio-alti.

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.

La dinamica dei DH evidenzia quest'anno un lieve incremento del peso relativo delle aziende sanitarie milanesi (1,8%), diminuisce leggermente l'utenza straniera nell'ASL di Bergamo (-1,2) e rimangono sostanzialmente stabili le altre.

Dall'analisi dei dati relativi ai ricoveri regionali e dalla rilevazione campionaria ORIM (2014), realizzata nel bimestre settembre-ottobre 2014 su un campione di circa 4mila unità a livello regionale (4mila casi validi) (Blangiardo, 2015), emergono alcune aree di attenzione per quanto riguarda la salute della popolazione immigrata in regione, tra cui: nuove strategie di cura conseguenti alla crisi economica; gli stili di vita (fumo, alimentazione, attività fisica); la disposizione verso la prevenzione della salute.

Grafico 7 – DH stranieri PFPM per aziende ospedaliere. Lombardia, 2009-2013



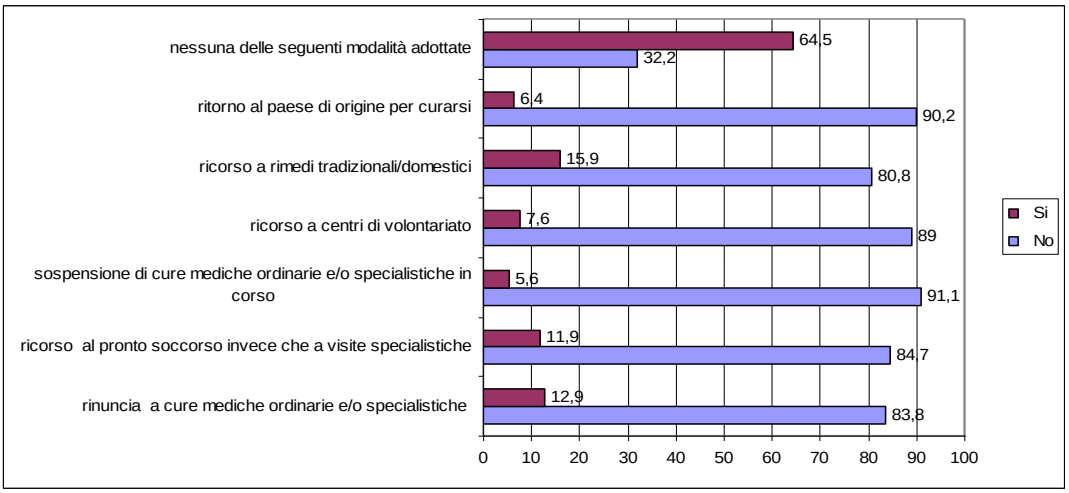
Fonte: elaborazione ISMU su dati della DG Sanità, Regione Lombardia, 2014

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: il 15,9% ricorre a cure tradizionali/domestiche; il 12,9% rinuncia a cure mediche e specialistiche.

