

L'immigrazione oggi in Italia e in Europa

Livia Giordano – CPO Piemonte

Panorama migratorio nel 2014

La crisi ha rallentato
ma non fermato le migrazioni internazionali

Nel mondo: 232 milioni di migranti (ONU, 2012)

Nell'UE: 34,4 milioni di residenti stranieri
6,8% della popolazione totale (Eurostat, 2011)

In Italia: 4,9 milioni di residenti,
Il 8,1% della popolazione totale (Istat, 2012)

L'immigrazione nell'UE

	Stranieri	% su pop.	% Non-UE		Stranieri	% su pop.	% Non-UE
Austria	947.717	11,2	59,6	Lettonia	332.893	16,3	98,0
Belgio	1.224.904	11,0	36,4	Lituania	20.585	0,7	85,6
Bulgaria	42.423	0,6	73,3	Lussemb.	229.870	43,8	13,6
Ceca Rep.	422.966	4,0	64,2	Malta	20.521	4,9	:
Cipro	172.427	20,0	37,2	Paesi Bassi	697.741	4,2	48,3
Croazia	37.100	0,8	:	Polonia	57.450	0,1	67,9
Danim.	358.714	6,4	62,4	Portogallo	439.111	4,2	75,4
Estonia	206.558	16,0	93,0	Regno Un.	4.802.331	7,6	51,2
Finlandia	181.697	3,4	62,4	Romania	36.536	0,2	80,8
Francia	3.858.295	5,9	64,9	Slovacchia	70.727	1,3	23,6
Germania	7.409.754	9,1	63,0	Slovenia	85.555	4,2	92,9
Grecia	975.374	8,6	84,5	Spagna	5.562.067	12,0	57,7
Irlanda	487.898	10,6	20,3	Svezia	646.095	6,8	57,3
Italia	4.825.573	8,1	69,9	Ungheria	207.574	2,1	38,4

34 milioni e 400mila soggiornanti stranieri (2012) ai quali si aggiungono coloro che hanno acquisito la cittadinanza (circa 800 mila all'anno)

Incidenze differenziate degli stranieri: 6,8% media UE

Oltre la media: Lussemburgo (43,8%), Cipro (20%), Spagna (12,0%), ecc.

Sotto la media: Bulgaria (0,6%), Romania (0,2%), Polonia (0,1%)

Media non UE 60,2% (Lux 13,6%, Eire 20,3%, Belgio 36,4% vs Portogallo 75,4%, Grecia 84,5%)

Diverse ragioni per emigrare

Combinazione di fattori oggettivi e soggettivi

Povertà:

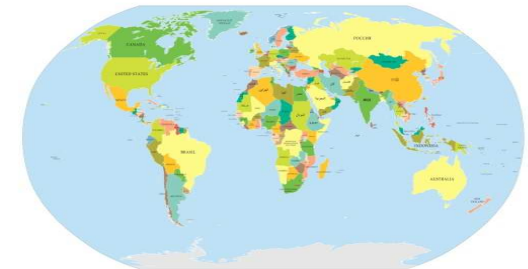
- nel mondo 2,4 miliardi di persone con meno di 2 dollari al giorno #

Bisogno di protezione internazionale:

- rifugiati e richiedenti asilo: 15,4 milioni nel mondo
- richiedenti asilo: 937mila
- sfollati: 28,8 milioni

Condizioni di instabilità politico-sociale:

- Tunisia, Egitto, Siria, Corno d'Africa e



Aspirazione a migliori opportunità professionali:

- studenti e lavoratori #

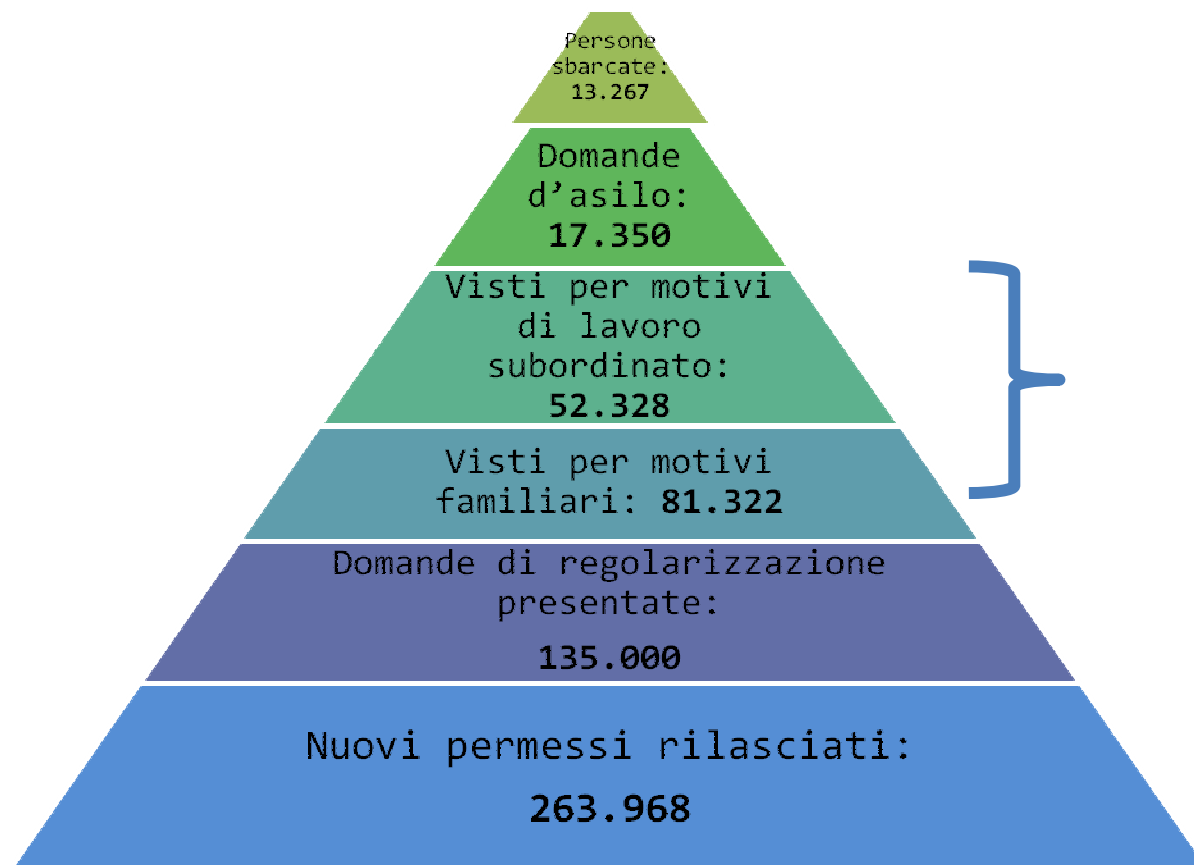
Panorama migratorio nel 2014

Se la ricchezza mondiale venisse equamente ripartita ciascuno disporrebbe di un reddito medio annuo di **14mila dollari USA** a parità di potere di acquisto.

Sono almeno 2,7 miliardi le persone (di cui oltre mezzo miliardo in Africa) che sopravvivono con un reddito al di sotto della soglia di povertà

