

LUCIA CHIURCO, ALDO ROSANO

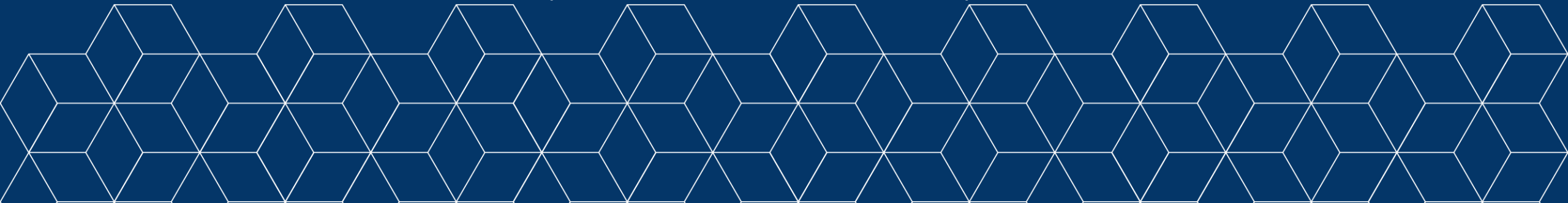
STRUTTURA ECONOMIA CIVILE E PROCESSI MIGRATORI, INAPP

DAL MIGRANTE SANO AL MIGRANTE ESAUSTO

Morbosità ed invecchiamento della popolazione di origine straniera

Elisir di Geografia Educazione geografica alla salute. Notte internazionale della Geografia

Sapienza Università di Roma, 14 aprile 2023



CONTENUTI

FENOMENO MIGRATORIO: PERCEZIONI E DATI REALI

DISCRIMINAZIONE

DIRITTO ALLE CURE



PERCEZIONI E DATI REALI

Tema migratorio: altamente mediatizzato e politicizzato.

Il dibattito politico e sociale e il linguaggio mediatico influenzano le percezioni, condizionano il pensiero e l'interpretazione che l'opinione pubblica ha della realtà.



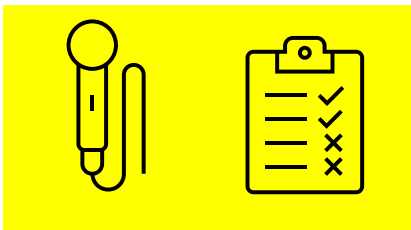
PERCEZIONI E DATI REALI

54% degli intervistati crede che gli immigrati con status irregolare siano più numerosi delle presenze con status regolare (media UE 33%),

2% si considera ben informato su migrazione e integrazione (56% male informato)

26% considera l'immigrazione più un problema (nel 2017 era il 51%)

57% ha amici immigrati (+30 punti percentuali rispetto al 2017) (42% media UE)



PERCEZIONI E DATI REALI



5.193.669 stranieri residenti in Italia (2021). Le nazionalità principali sono **rumena, albanese e marocchina**. Il rapporto tra i **generi** è in **equilibrio**, l'età media è **35,7 anni**. Le presenze irregolari sono circa 500 mila (stima)

Contributo dei lavoratori stranieri al **PIL** nazionale pari al **9%** nel 2020.

Il Valore Aggiunto prodotto dagli occupati stranieri è pari a 134,4 miliardi di euro.

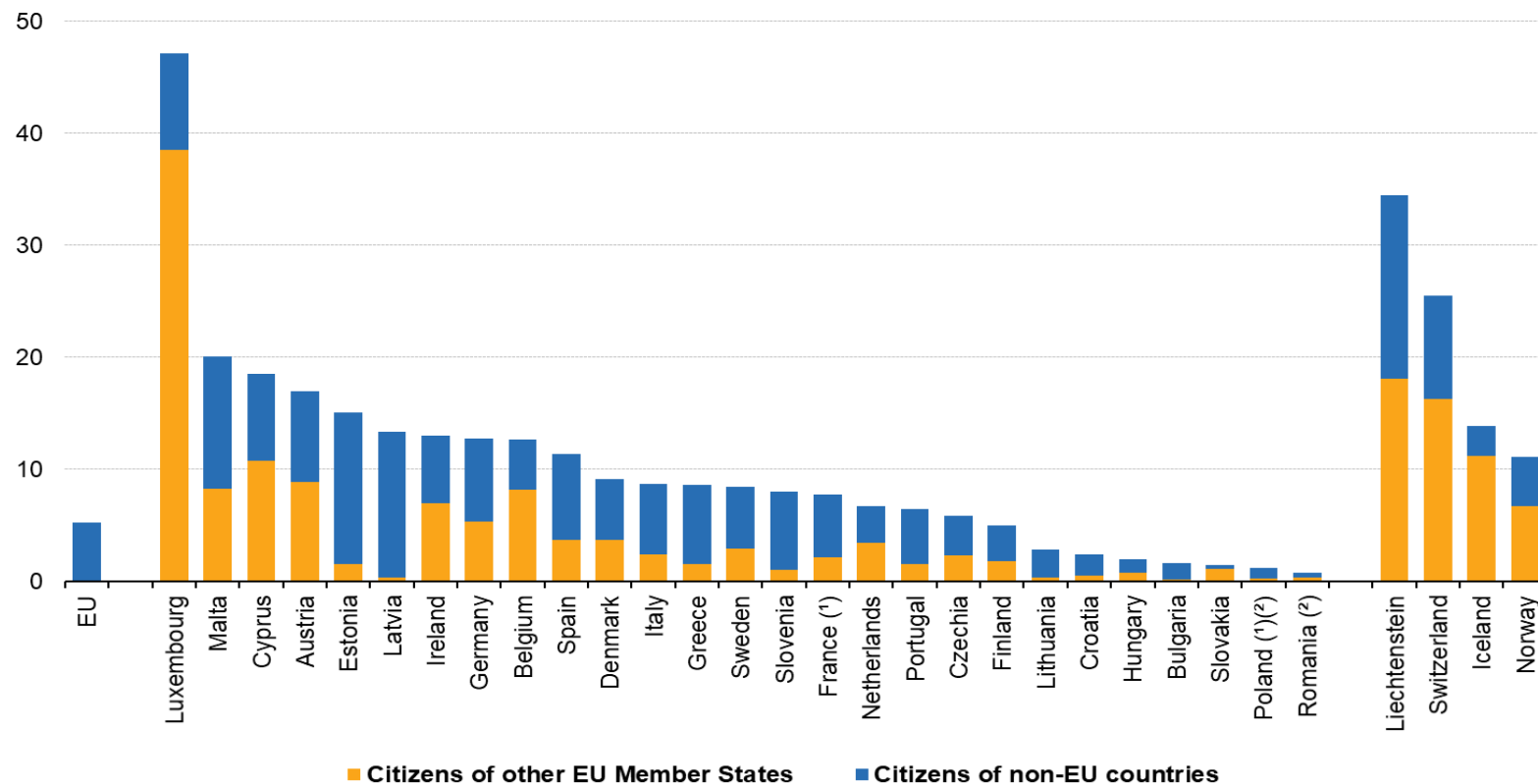
Incidenza maggiore in Agricoltura (17,9%) e Costruzioni (17,6%)



PERCEZIONI E DATI REALI

Share of non-nationals in the resident population, 1 January 2021

(%)



(1) Provisional.