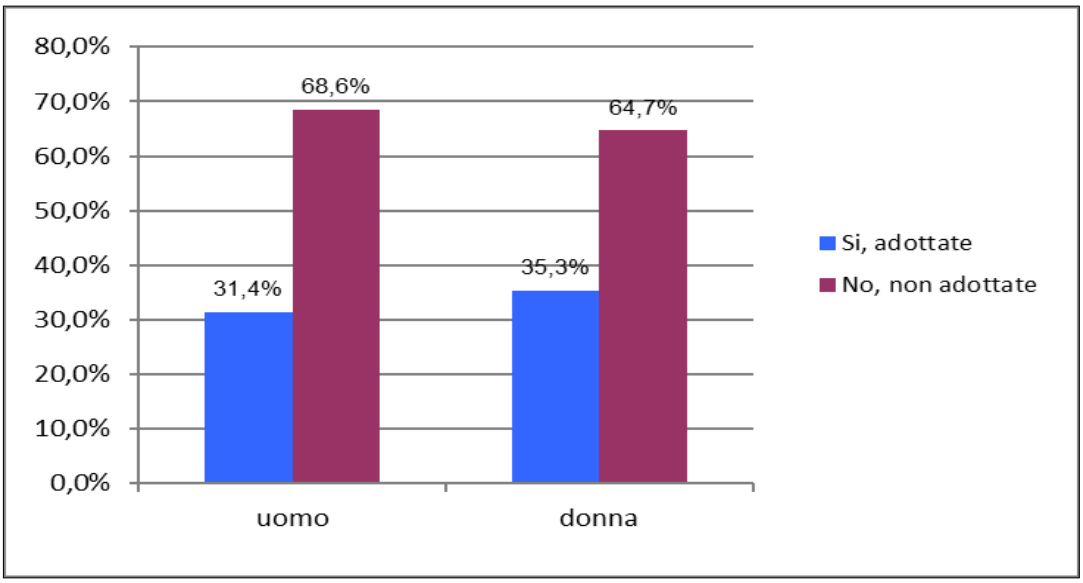
Grafico 8 - Modalità di cura adottate a causa di difficoltà economiche, nei 12 mesi precedenti l'intervista. Lombardia, 2013



Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

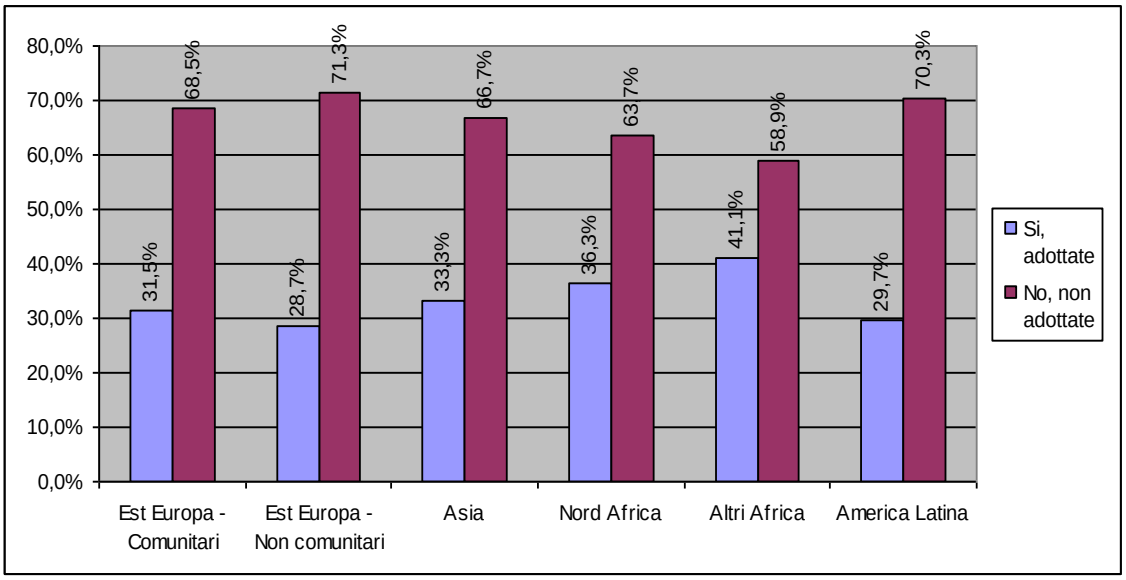
La distribuzione per genere indica una maggiore propensione delle donne ad adottare altre strategie di cura (+ 3,9% degli uomini) per far fronte alla crisi economica.