(2,5 dollari/giorno)#

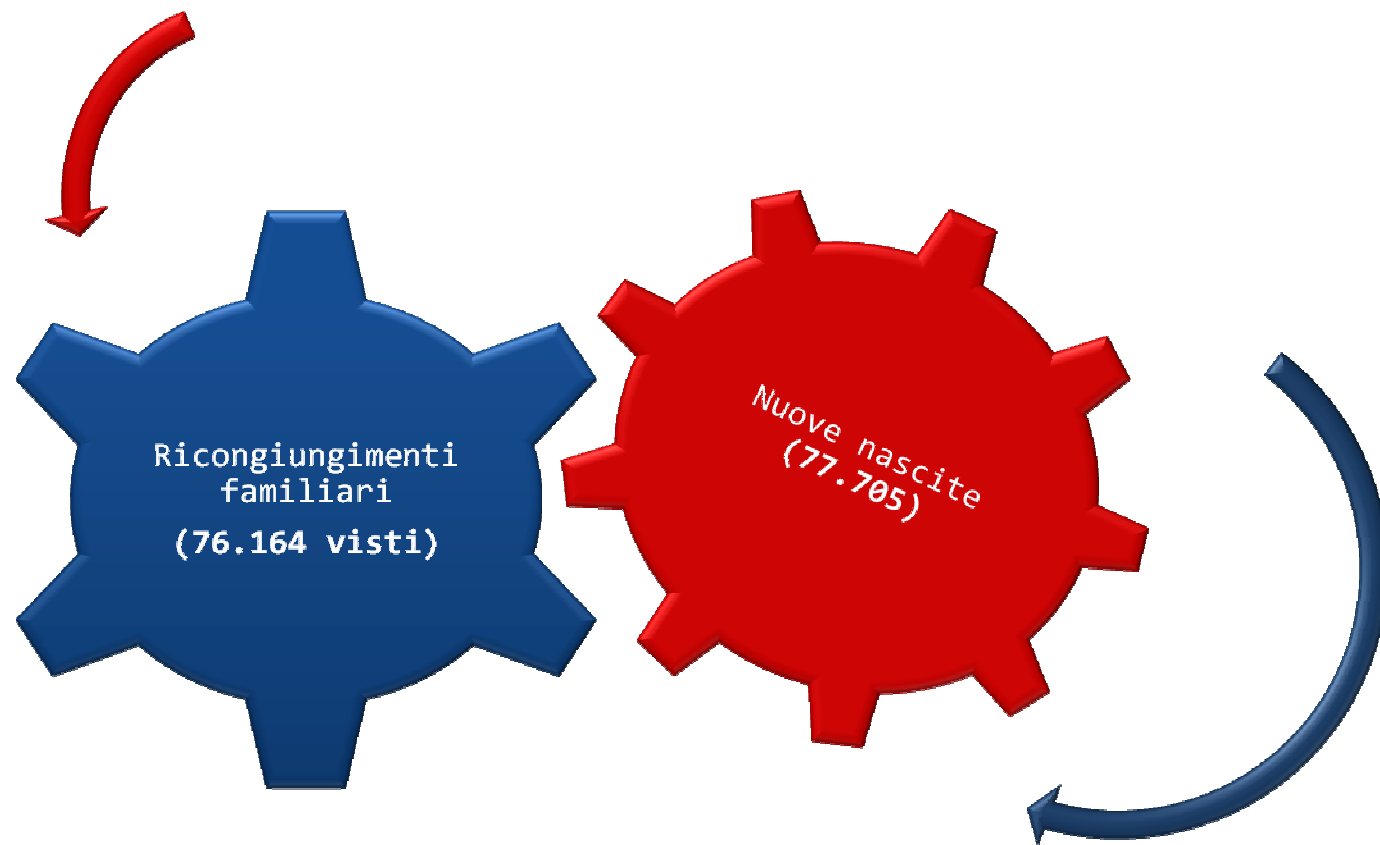
Italia, area di nuovi arrivi nel 2012



permessi di soggiorno non rinnovati: 180.000 e flussi di ritorno

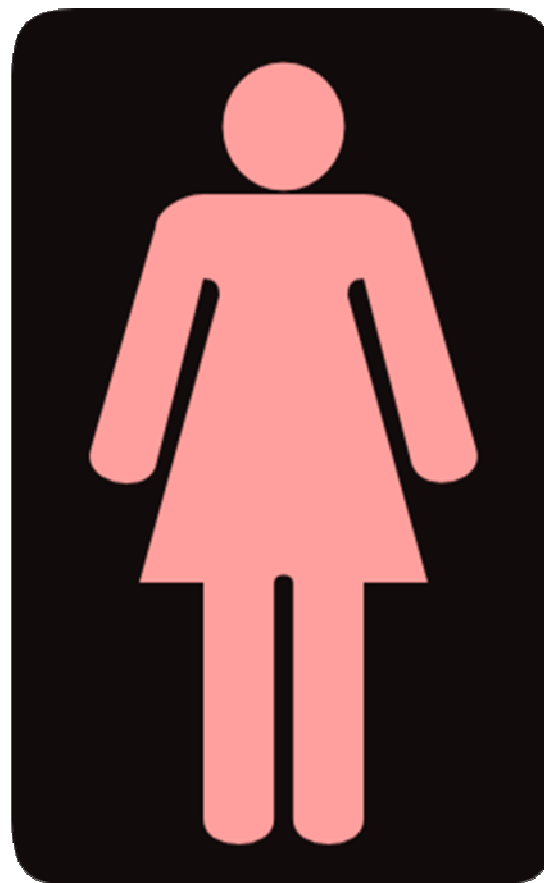
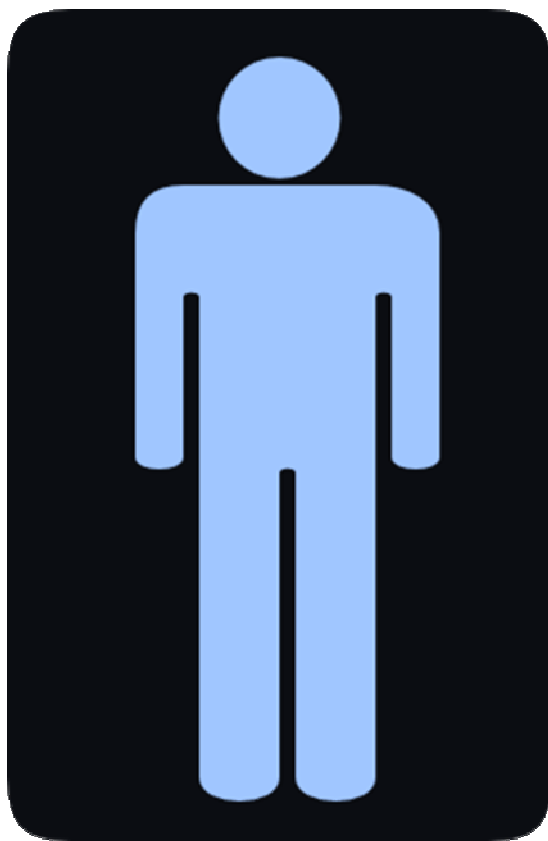


La crescita degli immigrati (2013)



La crescita degli immigrati (2013)

52,7%



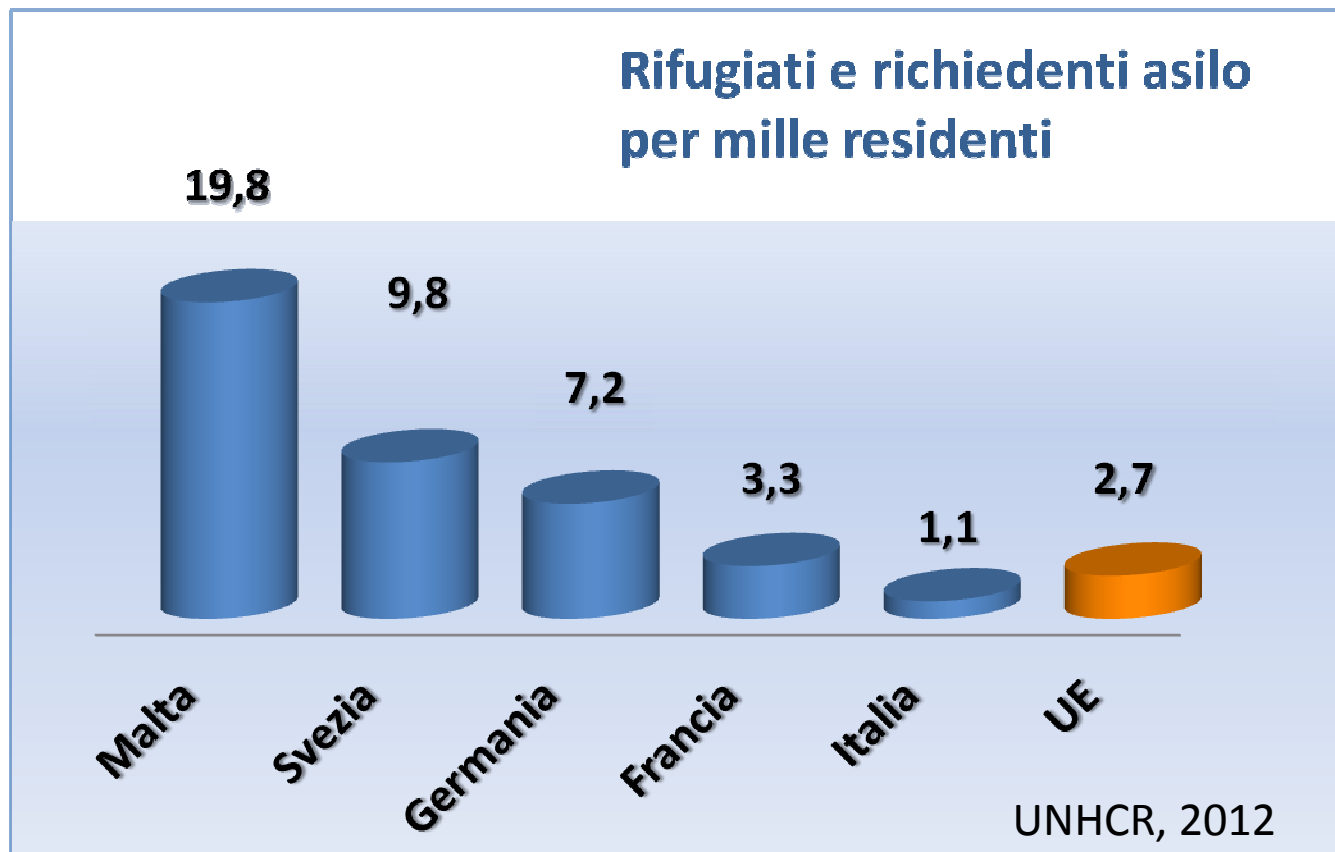
La crescita degli immigrati (2013)



Oltre 1 milione di minori e 802785 gli iscritti a scuola (9,0% di tutti gli iscritti)

