



INTERNATIONAL
GEOGRAPHICAL
UNION
COMMISSION
HEALTH
AND THE
ENVIRONMENT

ASSOCIAZIONE DEI
GEOGRAFI ITALIANI
GRUPPO DI LAVORO
QUALITÀ DELLA
VITA, AMBIENTE,
INFRASTRUTTURE
SANITARIE



A.Ge.I.



SOCIETÀ GEOGRAFICA ITALIANA
ONLUS

geografia medica

Nono seminario internazionale

a cura di

Giovanni De Santis

Salute e lavoro



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



Edizioni RUX

In copertina:

JEAN FRANÇOIS MILLET, *Le spigolatrici*, 1857.

olio su tela, cm 83x110.

Parigi, *Louvre*.

JEAN FRANÇOIS MILLET nasce nel 1814 a Gruchy, villaggio nel Nord-Ovest della Francia, da una famiglia di contadini e contadino egli stesso. Trasferitosi a Parigi nel 1837, conduce un'esistenza grama fino al 1848, quando la sua vita improvvisamente cambia grazie alla vendita del quadro *Il vagliatore*, nel quale, ad uno stile imperniato su ritratti e soggetti erotici, si sostituisce quello relativo alla rappresentazione della terra e dei suoi contadini, permettendogli, così, di ritirarsi a Barbison, dove risiederà fino alla morte. Nella nuova residenza, insieme ai pittori Théodore Rousseau e Diaz de la Peña, dà vita a quella che sarà chiamata "Scuola di Barbison", con artisti che si proponevano di cogliere, senza idealizzazioni, la vita di campagna. Le sue rappresentazioni colgono la realistica realtà del lavoro nelle campagne, da lui ben conosciuta, con quadri semplici nella composizione e nei colori basati sui toni caldi delle terre e dagli effetti suggestivi, tanto da apparire vivi e immediati, proprio come nel quadro riprodotto in copertina, *Le spigolatrici*. In questo dipinto traspare la grande serenità dell'ambiente, ma anche la fatica che queste donne devono sopportare – esemplificativi sono, poi, quei quadri come *Cavapietre* (1949), *Contadini che legano i covoni* (1950), *I boscaioli* (1959), *l'Angelus* (1959),... nei quali appaiono chiari tutti i riferimenti alla sua vita di contadino –. Proprio questa concezione che pone l'accento sull'umile verità contadina gli vale il riconoscimento della Legion d'Onore nel 1867. Fiaccato dalla malattia e dalla perdita dell'amico Rousseau, si spegne nel gennaio del 1875 nella sua casetta di Barbison.



INTERNATIONAL
GEOGRAPHICAL
UNION
COMMISSION
HEALTH
AND THE
ENVIRONMENT

ASSOCIAZIONE DEI
GEOGRAFI ITALIANI
GRUPPO DI LAVORO
QUALITÀ DELLA
VITA, AMBIENTE,
INFRASTRUTTURE
SANITARIE



A.Ge.I.



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA



SOCIETÀ GEOGRAFICA ITALIANA
ONLUS

Salute e lavoro

NONO SEMINARIO INTERNAZIONALE
DI GEOGRAFIA MEDICA

(Roma, 13-15 dicembre 2007)

Atti

a cura di

Giovanni De Santis

RUX Editrice
Perugia, 2009



ASSOCIAZIONE DEI
GEOGRAFI ITALIANI
SEZIONE DI LAVORO
QUALITÀ DELLA
VITA AMBIENTALE
INNOVAZIONE
SANTARINI

INTERNATIONAL
GEOGRAPHICAL
UNION
COMMISSION
HEALTH
AND THE
ENVIRONMENT



SOCIETÀ GEOGRAFICA ITALIANA



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA

Salute e lavoro

NONO SEMINARIO INTERNAZIONALE DI GEOGRAFIA MEDICA

(Roma, 13-15 dicembre 2007)

Atti

a cura di

Giovanni De Santis

ISBN 88-86997-06-X

© 2009 - RUX Editrice

Via A. Manna, 27 - 06132 Perugia (Italia)

Tel. +39-075.527.02.95 - Fax +39-075.528.82.44

Proprietà letteraria riservata - *Printed in Italy*

COMITATO ORGANIZZATORE E SCIENTIFICO

Prof. Giovanni De Santis, Università degli Studi di Perugia
Prof. Cosimo Palagiano, Sapienza Università di Roma

SEGRETERIA

Dott.ssa Chiara De Santis, Università degli Studi di Verona
Dott. Riccardo Morri, Sapienza Università di Roma

Si ringrazia per il patrocinio

Società di Studi Geografici, Firenze
Associazione Italiana Insegnanti di Geografia, Roma

Con il contributo organizzativo e finanziario di

Società Geografica Italiana Onlus, Roma

SIMONE BETTI *

LAVORO E SALUTE DEGLI STRANIERI TEMPORANEAMENTE PRESENTI

1. *Flussi irregolari e tutela della salute*

Il progressivo rafforzarsi dei flussi migratori in ingresso nel Paese, specialmente di quelli irregolari, si traduce concretamente in una forte precarietà delle condizioni di vita degli stranieri temporaneamente presenti (STP). La gran parte degli irregolari si trova a vivere in abitazioni fatiscenti dei centri storici o in quelle poste fuori dai nuclei abitati e che attendono di essere recuperate dai proprietari, case insalubri, o capannoni in disuso, sparsi per le campagne, senza acqua corrente, né luce, né servizi igienici. Le condizioni abitative e lavorative incidono pesantemente sulla salute, come risulta evidente dalle patologie riscontrate agli immigrati, di cui sono osservatori privilegiati le strutture ambulatoriali per STP che consentono l'accesso degli irregolari alle prestazioni del Sistema Sanitario Nazionale tramite uno specifico codice. Il tesserino STP è del tutto anonimo, con un numero in codice e senza alcuna indicazione di generalità, permette agli stranieri di fruire dei servizi delle ASL senza timore di essere denunciati alle autorità.

Prendendo le mosse da queste considerazioni e dall'esperienza portata avanti da Medici Senza Frontiere (MSF) che ha avviato su tutto il territorio nazionale numerosi progetti – siglando protocolli d'intesa con le ASL locali – allo scopo di aprire ambulatori dedicati agli stranieri irregolari, si è tentato di analizzare e valutare le condizioni di salute degli stranieri senza permesso di soggiorno che lavorano in alcune realtà italiane.

Il quadro sanitario relativamente oggettivo e aggiornato fornito da questi "presidi" di MSF riguardo ai cosiddetti "invisibili", coloro che, occupati nel settore informale o pur inseriti nel contesto dell'economia, sfuggono a qualsiasi tentativo di censimento e catalogazione, è stato integrato con un'indagine sul campo portata avanti dallo scrivente, su un campione di 107 irregolari intervistati nelle Marche,

* Dip. Scienze storiche, documentarie, artistiche e del territorio "Renzo Paci" dell'Università degli Studi di Macerata.

con i dati riguardanti i provvedimenti di contrasto all'irregolarità, quelli raccolti dall'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze (OD) dell'ARS Marche, da CARITAS ed EURISPES.