Grafico 9 - Modalità di cura adottate/non adottate a causa di difficoltà economiche, nei 12 mesi precedenti all'intervista. Distribuzione per genere. Lombardia, 2013



Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

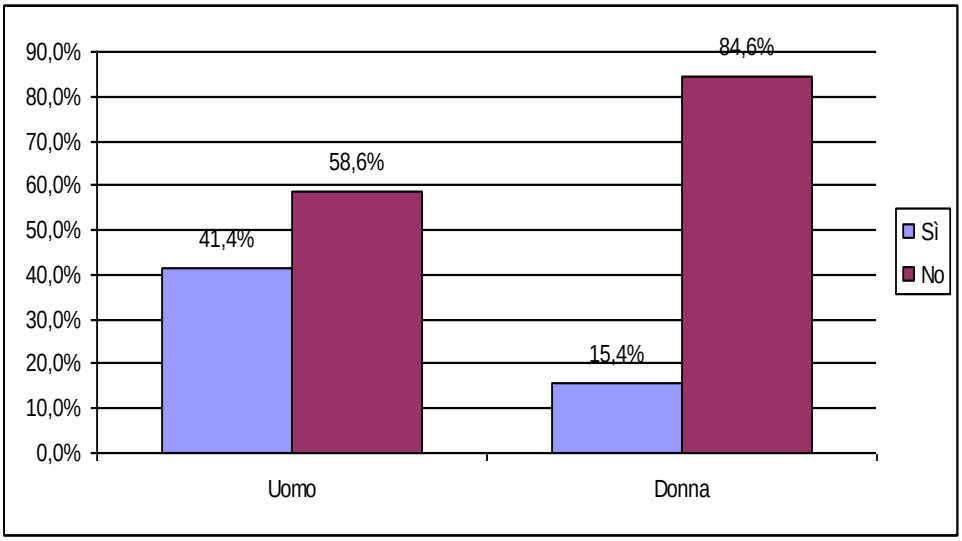
Grafico 10 - Modalità di cura adottate/non adottate a causa di difficoltà economiche, nei 12 mesi precedenti l'intervista. Distribuzione per macroaree di cittadinanza. Lombardia, 2013



Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

La distribuzione per aree di provenienza, indica il 40% di immigrati dall'Africa, il 36,3% dal Nord-Africa, il 33,3% dall'Asia, il 31,5% dall'Europa UE e il 28,7% dall'Europa non UE che hanno cambiato strategie di cura. Questo cambiamento è sicuramente dovuto al deterioramento delle condizioni di vita (per esempio, la disoccupazione e la perdita del permesso di soggiorno). Appaiono comunque peggiori le condizioni degli africani e dei maghrebini (20% e 17% rispettivamente).

Grafico 11 – Uso di tabacco tra le persone immigrate, per genere. Lombardia, 2013



Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

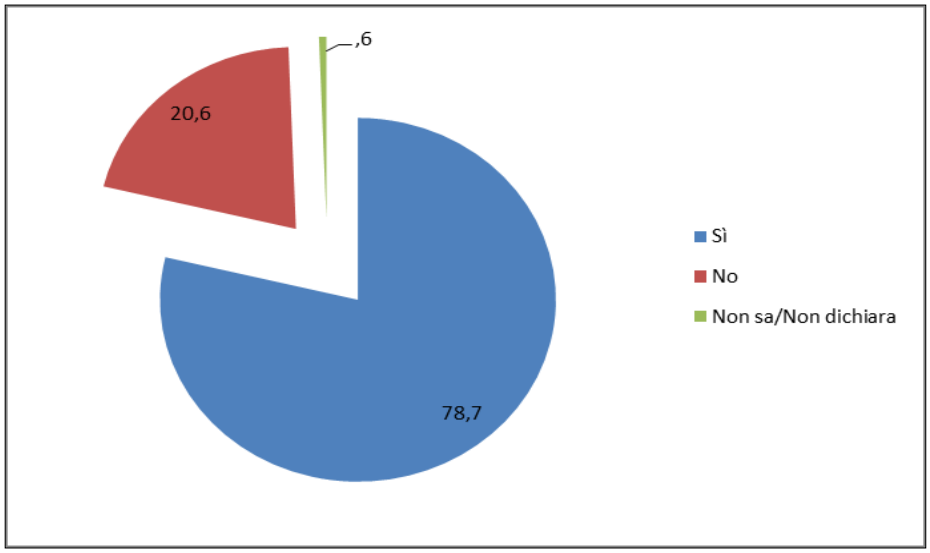
Tra le persone intervistate ultra-quattordicenni, immigrate in Lombardia, il 28,9% dichiara di fare uso di tabacco: lo stesso dato a livello nazionale risulta essere del 22,0% (ISS, Rapporto sul fumo, 2014). La distribuzione di genere tra i fumatori/fumatrici riguarda il 41,4% degli uomini e il 15,4% delle donne con più di 14 anni. Il dato nazionale è quasi sovrapponibile per quanto riguarda le donne (18,9%) (Ibid.), ma molto diverso per la componente maschile (25,4%), tenendo conto delle dovute differenze di rilevazione statistica.

