



Capitolo 5

Salute: accesso ai servizi, stato di salute

di Giovanna Vittoria Dallari, Tommaso Paganelli, Debora Previti

5.1 Introduzione

«Il godimento dei più alti standard raggiungibili di salute è uno dei diritti fondamentali di ogni essere umano».

Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità - Luglio 1946

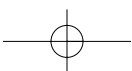
Il fenomeno migratorio che ha interessato in modo prevalente – fino a tempi recenti – il nostro Paese riguarda principalmente individui selezionati, giovani, con più spirito di iniziativa e in buona salute: una popolazione selezionata, ma a rischio. All'interno del proprio gruppo di appartenenza, queste persone godono delle migliori condizioni fisiche, caratteriali, psicologiche, oltre che socioeconomiche (“effetto migrante sano”). Le condizioni di viaggio, di arrivo e, col trascorrere del tempo, di vita con cui devono confrontarsi possono però consumare e talvolta dilapidare, in tempi anche brevi, il patrimonio di salute¹.

Paese di provenienza, anzianità, storia e progetto migratorio, condizione giuridica e lavorativa, alloggio, alimentazione, livello di istruzione, mancato riconoscimento dei titoli di studio, mancanza del supporto psicoaffettivo e relazionale, scarsa accessibilità ai servizi sociosanitari² sono i determinanti primari di salute della popolazione straniera, che interagiscono e si influenzano reciprocamente, in particolar modo con il tipo di attività lavorativa ed i rischi ad essa connessi.

La letteratura recente dimostra una correlazione significativa tra salute e svantaggio sociale: su ogni dimensione sociale che sia misurabile su una scala ordinale, si osservano vantaggi nella morbosità e nella mortalità tra le persone

¹ Dallari G.V., *La salute dei migranti: determinanti e rischi specifici*, in Luatti L. e La Mastra M. (a cura di), *Terzo rapporto sull'immigrazione in provincia di Arezzo*, Provincia di Arezzo, Ucodep, Università di Siena, 2007.

² Dallari G.V., Carrello D., Ricci S., *Migrazione e tutela della salute*, in Luatti L. (a cura di), *La città plurale. Trasformazioni urbane e servizi interculturali*, Bologna, EMI, 2006.





Vivere sotto le Due Torri

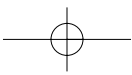
che occupano una posizione superiore, rispetto a quelle che occupano una posizione immediatamente inferiore.

Oltre alle condizioni che minacciano tutti i soggetti deboli (alimentazione, abitazione, lavoro, carenze nella socializzazione primaria), nel caso della popolazione straniera sono da tener presenti fattori peculiari legati al quadro epidemiologico del Paese d'origine, aspetti culturali (difficoltà di comunicazione ed inserimento sociale), psicologici, e fattori che determinano discriminazione nell'accesso ai servizi.

Va sottolineato che la definizione di "popolazione straniera" è imprecisa ed impropria in quanto non individua un gruppo omogeneo, ma al suo interno comprende realtà profondamente diverse per provenienza geografica e matrice culturale, per esperienza migratoria, per attività lavorativa, per tempi di arrivo e di permanenza in Italia; ciascuno di questi elementi può determinare differenti condizioni sociali e di salute, capacità e possibilità diverse di accesso ai servizi del territorio.

Dopo anni di politiche incerte e oltre 15 sanatorie, si è giunti ad avere con la Legge "Turco-Napolitano" (T.U. 286/1998) un corpus giuridico coerente e attuale, con una chiara volontà di inclusione ordinaria degli stranieri nel sistema di tutela della salute di tutti i cittadini e di intercettare il bisogno e la domanda di salute anche dei soggetti ai margini del sistema; una normativa chiara che garantiva l'accesso ai servizi sociosanitari a parità di condizioni con il cittadino italiano per gli stranieri regolarmente presenti e le cure urgenti o essenziali per quelli privi di titolo di soggiorno (senza denuncia all'autorità). La normativa a partire dalla Legge "Bossi-Fini" (189/2002) enfatizza invece il binomio immigrato = lavoratore e rende precario il progetto migratorio e più vulnerabile la persona. È risaputo che l'inserimento nel tessuto sociale del Paese ospitante e nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale è direttamente proporzionale al periodo di residenza e di stabilità giuridica; infatti l'instabilità dovuta al mancato riconoscimento di uno status giuridico ben definito, l'incertezza del futuro, le difficoltà di adattamento in un Paese che presenta stili di vita e modelli culturali differenti rispetto a quelli di origine, contribuiscono a determinare stati di malessere, che si manifestano spesso sotto forma di disturbi psicosomatici.

La condizione femminile merita un'attenzione particolare. Le donne giunte in Italia per ricongiungimento familiare, ad esempio, vivono spesso esperienze di grande solitudine, sia per la mancanza di un ruolo attivo al di fuori delle mura domestiche, sia per le difficoltà e talvolta anche l'impossibilità di parlare la lingua italiana. Frequentemente, le assistenti familiari che nel nostro Paese svolgono attività di cura alle persone anziane o comunque non autosufficienti, sono donne che spesso migrano da sole e vivono il distacco dalla propria famiglia e dai figli, spesso ancora piccoli, in modo doloroso e con sentimenti di impotenza. I ritmi incessanti di lavoro, la totale sovrapposizione tra



vita privata e lavoro e, soprattutto, la carenza delle relazioni affettive sono fattori di rischio per la salute ampiamente riconosciuti³.