Negli ultimi anni la pressione migratoria sul nostro Paese è stata costante, come anche la vigilanza delle forze di polizia. Nel 2001 più di 40.000 sono stati respinti alle frontiere, e altri 34.000 sono stati espulsi con effettivo accompagnamento. Una quota pari al 25-33% dei soggiornanti regolari (300.000-350.000 soggetti) composta da persone prive di permesso di soggiorno non espulse e, quindi, presenti in Italia sino a ottobre 2002.

Il fenomeno di per sé non permette di avere dati precisi con riferimento al numero né a proposito delle caratteristiche degli immigrati irregolari (AMBROSINI, 2005). Alcune fonti secondarie consentono di tracciare una mappa del fenomeno dell'irregolarità presente in Italia: l'attività del Nucleo Ispettivo del Comando dei Carabinieri presso il Ministero del Lavoro, finalizzata al controllo dei luoghi di lavoro, i dati del Ministero dell'Interno su espulsioni, respingimenti e rimpatri, e i dati dell'ISTAT.

I provvedimenti di regolarizzazione che hanno aiutato gli stranieri ad uscire dal campo dell'irregolarità, ottenendo un regolare permesso di soggiorno, ci permettono di avere una misura a posteriori degli irregolari, in un determinato periodo.

Uno sguardo d'insieme sulle prime quattro regolarizzazioni (1986 con 105.000 domande accolte, 1990 con 200.000, 1995 con 246.000, 1998 con 217.000) evidenzia che esse hanno favorito la regolarizzazione di 790.000 cittadini stranieri, dei quali 556.000 ancora regolarmente residenti all'inizio del 2000¹. Alla fine di questa

Tab. 1 - *Effetti delle regolarizzazioni dal 1979 al 2002.*

Disposizioni	Termine per l'ingresso	Soggiornanti	Provenienti da PFP (M)	Domande presentate	Accolte (%)	Soggiornanti
Circ. Min. Lavoro (17.12.1979; 08.03.1980; 02.03.1982; 09.09.1982)	31.12.1980	n.d.	n.d.	5.000	5.000 (100%)	n.d.
Legge n. 943/1986 e successive proroghe (Legge n. 81/1988)	31.12.1986	207.201	n.d.	113.349	105.000 (92,6%)	57,1%
Decr. Legge n. 416/1989 convertito con legge n. 39/1990	31.12.1989	320.104	172.823 (54,0%)	234.841	222.000 (94,5%)	73,4%
Decr. Legge n. 489/1995 e Legge n. 617/1996	19.11.1995	729.159	528.430 (72,5%)	258.761	246.000 (95,1%)	35,5%
Decr. Pres. Cons. Ministri 16.10.1998 e Decr. Legislativo n. 113/1999	27.03.1998	1.090.820	867.684 (79,5%)	250.747 ²	217.000 (86,5%)	23,0%
Legge n. 189/2002 e Legge n. 222/2002	10.06.2002	1.512.324	1.358.248 (89,8%)	702.156 ³	650.000 (92,6%)	46,4%

Fonte: CARITAS-MIGRANTES (2006).

¹ Dati forniti dal Ministero dell'Interno, Direzione Centrale Immigrazione e Polizia di Frontiera del Dipartimento di Pubblica Sicurezza.

² L'esame di una quota di circa 35.000 domande è rimasto a lungo sospeso per il carattere dubbio della documentazione probatoria.

³ Escluse le domande pendenti alla data della rilevazione.

prima fase, i regolarizzati rappresentavano il 50% della popolazione proveniente dai paesi a forte pressione migratoria (PFFM).

Nel 2006 gli immigrati senza un regolare permesso di soggiorno sarebbero stati 800.000 secondo *European Migration Network* (EURISPES); 760.000 secondo una previsione della Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità (ISMU); 600.000 secondo CGIL, CISL e UIL; 500.000 secondo CARITAS⁴.

Benché i dati concernenti il numero dei respingimenti e delle espulsioni non permettano di avere il numero degli immigrati irregolari sfuggiti ai controlli, tuttavia forniscono un'idea del fenomeno. Per avere un quadro anche approssimativo di quanti riescono in qualche modo illegale a raggiungere il territorio italiano e che, soprattutto, vi rimangono clandestinamente, basti pensare che secondo fonti della CARITAS, nel 2006, su 124.383 persone in posizione irregolare individuate dalle forze dell'ordine, solo 45.449, cioè il 36,5% è stato rimpatriato con certezza assoluta, mentre nel 1999 questa percentuale era del 64,1% (CARITAS-MIGRANTES, 2007). Bisogna però sottolineare che l'allargamento dell'UE ha portato all'estensione della cittadinanza "comunitaria" a bulgari e rumeni che, pur in posizione irregolare, vanno sottratti da quei 124.383 stranieri irregolari sopra citati, abbassando il numero degli intercettati in posizione irregolare a 84.245 unità, al di sotto delle 100.000 unità, cosa che non succedeva dal 1998, anno in cui il numero degli immigrati rintracciati senza regolare permesso di soggiorno arriva a quota 44.021 (CARITAS-MIGRANTES, 2006)⁵.

Nel 2007 gli stranieri riconosciuti come irregolari e intercettati in queste condizioni hanno superato le 100.000 unità, nel 13% dei casi (22.016 persone) arrivati via mare (CARITAS-MIGRANTES, 2008; *European Migration Network*, 2005; *www.interno.it*)⁶, mentre ben 65.617 irregolari hanno continuato a permanere in Italia (CARITAS-MIGRANTES, 2006).

⁴ Tra i centri che possono fornire dati significativi si ricordano il NAGA a Milano, CESAIM a Verona e CARITAS a Roma. Dal 2003 Medici Senza Frontiere "Missione Italia" ha avviato numerosi progetti con l'obiettivo di aprire ambulatori dedicati agli stranieri irregolari all'interno del SSN, attraverso la firma di un protocollo d'intesa con l'ASL locale di riferimento. Al primo ambulatorio MSF, aperto nel gennaio 2003 a Siracusa, ne sono seguiti altri in Campania (province di Napoli e Caserta), in Calabria (provincia di Reggio Calabria) e Sicilia (provincia di Agrigento). Nel solo 2006, MSF ha visitato, presso i propri ambulatori nel sud dell'Italia, oltre 13.000 immigrati. Il NAGA è un'associazione di volontariato costituita a Milano nel 1987 allo scopo di promuovere solidarietà e interventi socio-assistenziali in difesa dei diritti sanitari e legali di immigrati temporaneamente presenti, rifugiati politici e nomadi, senza alcuna discriminazione di razza, religione o partito. L'ambulatorio dell'associazione ha dato assistenza medica di base e specialistica a più di 100.000 stranieri provenienti da tutti i continenti.