Guardando alle classi d'età, la prevalenza dei fumatori riguarda la fascia 30-34 anni (34,3%), non sono però trascurabili le fasce d'età giovanili: 25,1% i giovani 15-19 anni, 27,6% il gruppo dei 20-24 anni e 28,2% quello dei 25-29 anni.

La distribuzione per macroaree di cittadinanza mostra che i fumatori più forti sono tra gli europei comunitari[2] (46,0%) e non comunitari (34,0%) a cui seguono i nordafricani con il 33,6% di fumatori.

Un altro indicatore che abbiamo considerato per l'analisi degli stili di vita è l'alimentazione, in particolare il consumo di frutta e verdura. Il 78,7% degli intervistati dichiara di consumare quotidianamente frutta e verdura (il dato nazionale ISTAT del 2013 è pari all'83,5%) con una distribuzione di genere che interessa in misura maggiore la componente femminile (85,4%) rispetto al 73,5% degli uomini.

Grafico 12 - Consumo quotidiano di frutta e verdura. Lombardia, 2013

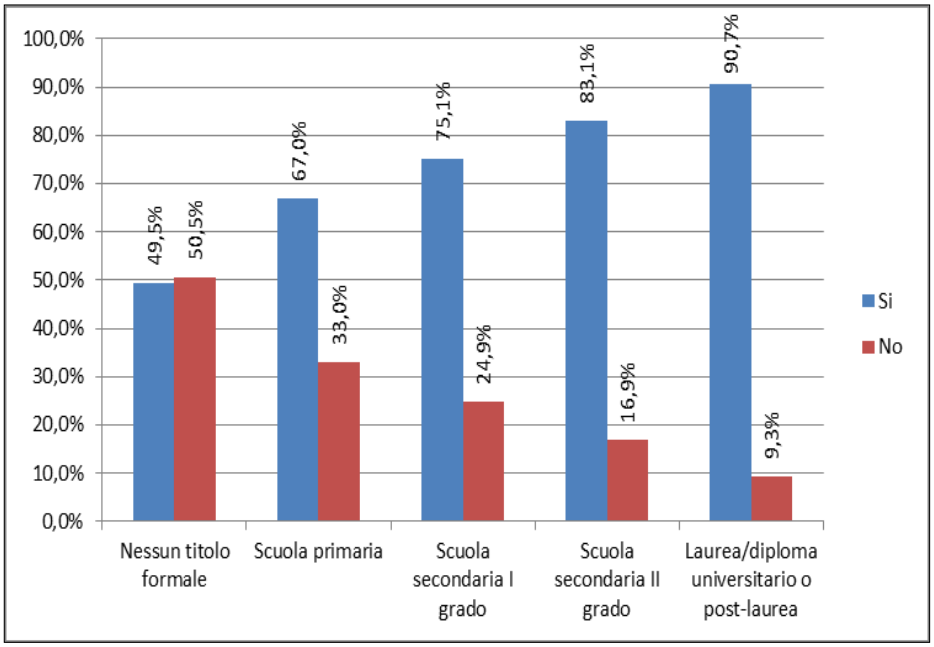


Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

Si riscontrano differenze molto importanti rispetto alle variabili "istruzione" e "reddito": assolutamente crescente il consumo quotidiano di frutta e verdura in relazione al titolo di studio più elevato (dal 90,7% dei laureati al 49,5% di coloro che non hanno alcun titolo di studio formale) e al "reddito" più alto.