Tab. 5.1 – Ricoveri ordinari ed in day-hospital in Italia - dati totali e relativi agli stranieri (N. nel 2004 e var% 2002-2004)

	Ricoveri ordinari		Day-hospital	
	N. 2004	Var % 2000-04	N. 2004	Var % 2000-04
TOT	9.106.967	-4,7	3.884.129	+65,9
Stranieri	287.813	+56,8	102.472	+125,9
% stranieri su TOT	3,2	-	2,6	-

I dati ISTAT sui ricoveri del 2004 mostrano come la presenza di stranieri sul totale dei ricoveri eseguiti fosse solo del 3,2%⁴, quando la presenza di immigrati regolari era del 4,8%⁵.

Il Dossier Statistico Immigrazione 2007 di Caritas-Migrantes riporta fra le cause più frequenti di ricovero degli uomini stranieri nel 2004 i traumatismi (25,9%), seguiti dalle malattie dell'apparato digerente (13,8%), del sistema circolatorio (9,4%) e quelle dell'apparato respiratorio (8,2%). Per questi problemi di salute emerge che i valori dei cittadini stranieri sono sempre più bassi rispetto agli autoctoni, ad esclusione dei traumatismi (16,6% contro il 14,8%) e delle malattie infettive e parassitarie. Per quanto concerne le donne straniere, il 56,6% delle dimissioni riguarda parti naturali e complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio. Se si escludono queste tipologie di ricovero, le cause più frequenti sono dovute a malattie del sistema genito-urinario (16,8%), seguite dalle malattie dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%). Anche in questo caso i tassi delle donne straniere sono più bassi rispetto alle autoctone, escludendo quelli relativi alle malattie infettive e parassitarie. Quasi del tutto assenti le malattie cardiocircolatorie, geriatriche e le neoplasie – patologie al contrario ai primi posti di ricovero per la popolazione italiana, caratterizzata da un forte invecchiamento.

Dal confronto con le frequenze percentuali dei singoli gruppi di malattie relative al 2003, emerge un leggero incremento dei tumori (per gli uomini e per le donne straniere) e delle malattie del sistema cardio-circolatorio a carico degli uomini, in linea con quanto è già caratteristica della popolazione italiana. Tale tendenza appare evidente già da qualche anno e sembra indicare un viraggio epidemiologico verso malattie più comuni nella nostra società. Le cau-

³ Dallari G.V., *La salute dei migranti: determinanti e rischi specifici*, in Luatti L. e La Mastra M. (a cura di), op. cit.

⁴ ISTAT, *Annuario Statistico italiano 2005*, 2005.

⁵ Caritas Italiana, Fondazione Migrantes, *Immigrazione. Dossier statistico 2006*, Roma, Nuova Anterem, 2005.

se posso essere ricondotte ad un invecchiamento progressivo della popolazione straniera e all'acquisizione di stili e abitudini di vita che portano con sé specifici fattori di rischio.

I dati menzionati riflettono particolari criticità sanitarie nell'elevata frequenza di ricoveri per traumatismi e malattie infettive: queste ultime con tassi bassi, che sono però quasi il doppio rispetto agli autoctoni. In letteratura, è largamente dimostrato come molte malattie infettivo-diffusive siano espressione di una fragilità sociale e che trovino spiegazione in promiscuità abitativa, difficoltà di accesso ai servizi, scarsa igiene negli ambienti di vita e di lavoro e ridotta attenzione alla prevenzione.

Gli stranieri risultano essere il 3,4% della forza-lavoro, ma il 9,8% degli infortuni denunciati all'INAIL riguarda proprio essi. Tra i lavoratori italiani avviene 1 infortunio sul lavoro ogni 25 persone (4,2 per 100 occupati), mentre tra quelli extracomunitari circa 1 ogni 10 (9,1 per 100 occupati, intervallo tra 6,6 e 12,5): il rischio per gli immigrati è più che doppio rispetto a quello degli italiani, senza considerare una quota di sommerso non valutabile dovuta a lavoratori in nero e lavoratori "intimoriti" che denunciano volontariamente gli infortuni sul lavoro come incidenti domestici⁶.

I dati delle dimissioni effettuate nell'Azienda USL di Bologna di cittadini stranieri, relativi al 2004, riguardano nel 35,1% dei casi gravidanza, parto e puerperio, confermando sostanzialmente la buona salute della popolazione di riferimento (tab. 5.2).

Tab. 5.2 – AUSL di Bologna: ricoveri di stranieri provenienti da PFFPM (Paesi a forte pressione migratoria) per MDC (gruppi diagnostici principali) (N. e %)

	N.	%
Gravidanza parto e puerperio	1.539	35,1
App digerente	364	8,3
App. muscoloscheletr., tess. connettivo	316	7,2
Orecchio, naso, bocca e gola	264	6,0
App. respiratorio	243	5,5
App. riproduttivo femminile	203	4,5
App. cardiocircolatorio	184	4,2
Malattie e disturbi mentali	179	4,1
Sistema nervoso	176	4,0
fegato, vie biliari e pancreas	136	3,1
Rene e vie urinarie	103	2,3
Pelle, tessuto sottocutaneo e mammella	102	2,3
Occhio	101	2,3
Periodo neonatale	95	2,2
Endocrini metabolici nutrizionali	79	1,8
Traumatismi, avvelen. ed eff. tossici farmaci	57	1,3
Mieloprolifer. e neoplasie scarsam. differenziate	49	1,1

⁶ Per approfondimenti sul tema della sicurezza sul lavoro si veda il Capitolo 4.