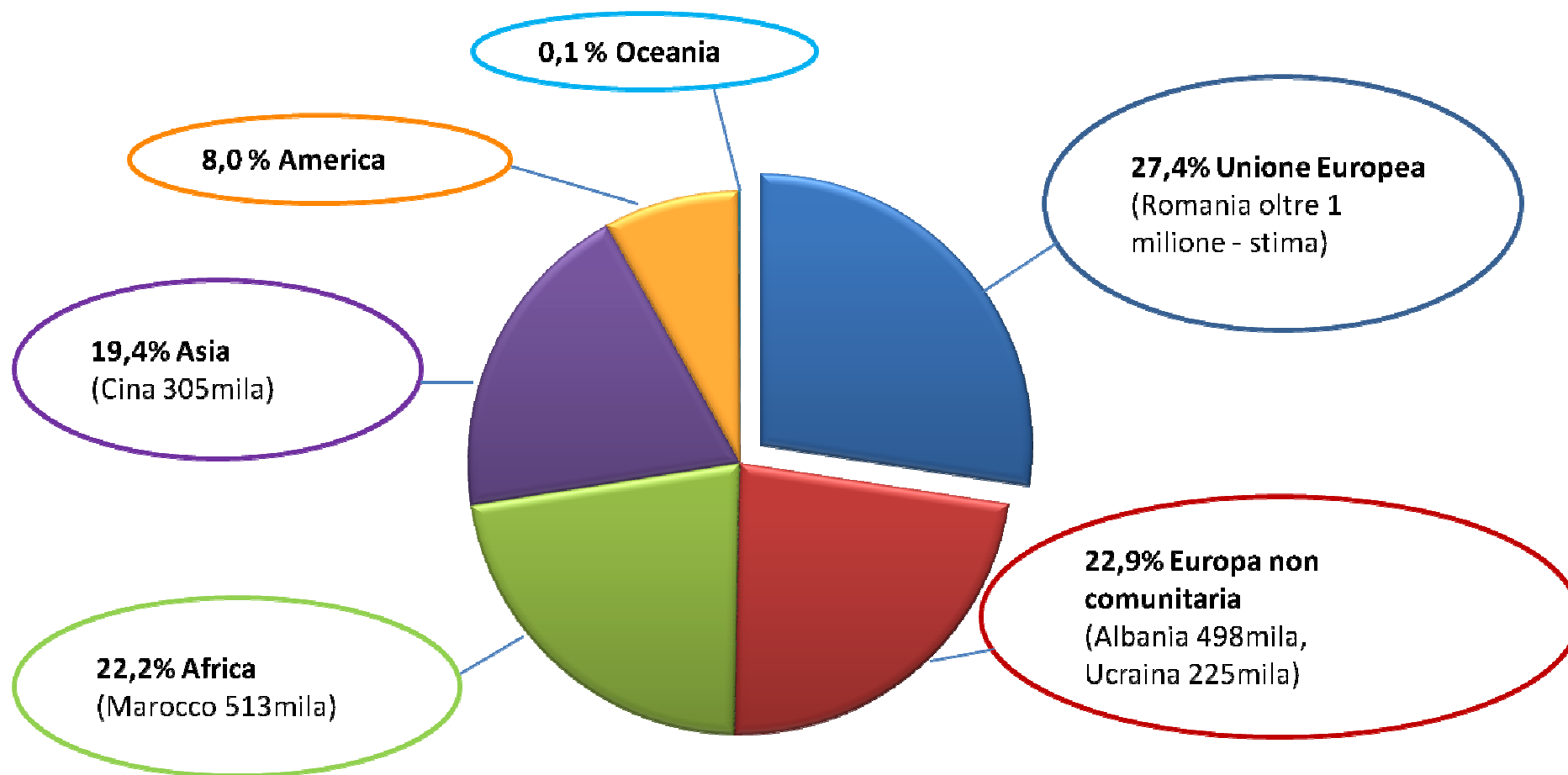
Incidenza dei rifugiati

**1,3 milioni i richiedenti asilo e i rifugiati nell'Unione Europea,
di cui 64.779 residenti in Italia**

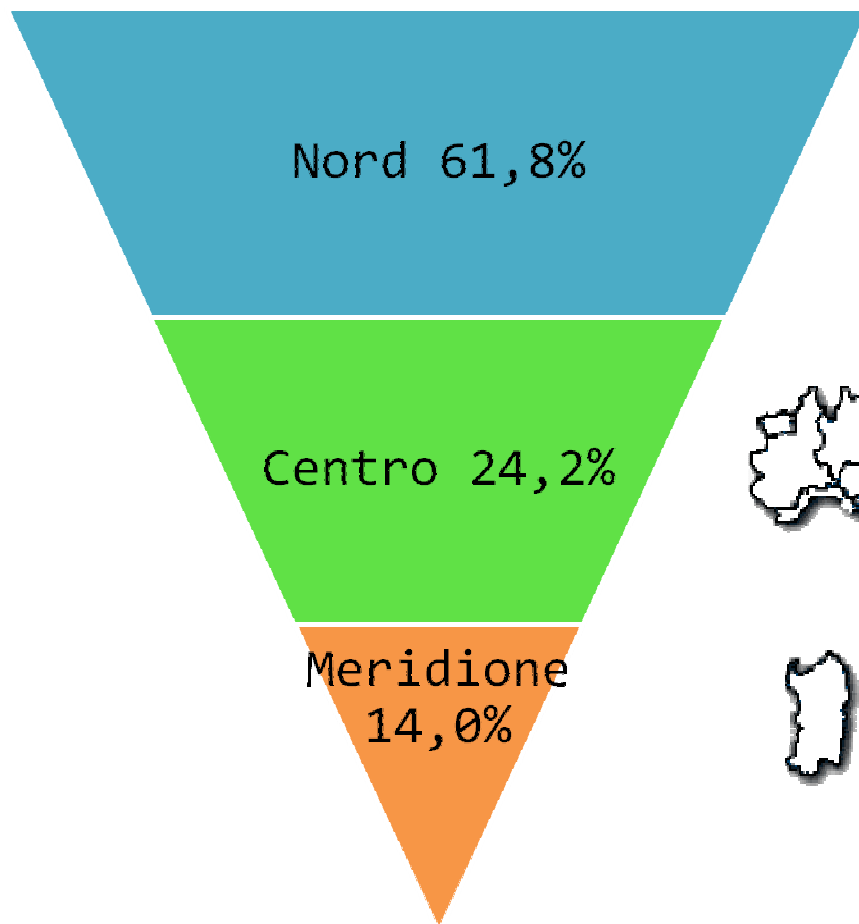


I continenti di provenienza

(stima Dossier 2012)



Aree e regioni di insediamento



Lombardia	1.028.663
Emilia R.	488.489
Veneto	487.030
Lazio	477.544

Istat 2012

Immigrazione Dossier Statistico
UNAR/IDOS

Gli immigrati nel mercato del lavoro (2012)

Occupati: 2,4 milioni
(10% degli occupati complessivi)

Sottoinquadriati: 41,2%
più del doppio rispetto agli italiani
(17,9%)

Disoccupati: 380mila (17,3%; italiani
11,5%)

Lavoratori autonomi: 477.519,
tra imprese con titolare nato all'estero e
società di persone o di capitali con oltre
la metà dei soci o degli amministratori nato
all'estero
(pari al 7,8% delle imprese in Italia)

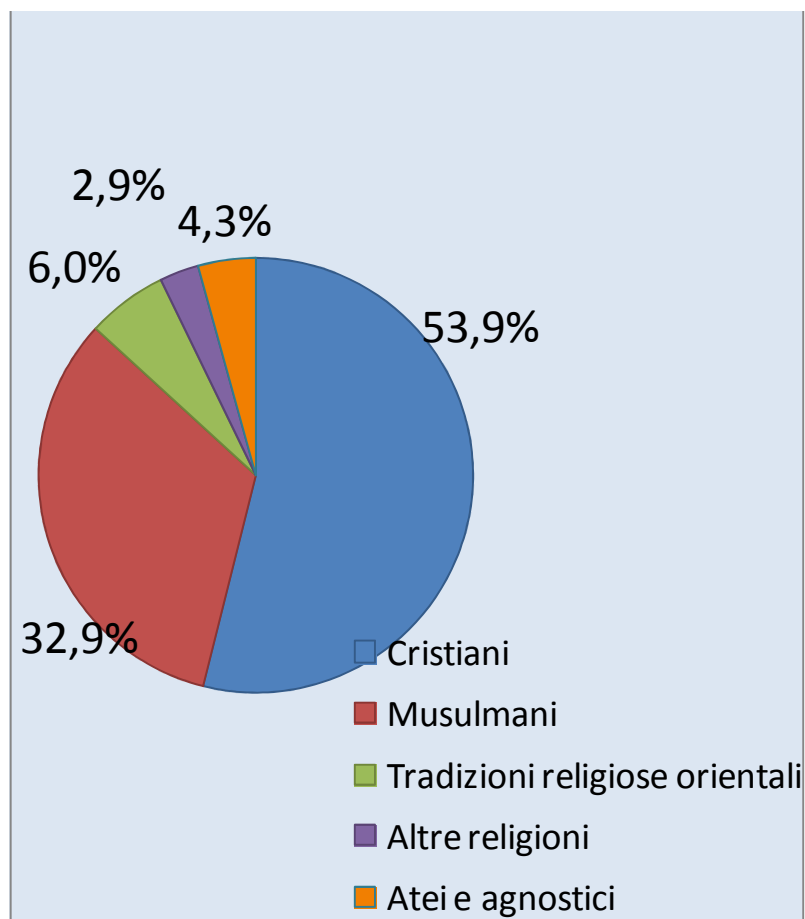


Comparti del lavoro dipendente

Agricoltura	4,7%
Industria	31,7%
- di cui costruzioni	14,2%
- di cui industria in senso stretto	18,8%
Servizi	63,6%
- di cui servizi alle famiglie	23,6%
- di cui alberghi e ristoranti	9,0%



Stima delle appartenenze religiose degli immigrati nel 2012



Il primo paese di provenienza:

Per gli ortodossi: la Romania

Per i cattolici: le Filippine

Per i protestanti: la Romania

Per i musulmani: il Marocco

Per gli induisti e i sikh:
l'India

Per i buddhisti: la Cina

Per le religioni tradizionali:
vari paesi dell'Africa

Per gli atei/agnostici: vari
paesi dell'Europa dell'Est.

I gruppi più esposti alla discriminazione



IMMIGRATI E PIEMONTE



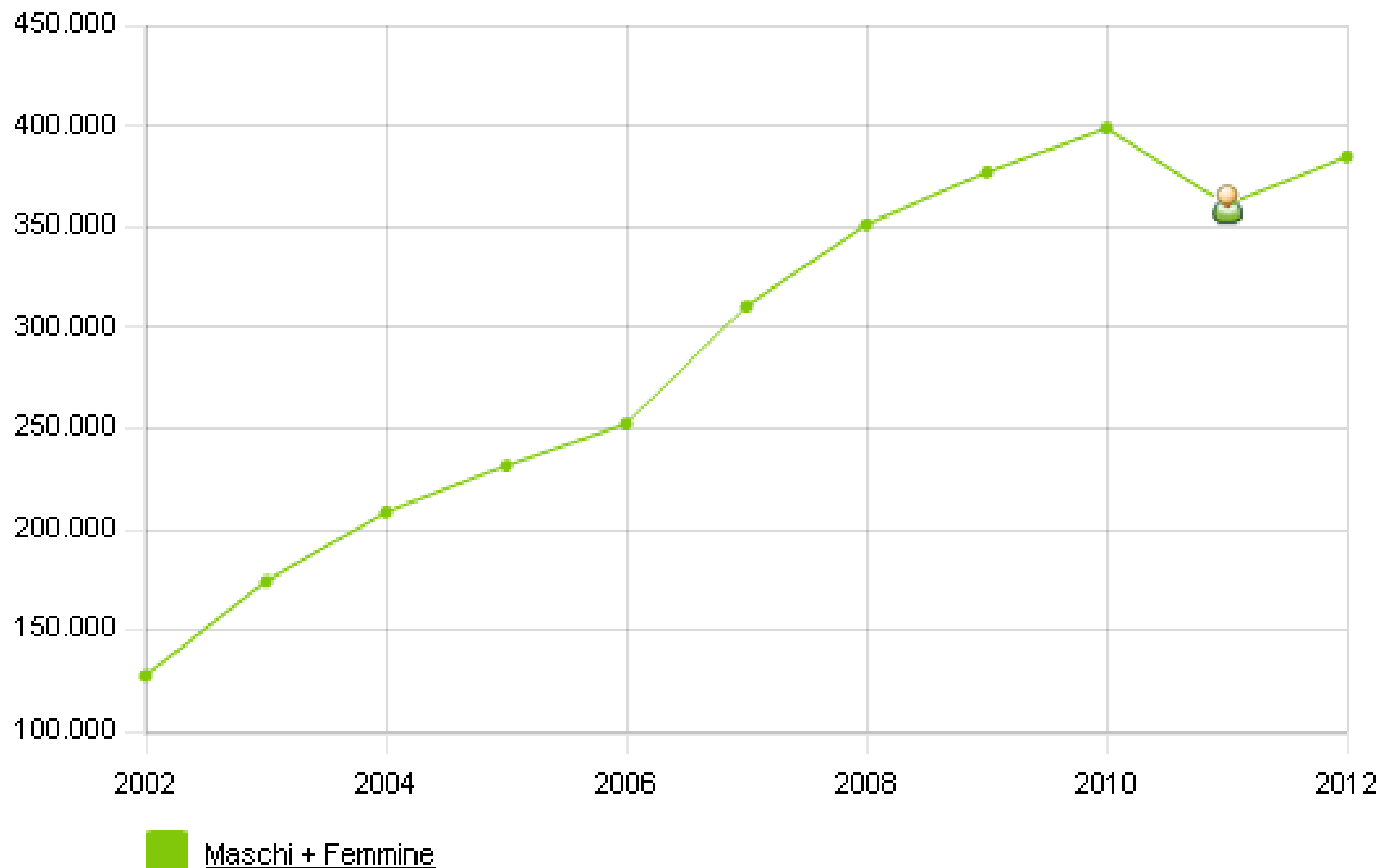
I cittadini stranieri in Piemonte: QUANTI?