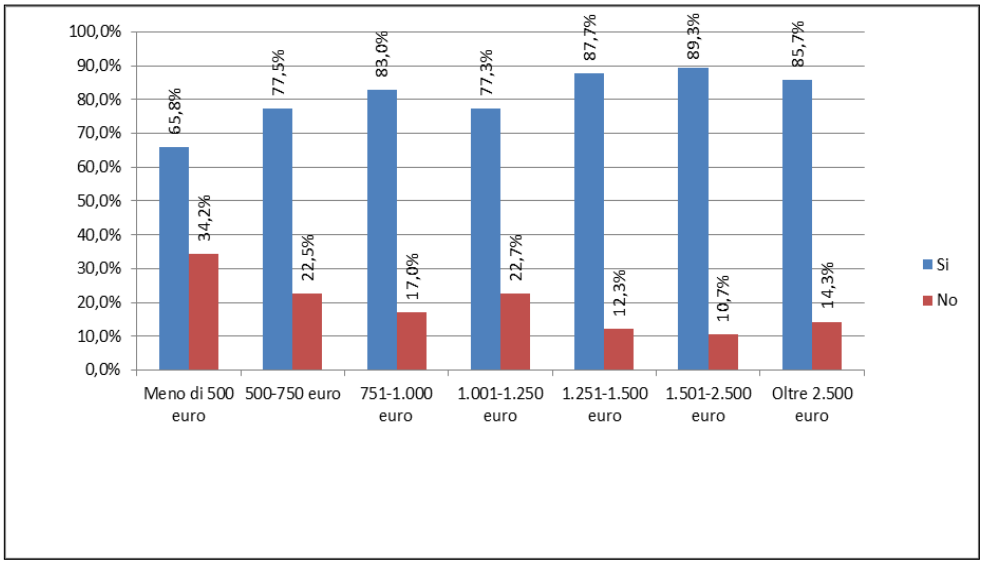
[2] Ricordiamo che in questa categoria sono compresi i cittadini rumeni che numericamente rappresentano la prima popolazione straniera in Lombardia.

Grafico 13 - Consumo quotidiano di frutta e verdura, per titolo di studio. Lombardia, 2013



Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

Grafico 14 - Consumo quotidiano di frutta e verdura, per fasce di reddito. Lombardia, 2013

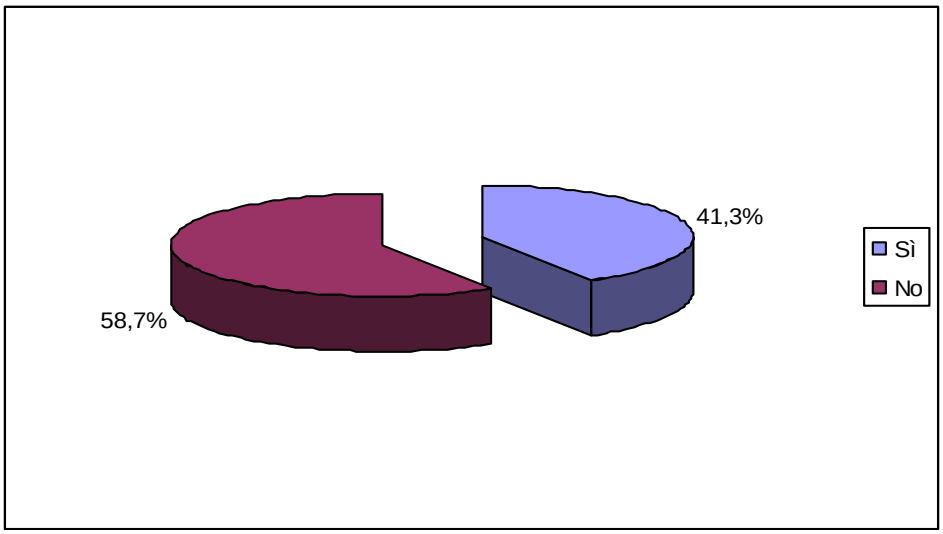


Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

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.