(2) Estimate.

Source: Eurostat (online data code: migr_pop1ctz)



FILTER BUBBLE

« l'immigrazione
incide sui costi del
welfare e consuma
risorse a svantaggio
degli italiani »

« gli
immigrati
portano
malattie »



DATI REALI

Il **saldo netto** tra
uscite economiche
(28,9 mrd) ed entrate
(30,2 mrd)
legate all'immigrazione

è **positivo**



1,3 miliardi di
euro a vantaggio delle
casse dello Stato

Versamenti nel 2020

5,3 mrd di Irpef

4,3 mrd di Iva

1,4 mrd di Tasi e Tari,

2,2 mrd di accise,

145 mln per

acquisizione di

cittadinanza e di

rilascio/rinnovo

permessi di soggiorno.

15,6 mrd di contributi

previdenziali



DISCRIMINAZIONE

D. LGS 286/1998, TU IMMIGRAZIONE E CONDIZIONE DELLO STRANIERO.

«Comportamento che, direttamente o indirettamente, comporti una

DISTINZIONE, ESCLUSIONE, RESTRIZIONE O PREFERENZA basata sulla «razza», il colore, l'ascendenza o l'origine nazionale o etnica, le convinzioni e le pratiche religiose e che abbia lo scopo o l'effetto di distruggere o di compromettere il **RICONOSCIMENTO, IL GODIMENTO O L'ESERCIZIO**, in condizioni di parità, dei **DIRITTI UMANI E DELLE LIBERTÀ FONDAMENTALI** in campo **politico economico, sociale e culturale** e in ogni altro settore della vita pubblica» (art.43)

DISCRIMINAZIONE



Processo finalizzato a promuovere la convivenza nel

INTEGRAZIONE

RISPETTO DEI VALORI SANCITI DALLA COSTITUZIONE ITALIANA, e RECIPROCO IMPEGNO A PARTECIPARE ALLA VITA ECONOMICA, SOCIALE, CULTURALE (art. 4 bis)

bidirezionalità, rispetto della diversità e dei valori fondamentali,
ACCESSO A DIRITTI, BENI E SERVIZI
(elementi che ricorrono nelle definizioni di integrazione **OIM, UNCHR, UE**)



Caratteristiche protette: genere, razza/etnia, disabilità, orientamento sessuale, età, religione, opinioni

Discriminazione diretta

quando, a causa di una caratteristica protetta, una persona è trattata meno favorevolmente di quanto sia trattata un'altra in una situazione analoga

Discriminazione indiretta

quando una disposizione, un criterio o una prassi apparentemente neutri possono mettere persone con caratteristiche protette in una posizione di particolare svantaggio rispetto ad altre persone

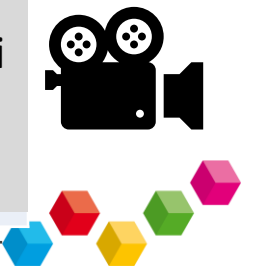


DISCRIMINAZIONE

DIRITTO EUROPEO. LIMITI

numero chiuso	razza/etnia dir. 2000/43/CE	orientamento sessuale, età, religione, disabilità, opinioni dir. 2000/78/CE	genere dir. 2004/113/CE dir. 2006/54/CE
ambiti di applicazione diversi (divari e gerarchie)	lavoro, formazione, accesso a beni e servizi e alla loro fornitura compreso l'alloggio; accesso alle prestazioni sociali (comprese sicurezza sociale e assistenza sanitaria) e istruzione	lavoro	lavoro e accesso ai beni e servizi
approccio basato su singoli motivi			

Considerare i gruppi rigidamente separati per etnia, genere, età, disabilità ecc. rende **INVISIBILI** coloro che si trovano all'intersezione dei vari gruppi



Regole, norme, prassi, atteggiamenti e comportamenti abituali di istituzioni e strutture sociali che impediscono, anche inconsapevolmente, a determinati gruppi/individui parità di diritti e opportunità e li svantaggiano rispetto agli altri (Consiglio d'Europa)

Situazione in cui “le norme giuridiche, le politiche, le pratiche o gli atteggiamenti culturali predominanti nel settore pubblico o privato generano svantaggi per alcuni gruppi e privilegi per altri gruppi” (Nazioni Unite)

Trattamenti differenziati derivanti dalle politiche e dai programmi, da come sono organizzati i servizi in una società, da atteggiamenti e regole sociali discriminatori e si manifesta nella vita quotidiana di donne, gruppi etnici o nazionali, persone con disabilità, persone LGBTQ, care giver, giovani o anziani, persone con precarie condizioni socio-economiche, chi vive all'intersezione di tali gruppi, limitandone la partecipazione alla vita sociale, economica, politica e culturale.

Risorse utili:

<https://www.asgi.it/progetto-law/>
<https://www.asgi.it/tag/diritto-alla-salute/>



DISCRIMINAZIONE

INTERSEZIONALITÀ come chiave di lettura delle disuguaglianze

Discriminazione intersezionale

Quando diversi fattori, agendo in maniera simultanea e interconnessa da non poter più essere scissi, espongono a esclusioni e discriminazioni qualitativamente differenti rispetto a quelle basate su singoli motivi o sulla loro somma



conseguenze sul livello individuale di salute e sulla capacità di accesso all'assistenza sanitaria

Metafora che aiuta a comprendere come molteplici forme di discriminazioni e disuguaglianze si sovrappongono creando svantaggi multipli e ostacoli alla partecipazione



Diritto internazionale

- Preambolo della Costituzione dell'OMS del 1948
- Convenzione internazionale sui diritti economici, sociali e culturali 1966
- Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie, 1990

Diritto europeo. Le direttive europee tutelano l'accesso non discriminatorio alle cure sanitarie basate su

- origine etnica e razziale (Direttiva 2000/43/EC),
- sesso (Direttiva 2004/113/EC),
- nazionalità per i cittadini di un altro paese UE (Direttiva 2011/24/EU)

Diritto nazionale. L'Italia tutela le vittime di discriminazioni in sanità basate su

- disabilità (L. n. 67/2006),
- sesso (D. lgs. 196/2007)
- razza/etnia (D. lgs n. 215/2003)
- nazionalità (D. lgs. n.38/2014).