⁵ Nel 2002 il numero d'immigrati stranieri intercettati senza permesso di soggiorno era di 149.783 unità, nel 2005 tocca i 119.923 stranieri e nel 2006 raggiunge quota 124.183.

⁶ Le migrazioni irregolari attraverso il Mediterraneo hanno grande visibilità mediatica, forti costi economici e umani, in termini di perdita di vite, che le pongono al centro del dibattito politico nazionale ed europeo. In Italia gli sbarchi sono in aumento, nei primi nove mesi del 2008 avevano già raggiunto le 24.000 unità, dopo la flessione registratasi nel 2003 e nel 2004 (quando si sono avuti 14.331 e 13.635 casi), in seguito alle restrizioni poste in atto dalla Spagna presso gli avamposti di Ceuta e Melilla gli sbarchi sono aumentati progressivamente, raggiungendo e superando i 23.719 casi del 2002 (22.939 nel 2005, 22.016 nel 2006, 20.000 nel 2007).

I rapporti tra migrazione e salute sono stati un campo molto fertile per lo studio delle cause di malattia. La loro analisi ha permesso di mettere in luce fattori di rischio personali e ambientali, congeniti e acquisiti, per molti tipi di malattie, in particolare per quelle cardiovascolari e neoplastiche, affezioni bronchiali polmonari, specie se gli stranieri vengono da aree e regioni più calde.

Ma la migrazione può avere un'influenza su molteplici aspetti della salute (BENTHAM, 1988; STEPHENSON, 1995; CARBALLO e NERUKART, 2001). Anzitutto, la migrazione del passato può avere influenza sulle condizioni attuali di salute di una popolazione, fino ad averne selezionato una caratteristica. Di primaria importanza è anche il fattore utilizzazione dei servizi per la salute legato, da una parte, alla loro accessibilità e, dall'altra, a variabili culturali (es. percezione di malessere) e di organizzazione sociale. Anche il gruppo etnico di appartenenza include in sé una serie diversa di fattori che possono avere considerevole peso sulla salute, da differenze culturali a differenze genetiche. Infine, la condizione di immigrato può aggravare la associazione negativa ben nota che esiste tra povertà e cattiva salute (BOYLE, 2000).

Le occasioni e le condizioni lavorative sono potenzialmente capaci di spiegare le differenze di salute (se presenti) tra migranti e non, mentre il lavoro può essere un fattore peculiare assai importante di salute o di malattia. Bisogna considerare sia le caratteristiche obiettive (ambientali) del lavoro come le esposizioni nocive, i turni, gli orari, sia la condizione di stress soggettivamente percepita (EKBLAD, 2000). Nonostante la loro rilevanza, però, è particolarmente arduo affrontare con adeguata e appropriata documentazione i rapporti tra migrazione, lavoro e salute. Complessivamente, le condizioni di illegalità o di estrema precarietà di molti, associate anche a un'attitudine culturale, condizionano l'incompletezza degli eventi riferiti e registrati e quindi un sotto-dimensionamento della situazione reale.

Non c'è stata, anche a causa di ciò, una sufficiente attività di indagine e ricerca né a livello nazionale né internazionale.

Da alcuni anni l'Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze dell'ARS Marche esegue la rilevazione dei motivi di ricovero degli immigrati presenti nella regione Marche, utilizzando il *data base* delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO). Anche se i ricoveri rappresentano solamente la punta dell'*iceberg* dei problemi di salute, tuttavia dalle SDO emergono importanti informazioni e suggerimenti per orientare le azioni di promozione della salute.

Con il progetto OSI (Osservatorio Epidemiologico sull'Immigrazione) si è inteso valutare la possibilità di implementare un flusso informativo a partire dagli ambulatori pubblici e del privato sociale che offrono assistenza sanitaria agli immigrati in varie regioni italiane.

Riguardo all'assistenza ambulatoriale agli STP, si segnalano riduzioni degli afflussi di pazienti immigrati nei periodi che seguono le regolarizzazioni, ma, più spesso, a contenere i flussi è la paura di essere individuati dalle forze di polizia o addirittura segnalati dagli operatori sanitari. Tra questi ultimi persiste una notevole differenza nell'applicazione della normativa sull'assistenza sanitaria agli immigrati, anche a causa di disposizioni arbitrarie e restrittive da parte dei responsabili di alcuni servizi.

A proposito del funzionamento degli ambulatori STP, sono emersi due importanti elementi critici: la "precarietà" del personale medico impiegato (contratti per brevi periodi, elevata rotazione, ecc.) e uno scarso impiego delle cartelle cliniche, spesso ritenute inutili dai medici, giacché "l'immigrato clandestino difficilmente ritorna all'ambulatorio" ed è, comunque, "poco collaborativo".

Dunque l'esperienza maturata attraverso la realizzazione del progetto OSI nelle Marche consente di evidenziare i seguenti punti: sebbene la regione Marche sia tra le poche in Italia ad offrire agli immigrati senza permesso di soggiorno l'assistenza di medicina di base presso ambulatori pubblici nei Distretti Sanitari, emerge la necessità di migliorare l'organizzazione e l'offerta di tali ambulatori; occorre lavorare per potenziare e consolidare l'impiego della cartella clinica (ed eventualmente un adeguato *software*) anche nell'assistenza agli immigrati; si avverte l'esigenza che gli operatori, soprattutto amministrativi e di *Front Office*, applichino correttamente la normativa relativa all'assistenza sanitaria ai clandestini, evitando atteggiamenti discriminatori, e che vengano ridotte le barriere all'accesso ai servizi (CARITAS-MIGRANTES, 2008).

2. Il caso delle Marche

Al 1.01.2006 gli stranieri con regolare permesso di soggiorno e residenza ufficiale nelle Marche erano circa 95.000, pari al 13,1% del totale nazionale. Secondo Di Sciullo (2005), le Marche si rivelano uno degli ambienti territoriali in Italia in cui gli stranieri si trovano relativamente meglio, come confermano il IV e V Rapporto CNEL sugli indici di inserimento degli immigrati nelle regioni italiane. Già dai primi anni del XXI secolo, gli immigrati sembrano incontrare maggiori opportunità di integrazione rispetto ad altre regioni italiane. Questo fenomeno aiuta a comprendere come mai l'elevata crescita della popolazione immigrata nelle Marche sia avvenuta in gran parte nell'ultimo quindicennio (PAVOLINI, 2006 e 2007). Il peso della popolazione straniera rispetto a quella regionale è del 6,2%, superiore alla media nazionale (5,2%), in forte crescita rispetto al 2003 quando si attestava al 4,3% (CARITAS, 2006).

Le stime CARITAS hanno registrato, tra il 2006 e il 2007, un aumento della popolazione straniera con regolare permesso di soggiorno. Si tratta di oltre 100.000 persone, come confermato dal rapporto CARITAS Marche 2007, secondo cui l'incidenza della popolazione straniera ha raggiunto il 6%, per metà proveniente da altri paesi europei.