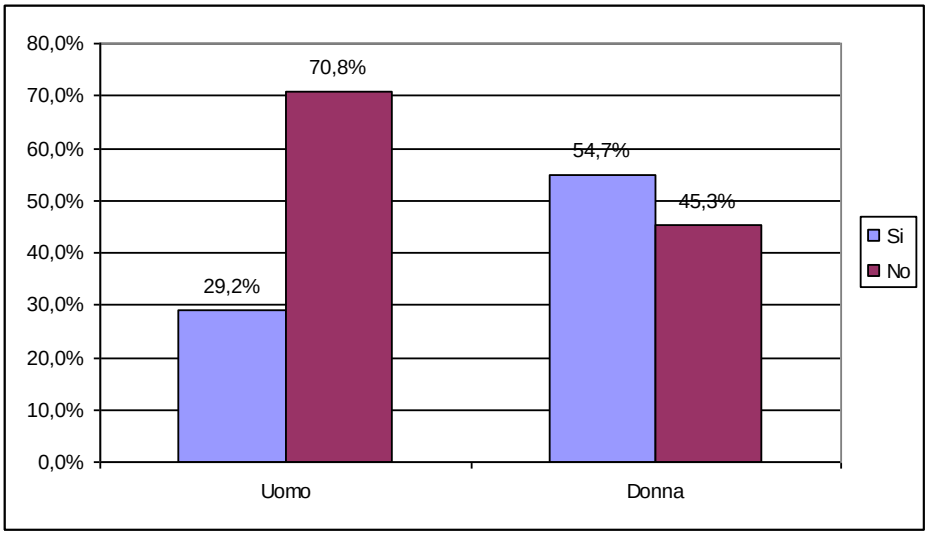
Come possiamo osservare dal grafico 5, solo il 41,3% degli intervistati dichiara di effettuare periodicamente visite e screening di prevenzione, a fronte di un dato nazionale che si aggira intorno al 70% (ISTAT, 2010).

Grafico 15 - Ricorso a visite periodiche e di prevenzione (esami del sangue, pap test, screening tumori). Lombardia, 2013



Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

Grafico 16- Ricorso a visite periodiche e di prevenzione (esami del sangue, pap test, screening tumori). Distribuzione per genere. Lombardia, 2013



Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

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 (gravidanza, parto, contraccezione) e alla prevenzione dei tumori femminili. Infatti, il ricorso medio delle donne

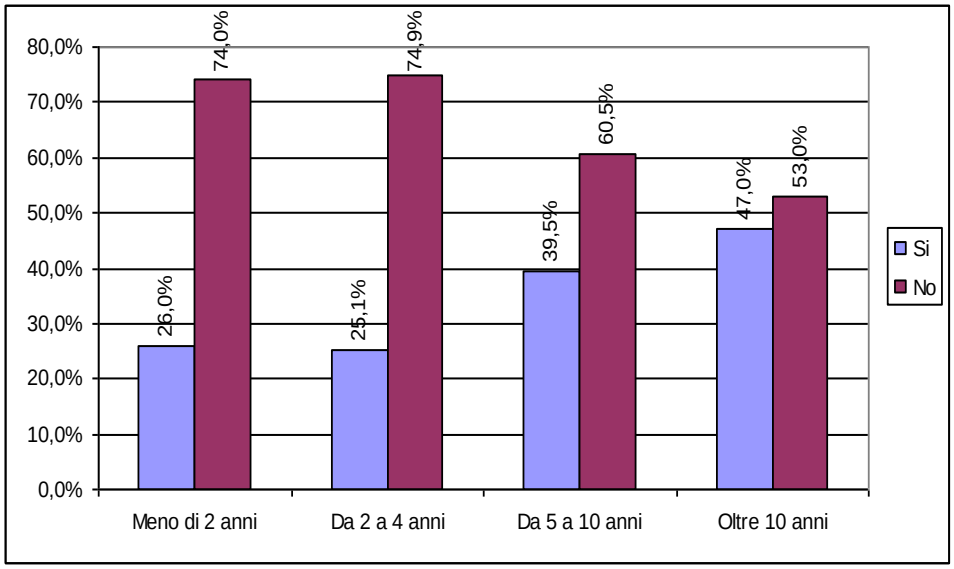
alla prevenzione nella fascia di età riproduttiva 20-49 anni è pari al 54,0% a fronte di un ricorso maschile, dello stesso gruppo di età, pari al 26,0%. Nelle fasce più alte d'età (50+ anni) s'innalza il ricorso medio maschile alle visite di prevenzione (48,7%) pur rimanendo significativamente inferiore a quello femminile (66,0%).