Le discriminazioni in ambito sanitario generano differenze di accesso alle cure con cumulativi effetti negativi: diagnosi tardive, peggioramento salute, aumento costi, emarginazione sociale



Non c'è equità nei casi di:

✓ Restrizione fisica all'accesso

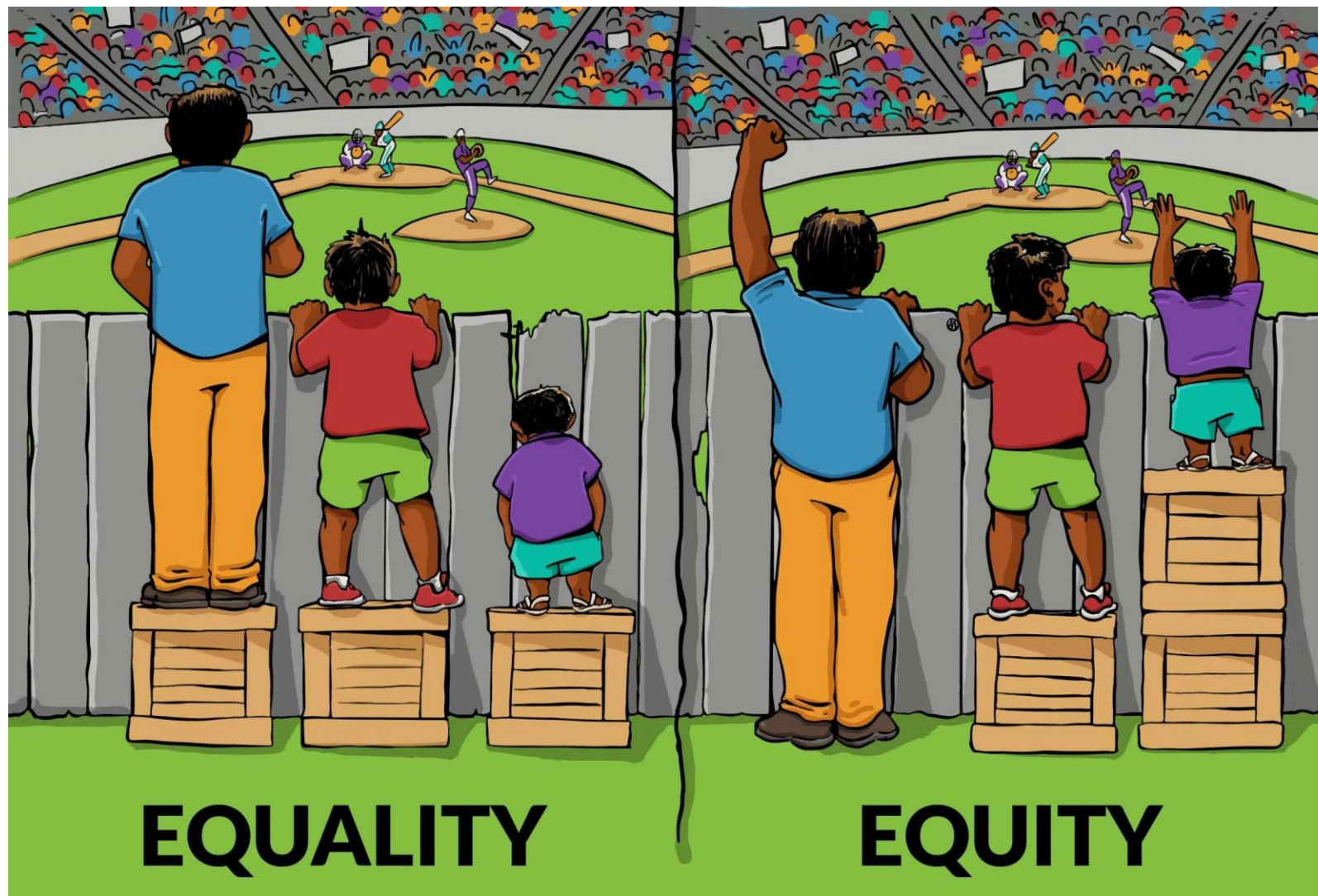
✓ Disparità di trattamento sanitario,
sulla base di caratteristiche dei diversi
gruppi sociali

etnia, occupazione, religione, istruzione, status
socio-economico, capitale sociale, lingua,
nazionalità, sesso, identità di genere e
orientamento sessuale, origine geografica,
disabilità, età, luogo di residenza

Principali gruppi discriminati: migranti, minoranze religiose, persone con bisogni di cura complessi, anziani

Principali cause: reddito, istruzione, occupazione, genere, background migratorio, età





EQUALITY

EQUITY



Barriere comunicative linguistiche

- problemi con lingua della società ospite
- terminologia medica
- gap informativi sui servizi sanitari e sussidi/programmi assistenziali

Barriere finanziarie

- ricorso alla sanità privata a causa di lunghe liste di attesa nel SSN
- costo di medicinali, dispositivi non coperti dal SSN

Barriere organizzative e accessibilità

- accessibilità fisica e distanza geografica, assenza di trasporto pubblico
- procedure di prenotazione non flessibili
- mancanza di accomodamenti ragionevoli

Barriere culturali e psicologiche

- soggezione di fronte al medico, senso di vergogna per l'incapacità di esprimersi correttamente
- stigma associato a disabilità psichica
- sfiducia nella medicina occidentale
- mancanza di competenze mediche e culturali (es. mutilazioni genitali femminili)