Salute: accesso ai servizi, stato di salute

App. riproduttivo maschile	48	1,1
Mal. infettive e parassitarie	44	1,0
Sangue e organi ematopoiet. sist. immunitario	34	0,9
Fatt. influenz.salute e il ricorso ai s. sanitari	31	0,7
Traumatismi multipli	20	0,5
Abuso alcool/farmaci dist. mentali org. indotti	14	0,3
Infezione da HIV	9	0,2
TOT	4.390	100,0

Fig. 5.1 – Le aree critiche per la salute degli immigrati

Condizioni Fisiologiche: maternità, infanzia, adolescenza, vecchiaia.
Condizioni Sociali: prostituzione e tratta, abuso, detenzione.
Condizioni Patologiche: malattie infettive (TBC, MTS, ecc.), traumi, infortuni (con particolare attenzione all'infortunistica sul lavoro), disagio/malattie psichiatriche.
Malattie cronico-degenerative (lavori pesanti e rischiosi).
AGGRAVANTI: disagio sociale, immigrazione "forzata" o "non selezionata", irregolarità giuridica, mancanza/difficoltà nell'accesso ordinario presso le strutture sanitarie.

Infine, un'indagine ISTAT pubblicata nel 2008 effettuata su 60.000 famiglie con un focus sui cittadini stranieri fino a 64 anni iscritti all'anagrafe, definisce gli stranieri regolari come «più in salute degli italiani, in quanto sono portatori più o meno degli stessi problemi». Dall'indagine emerge che l'80,3% degli stranieri in Italia dichiara di stare bene o molto bene, contro il 71,8% degli italiani.

Il 22,8% degli immigrati dichiara inoltre di aver sofferto di una patologia in forma acuta nelle 4 settimane precedenti l'intervista contro il 27,4% degli italiani. Per la popolazione straniera resta più difficile l'accesso ai servizi sanitari: i dati dimostrano un minor accesso alle visite, soprattutto se specialistiche, e alla prevenzione, tranne che in gravidanza, per la quale le immigrate ricorrono al servizio pubblico più delle italiane. È più alto anche il ricorso al pronto soccorso (con un accesso del 7% rispetto al 4,2% degli italiani).

Dalla stessa indagine emerge che, tra i rischi principali, la popolazione straniera mostra particolare fragilità nell'ambito della salute mentale e dei disturbi alimentari. In particolare gli uomini albanesi e le donne marocchine risentono più di frequente di un eccesso di peso, mentre gli uomini marocchini dichiarano spesso di trovarsi in una situazione di disagio mentale.



5.2 I risultati della ricerca

5.2.1 Lo stato di salute

Il presente contributo si propone di analizzare la percezione del proprio stato di salute, la conoscenza e l'accesso al sistema dei servizi dei lavoratori stranieri residenti in Provincia di Bologna, al fine di identificare criticità e modalità di intervento appropriate, utili per innalzare lo standard qualitativo dei servizi territoriali, sia sociali che sanitari.

Per avere una visione globale e dinamica del fenomeno, si è proceduto all'incrocio delle risposte fornite con le variabili più rilevanti; talvolta si è trovata significatività statistica. Spesso i dati hanno confermato ipotesi e studi precedenti; in alcuni ambiti sono risultati invece suggestivi di fenomeni locali emergenti.

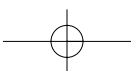
Tab. 5.3 – Problemi di salute (% di si)

Problemi di udito	5,2
Problemi di vista	12,0
Problemi di pelle/allergia	18,4
Mal di schiena	49,7
Problemi alle spalle/collo	32,2
Mal di testa	29,2
Problemi alle gambe	29,4
Disturbi del sonno	21,0
Disturbi respiratori	10,0
Disturbi dell'alimentazione	9,4
Ansia	27,7

(305 risposte valide in media, 2 mancanti; domanda rivolta solo alle persone occupate)

È stato chiesto agli intervistati di indicare se soffrissero o meno dei sintomi indicati nella tabella 5.3. Dall'analisi delle risposte emerge un quadro abbastanza positivo, in quanto sono ben 113 le persone intervistate che non riferiscono alcun sintomo: si può affermare quindi che il 32,3% del campione gode di un buono stato di salute. Sono invece 237 (il 67,7% del campione analizzato) le persone che segnalano uno o più sintomi, con una media di 3,2 sintomi a persona. Quelli più frequenti riguardano principalmente l'apparato osteo-muscolare e nell'ordine: schiena (20,1% del totale dei sintomi segnalati), spalle e collo (12,9%), gambe (11,9%), testa (11,8%), ansia (11,1%), sonno (8,5%), pelle (7,5%), vista (4,8%), disturbi respiratori (4,1%), alimentazione (3,8%) e udito (2,1%).

Nonostante il campione selezionato sia costituito principalmente da persone giovani è da segnalare come siano estremamente frequenti i disturbi dell'apparato locomotore che, come vedremo più avanti, paiono correlati al tipo



di occupazione, in quanto colpiscono maggiormente gli operai e le persone impiegate nell'assistenza alla persona. Questo quadro conferma le osservazioni introduttive generali.