Nel 2007, il 55,6% degli stranieri presenti nelle Marche era di origine europea, in particolare dell'Europa centro-orientale (51,7%) e, come nell'anno precedente, gli albanesi si confermano essere il gruppo nazionale più numeroso (21,6%), seguiti dai marocchini (10,2%). Dall'Africa arriva il 21,6% degli immigrati, il 15,6% dall'Asia e il 7,1% dalle Americhe; nel complesso sono in aumento gli Europei e gli Asiatici (PAVOLINI, 2006).

La caratteristica principale dell'immigrazione nelle Marche è forse quella di una tendenza al radicamento delle famiglie; segno di un fenomeno che, ormai fortemente innestato nel territorio, ha assunto una tale rilevanza quantitativa e qualitativa, da definirsi come organico rispetto alla società del luogo. Recentemente il fenomeno dell'immigrazione nelle Marche non riguarda più solo un progetto pensato e attuato dal singolo individuo, ma comprende ormai decine di migliaia di famiglie.

Un'altra tendenza che ha caratterizzato i flussi migratori di stranieri nelle Marche, negli ultimi anni, è stata quella che ha portato un sostanziale riequilibrio della composizione per genere sugli stranieri residenti nella regione: un immigrato su due, infatti, è donna. Inoltre, l'età media della componente femminile è minore e alta è l'incidenza dei coniugati rispetto al totale dei soggiornanti (PAVOLINI, 2006).

Allo scopo di integrare le informazioni in merito alla presenza, ma soprattutto allo stato di salute e al lavoro svolto dagli immigrati temporaneamente presenti nelle Marche nel 2006-2007 sono stati somministrati personalmente 107 questionari a irregolari e clandestini.

Le province con la più elevata presenza di immigrati sono quelle di Ancona e Macerata. La prima ha visto aumentare la presenza di stranieri dalle 12.470 unità del 2000, alle 25.530 del 2005, di cui 6.199 minori (CARITAS), per arrivare a 27.095 del 2006. In provincia di Macerata gli stranieri erano 11.780 nel 2001, pari al 3,9% della popolazione residente, arrivati a 21.390 persone nel 2005 (il 6,9% dei residenti). A livello nazionale la provincia di Macerata è fra i territori in cui il rapporto stranieri/residenti è più elevato (8,1% nel 2006), preceduta solo dalla provincia di Brescia (8,5%).

Dal 2001 al 2005 la popolazione residente in provincia di Macerata è aumentata di 7.970 unità, crescita dovuta totalmente all'affluenza straniera (OFI, 2005). Singolare è, inoltre, la grande varietà di nazionalità presenti: delle 150 classificate dall'ISTAT, in provincia di Macerata ne sono presenti 120, sebbene la consistenza numerica sia assai disomogenea. Il continente più rappresentato è l'Europa, specie con stranieri provenienti dai Paesi balcanici (56,2% dei migranti residenti); le donne immigrate rappresentano il 49% tra gli Europei, il 36% tra gli Asiatici, il 35% tra gli Africani. Nel complesso, la distribuzione degli stranieri europei è abbastanza uniforme, a differenza di altri gruppi etnici, sull'intero territorio provinciale.

I dati relativi alla provincia di Ascoli Piceno evidenziano che, a causa di fattori sociali ed economici particolari (invecchiamento della popolazione e lento ricambio, lavori abbandonati o poco qualificati), i flussi migratori sono cresciuti in maniera molto evidente. Tanto che dai 7.024 stranieri del 1995, si è arrivati a 14.353 unità nel 2005 e a 19.494 nel 2006 (minori nel 23,4% dei casi e donne nel 48,8%)⁷. Gli Albanesi sono, tra gli stranieri residenti, i più numerosi (27%), seguiti da Marocchini (18,8%), Cinesi e Rumeni, rispettivamente con il 7,8% e 7,2%.

Anche in provincia di Pesaro e Urbino il numero complessivo degli stranieri residenti è in continuo aumento. Infatti, si è passati da 19.897 persone nel 2004, a 23.163 (per il 22,3% minorenni) nel 2006. Analogamente prevalgono gli Europei non comunitari e, in successione, Africani, Europei comunitari e Asiatici.

Nelle Marche, come in tutta Italia, si ripresentano gli stessi fattori di pericolo per il benessere degli stranieri, con o senza cittadinanza. Bassi salari e condizioni lavorative svantaggiate; scarso grado d'istruzione o titolo non riconosciuto (da cui possono derivare: inferiori capacità, un insufficiente valore attribuito alla difesa della salute, un inadeguato interesse alla prevenzione, ecc.); assenza o non idoneità degli alloggi; alimentazione inadeguata e stili di vita rischiosi; discriminazione etnica e culturale; disagio psicologico per il risultato negativo del proprio progetto di vita.

La condizione di clandestinità comporta uno scoglio spesso insormontabile per l'accesso ai servizi sanitari e, talvolta, com'è emerso nelle interviste, lo straniero irregolare sceglie vie diverse da quelle ordinarie per farsi curare. In particolare, si segnalano le cure offerte da connazionali che, con vaghe conoscenze mediche, si improvvisano dottori e pertanto possono causare problemi sanitari più gravi di quelli

⁷ Il territorio di Fermo ospita il 56% degli immigrati residenti nella provincia di Ascoli Piceno.

precedenti. Questo fenomeno è visibile nelle comunità etniche in cui sono riuniti molti appartenenti a uno stesso gruppo nazionale. Complessivamente il tasso d'ospedalizzazione degli immigrati (per 1.000 abitanti) è superiore rispetto a quello degli abitanti marchigiani anche in virtù del diverso ricorso al medico di base. L'Osservatorio epidemiologico sulle disuguaglianze dell'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS)⁸ attribuisce questo dato alla difficoltà ad accedere ai servizi ambulatoriali di base e agli impedimenti causati dalle problematiche legate alla comunicazione e al raggiungimento di una relazione chiara ed esaustiva con i pazienti stranieri. Sono queste, di fatto, le difficoltà che di frequente persuadono i medici a cercare di trovare la soluzione ai problemi dei pazienti facendo ricorso all'ospedalizzazione.

Dal 2002, l'Osservatorio epidemiologico sulle disuguaglianze ha svolto elaborate analisi delle schede di dimissione ospedaliera. Nel primo anno i ricoveri d'immigrati extracomunitari regolarmente residenti nelle Marche sono stati 9.312, pari al 3% di quelli avvenuti negli enti sanitari marchigiani. Il 70% di queste degenze ha coinvolto pazienti di sesso femminile, ricoverate in ostetricia ginecologia nel 58% dei casi. Per gli uomini le ragioni di ricovero più comuni sono di genere gastroenterico o osteo-articolare, facendo risaltare come per questa fascia di popolazione i problemi di salute siano essenzialmente connessi a condotte di vita non salutari o deleterie.