Condizioni di vita, lavoro, carichi di cura

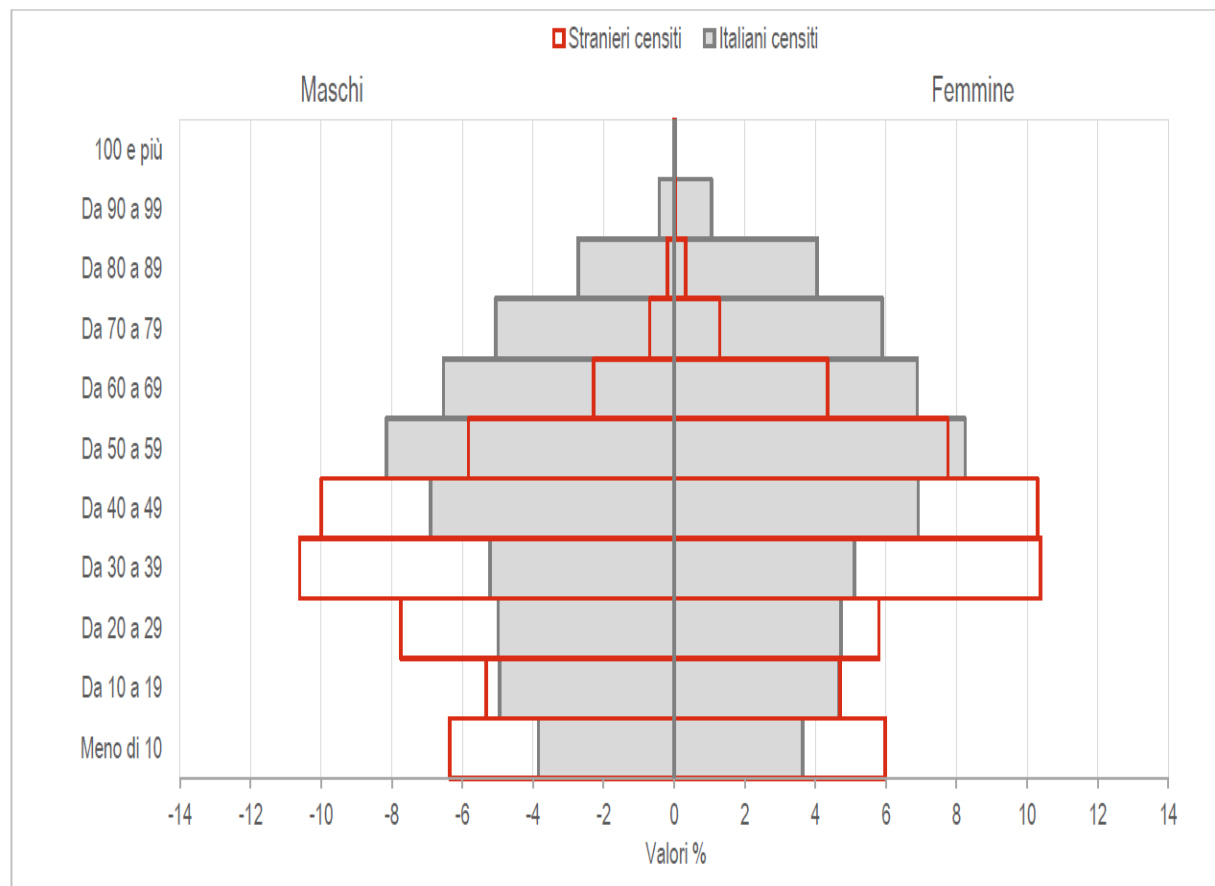
- aumento dei bisogni di cura a cui non corrisponde un adeguato ricorso al servizio sanitario
- assenza di permessi per motivi di salute
- carichi di cura non consentono di allontanarsi per una visita



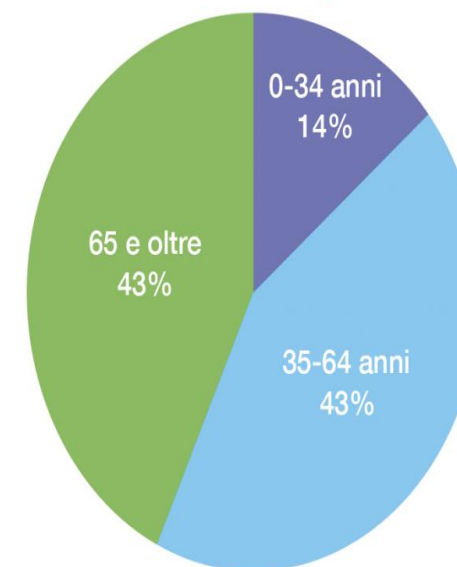
- ✓ Diversa struttura per età della popolazione immigrata e quella italiana
- ✓ Effetto «MIGRANTE SANO»