Il mal di schiena (20,1% dei sintomi riferiti) colpisce il 49,7% dei rispondenti, e in particolare il 58,1% delle donne. Il mal di schiena colpisce con maggiore frequenza gli operatori sociosanitari e/o educativi (nel 58,3% dei casi) e gli operai generici (nel 50% dei casi). Accusano questo sintomo in modo superiore alla media le persone che provengono dal Nord Africa (56,5%), dall'Est Europa (53,8%), e dall'Estremo oriente (52,6%). In particolare ne soffrono i marocchini (63,2%), gli ucraini (54,5%) e i filippini (56%); anche dall'analisi per nazionalità si può dedurre che si tratta di persone occupate in mansioni lavorative pesanti. Le donne sono perlopiù impegnate in attività di assistenza domiciliare e cura a persone anziane e disabili⁷, ed è possibile ipotizzare che tendano a reiterare movimenti errati e che non siano adeguatamente formate. Tra gli uomini, sono soprattutto presenti operai generici, spesso occupati nell'edilizia e nell'agricoltura.

La percentuale di persone che soffrono di mal di schiena aumenta con l'avanzare dell'età, e tocca quasi il 57% dei casi di chi ha più di 45 anni. In sintesi, il mal di schiena colpisce più della media le donne, le persone che sono in Italia da 10 a 15 anni (nel 61,5% dei casi), gli occupati nel settore dell'assistenza domiciliare, i marocchini e i filippini.

I problemi a spalle e collo sono il secondo sintomo maggiormente riferito e riguardano il 32,2% dei rispondenti, con una grande differenza tra uomini e donne: ne soffre il 25,1% dei primi e il 42,2% delle seconde. Questo sintomo viene accusato maggiormente dagli operatori sociosanitari e/o educativi (37,3%) e dagli operai generici (35%), mentre lo riferisce solo il 28,2% degli operai specializzati. Soffre di problemi alle spalle e al collo più della media chi proviene dall'Est Europa (nel 39% dei casi) e dall'Estremo oriente (36,8%) e, per quel che riguarda le singole nazionalità, il 47,6% degli ucraini, il 33,8% dei marocchini, il 28% dei filippini, il 27,5% degli albanesi, il 25% dei pakistani, il 21,9% dei rumeni e il 18,8% dei tunisini. Ben il 38,6% di chi ha più di 45 anni soffre di problemi a spalle e collo. Non si osservano, al contrario, variazioni percentuali significative legate al periodo di permanenza in Italia.

I problemi alle gambe sono riferiti dal 29,4% dei rispondenti – in particolare dal 35,7% delle donne. Anche in questo caso operai generici e operatori sociosanitari e/o educativi accusano il sintomo in modo leggermente superiore alla media – in entrambi i casi dal 31% dei rispondenti. Ne soffrono il 40,9% degli ucraini, il 36% dei filippini, il 28% dei rumeni, il 27,9% dei marocchini, il 27,4% degli albanesi, e il 16,7% dei pakistani. In sintesi coloro che soffrono

⁷ Vedi Capitolo 3, dedicato al lavoro.



di problemi alle gambe sono soprattutto donne, giovani, prevalentemente operai generici o impegnati in attività di assistenza, di origine ucraina e filippina.

Il mal di testa interessa poco meno di un terzo delle persone che hanno risposto alla domanda (29,2%). Le donne (34,6%), le persone che provengono dall'Estremo oriente (36,8%) e gli operatori sociosanitari e/o educativi (36,2%), ne soffrono più frequentemente della media.

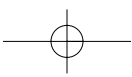
Non deve stupire se quasi un terzo del campione (85 persone – pari al 27,7%) soffre di ansia, sintomo di per sé correlato alla condizione di migrante. Ben il 35,7% delle donne e il 34,7% degli Est europei dichiara di soffrirne. La frequenza delle persone che soffre di ansia cala con l'aumentare dell'anzianità di permanenza in Italia: si passa dal 31,5% di coloro che vi risiedono da meno di 6 anni, al 25% di chi lo fa da più di 15 anni. Allo stesso modo la percentuale cala con l'aumentare dell'età. A differenza degli altri sintomi fin qui analizzati, l'ansia colpisce più frequentemente gli operai specializzati (34,6% dei casi) degli operai generici (23,5%).

I disturbi del sonno sono relativamente rari (21% dei rispondenti), ma nettamente più frequenti nelle donne (25,6%, a fronte del 17,7% degli uomini) e negli operatori sociosanitari e/o educativi (26,7%). Anche in questo caso la provenienza geografica risulta significativa: ne soffrono il 28,2% degli Est europei e il 26,3% di chi proviene dall'Estremo oriente, a fronte del 17,6% dei Nord africani. L'insonnia pare inoltre colpire maggiormente i più giovani e coloro che hanno un'anzianità di residenza dai 6 ai 10 anni.

Anche i problemi di pelle e le allergie, segnalati dal 18,4% dei rispondenti, colpiscono più frequentemente della media le donne (27,9%, a fronte del 11,6% degli uomini) e gli operatori sociosanitari e/o educativi (26,7%). Le persone che maggiormente riferiscono questo sintomo sono di nazionalità filippina e ucraina, rispettivamente con il 28% e il 36,4%. Il fenomeno si registra solitamente in persone che provengono da zone a basso profilo allergenico che migrano verso località a forte inquinamento ambientale e dei luoghi di lavoro.

Non stupisce che le persone provenienti dall'Estremo oriente presentino problemi di vista più frequentemente degli altri (18% a fronte di una media del 12% del totale dei rispondenti): si tratta di un fatto documentato in letteratura, causato fondamentalmente dalla forma del viso e degli occhi. Un deficit visivo è comunque riferito anche dal 13% della popolazione marocchina, dal 16,7% delle persone in età comprese tra i 18 e i 35 anni, mentre è trasversale rispetto al tipo di occupazione.