Tra le straniere non comunitarie i motivi ostetrici di ricovero prevalgono nettamente sulle cause ginecologiche, in ragione della più giovane età e del più alto numero di gestazioni. Le ospedalizzazioni per cause ginecologiche sono comunque la terza motivazione di ricorso all'ospedale sia per le immigrate residenti sia per le STP, mentre sono una causa meno frequente nei ricoveri di donne marchigiane.

Dalle interviste e dall'indagine conoscitiva "Il percorso nascita nella regione Marche" è emerso che, durante la gravidanza, il 15-16% delle straniere ha effettuato controlli tardivi (il 4% tra le marchigiane), il 40-46% delle donne immigrate si è rivolto alle strutture pubbliche (contro il 18%), il 2-5% delle immigrate ha dichiarato di aver partecipato ad un corso di preparazione al parto e solo nel 7-9,5% dei casi hanno usufruito dell'assistenza domiciliare post-parto (le marchigiane lo fanno nel 14,5% dei casi); le informazioni ricevute durante la gravidanza sono state giudicate inadeguate dal 60% delle donne immigrate e dal 44% delle marchigiane.

Inoltre, il ricorso all'Interruzione Volontaria della Gravidanza (IVG) nei plessi sanitari marchigiani da parte della popolazione straniera è stato del 27,8% nel 2002 e del 25% nel campione. In entrambe le ricerche, le donne provenienti dai Paesi Europei rappresentano oltre il 50% dei casi.

Con la L.R. n. 2/98 "Interventi a sostegno dei diritti degli immigrati", le Marche hanno anticipato di qualche mese la Legge n. 40/98, promuovendo iniziative

⁸ La Regione Marche ha istituito l'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) con la L.R. n. 26/96 allo scopo per procurare un sostegno di natura specialista nella pianificazione sanitaria, nel controllo di gestione, nell'accertamento della qualità e della quantità dei servizi e gli indirizzi di politica sanitaria. Il DGR n. 129/05 "Ricognizione funzioni ARS" descrive nel seguente modo le responsabilità dell'ARS: Osservatorio epidemiologico; Osservatorio sulle disuguaglianze nella salute; Osservatorio delle politiche socio-sanitarie e minori; Qualità professionale, organizzativa e percepita; Qualità dei processi assistenziali e delle reti cliniche; Autorizzazione ed accreditamento; Formazione ed ECM; Gestione flussi informativi ed analisi economiche SSR.

rivolte a garantire agli stranieri, provenienti da Paesi non appartenenti all'UE e alle loro famiglie, condizioni d'uguaglianza con i cittadini italiani nel godimento dei diritti civili e a rimuovere gli ostacoli di natura economica, sociale e culturale che ne impediscono il pieno inserimento nel territorio marchigiano. In particolare sono stati istituiti la Consulta regionale degli immigrati e il Registro regionale delle associazioni degli immigrati con diritto a vedersi rappresentate da un proprio associato all'interno della Consulta (art. 1).

Quanto all'assistenza sanitaria, la L.R. 2/98 prevede che la Regione assicuri la fruizione delle prestazioni sanitarie presso i presidi del servizio sanitario nazionale nei limiti e con le modalità previste per i cittadini residenti (art. 12). La tutela e il controllo sanitario sono ulteriormente garantiti attraverso l'inserimento degli stessi nelle campagne di prevenzione collettiva e di indagini epidemiologiche promosse dalle varie strutture sanitarie locali, ivi comprese anche le campagne di educazione sanitaria e di prevenzione. Le modalità di attuazione dei programmi sono indicate dalla Regione in accordo con la normativa nazionale per i cittadini italiani.

Le Aziende sanitarie e ospedaliere sono tenute a prevedere e comunicare alla Regione, con relazione annuale, le regole e i percorsi previsti per l'accesso alle prestazioni. Devono inoltre assumere tutte le iniziative che consentano la trasparenza e la fruibilità degli accessi, come previste dalla carta dei servizi.

La Regione promuove attività formative in ambito specifico per gli operatori sociosanitari, allo scopo di migliorare la capacità di lettura, interpretazione e comprensione delle differenze culturali che investono i concetti di salute, malattia e cura. Promuove, direttamente o attraverso le Aziende sanitarie e ospedaliere, organismi nazionali e internazionali, associazioni di volontariato che operano in ambito specifico, seminari periodici di alto livello rivolti ai responsabili dei servizi sanitari.

L'art. 16, comma 3, assegna alle Province il compito di promuovere e incentivare l'istituzione di Centri polivalenti provinciali autogestiti dalle associazioni di immigrati, iscritte al registro regionale, per assicurare l'integrazione sociale, l'avviamento al lavoro e l'agevolazione del rientro in patria dei cittadini immigrati extracomunitari (centri di accoglienza e di servizi).

Secondo l'art. 12 e quanto precedentemente previsto, il Piano Sanitario Regionale 2003-2006 "Un'alleanza per la salute" (D.R. n. 97 del 30.06.2003) è stato messo a punto per affrontare il fenomeno dell'immigrazione sotto vari aspetti considerati critici per la salute dell'individuo (salute mentale, esclusione sociale, mutamenti demografici). Con riferimento al Macro-obiettivo n. 2, "Tutelare i soggetti fragili e in modo peculiare la popolazione in condizioni di esclusione sociale", la Regione prevede che *"i programmi delle aziende sanitarie siano vincolati ad azioni concrete per combattere le disuguaglianze"* e tra le varie azioni per migliorare la salute della popolazione immigrata, *"l'implementazione di percorsi assistenziali semplificati, chiari ed omogenei su tutto il territorio regionale e la facilitazione dell'accesso ai servizi anche mediante l'utilizzo di mediatori linguistico-culturali"*. Per raggiungere questi scopi, oltre a contare sull'ASUR e sulle Aziende ospedaliere del territorio marchigiano, la Regione ha affidato all'Osservatorio epidemiologico sulle disuguaglianze nella salute l'incarico di favorire provvedimenti diretti a questa parte della popolazione. Le attività dell'Osservatorio sono finalizzate a:

1. costruire e diffondere l'informazione scientifica sulle disuguaglianze nella salute (es. *report* sullo stato di salute di gruppi di popolazione in condizioni svantaggiate);

2. monitorare lo stato di salute di gruppi di popolazione in condizioni svantaggiate (es. aggiornamento delle informazioni epidemiologiche, non ancora disponibili, per tutti i *target*);
3. eseguire analisi, proposte e valutazioni aventi come oggetto l'uguaglianza dei cittadini nella salute (es. ricerca e definizione di indicatori connessi alla condizione di deprivazione, identificazione e monitoraggio delle discriminazioni nell'accesso a cure appropriate, sicure e tempestive);
4. supportare e patrocinare la creazione di reti di attori locali, professionali ed istituzionali per contrastare l'impatto delle disuguaglianze sociali nella salute e per evitare il concorso del Servizio Sanitario Regionale (SSR) alla generazione di disuguaglianze;
5. supportare e condurre progetti regionali, nazionali, internazionali aventi l'obiettivo di contrastare le disuguaglianze nella salute (attraverso la collaborazione con l'ASUR, il Servizio Salute e il Servizio Servizi Sociali per la promozione e l'implementazione di strategie orientate al perseguimento degli obiettivi di salute dei gruppi svantaggiati).