✓ Diversa struttura per età della popolazione immigrata e quella italiana



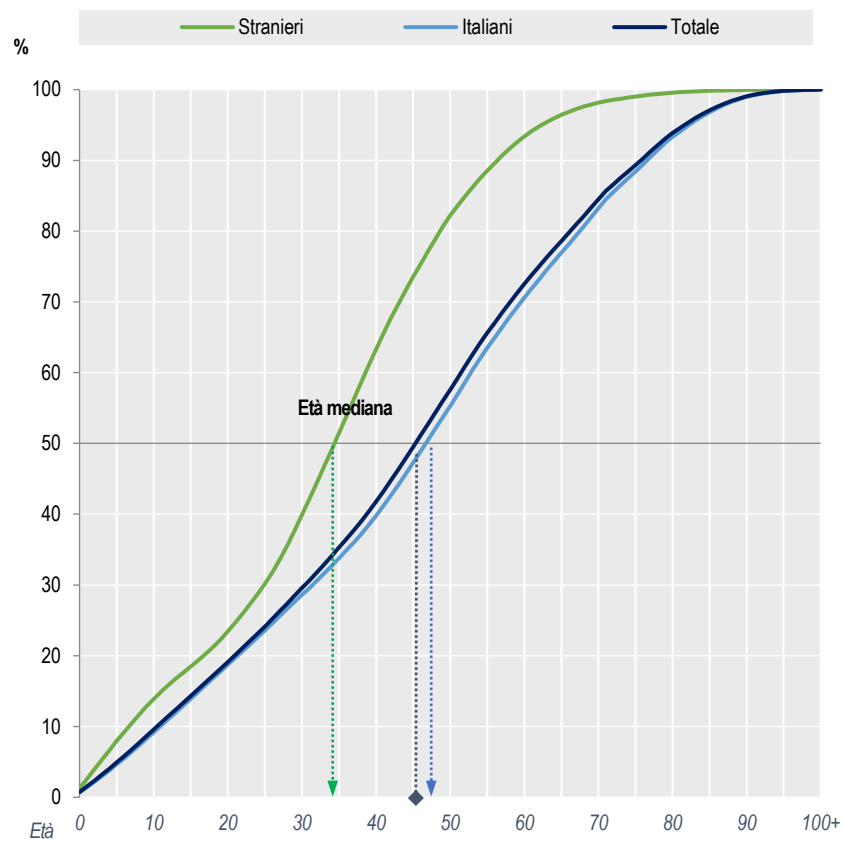
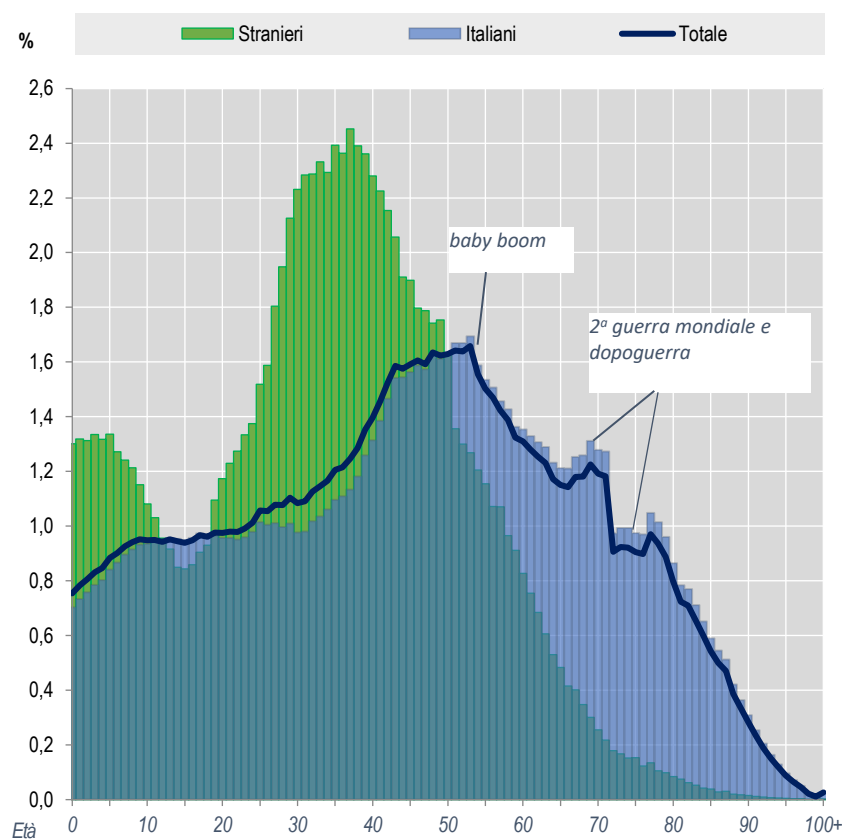
Consumatori di farmaci per classi di età



Fonte: nostra elaborazione su dati Istat



✓ Diversa struttura per età della popolazione immigrata e quella italiana



	Italiani	Stranieri
Età mediana	46.7%	34.4%
Indice di vecchiaia *	187.6%	22.9%
Indice di dipendenza strutturale #	59.3%	27.7%

* È il rapporto percentuale tra il numero degli ultrassessantacinquenni ed il numero dei giovani fino ai 14 anni

Rappresenta il carico sociale ed economico della popolazione non attiva (0-14 anni e 65 anni ed oltre) su quella attiva (15-64 anni).



✓ Effetto migrante sano

La maggior parte dei permessi di soggiorno rilasciati in Italia sono per motivi di lavoro

Non esiste la sindrome di Salgari: è bassa la prevalenza di malattie di importazione e minimi sono i rischi di trasmissione alla popolazione ospite

	Italiani	Stranieri
N. Ricoveri Ospedalieri	6,4 mln	0,4 mln
Composizione dei ricoveri	94%	6%
Popolazione	54 mln	5 mln
Composizione della popolazione	91%	9%



✓ Deterioramento dello stato di salute dovuto a fattori incontrati nel paese ospite

- **fattori di rischio propri della povertà**

precarità abitativa, scarsa tutela sul lavoro, alimentazione sbilanciata

- **disagio psicologico**

manca di supporto psicoaffettivo, sradicamento culturale, fallimento del progetto migratorio

- **difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari**

barriere giuridiche, burocratiche, organizzative, relazionali



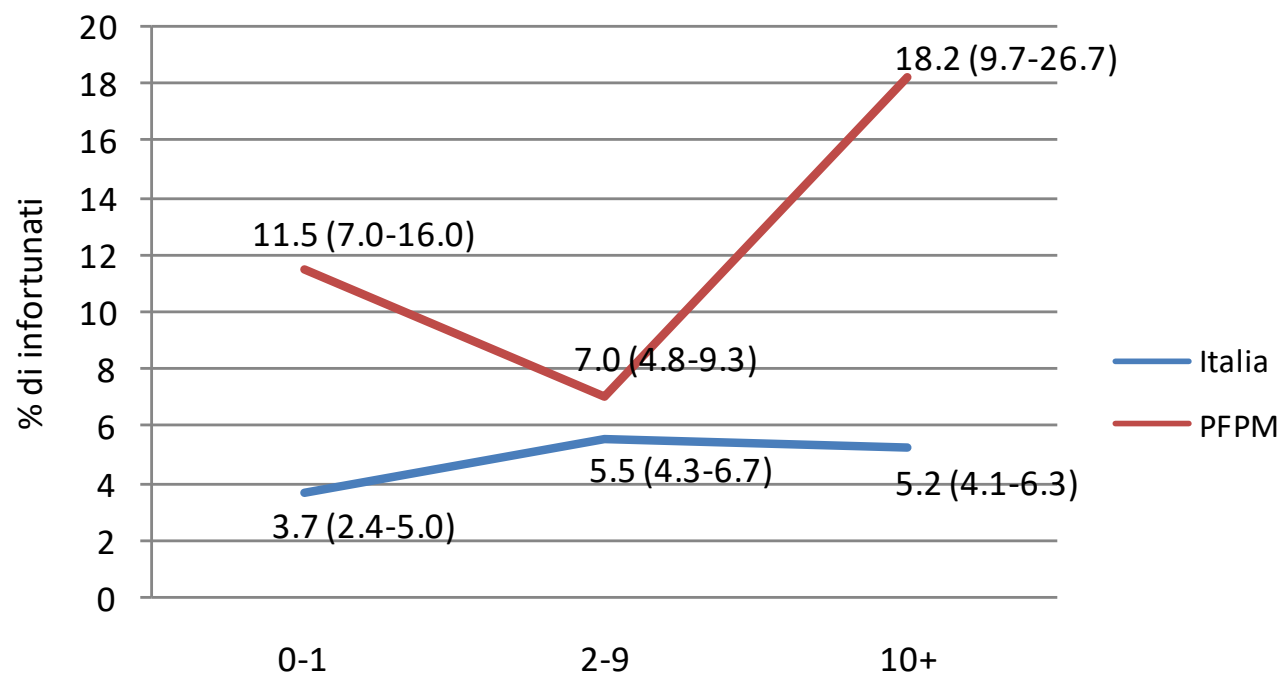
Analisi del rischio infortunistico tra i maschi per tipo di occupazione