Sono solo 31 (10% dei rispondenti), le persone che lamentano disturbi respiratori, sintomo che si verifica soprattutto nella popolazione maschile (13,9%). Questo tipo di disturbo colpisce in modo particolare gli operai specializzati (11,5%) e gli operai generici (10,7%), in misura inferiore alla media gli operatori sociosanitari e/o educativi (5%). Ne soffrono il 15,8% delle persone che provengono dall'Estremo oriente e il 14,3% dei Nord africani; per-



centuali rilevanti rispetto al 7,7% dell'Est Europa, al 6,5% del Subcontinente indiano e al 6,4% dell'Europa balcanica. Questi dati suggeriscono come il cambiamento di clima influisca negativamente sulla salute dei Nord africani, che spesso lavorano all'aperto.

I disturbi dell'alimentazione sono riferiti più raramente: dal 9,4% dei rispondenti (29 persone), una lieve maggiore frequenza tra le donne (10,1%, a fronte del 8,8% degli uomini). Questo sintomo, trasversale per quel che riguarda il tipo di occupazione, è prevalente in coloro che provengono dall'Europa dell'Est (15,4%) e balcanica (10,6%), mentre colpisce solo il 4,7% dei Nord africani.

Solo 16 persone riferiscono problemi di udito (5,2% dei rispondenti), soprattutto uomini (ne soffre il 7,2% a fronte del 2,3% delle donne). Hanno questo tipo di problemi ben il 10,3% degli operai specializzati, probabilmente impiegati in mansioni particolarmente rumorose, le persone con un'età compresa tra i 36 e i 45 anni e quelle provenienti dall'Africa (ne soffre il 10%).

In sintesi, le donne riferiscono decisamente più spesso di avere problemi di salute: lamentano con maggiore frequenza degli uomini ben 8 degli 11 sintomi analizzati (elencati nella tabella 5.3). Più in generale, si può osservare come la maggior parte dei sintomi siano riferiti più spesso da donne, operatori socio-sanitari e/o educativi, persone provenienti dall'Est Europa o dall'Asia. Solo i problemi respiratori e di udito sono riportati più frequentemente da uomini, operai specializzati, persone provenienti dal Nord Africa.

5.2.2 Accesso ed utilizzo dei servizi del territorio

È un dato estremamente positivo e indicatore di integrazione l'altissima percentuale (97,4%) di persone regolarmente iscritte al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e che conoscono il servizio medico di medicina generale (98%), ma è preoccupante che esista anche una minoranza che dichiara di non sapere cosa siano (l'1,2% nel caso del SSN e il 2% in quello del medico di medicina generale). L'1,2% che dichiara di non essere iscritto al SSN è comunque un dato in linea con quello relativo alla popolazione italiana.

Tab. 5.4 – Accesso ai servizi sanitari nell'ultimo anno, per se stesso (% di "sì, almeno 1 volta")

Medico di famiglia	83,1
Ospedale	25,4
Pronto soccorso	37,3
Medico specialista	45,3
Cure tradizionali	1,5
Ambulatori per irregolari	0,9
Supporto psicologico	1,2

(347 casi validi in media, 3 mancanti)

I dati riguardanti l'utilizzo dei servizi sanitari nell'ultimo anno, e in particolare del medico di medicina generale, indicano come si tratti di una popolazione che si è rivolta con una certa frequenza a questa figura professionale: se è positivo che l'83,1% degli intervistati si sia rivolto al medico di medicina generale secondo una modalità pressoché continuativa piuttosto che ai servizi di pronto soccorso (tab. 5.4), d'altro canto l'elevata frequenza del ricorso al servizio è indicativa di uno stato di salute che necessita di un monitoraggio continuativo. Infatti il 37,8% si rivolge al medico oltre tre volte l'anno, il 45,3% da una a tre volte l'anno. Chi ha meno di 35 anni si rivolge al servizio leggermente più di frequente della media (87,5); le donne sono più assidue frequentatrici di questo servizio: il 43,4% si reca dal medico di base più di tre volte all'anno, a fronte del 33,2% degli uomini. Gli addetti ai servizi alla persona frequentano il medico meno della media: quasi il 20% dichiara di non frequentarlo mai. Si rileva anche come l'anzianità di presenza caratterizzi la domanda di salute presso il medico di medicina generale, con una tendenza dei neo-arrivati a frequentare il servizio in misura minore. Preoccupa il fatto che il 15,5% dei rispondenti dichiara di non esserci mai andato; sarebbe opportuno approfondire se si tratti di persone che non conoscono il medico (risposta data solo dal 2% degli intervistati) oppure di persone che godono davvero di un buono stato di salute. Non si riscontrano differenze particolari relativamente all'area di residenza, per tutte le categorie dei rispondenti.

Nel periodo di tempo considerato, il 52,7% degli intervistati non si è mai rivolto ad un medico specialista, mentre il 45,3% frequenta il servizio da una a più di tre volte l'anno. L'analisi statistica è significativa e conferma le attese: le donne in età fertile (il 75,3% delle intervistate ha dai 18 ai 45 anni) si rivolgono più di frequente ai servizi medici. Infatti il 37,1% e il 19,5% delle donne frequenta lo specialista rispettivamente da una a tre volte l'anno e oltre tre volte l'anno (a fronte del 28,4% e del 7,4% degli uomini). Il 37% degli operai generici e specializzati va dallo specialista da una a oltre tre volte l'anno, a fronte del 64% degli addetti ai servizi alla persona.

Non si è mai recato in ospedale il 73,4% degli intervistati, senza una particolare differenza di genere o di età; nemmeno il tipo di occupazione rappresenta una variabile significativa. Lo è invece la provenienza geografica: non si è mai rivolto all'ospedale il 61,9% di chi proviene dal Nord Africa (la stessa percentuale riguarda la popolazione marocchina), il 79,5% dall'Estremo oriente, l'86,6% dall'Est Europa e l'80,4% dall'Europa balcanica.