Al 31 dicembre 2012 c'erano un totale di 384.996 stranieri in Piemonte di cui 178.733 maschi e 206.262 femmine.

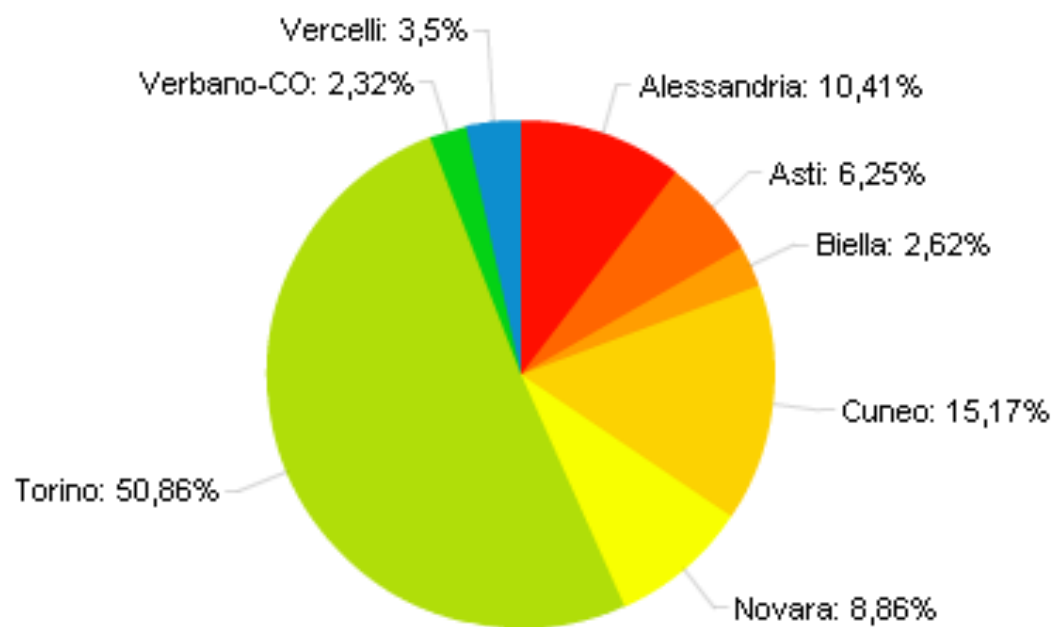
Rappresentano l'8,8% della popolazione piemontese.

L'età media è di **31,5 anni** (32,6 anni per le donne e 30,2 anni per gli uomini).

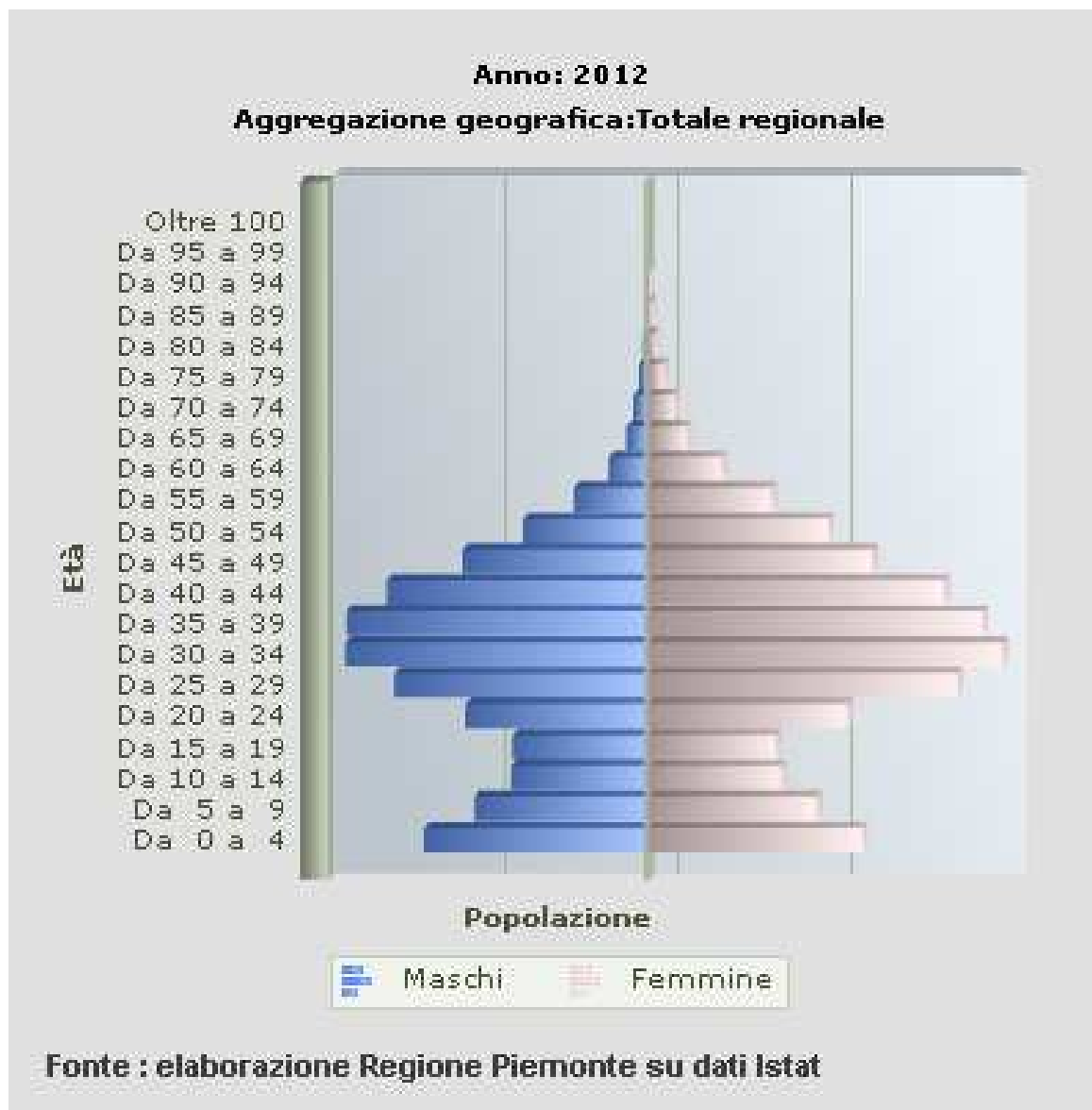
I cittadini stranieri in Piemonte: QUANDO?



I cittadini stranieri in Piemonte: DOVE?