Professioni	PFPM		Italia	
	Numero occupati	% infortunati	Numero occupati	% infortunati
Operai edili	402	9.3	4205	5.0
<i>di cui</i>				
Operai edili non qualificati	45	11.2	343	1.8
Operai altra industria e agricoltura qualificati e non qualificati	448	6.7	8504	5.4
<i>di cui</i>				
Addetti alla lavorazione del legno	20	15.6	476	5.4
Addetti alla lavorazione di cuoio, pelli, calzature	14	14.5	111	2.2
Professioni qualificate e non qualificate nel settore dei servizi e delle attività commerciali	358	3.2	7321	3.8
Professioni altamente qualificate e impiegati	106	0.6	14664	1.7
Totale	1314	6.0	34694	3.4

Fonte dati: *Indagine Forze Lavoro, Istat 2021*



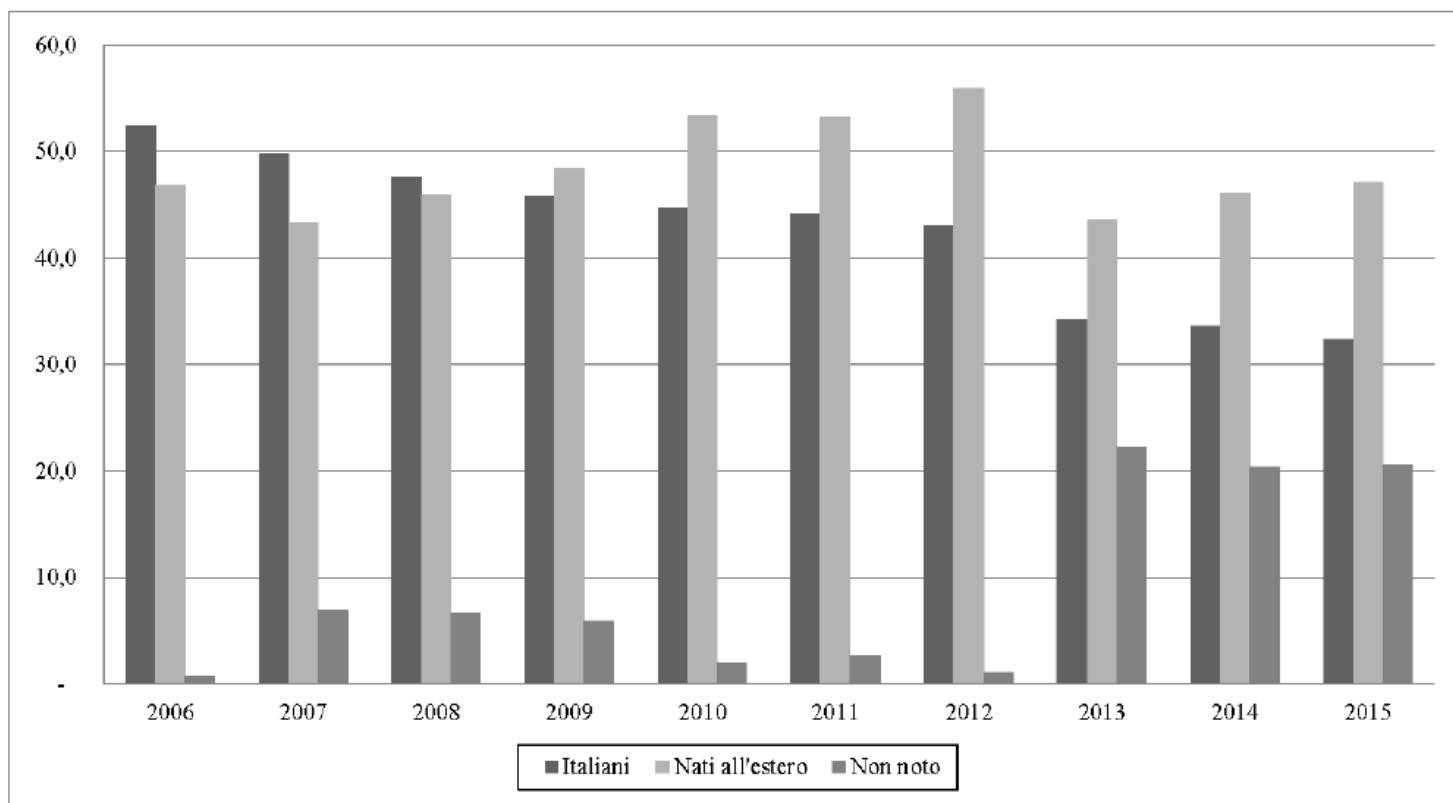
Percentuale di infortuni nel settore delle costruzioni per anni di esperienza nella mansione