È un dato estremamente significativo, anche perché in controtendenza a ciò che viene generalmente rilevato, il fatto che il 60,4% del campione analizzato non si sia mai rivolto pronto soccorso e che solo il 14,2% affermi di rivolgersi al pronto soccorso con una certa assiduità.

Il pronto soccorso è più utilizzato dai residenti nei comuni extracapoluogo (46,3%) che dai residenti a Bologna città (31,2%). Il genere non rappresenta

una variabile significativa, mentre lo è l'età: non ci si è mai recato il 65% di chi ha più di 45 anni a fronte del 58,7% di chi ne ha meno di 35. Gli addetti ai servizi alla persona frequentano il pronto soccorso meno del media (il 68,3% non ci va mai), mentre la percentuale di operai specializzati che non lo frequenta è inferiore alla media (55,3%). Come nel caso dell'ospedale, chi proviene dal Nord Africa frequenta di più il servizio (non ci va mai il 49,5%), mentre non lo frequenta mai il 73,1% di chi proviene dal Subcontinente indiano, il 63,9% dall'Est Europa e il 60,8% dall'Europa balcanica. Non è stato possibile approfondire le cause, ma il dato suggerirebbe trattarsi di patologie legate al lavoro, più che di vere e proprie malattie. Il nostro campione sembra dunque dimostrare di aver imparato ad usare i servizi territoriali.

Deve far riflettere il fatto che il servizio di consultorio ostetrico ginecologico sia sconosciuto al 29,5% degli intervistati. Se è negativo che il 44,3% degli uomini non lo conosca affatto e solo il 21,3% lo conosca abbastanza, ancor più grave è che il 12,6% delle donne non lo conosca per nulla; si tratta peraltro di 20 donne che non si rivolgono al sistema di cure privato. La residenza delle donne che conoscono o non conoscono il servizio non costituisce un fattore di rischio significativo, ma è preoccupante che ben il 47,5% di quelle che non conoscono il consultorio abiti in città, dove invece i servizi consultoriali sono particolarmente diffusi ed accessibili. In generale sono le donne Est europee, in particolare le rumene, che hanno la migliore conoscenza del consultorio.

L'età non costituisce un fattore di rischio, mentre lo è il livello di studi: ben il 42% di chi non possiede titoli di studio non conosce il consultorio, a fronte del 10% delle persone laureate. Sono significative anche la macroarea geografica di provenienza e la nazionalità. Non stupisce se non conoscono il consultorio ben il 35,3% delle persone di origine Nord Africana, per motivi culturali poco orientate alla prevenzione e al controllo delle nascite, alla socializzazione con gli autoctoni e a diffondere le informazioni all'interno del proprio *network* relazionale. Come atteso, vi è un'alta incidenza anche all'interno della popolazione proveniente dal Subcontinente indiano (44,2%) e dell'Estremo oriente (35%); si tratta infatti di persone di più recente anzianità migratoria, occupate in professioni estremamente impegnative dal punto di vista degli orari di lavoro e che tendono a socializzare prevalentemente fra di loro. Molto informati, invece, quanti provengono dall'Est Europa e dall'Europa balcanica (non conoscono il consultorio rispettivamente solo il 18,1% e il 21,6%).

La maggior parte delle persone straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria ha una storia di presenza irregolare⁸. A tal proposito, sorprende che il 70% dei rispondenti affermi di non conoscere gli ambulatori per

⁸ Vedi Capitolo 2, in particolare il paragrafo 2.2 dedicato alla situazione giuridica.



Vivere sotto le Due Torri

stranieri irregolari; il 96% afferma di non essere mai stato presso uno di questi nell'ultimo anno di vita.

Il numero verde informativo in sei lingue sull'accesso e sull'organizzazione dei servizi sociosanitari locali non è conosciuto dall'81% dei rispondenti (280 persone), in particolare dall'87% degli asiatici e dal 73% degli Est europei; è conosciuto in misura maggiore dalle donne. Con l'aumentare dell'anzianità di presenza la conoscenza del servizio non aumenta, in quanto, da un lato, non è stato mai opportunamente pubblicizzato e, dall'altro, è ipotizzabile che le persone imparino progressivamente la lingua e a conoscere i servizi del nostro sistema sanitario locale.

I servizi di supporto psicologico-psichiatrico sono conosciuti dal 34,7% del campione. Il 96% non ha mai utilizzato questi servizi nell'arco dell'ultimo anno. Ciò non deve stupire: questi servizi risultano relativamente conosciuti anche dagli italiani, in quanto sono rivolti a persone che soffrono di patologie relativamente rare. I servizi di supporto psicologico-psichiatrico sono conosciuti in modo leggermente superiore alla media da chi proviene dall'Est Europa e dal Nord Africa.

Infine, il 95,6% degli intervistati afferma di non aver mai fatto ricorso a cure tradizionali nel corso dell'ultimo anno. D'altronde si tratta di modalità di cura più diffuse nell'Africa subsahariana, popolazioni poco rappresentate nel campione selezionato per questa ricerca.