Per quanto riguarda l'impegno a favore dell'utenza immigrata, l'Osservatorio è attivo dal dicembre 2000 quando, sulla spinta dell'allora ASL 5 di Jesi, ha curato – in collaborazione con l'Associazione *ONLUS* "Senza Confini" di Ancona – la progettazione del percorso formativo "Accessibilità e fruibilità dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata", rivolto agli operatori delle ASL marchigiane e dell'Azienda Ospedaliera "Salesi" di Ancona. Merito dell'iniziativa è di aver stimolato le dirigenze delle ASL marchigiane a incaricarsi della responsabilità di rendere operanti ambulatori di medicina generale per gli stranieri temporaneamente presenti.

Come sedi degli ambulatori di medicina generale per gli STP sono stati scelti i distretti, giudicati maggiormente accessibili, anche per le prestazioni specialistiche di base, e in grado di sviluppare un'offerta attiva e fornire informazioni a più utenti, liberando le strutture di Pronto Soccorso da un ricorso non appropriato.

Nel 2004 solamente 8 Zone Territoriali su 13 disponevano di un ambulatorio STP, di cui sono attualmente provviste tutte le Zone, anche se il numero di ore di ambulatorio e le modalità di accesso variano da Zona a Zona.

I dati sulle iscrizioni che l'Osservatorio ha raccolto, con la collaborazione dei medici di medicina di base impegnati nella cura dei pazienti STP, dal 2004, sono stati integrati con i risultati dei questionari rivolti agli operatori sanitari delle ASL per conoscere le criticità che rendono difficile la fruizione dei servizi sanitari da parte degli immigrati; capire le esigenze degli operatori sanitari e delle Aziende nell'affrontare questa particolare utenza; individuare i comportamenti difformi tra le varie Aziende nell'accesso ai servizi e nell'erogazione delle prestazioni sanitarie; conoscere le iniziative attuate nell'ambito della tutela della salute degli immigrati, allo scopo di diffonderle e di indurre comportamenti volti a migliorare l'appropriatezza e l'efficacia della risposta sanitaria.

Meritevole di attenzione è il progetto di "Promozione della salute materno infantile per la popolazione immigrata nella regione Marche" che, attivato nel biennio 2005-2006, ha visto la realizzazione di un video in undici lingue (italiano, inglese, francese, spagnolo, russo, ucraino, arabo, albanese, rumeno, bengali, cinese) inteso a promuovere la salute materno-infantile delle donne immigrate, 23 delle quali hanno partecipato alla realizzazione dello strumento iconico dinamico. I temi affrontati riguardavano l'igiene della gravidanza fisiologica, il parto, il periodo dopo

parto e l'allattamento al seno, lo svezzamento, le vaccinazioni, la contraccezione e la prevenzione dell'IVG, i diritti delle donne all'assistenza sanitaria, le modalità di fruizione e la gratuità delle prestazioni sanitarie.

Il video, a disposizione nei punti nascita e nei consultori, fornisce raccomandazioni da seguire per ciascun tema, evidenziandone i rischi e le problematiche che possono insorgere, le indicazioni sui servizi che offrono l'assistenza, i diritti e le modalità di accesso.

Nel 2003, con la L.R. n. 13 del 20 giugno, si è avuta una profonda riorganizzazione del Sistema sanitario regionale, infatti, si è avuta l'unione delle 13 Aziende USL nell'Azienda Sanitaria Unica Regionale (ASUR) e dalle 4 Aziende ospedaliere si è passati a due: Ospedali riuniti Umberto I, G.M. Lancisi e G. Salesi (dalla fusione per incorporazione in un'unica Azienda ospedaliera delle tre preesistenti) e Ospedale San Salvatore (azienda già esistente e riorganizzata in base alla 13/03)⁹.

Gli immigrati presenti in Italia con regolare permesso di soggiorno (ad eccezione di chi è presente per turismo) hanno diritto all'iscrizione al Sistema Sanitario Nazionale per tutta la durata del permesso di soggiorno e, quindi, all'assistenza nelle sue forme di medicina generale, specialistica ambulatoriale, ricovero ospedaliero, prevenzione e riabilitazione, analogamente agli italiani.

L'iscrizione sanitaria degli stranieri temporaneamente presenti deve essere eseguita presso le anagrafi sanitarie dei Distretti Sanitari. Le informazioni richieste dall'AUSL per l'iscrizione STP sono: nome, cognome, sesso, data di nascita, nazionalità. Non è obbligatorio esibire un documento d'identità, ma è sufficiente la dichiarazione della propria identità. Il tesserino STP ha validità di 6 mesi è rinnovabile e utilizzabile su tutto il territorio nazionale.

Al momento dell'iscrizione STP l'immigrato può sottoscrivere una autodichiarazione di indigenza che dà diritto a ricevere gratuitamente prestazioni ambulatoriali di medicina di base e specialistica, ricoveri ospedalieri urgenti o programmati, interventi di prevenzione, riabilitazione e cure continuative essenziali. Vale a dire le "Prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita, complicità, cronicizzazioni o aggravamenti" (Circ. Min. San. n. 5 del 24.03.2000).

Nel 2000 le iscrizioni STP registrate nella regione Marche sono state 134, ben 1.758 nel 2002, ma in seguito alle regolarizzazioni del settembre-dicembre dello stesso anno si è avuta una diminuzione delle iscrizioni.

⁹ Il governo regionale, preso atto dello squilibrio territoriale venutosi a creare negli anni, ha riprogettato il SSR con la creazione dell'ASUR. La frammentazione istituzionale e operativa del passato, l'esigenza di assicurare una transazione veloce e decisa verso l'ottimizzazione dei processi produttivi e la costruzione di un sistema a rete hanno fatto ricadere la scelta sull'azienda unica, determinata dalla fusione delle tredici ASL esistenti. Le 13 ASL, oggi Zone Territoriali, nonostante i processi di ri-pianificazione della loro struttura, continuano ad avere al loro interno una certa autonomia. Ogni zona ha, effettivamente, incarichi di progettazione e conduzione dei servizi sanitari e socio-sanitari nel proprio ambito territoriale, autonomia gestionale ed operativa. Inoltre a capo di ogni Ambito è posto un Direttore di Zona. Le Zone Territoriali, ripartite, a loro volta, in distretti, sono garanti del governo clinico e certificano alla popolazione residente le prestazioni incluse nei livelli essenziali di assistenza (LEA) e l'equità nell'accesso ai servizi e alle funzioni di tipo sanitario, sociale e di elevata integrazione sanitaria, predisposte nel distretto zonale o aziendale.