Molto nette appaiono le differenze di comportamento rispetto alle distribuzioni per 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 (rispettivamente 45,2% e 53,3% per titolo di scuola secondaria superiore e laurea/titoli universitari e 50,4% e 55,5% per le fasce di reddito da 1.501 a oltre i 2.500 euro mensili).

Quanto alle macroaree di cittadinanza, più "virtuosi" sembrano essere gli europei comunitari (45,3%), non comunitari (44,9%) e i latinoamericani (43,8%); un minore ricorso alla prevenzione è osservabile tra le cittadinanze africane (39,9%), nordafricana (39,0%), asiatiche (38,1%).

Molto importante è, d'altra parte, il peso dell'anzianità migratoria che mostra un ricorso crescente ai servizi di prevenzione in rapporto al periodo di permanenza in Lombardia: dal 26,0% di coloro che risiedono sul territorio da meno di 2 anni al 47% di coloro che vi risiedono da oltre 10 anni.

Grafico 17 - Ricorso a visite periodiche e di prevenzione (esami del sangue, pap test, screening tumori). Distribuzione per anzianità migratoria. Lombardia 2013



Fonte: elaborazioni ORIM, 2014

Bibliografia

Blangiardo G.C. (A cura di) (2015), *L'immigrazione straniera in Lombardia La quattordicesima indagine regionale. Rapporto 2014*, Éupolis Lombardia, Fondazione Ismu, Milano.

Caritas- Migrantes (2014), *Tra crisi e diritti umani*, *XXIII Rapporto Immigrazione 2013*, Caritas Italiana, Roma.

Eurostat (2015), *Migration and migrant population statistics,* Data extracted in May 2015, *http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Migration_and_migrant_population_statistics.*

ISS, Istituto Superiore di Sanità (2014), *Rapporto sul fumo*, www.iss.it.

ISTAT (2013), *Aspetti della vita quotidiana*, www.istat.it.

Lombardi L., Merotta V., Pasini N., Pullini A. (2015), *La salute degli immigrati in Lombardia,* in Cesareo V. (a cura di), *Rapporto 2014. Gli immigrati in Lombardia,* Éupolis Lombardia, Fondazione Ismu, 2015.

The ISMU Foundation is an independent research centre funded in 1992 promoting research and training activities on migration, integration and the ever-growing ethnic and cultural diversity of contemporary societies.
As an independent scientific body, it proposes itself as a service provider open to the collaboration with national and European institutions, local administrations, welfare and health-care agencies, non-profit organisations, schooling institutions, Italian and foreign research centres, libraries and documentation centres, international agencies, diplomatic and consular representations.

www.ismu.org

ISMU Foundation - Initiatives and Studies on Multiethnicity
Via Copernico 1, 20125 Milano Italy
ismu@ismu.org
Tel. +39 2 67877927
Fax +39 2 67877979