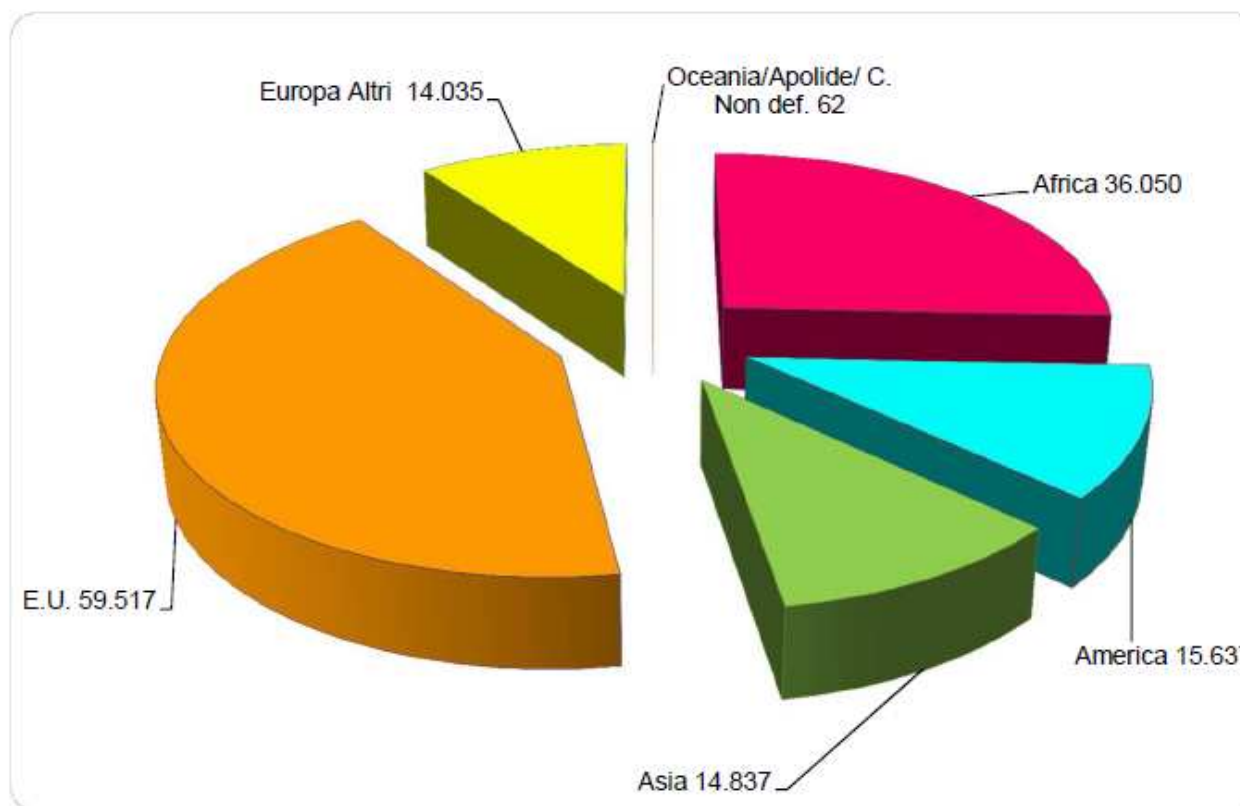


I cittadini stranieri per età

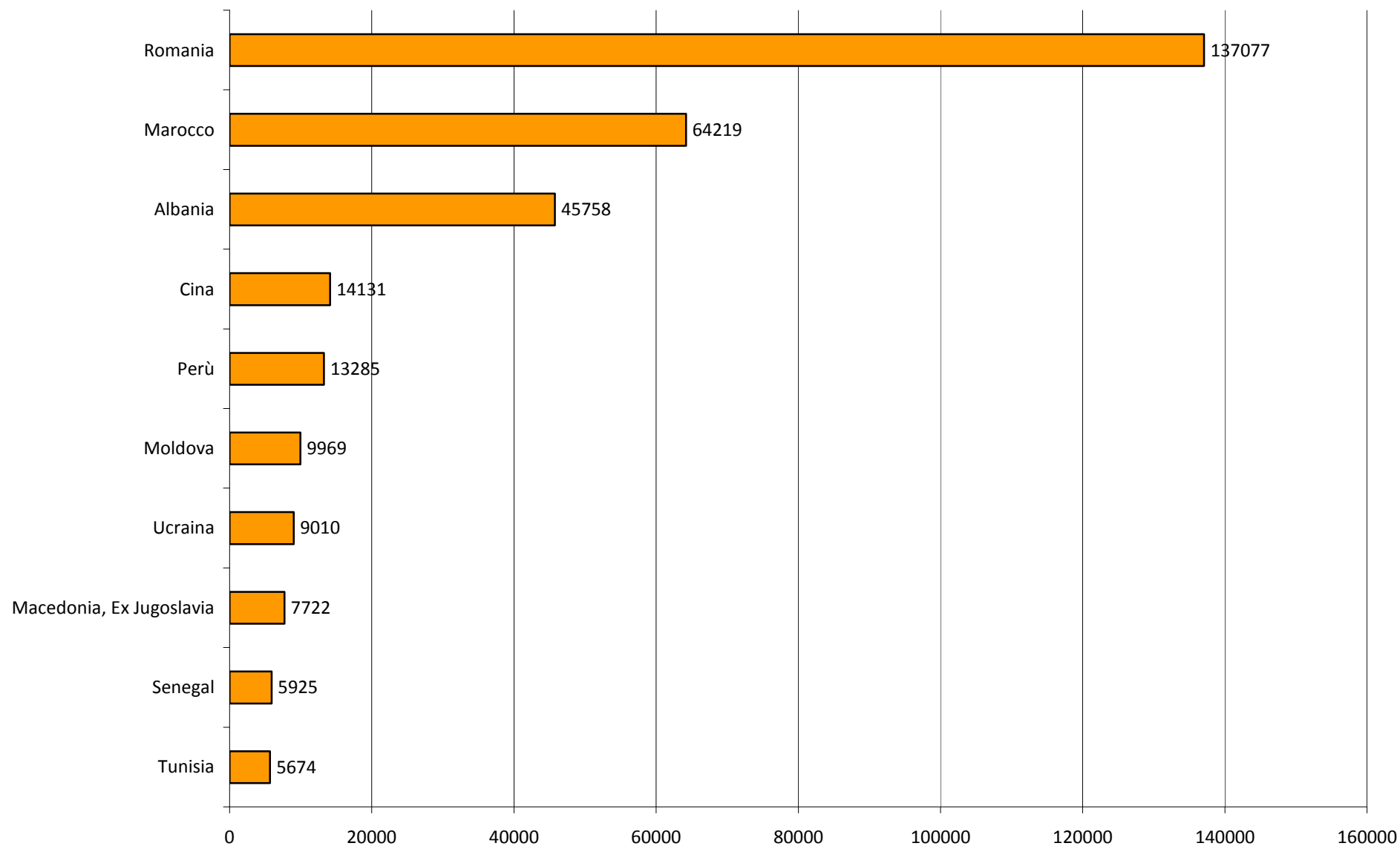


I cittadini stranieri in Piemonte: DA DOVE?

Stranieri per Area di provenienza - Dati al 31/12/2013



CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE



Immigrati.Stat: dati e indicatori su immigrati e nuovi cittadini: Popolazione residente per cittadinanza al 1 gennaio 2011

IMMIGRATI E salute



Il profilo di salute degli immigrati

- **effetto migrante sano** (*Parkin, 1992*)
60% dei permessi rilasciati in Italia per motivi di lavoro
- **non esiste la “sindrome di Salgari”**
bassa prevalenza di patologie di importazione e rischi minimi di trasmissione alla popolazione ospite
- ☞ **effetto migrante esausto** (*Bollini & Siem, 1995*)
esposizione ai fattori di rischio presenti nel Paese ospite

Effetto migrante “sano” in Italia tenda a diminuire

Infatti con la stabilizzazione del fenomeno migratorio, i nuovi immigrati giungono seguendo percorsi già attuati da parenti o amici che si trovano in Italia. Questo tragitto, più semplice e meno rischioso, richiede una minore autoselezione iniziale ed è motivato oltre che dalla ricerca di lavoro anche dall'opportunità di ricongiungimento familiare.

I nuovi arrivi presentano quindi **caratteristiche più eterogenee** dal punto di vista demografico e dello stato di salute. Nel contempo anche la popolazione già immigrata nel Paese ospite tende a stratificarsi demograficamente nel tempo per invecchiamento della prima generazione immigrata e sviluppo di nuove generazioni, nate nel Paese ospite.

Fattori di rischio per la salute degli immigrati

- **fattori di rischio propri della povertà**

precarità abitativa, scarsa tutela sul lavoro, alimentazione sbilanciata

- **disagio psicologico**

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

- **difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari**

barriere giuridiche, burocratiche, organizzative, relazionali

Principali cause di ricovero immigrati in day-hospital, età 18+, Italia 2010

Maschi (N°=16.654)		Femmine (N°=54.797)	
	%		%
fatt. che influenzano stato di salute	12,8	salute riproduttiva/IVG	59,6
mal. app. digerente	12,0	mal. app. genito-urinario	7,8
mal. infettive	10,7	fatt. che influenzano stato di salute	6,9
mal. sistema nervoso	10,3	tumori	4,1
traumatismi	9,0	mal. sistema nervoso	4,0

Perchè interessarsi ai tumori degli stranieri?

- dimensione dinamica della popolazione
- differenze nosologiche con la popolazione autoctona
- *cancer awareness* piu' bassa

I TUMORI. PATTERN ATTESO

In relazione a:

- Tipologia, frequenza e intensità dei fattori a rischio

- Struttura genetica della popolazione

Ogni paese presenta uno specifico pattern di incidenza dei tumori

Immigrati e screening



Immigrati e screening



- ❑ Survey nazionale GISCI 2013
- ❑ Survey nazionali Gisma e Giscor 2014

L'approccio allo screening cervicale delle donne migranti è un tema di grande interesse sia in termini di prevenzione che in termini epidemiologici.

Lo studio PASSI 2011 ha rilevato come **gli screening** (cervice uterina, mammella e colon retto), in quanto percorsi di prevenzione attivi e gratuiti rivolti a tutta la popolazione bersaglio, **possano essere strumenti di equità e facilitazione di accesso ai servizi sanitari**; infatti, sebbene in maniera variabile tra i programmi, si osserva una riduzione delle differenze di adesione per quanto riguarda il grado di istruzione, lo stato civile, la cittadinanza e le difficoltà economiche riferite, rispetto alla prevenzione su iniziativa personale.

LE BARRIERE

Strutturali

- Politiche** • **Scarsa attenzione per la salute sessuale e riproduttiva della donna migrante in generale**
 - Mancanza di politiche e linee guida adeguate alle esigenze e le caratteristiche dei sottogruppi di popolazioni
 - Scarsa attenzione ai gruppi migranti più vulnerabili (es. richiedenti asilo, persone un assenza di documenti, ecc.)
- Organizzative** • Mancanza di infrastrutture
 - Uso inefficiente delle risorse: le risorse vengono indirizzate agli stessi sottogruppi di popolazione, es. donne in età fertile che frequentano consultori e ambulatori pediatrici, escludendo le donne più anziane che non frequentano questi servizi.
 - Scarsa supervisione e monitoraggio delle attività
 - Lunghi tempi di attesa
 - **Orari di apertura inadatti agli orari lavorativi: L'assenza di flessibilità e/o difficoltà di chiedere permessi da parte di fasce di lavoratori in condizione di precariato**
 - **Assenza di competenze interculturali (culturali e comunicative) nel personale sanitario ed amministrativo**
- Vincoli finanziari** • **Mancanza di risorse finanziarie per: sviluppare programmi mirati ai sottogruppi di popolazione (culturale, linguistico); programmi formativi per il personale sanitario; assicurare la copertura sanitaria (es. USA assicurazione medica)**
- Difficoltà per raggiungere le strutture sanitarie** • Strutture per lo screening, la diagnosi ed il trattamento

LE BARRIERE

Sociali / Comunitarie

- **Mancanza di consapevolezza del tumore della cervice come un problema di salute**
- **Nei decisori**
- **Gli operatori sanitari (es. medici di medicina generale, ginecologi, ecc.) possono non avere informazioni precise ed aggiornate sulla storia naturale, l'individuazione ed i trattamenti**
- **La popolazione in generale e/o determinati sottogruppi (vulnerabili) possono non aver mai sentito parlarne, di conseguenza non sentono il bisogno di frequentare il programma anche in presenza di sintomi**
- **Atteggiamenti, credenze, pregiudizi (stigma sociale)***
- **Il cancro è considerato una malattia incurabile che porta inevitabilmente alla morte (credenze fataliste)**
- **Il tumore è causato da: volontà di Dio (spiegazione religiosa) o stregoneria, scarsa igiene, promiscuità/prostituzione**
- **Il tratto genitale femminile è considerato "privato": allontanando la donna dai servizi, soprattutto se di fronte alla possibilità di essere visitata o doverne parlare con un operatore di genere maschile.**