Durata attività

Fonte dati: *Indagine Forze Lavoro, Istat 2021*

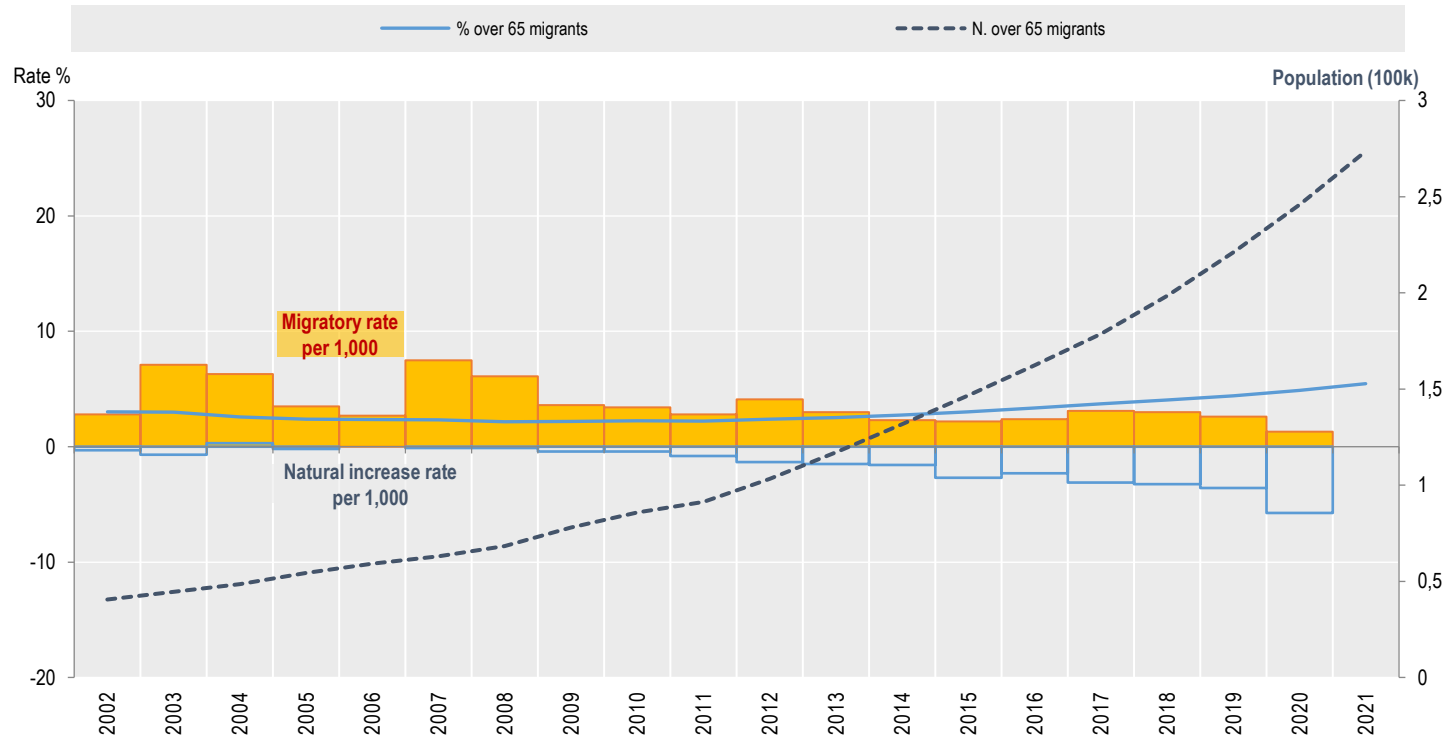


Grafico 1 - Casi (valori percentuali) di tubercolosi: confronto tra nati in Italia e nati all'estero - Anni 2006-2015

- Per quanto il nostro sia un Paese a bassa endemia per TBC e i dati disponibili siano tali da non destare particolari preoccupazioni, non si può ignorare che la componente attribuibile alla popolazione immigrata, pur non rappresentando di per sé un motivo di allarme sociale, è un aspetto da affrontare con modalità peculiari.
- Diversi studi dimostrano, inoltre, che la trasmissione della malattia da immigrati alla popolazione residente sia un evento estremamente raro.
- Inoltre, dagli studi sui ceppi virali dei casi di TBC riscontrati sugli immigrati si evidenzia che si tratta di infezioni contratte nel nostro paese, non importate.

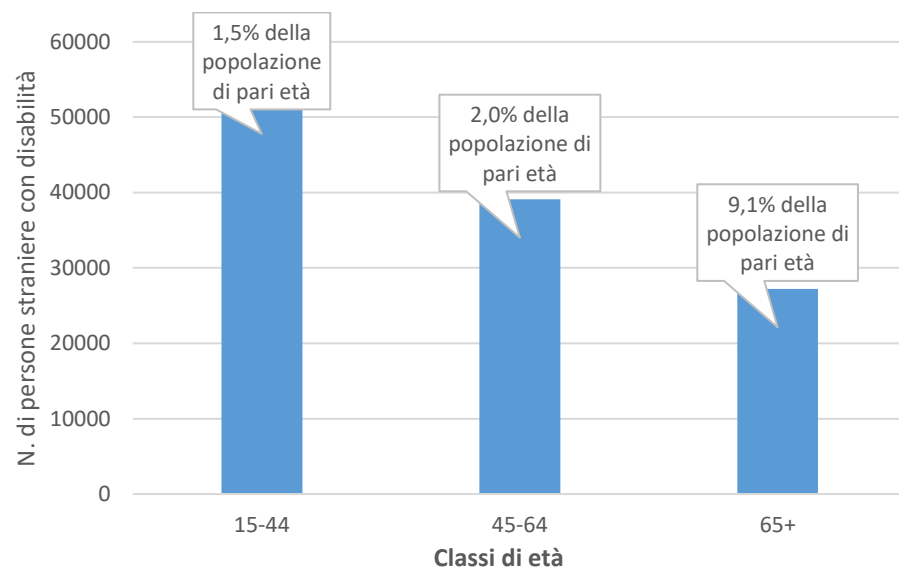
Fonte dei dati: Ministero della Salute. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, Ufficio V - Prevenzione Malattie Trasmissibili e Profilassi Internazionale. Anno 2016.