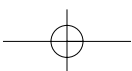
Tab. 5.5 – Persone che [ricordano di aver] hanno ricevuto la lettera di invito per gli screening regionali (N. e %)

	% di sì	N.	TOT	Intervistate/i
Mammografia	50,0	6	12	F tra i 50 e i 69 anni
Pap-test	48,6	67	138	F tra i 25 e i 64 anni
Colon retto	25,9	7	27	F e M tra i 50 e i 69 anni

Tab. 5.6 – Persone che hanno effettuato gli esami di prevenzione, anche al di là del sistema regionale di screening (N. e %)

	% di sì	N.	TOT	Intervistate/i
Mammografia	22,0	37	168	F
Pap-test	50,8	91	179	F
Colon retto	4,7	14	299	F e M

Passando ora al tema degli screening, osserviamo come il 66,7% delle persone in età dichiarati di non aver mai ricevuto la lettera di invito da parte dell'AUSL a partecipare allo screening oncologico del colon retto: solo il 25,9% dei rispondenti l'ha ricevuta (il restante 7,4% non ha saputo rispondere alla domanda). Ha effettuato l'esame il 4,7% del totale dei rispondenti; il 2% (6 ca-



si) ha effettuato l'esame dopo aver ricevuto la lettera di invito, mentre il 2,7% (8) lo ha eseguito spontaneamente. Non si apprezzano differenze fra i sessi; mancano purtroppo il 25% delle risposte delle persone in età (9 casi su 36).

In ogni caso i dati indicano una possibile inefficienza del sistema, sia sull'attività di convocazione, sia su quella del controllo dell'adesione.

Sulle 12 donne in età, il 50% afferma di aver ricevuto la lettera di invito ad effettuare lo screening mammografico. Sono 37 le donne che hanno effettuato l'esame; sul totale delle risposte date (168), coloro che hanno eseguito il test a seguito del ricevimento della lettera d'invito sono solo il 3,5% (6), mentre coloro che l'hanno fatto spontaneamente sono il 18,5% (31). È estremamente rilevante il dato relativo a quelle che non hanno fatto il test, che sono addirittura il 72,6%. Il 27,8% delle donne provenienti dall'Est Europa ha effettuato il test, a fronte del 23,4% delle africane.

Il 47,8% delle donne in età non ha mai ricevuto la lettera di invito per il pap-test. È grave che un consistente numero di donne in età (66) dichiarino di non aver ricevuto l'invito da parte dell'AUSL ad effettuare l'esame; solo 67 donne hanno invece ricevuto la lettera (il 48,6%), il restante 3,6% non ha saputo rispondere alla domanda. Tra coloro che hanno ricevuto l'invito il 61,2% ha fatto l'esame.

Ha effettuato il pap test il 50,8% delle rispondenti; il 22,9% dopo aver ricevuto la lettera, e il 27,9% di sua spontanea volontà. I dati non suggeriscono che vi sia correlazione fra esecuzione del test ed anzianità di presenza o età anagrafica, sebbene l'anzianità di residenza sembri incidere sulla possibilità di ricevere la lettera: su 40 residenti da oltre 10 anni, 25 la ricevono (62,5%), mentre le residenti sino a 6 anni affermano di non ricevere la lettera nel 61,8% dei casi. Infine, è importante sottolineare che più della metà (55,4%) delle donne residenti da 6 a 10 anni afferma di non ricevere la lettera.

5.3 Osservazioni conclusive

Dopo un intervallo iniziale di benessere, il patrimonio di salute dei nuovi migranti rischia di consumarsi per effetto del viaggio, delle condizioni di approdo e di inserimento e del tipo di lavoro.

Benché il campione selezionato sia costituito principalmente da persone giovani-adulte, molti riferiscono disturbi di diversi distretti dell'apparato locomotore, correlati ad occupazioni fisicamente logoranti, principalmente tra gli operai e gli impiegati nell'assistenza alla persona.

Tali patologie potrebbero in parte essere evitate potenziando il sistema informativo e formativo all'interno del luogo di lavoro, da parte dei sindacati e dei medici addetti, attraverso la produzione e una distribuzione mirata di specifici strumenti informativi – riviste, volantini, cartellonistica, ecc., ma anche

implementando interventi di *peer education* e *tutoring* da parte di colleghi: i luoghi di lavoro sono difatti potenziali contesti per un efficace *empowerment* informativo.⁹

I sintomi di ansia, mal di testa e malattie della pelle, pur essendo meno frequenti, sono indicatori di un malessere che colpisce una buona parte del campione. Si tratta di sintomi che, benché comuni a tutta la popolazione, in questo caso risultano legati allo stress e alla frustrazione connessi con la condizione di migrante, ma anche – per alcuni gruppi – al lavoro, al cambiamento di clima e di alimentazione.

Per gli altri sintomi indagati non si evidenziano particolarità, anche se il settore dei servizi alla persona appare come un ambito lavorativo più protetto da patologie e infortuni, rispetto alle altre occupazioni, in quanto vi si registrano tassi inferiori di accesso ad ospedale e pronto soccorso.

È molto interessante il fatto che il nostro campione sembri assolutamente conoscere ed utilizzare il sistema dei servizi sanitari di base: non abusano del pronto soccorso, come invece si crede comunemente, e vanno regolarmente dal medico di medicina generale; il fatto però che il 15,5% non lo conosca ancora deve suggerire una più attenta opera di informazione, magari al momento della consegna o del rinnovo del permesso di soggiorno.