**Questi elementi devono essere considerati sia nella loro dimensione sociale sia individuale*

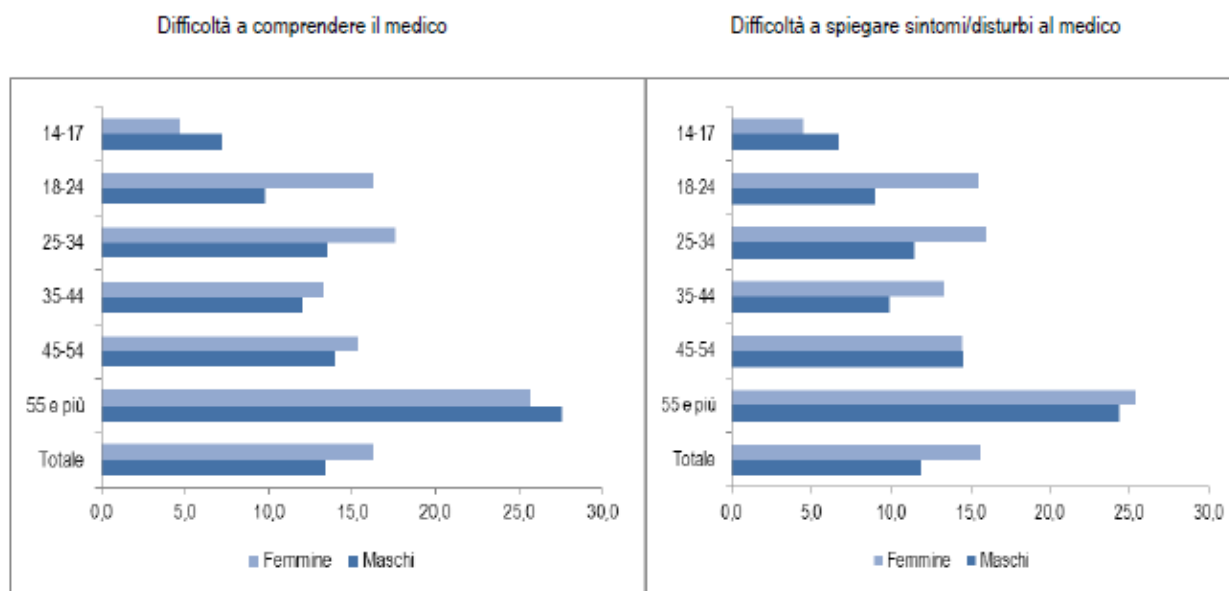
LE BARRIERE

Individuali

- Età • Donne molto giovani e anziane non abituate ad eseguire pratiche di prevenzione; non frequentano servizi quali consultori e ambulatori di pediatria
- Status socio-economico • Il costo del test o la consultazione più essere considerato oneroso, nel caso in cui le procedure diagnostiche e/o il trattamento non sia coperto dal SSN o l'assicurazione.
- Status civile • Le donne possono avere bisogno del consenso di un membro della famiglia (padre, madre, coniuge) per recarsi nelle strutture sanitarie
- Gruppo etnico / status di cittadinanza • Donne migranti o delle minoranze etniche possono avere difficoltà di accesso legate a: limitazioni economiche, barriere linguistiche, discriminazione (reale/percepita), credenze e atteggiamenti legati alla salute e la malattia (cause, modalità di cura, ecc.)
- Disabilità • Spesso escluse dei programmi anche se hanno gli stessi fattori di rischio del resto della popolazione (donne straniere disabili: esclusione su esclusione)
- Atteggiamento personale frutto dei tratti della personalità, capacità di comprensione, conoscenze e esperienze pregresse • Imbarazzo
• Depressione, ansietà
• Paura degli esami ginecologici (es. dolore fisico, effetti nocivi, perdita della virginità)
• Paura della malattia
• Non conoscenza dei benefici della prevenzione e i test di screening
• Assenza di fiducia nel metodo
• Preoccupazione legata al genere del operatore
• Disagio in precedenti esperienze nel settore sanitario/servizi di screening

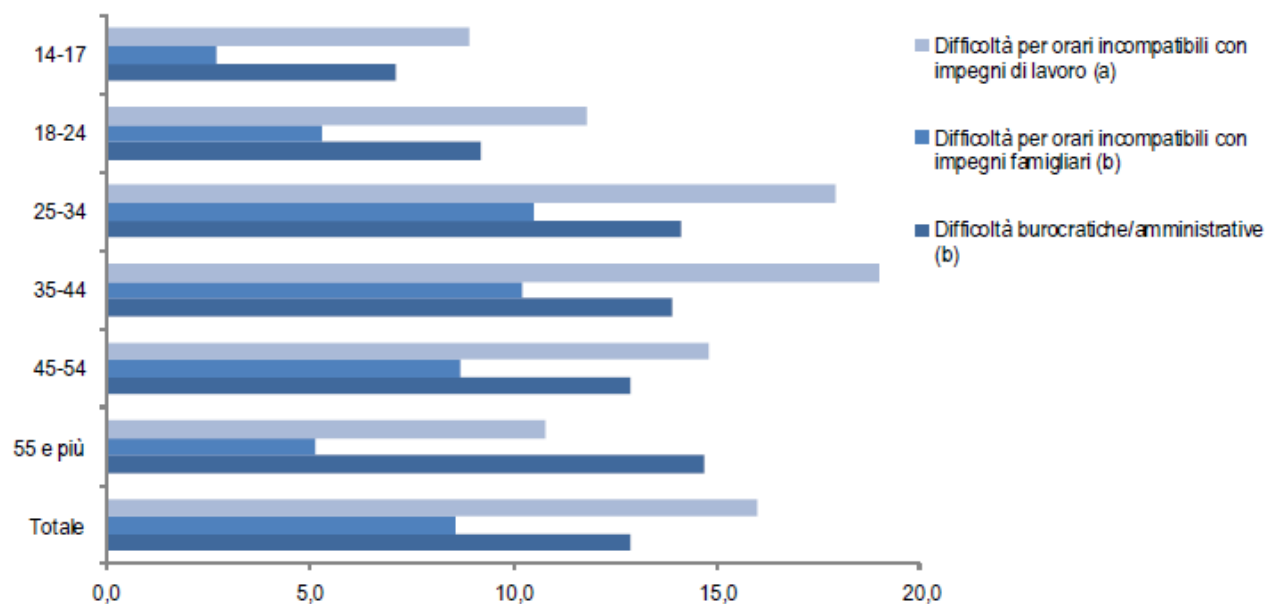
CITTADINI STRANIERI: CONDIZIONI DI SALUTE, FATTORI DI RISCHIO, RICORSO ALLE CURE E ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI SANITARI - Istat - 2011-2012

FIGURA 9 – CITTADINI STRANIERI PER DIFFICOLTÀ LINGUISTICHE CON IL PERSONALE MEDICO. Anno 2011 – 2012, valori percentuali



CITTADINI STRANIERI: CONDIZIONI DI SALUTE, FATTORI DI RISCHIO, RICORSO ALLE CURE E ACCESSIBILITÀ DEI SERVIZI SANITARI - Istat - 2011-2012

FIGURA 11. CITTADINI STRANIERI CHE HANNO DIFFICOLTÀ NELL'ACCESSO ALLE PRESTAZIONI SANITARIE, PER TIPO DI DIFFICOLTÀ E CLASSI DI ETÀ. Anno 2011 - 2012, per 100 persone con le stesse caratteristiche



(a) Cittadini stranieri di 15 anni e più ; (b) Cittadini stranieri di 14 anni e più

Gli immigrati sono coloro che provengono da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) , siano essi appartenenti all'Unione Europea (UE) che extra Unione Europea (tab. 2).

Il criterio della cittadinanza utilizzato per la definizione e l'individuazione degli immigrati appare essere quello che meglio consente di stimare la popolazione immigrata.

Il termine straniero dunque non è sinonimo di immigrato.

Quindi l'immigrato è lo straniero che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei PFPM.

Utilizzando tale criterio rimane esclusa quella quota di immigrati che hanno acquisito la cittadinanza italiana, che tuttavia appare irrilevante . Vengono inclusi i bambini nati in Italia da genitori entrambi immigrati.

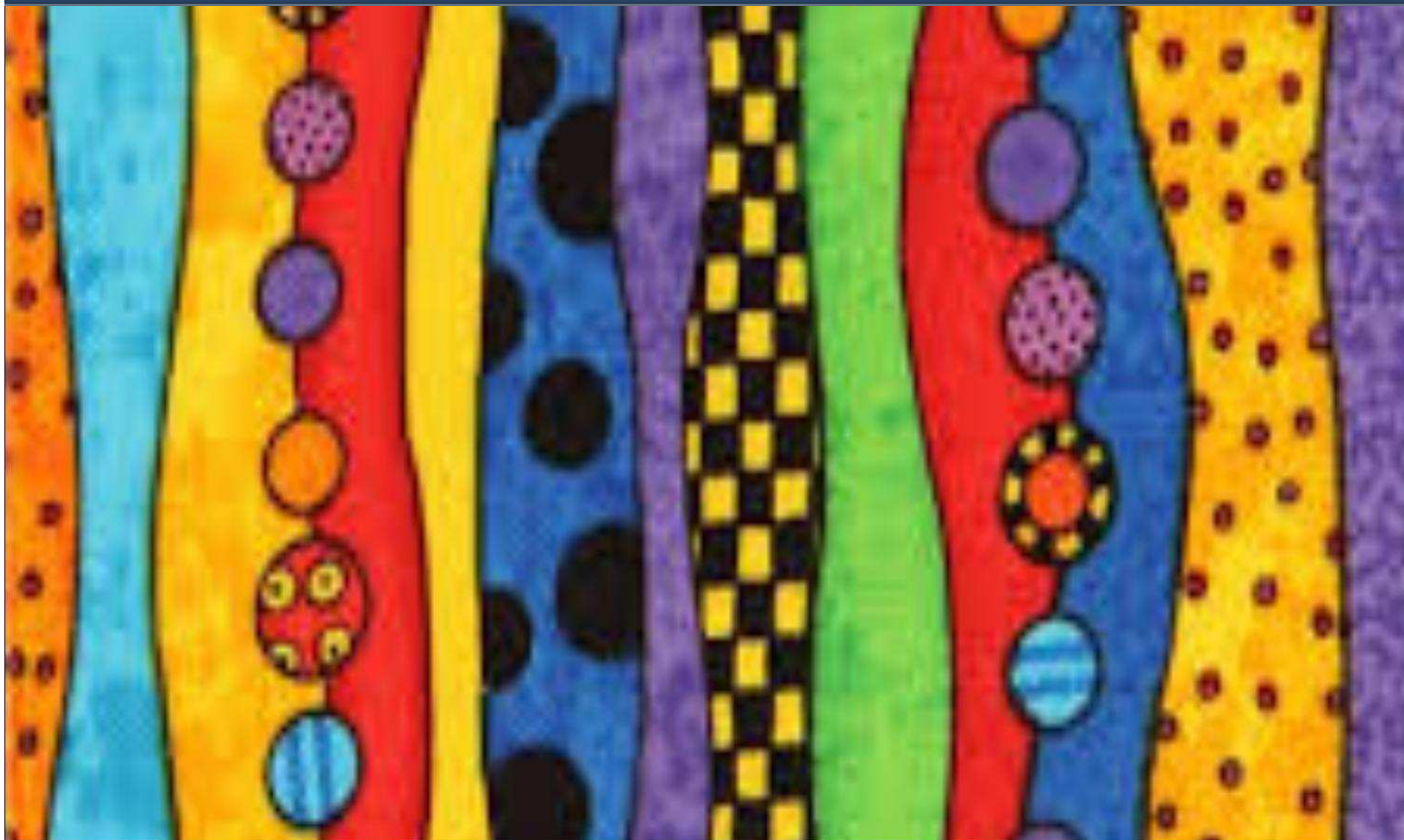
Tab. 2. Informazioni utili per la individuazione degli "immigrati"