	2002	2021
N. Anziani (>65 anni)	41k	274k
% Anziani stranieri	3.0%	5.5%
% Anziani italiani	19.1%	25.1%

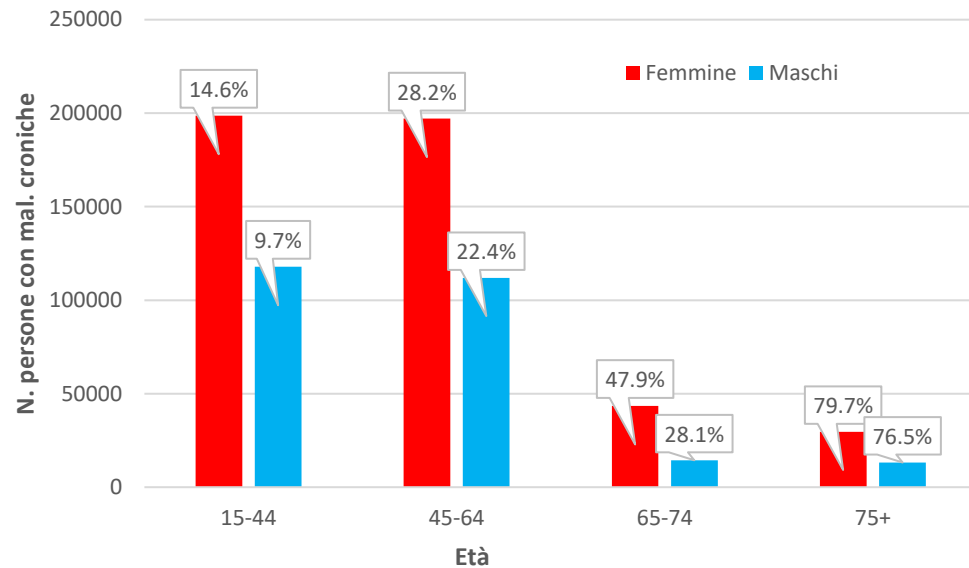




	2019	
N. Persone disabili straniere	117k	
% Persone disabili straniere	3.0%	
% Persone disabili italiane	7.3%	

Fonte dati: *European Health Interview Survey (EHIS), 2019*





	2019
N. Persone con mal.croniche straniere	726k
% Persone con mal. croniche straniere	17.9%
% Persone con mal. croniche italiane	30.9%

Fonte dati: *European Health Interview Survey (EHIS), 2019*



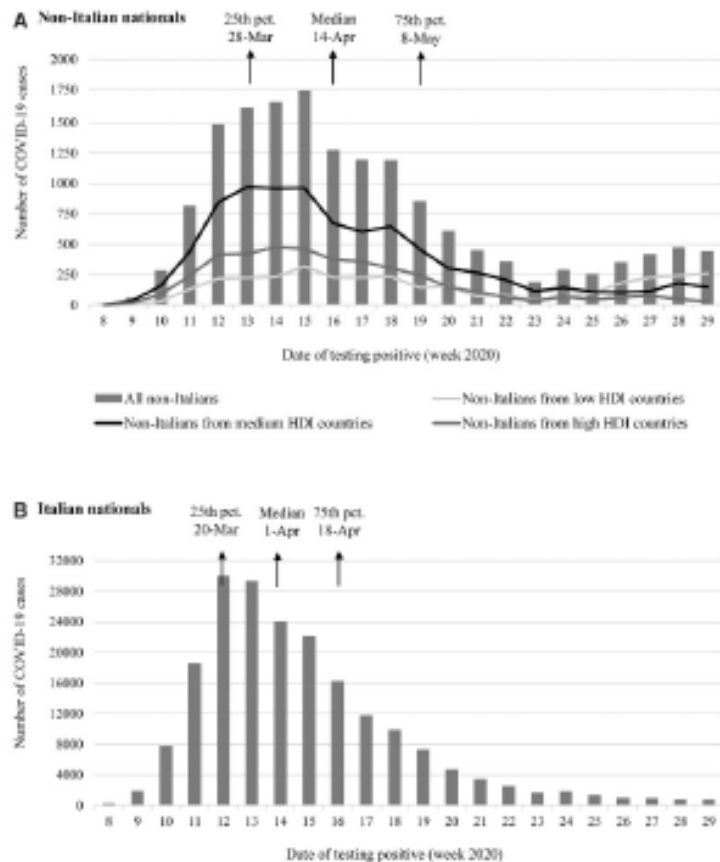
✓ Basse percentuali di donne immigrate che accedono agli screening

PAESE DI NASCITA	SESSO	RIPARTIZIONE	MAMMOGRAFIA		PAP TEST	
Italia	Femmina	Nord ovest	1.639.035	80,3%	3.071.661	71,0%
		Nord est	1.122.665	80,1%	2.393.541	76,0%
		Centro	1.115.335	73,3%	2.327.304	69,9%
		Sud	1.027.553	56,5%	2.319.754	54,4%
		Isole	489.517	55,3%	1.171.153	57,5%
		Italia	5.394.105	70,3%	11.283.413	66,0%
Esterò	Femmina	Nord ovest	178.223	74,5%	587.236	70,6%
		Nord est	166.832	72,7%	502.385	73,5%
		Centro	145.312	64,2%	453.205	67,0%
		Sud	57.911	41,3%	230.071	54,1%
		Isole	27.191	45,0%	106.857	57,6%
		Italia	575.469	64,3%	1.879.754	67,1%

- Si nota un netto scarto (fino a 30 punti percentuali) nella quota di donne che si sottopongono a questo screening tra le regioni del Centro-Nord e quelle del Sud, sia tra le donne native sia tra quelle nate all'estero.
- Le donne nate all'estero hanno un divario negativo che varia tra il 5 e il 10% (più netto al Centro Sud) nel ricorso allo screening mammografico
- Il mancato accesso allo screening provoca un ritardo della diagnosi. Nelle donne immigrate i tumori della mammella vengono diagnosticati ad uno stadio più avanzato.



✓ Attese più lunghe nell'accesso alle cure per Covid



- Dall'analisi di 213.180 casi di COVID-19, che comprendevano 15.974 (7,5%) cittadini non italiani, è emerso che i casi non italiani sono stati diagnosticati circa due settimane dopo rispetto ai casi italiani.
- Ritardo che arriva a quattro settimane per i migranti provenienti da Paesi con un basso Human Development Index (HDI)
- I dati suggeriscono quindi che le infezioni tra le persone non italiane siano state diagnosticate in modo meno tempestivo, quando la malattia era più avanzata e i sintomi più gravi.

Fonte: "Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system" pubblicato sul numero di febbraio dello [European Journal of Public Health](#)



Servizi sanitari inclusivi: 4 standard essenziali

- ✓ Disponibilità (adeguati ed efficienti)
- ✓ Accessibilità (fisicamente accessibili e alla portata di tutti senza discriminazioni)
- ✓ Accettabilità (eticamente e culturalmente appropriati per persone di diverso background)
- ✓ Qualità (scientificamente validi e di alta qualità)





GRAZIE PER L'ATTENZIONE



www.inapp.org