Le risultanze indicano tuttavia una scarsa conoscenza dei servizi consultoriali. Questo aspetto dovrà essere approfondito, indagando le modalità attraverso le quali le donne straniere ottengono informazioni e consigli specialistici sulle forme di contraccezione, sulla gravidanza, sull'interruzione volontaria di gravidanza e, più in generale, sull'apparato genitale femminile. Ciò consentirà di predisporre azioni mirate e di prossimità nei confronti dei singoli gruppi, per favorirne l'accesso ai servizi e migliorarne quindi la salute. Si ricorda, a tal proposito, che le donne che accedono ai consultori e ai reparti ginecologici della provincia di Bologna vengono informate sulle opportunità offerte dai servizi in ambito materno-infantile sia a livello scolastico che sanitario, ivi incluse le vaccinazioni.

Preoccupa il fatto che persone che dichiarano un pregresso periodo di presenza irregolare non conoscano i servizi sanitari dedicati a questa particolare categoria. La letteratura in materia di medicina delle migrazioni mette in evidenza i meccanismi attraverso i quali molte persone straniere si tramandano le informazioni: il passaparola e la rete. La diffusa mancanza di informazione relativa agli ambulatori per irregolari evidenziata da questo studio non può essere imputata alla paura di ammettere un periodo di residenza irregolare, in quanto non si sono riscontrate reticenze a questo proposito. Inoltre, poiché al contrario la gran parte degli intervistati dichiara di aver vissuto in passato un

⁹ Si veda, a tale proposito, il Capitolo 4 dedicato alla sicurezza sul lavoro.

lungo periodo di irregolarità, si deduce che godesse di un buono stato di salute e che non abbia avuto necessità di rivolgersi a strutture ambulatoriali. La mancanza di conoscenza da parte dei regolari dei servizi per irregolari non consente loro di fornire a connazionali, parenti o comunque neo-arrivati sul territorio indicazioni importanti per la salute. Accrescere le informazioni su questi servizi attraverso una pubblicità mirata e puntuale può generare una diminuzione negli accessi impropri al pronto soccorso da parte degli irregolari.

Il numero verde in sei lingue è quasi sconosciuto, perché non è mai stato adeguatamente pubblicizzato; qualora ne venisse promosso l'utilizzo tramite canali appropriati a raggiungere la popolazione target (quotidiani gratuiti, locandine sui mezzi pubblici e negli studi dei medici di medicina generale e dei servizi socio-sanitari in genere) potrebbe invece divenire uno strumento particolarmente efficace per supportare gli utenti nella prima e più complessa fase di inserimento, in quanto la professionalità delle persone che sino ad oggi l'hanno gestito ha permesso di fornire risposte di qualità, che integrano l'ambito giuridico e sociosanitario.

A causa della carenza comunicativa, gli stranieri sono anche maggiormente esposti ad ammalarsi di forme tumorali normalmente prevenibili. È rilevante il dato relativo alle donne in età che non si sono sottoposte all'esame mammografico: il 50% delle intervistate. Per quanto riguarda la lettera d'invito dell'AUSL a persone in età per i tre diversi screening il 25,9% afferma di averla ricevuta per l'esame del colon retto, il 50% per la mammografia e il 48,6% per il pap-test. Nonostante ciò, è doveroso segnalare come i dati appena esposti non siano in linea con le rilevazioni effettuate dal Centro Screening dell'Azienda USL di Bologna, che indicano invece percentuali generali (ovvero comprendenti sia italiani che stranieri) di adesione ben più alte in provincia di Bologna: in particolare un'adesione del 65% per ciò che concerne lo screening della cervice uterina, del 59,3% della mammella e del 40% del colon retto. Ciò è dovuto in primo luogo al fatto che la presente resta pur sempre un'indagine campionaria – svolta su un campione di 350 persone e non certo sulla popolazione straniera totale residente in provincia di Bologna (che al 31 dicembre 2007, periodo di realizzazione della ricerca, contava 75.277 presenze regolari¹⁰) – per cui comprensibilmente a rischio di “vizi” statistici, e in parte a svariate cause, tra le quali si possono annoverare:

- errate interpretazioni o incomprensioni linguistiche al momento dell'intervista;
- gap comunicativi nel rapporto intervistatore-intervistato;
- dimenticanze personali degli intervistati.

¹⁰ Dati dell'Osservatorio delle Immigrazioni della Provincia di Bologna, *Dossier Generale. Immigrati nella provincia di Bologna: i numeri e le tendenze* (2008).



Vivere sotto le Due Torri

È necessario, inoltre, tenere in considerazione i diversi motivi che possono portare la popolazione straniera a non effettuare i test di prevenzione:

- impossibilità di essere presenti all'esame a causa della sovrapposizione tra orari lavorativi e orari di servizio degli ambulatori per gli esami (che vengono effettuati di mattina);
- motivazioni connesse al *background* culturale;
- errori tecnici degli utenti durante l'atto di rinvio della lettera di convocazione, ecc.

Nel caso di questa indagine, è opportuno comunque segnalare come i dati mostrino, per tutti gli screening, un'inefficienza del sistema sia a livello di attività di convocazione, sia a livello di controllo dell'adesione, motivo che lascia intendere come tali persone, non effettuando screening e controlli, rischino di arrivare alla diagnosi quando il quadro clinico è già molto più grave, come ci dimostrano queste parole di un ragazzo peruviano venticinquenne, in Italia da tre anni:

Non pensavo mai di ammalarmi così, eppure la tubercolosi nel mio Paese è conosciuta, di questa malattia si pensa molto male, è per gente povera... Quando mi sono accorto di avere questa malattia mi sono sentito una persona la più disgraziata... Questa malattia si prende pure per la preoccupazione, si perde l'appetito, è una... È la mancanza del permesso di soggiorno... La polizia ti trova e ti manda via¹¹.

¹¹ Intervista raccolta dagli autori.