Cittadinanza	Comune di nascita	Chi sono
Straniera (in PFPM)	Eestero (in PFPM)	<ul style="list-style-type: none">• Immigrati
Straniera (in PFPM)	Italia	<ul style="list-style-type: none">• Figli di immigrati• Italiani (emigrati con cittadinanza acquisita in PFPM)
Italiana	Italia	<ul style="list-style-type: none">• Italiani
Italiana	Eestero	<ul style="list-style-type: none">• Italiani nati all'estero• Stranieri e immigrati con cittadinanza italiana acquisita

Per lo studio della popolazione immigrata in Italia si ritiene corretto considerare la cittadinanza per i seguenti motivi:

- il requisito “paese di nascita all'estero” non consente di identificare gli immigrati, in quanto essendo l'Italia un paese di emigrazione, vi sono molti cittadini italiani nati all'estero
- l'acquisizione della cittadinanza italiana è molto difficile ed inoltre, in Italia vige, per i nati in Italia, lo *ius sanguinis* e non lo *ius soli*, quindi nella stragrande maggioranza dei casi l'immigrato mantiene la cittadinanza del paese di origine
- nei flussi informativi demografici e socio-sanitari italiani non viene rilevata l'appartenenza etnica ma, eventualmente il paese di nascita, di residenza e la cittadinanza.

alcune esperienze



alcune esperienze passate...



La campagna informativa



Il progetto con le donne albanesi

alcune esperienze passate...



La collaborazione con l'ambulatorio
delle Malattie Sessualmente
Trasmesse
dell'Ospedale Amedeo di Savoia di
Torino



La partecipazione attiva a survey
nazionali

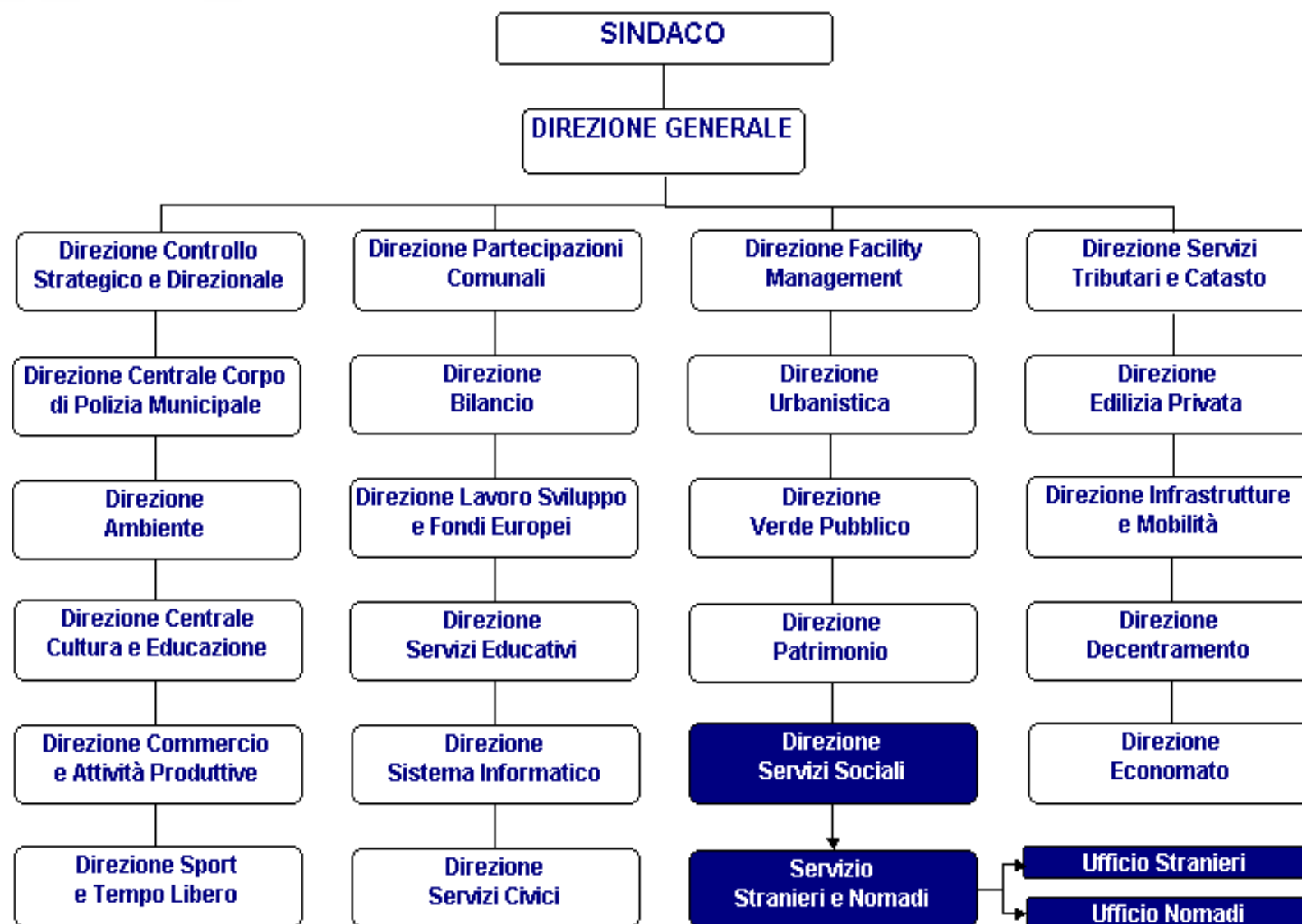
nuove strade...



AMBULATORIO PER **STP** E **NOMADI** PRESSO L'ARSENALE DELLA PACE (**SERMIG**) DI TORINO

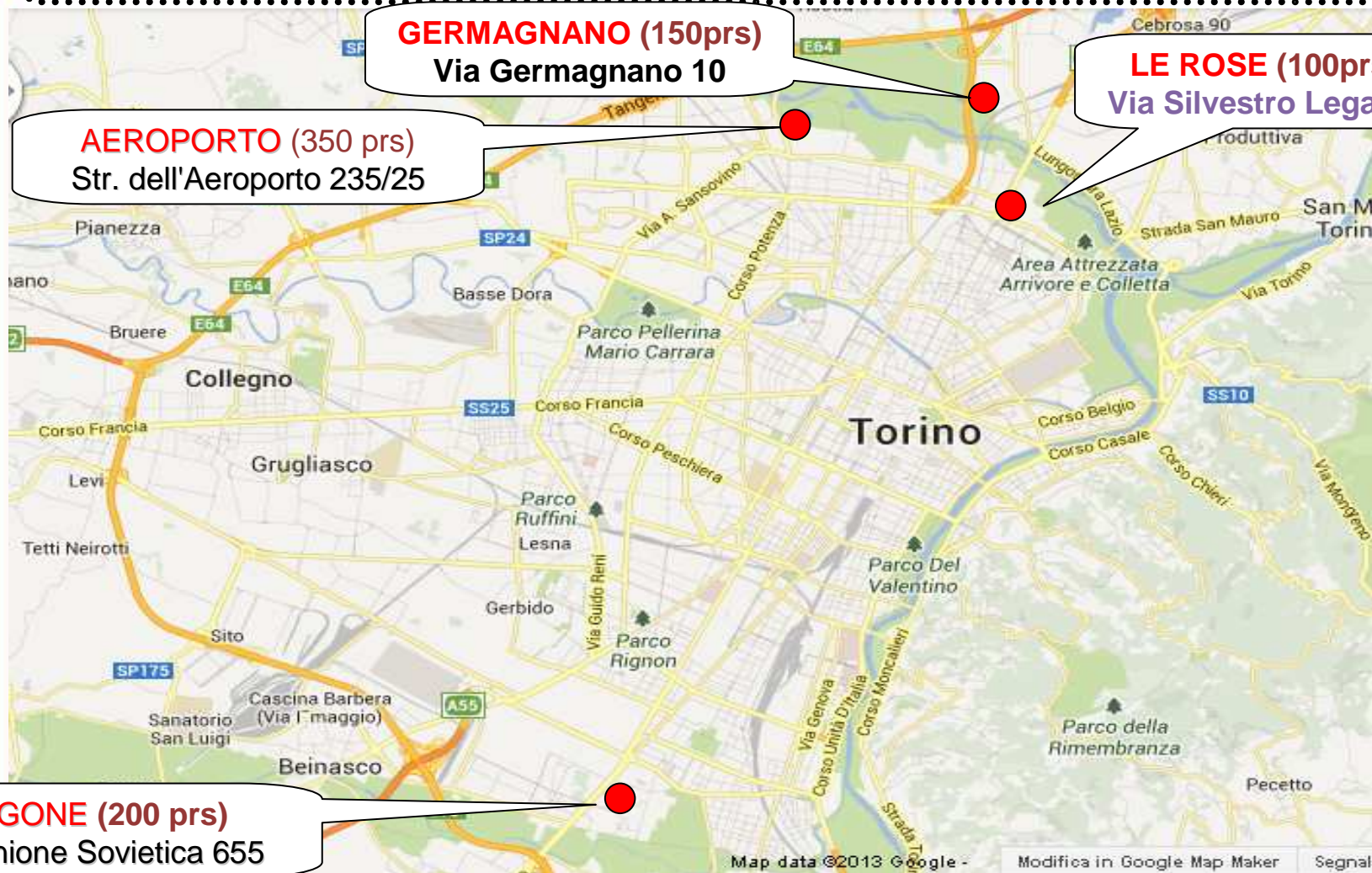
- ❑ coinvolgimento delle associazioni e delle strutture istituzionali
- ❑ condivisione dei protocolli
- ❑ tracciabilità dei percorsi
- ❑ valutazione degli esiti