Per quanto concerne la distribuzione territoriale delle iscrizioni STP, nel periodo che va dal 1.01.2000 al 30.08.2004, nella provincia di Ancona sono state compiute il 44,1% di tutte le registrazioni, mentre nella provincia di Pesaro e Urbino solamente il 9,3%. Considerata la ben più omogenea distribuzione degli immigrati regolari, erano imprevedibili tali difformità nella ripartizione territoriale degli STP, è stata invece decisiva la disomogeneità nell'offerta dei servizi. Infatti, il rapporto tra il numero di ambulatori STP attivi in ciascuna provincia e le iscrizioni registrate mostra chiaramente che, fino a quando nei distretti non sono stati creati ambulatori di medicina generale per gli STP, gli irregolari non hanno avuto accesso all'iscrizione STP e dunque non hanno fruito dell'assistenza sanitaria¹⁰.

L'offerta di assistenza di medicina generale, tramite ambulatori facilmente accessibili destinati agli immigrati irregolari/clandestini, si è quindi dimostrata fondamentale per assicurare un'assistenza di base a quella parte della popolazione esclusa dalle regolari prestazioni del SSN e dunque più a rischio di ammalarsi.

La povertà e la deprivazione sociale, relazionale e culturale hanno un impatto negativo sulla salute. I processi di esclusione sono legati non solo alla disoccupazione/basso reddito, ma anche alle condizioni abitative, ai livelli d'istruzione, alle opportunità, alla salute, alla discriminazione, alla cittadinanza e all'integrazione nella comunità locale. Gli immigrati che vivono in condizioni di esclusione sociale sono soggetti a perdere il loro "capitale di salute" dopo pochi anni di permanenza in Italia. Affrontare i problemi di salute di questa fascia particolarmente svantaggiata di popolazione comporta la realizzazione di "politiche salutari", in grado cioè di affrontare i problemi sociali e psicologici che derivano dal vivere ai margini della società. È necessario, pertanto attuare politiche specifiche di promozione della salute e di offerta attiva. La distribuzione geografica delle iscrizioni STP mostra che solamente quando vi è un'offerta di assistenza sanitaria di base gli stranieri irregolari e clandestini riescono ad accedere ai servizi.

2.1. Le condizioni di salute degli STP come indicatore delle condizioni lavorative

Nel 2002, nelle strutture sanitarie per acuti delle Marche sono stati ricoverati 855 stranieri temporaneamente presenti, per una degenza media di 1,7 giorni (1.422 in totale). L'età media dei pazienti di entrambi i sessi era di 29 anni, più bassa rispetto agli immigrati regolari; inferiore è stata anche la percentuale di donne che ha fatto ricorso all'ospedalizzazione, il 59% sul totale degli STP ricoverati, rispetto a quella delle straniere regolarmente residenti (70%).

Questa differenza è riconducibile a una minore presenza di donne clandestine, cui si associano condizioni di estrema precarietà che ostacolano le scelte di maternità e una maggiore difficoltà di accesso ai servizi rispetto al resto delle immigrate. Tra le cause più frequenti dei ricoveri sono le problematiche ostetriche, seguite da patologie gastro-enteriche e ginecologiche.

Tra le straniere non comunitarie le cause ostetriche di ricovero sono state notevolmente superiori a quelle ginecologiche: in ragione della minore età e del più elevato numero di gravidanze. I ricoveri per cause ginecologiche sono stati la terza causa di ricorso all'ospedale sia per le immigrate residenti sia per le STP, mentre sono state una causa meno frequente di ricovero per le donne marchigiane.

¹⁰ Nel 2004 i 19 ambulatori di medicina generale STP erano così distribuiti nelle province marchigiane: 11 in quella di Ancona, 5 e 3 rispettivamente in quelle di Ascoli Piceno e Macerata, nessuno in provincia di Pesaro e Urbino.

I parti delle donne straniere rappresentarono circa il 15% del totale dei parti nelle Marche. Una porzione in costante aumento dal 1997 (4%). Nel 2002, il 35% delle donne marchigiane ha partorito con taglio cesareo, percentuale che scende al 31% tra le immigrate regolari e al 28% tra le STP, per le quali il numero di cesarei è comunque in accrescimento data la progressiva medicalizzazione della gravidanza anche per questa fascia di popolazione.

Il fenomeno dell'abortività spontanea, analizzato dal 1999 al 2002, mostra un *trend* in diminuzione tra le straniere STP, pur mantenendo valori costantemente più elevati rispetto alla popolazione femminile marchigiana (circa il doppio). Nello stesso periodo si assiste invece a una riduzione dell'abortività spontanea tra le immigrate residenti, a conferma che le condizioni di vita per le donne clandestine sono molto meno salubri rispetto alle residenti.

Le interruzioni volontarie della gravidanza delle donne straniere sono, nelle Marche e nel resto d'Italia, un fenomeno in costante aumento. Nel 2002, il 27,8% di tutte le IVG effettuate nelle strutture sanitarie della Regione ha interessato donne non italiane. Oltre un aborto su due (il 59%) è stato praticato su donne provenienti da paesi Europei non UE.

In conclusione, i dati suggeriscono l'urgenza di intraprendere iniziative specifiche, attive e culturalmente pertinenti per promuovere la salute sessuale delle immigrate, comprese quelle per aumentare l'accesso ai servizi di base (consultori, ecc.); azioni per migliorare le condizioni abitative e lavorative degli immigrati come strategia fondamentale per favorire l'inclusione sociale e, quindi, le condizioni di salute.

Tra gli uomini i ricoveri per cause ematologiche sono stati il principale motivo di ospedalizzazione (secondo, per frequenza, nell'insieme degli STP). Nel 22,5% dei casi le degenze interessavano la fascia di età compresa tra 0 e 14 anni. L'82,6% era associato a pazienti stranieri, trasferiti in Italia per cure nell'ambito di programmi umanitari (45,8%) o immigrati con permesso di soggiorno per "cure mediche" (36,8%), mentre solamente l'8% di tali ricoveri riguardava gli STP presenti nel territorio marchigiano¹¹. Le patologie osteo-articolari, frequentemente di natura traumatica e più rilevanti rispetto alle donne, e le malattie gastro-enteriche non infettive (ulcera, esofagite, ecc.) sono, dopo le cause ematologiche, le prevalenti problematiche che hanno condotto all'ospedalizzazione degli STP.

Nel biennio 2004-2005 la Regione Marche ha attuato un Progetto di ricerca concernente l'evoluzione della salute degli STP, finanziato dal Ministero della Salute e intitolato "Progettazione e sperimentazione di un modello di osservatorio epidemiologico sull'immigrazione - OSI".