Aree Sosta Attrezzate





Siti spontanei

Via Germagnano (400
prs)

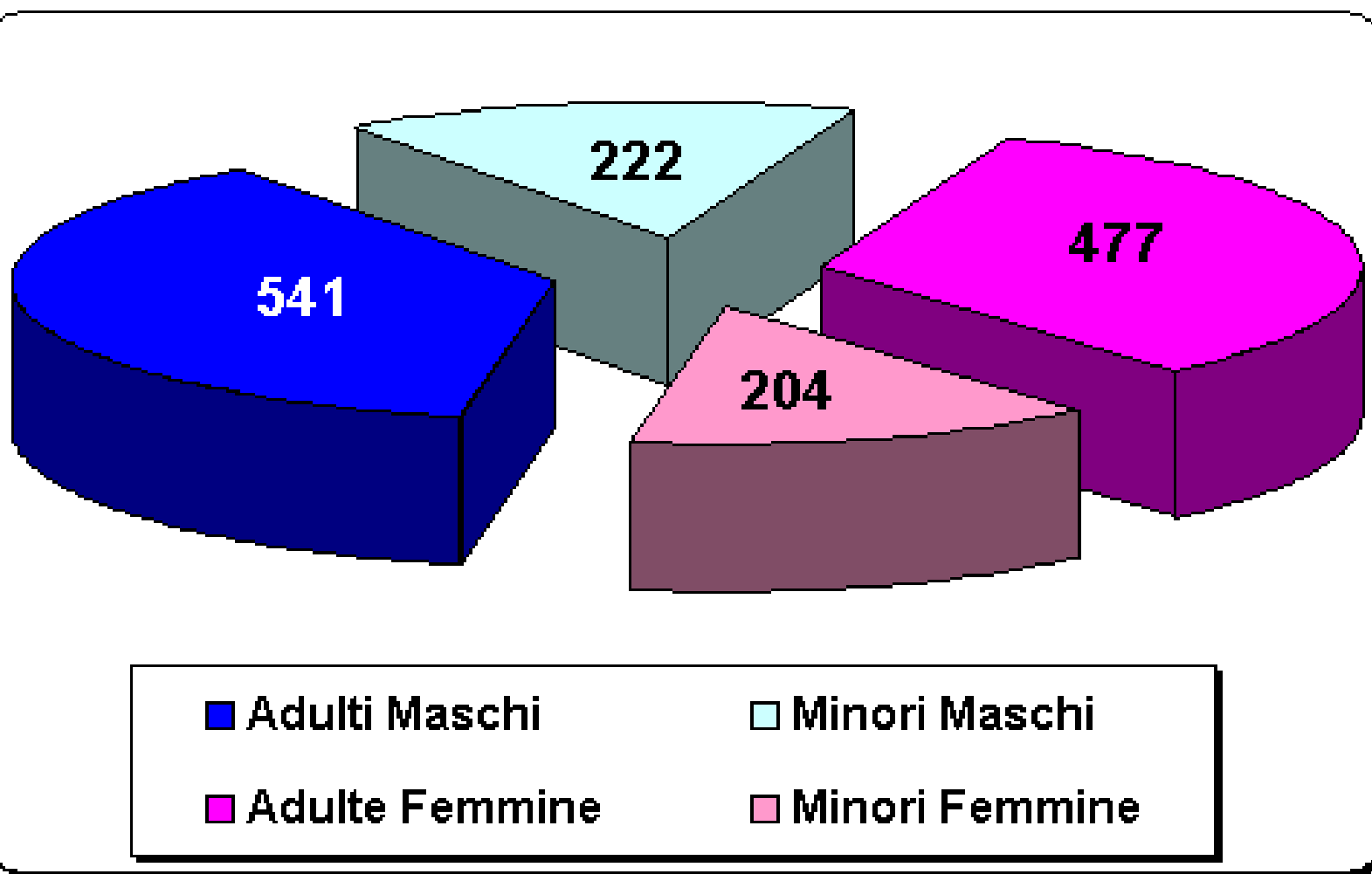
Lungo Stura Lazio (800 prs)

Corso Tazzoli (250
prs)





Popolazione Totale



Le parole chiave dell'immigrazione

eterogeneità

circa 200 Paesi di provenienza, tutti i continenti rappresentati

dinamicità

rapida evoluzione quantitativa e qualitativa della popolazione immigrata. +++ bambini ed anziani

strutturalità

immigrazione come fenomeno stabile e radicato nel Paese

L'importanza del lavoro di squadra

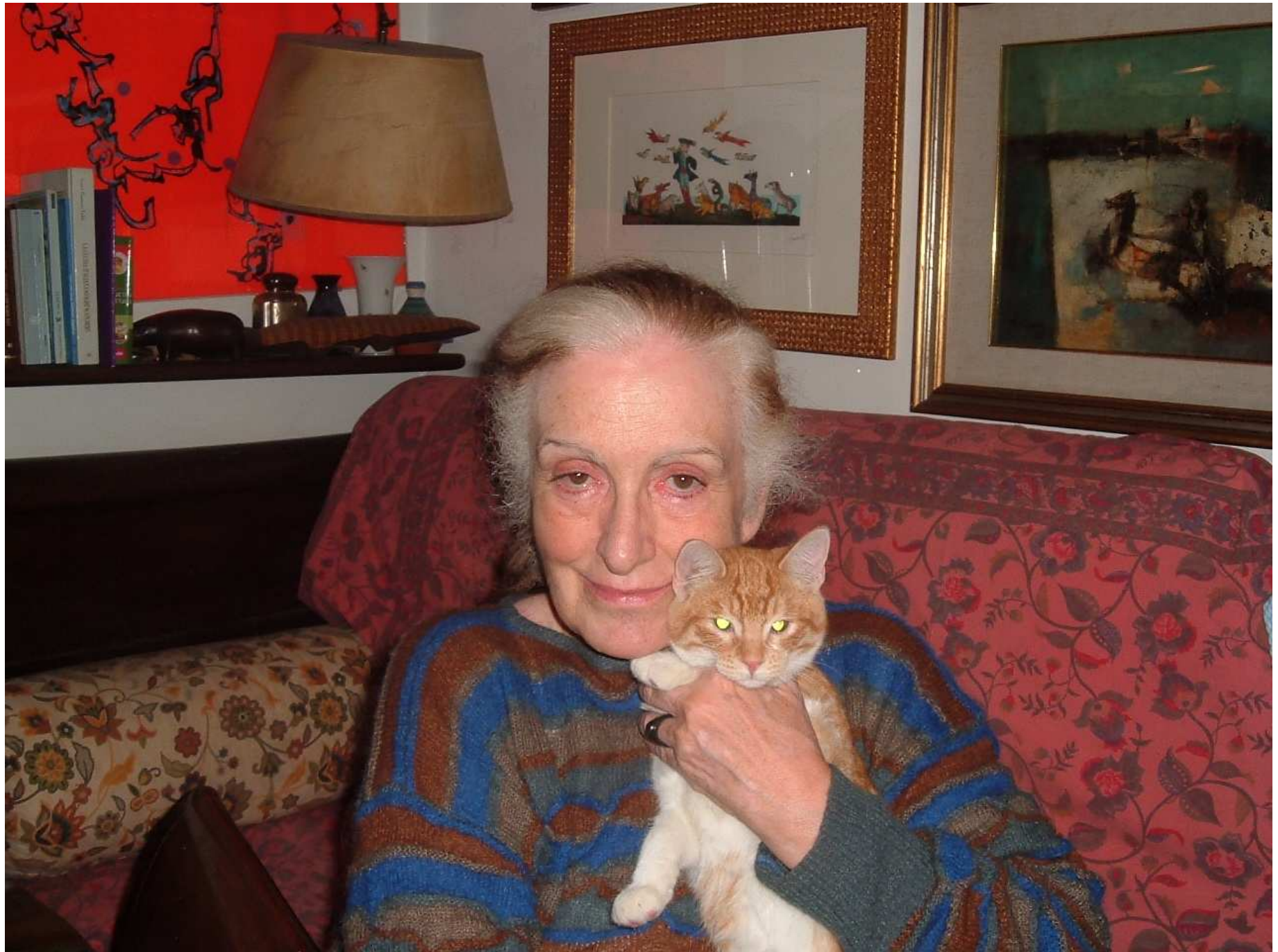


Lavoro di squadra

- ✓ medici
- ✓ operatori sociosanitari
- ✓ membri di associazioni operanti nel campo dell'immigrazione
- ✓ mediatori/trici culturali...)

- Lavoro di rete e gruppi di lavoro multidisciplinari, integrazione con i servizi che si rivolgono agli immigrati.
- Metodologie partecipative (partecipazione del target dell'intervento fin dalle fasi di progettazione, ricerca\azione in modo da attivare le risorse presenti nelle comunità, valutazione finale con il target).
- Verifica: questo è l'aspetto più carente, non solo perché spesso non viene effettuata una valutazione, ma anche perché laddove viene effettuata i risultati sono scarsi: si recuperano poche persone rispetto ai numeri a cui sono abituati gli screening.

- Non “culturalizzare” necessariamente la questione. Evitare gli stereotipi. La diversità culturale non deve diventare un alibi per non riflettere sulle modalità organizzative, comunicative, ecc.
- Conoscere il fenomeno: metodi per quantificarlo possibilmente uniformati nei criteri con cui vengono classificati gli stranieri.
- Fare i conti con il proprio contesto organizzativo e con le risorse a disposizione.



CINQUE ANNI
E DIVENTI
ITALIANO.

E POI MI DA'
DEL LEI?



grazie