A livello regionale il progetto, coordinato dall'Osservatorio Epidemiologico sulle Disuguaglianze (OD) dell'ARS Marche, ha avuto l'obiettivo di monitorare l'incidenza epidemiologica tra gli immigrati, mediante la creazione di un flusso informativo sanitario a livello di ambulatori pubblici e del privato sociale che

¹¹ I primi, non a carico del SSN, particolarmente rilevanti per la presenza a Pesaro di un'*équipe* specializzata nel trapianto di midollo (DRG 481), sono stati eseguiti su 17 immigrati non residenti, su 9 immigrati residenti e a 91 residenti marchigiani. Il trapianto è stato effettuato quasi esclusivamente a bambini (fascia di età 1-14 anni), provenienti da zone di guerra del Medio Oriente (Israele e Paesi del Golfo), di cui 7 sono arrivati in Italia nel circuito dei programmi umanitari. Non può sfuggire la mancanza di un ulteriore contingente del 9,4% integrativo delle percentuali riferite che va ricondotto a cittadini dell'UE.

erogano assistenza primaria agli immigrati. L'iniziativa ha prodotto un'ampia documentazione utile per comprendere la domanda di salute ed i bisogni espressi dagli immigrati clandestini a livello degli ambulatori STP della regione.

Nelle Marche, le risultanze di tale indagine hanno stimolato la realizzazione di una cartella clinica da adottare definitivamente negli ambulatori per STP.

I dati raccolti nelle cartelle di 370 pazienti (569 accessi) – provenienti dagli 8 ambulatori in cui vi è stato il maggior afflusso di pazienti immigrati e la migliore collaborazione da parte dei medici per la compilazione della cartella – rappresentano il 13% del campione nazionale di pazienti STP¹².

Solo il 56,6% dei pazienti "marchigiani" aveva l'iscrizione STP; il che suggerisce una scarsa informazione sui diritti e sulle modalità di accesso ai servizi da parte degli immigrati. Questa situazione è confermata dall'indagine nazionale nella quale il 55% dei regolarmente residenti non era iscritto al SSN per "mancanza di informazione" (35,4% dei casi) e "difficoltà burocratico-amministrative" (32,6%).

Comprendere in che modo gli immigrati irregolari presenti nella regione vengono a conoscenza dei servizi che possono fornire loro assistenza sanitaria è importante per avviare azioni di promozione e di offerta attiva del servizio. Per il 68% dei pazienti l'informazione è stata trasmessa da amici o conoscenti, cioè attraverso il "passaparola" che si è riscontrato essere la modalità più in uso per la divulgazione delle notizie anche nelle interviste; il 21% ha avuto l'informazione al Pronto Soccorso o presso altri servizi sanitari, l'8% attraverso varie associazioni. Per la stragrande maggioranza del campione (79,3%) l'accesso all'ambulatorio medico ha rappresentato il primo contatto con una struttura sanitaria.

Le maggiori fruitrici degli ambulatori STP, in tutte le sedi, sono state le donne che hanno rappresentato il 78,4% dei pazienti (290 donne e 80 uomini). Nel campione nazionale le donne sono state invece il 58% dei pazienti, in quello cui sono stati somministrati i questionari il 52%.

L'età media dei pazienti dell'indagine OSI-Marche era di 31,9 anni, leggermente superiore per le donne, ma senza differenze significative tra i sessi e tra le varie Zone Territoriali. Ad ogni modo tutte le fonti confermano che la maggior parte dei pazienti è giovane: circa l'80% ha un'età compresa tra 15 e 44 anni, si tratta quindi di persone in età lavorativa e fertile.

In entrambi i campioni OSI, marchigiano e nazionale, la maggior parte degli immigrati era di provenienza europea, seguita dall'America Latina (rispettivamente 11% e 18%). Nelle Marche i pazienti dell'Europa centro-orientale hanno costituito quasi 3/4 del campione, mentre a livello italiano rappresentavano il 45%. Sostanzialmente la distribuzione delle aree di provenienza rifletteva le caratteristiche dei flussi migratori: nelle Marche la percentuale di immigrati provenienti dall'Europa dell'Est è stata infatti superiore alla media italiana, nel periodo di conduzione della ricerca.

Erano soprattutto le donne intervistate nell'indagine marchigiana a provenire dall'Europa orientale (78%) e dall'America meridionale (11%), mentre gli uomini dall'Europa dell'Est (53%) e dall'Africa (27%), prevalentemente subsahariana.

¹² Degli 8 ambulatori STP 2 si trovano in provincia di Pesaro e Urbino, 5 in quella di Ancona e 1 in quella di Ascoli Piceno. Il maggior afflusso (45%) si è verificato presso i due ambulatori della Zona Territoriale 5 (Jesi). Nell'indagine OSI-Marche ogni paziente si è sottoposto mediamente a 1,5 visite, valore analogo a quello registrato nell'indagine nazionale.

Quanto alla permanenza, il 49% dei pazienti afferiti agli ambulatori STP delle Marche era in Italia da un anno o meno, il 23% da oltre due anni e, ciononostante, viveva ancora in condizioni di clandestinità (queste persone provenivano frequentemente dall'America Latina e dall'Africa). Il tempo di permanenza medio in Italia era di 18 mesi, la mediana 13 mesi che rifletteva anche l'indagine nazionale dove il tempo mediano di permanenza in Italia è stato di poco superiore ad un anno.

Il 39% degli irregolari abitava con la propria famiglia, situazione prevalente per entrambi i sessi, anche se tra gli uomini la percentuale era superiore. La convivenza con altri connazionali e il vivere da soli sono le altre modalità abitative prevalenti accertate per gli uomini, mentre per le donne, dopo la famiglia, era più frequente vivere con il datore di lavoro. Nessuna persona è risultata essere senza fissa dimora nell'indagine OSI condotta nelle Marche (a differenza del campione intervistato dallo scrivente dove ne figurano tre).

Rispetto alle Marche, a livello nazionale prevale la convivenza con altri connazionali, quindi presso la famiglia e il datore di lavoro.

In entrambe le indagini circa la metà dei pazienti era disoccupata, nonostante il 22% degli immigrati del campione nazionale avesse un permesso di soggiorno, di cui erano sprovvisti quelli compresi nel campione regionale. Tra gli occupati le attività prevalenti erano l'assistenza agli anziani e i lavori domestici, svolte principalmente da donne.

Nelle Marche il 50,5% dei pazienti STP in età lavorativa, maggiori di 15 anni, ha dichiarato di essere disoccupato, condizione prevalente per entrambi i sessi, indipendentemente dalla provenienza (nel caso degli asiatici si raggiunge il 78,6%). Alcune distinzioni per genere riguardano le tipologie di lavori svolti: i maschi erano principalmente occupati nell'edilizia e nel commercio ambulante, le donne nell'assistenza agli anziani e nei lavori domestici.

La situazione lavorativa degli immigrati del sondaggio OSI-Marche, dopo l'arrivo in Italia, era peggiorata per entrambi i sessi: infatti con il soggiorno in Italia, la percentuale di persone disoccupate è aumentata nettamente. È possibile che un certo numero di persone abbia dichiarato di essere disoccupato pur lavorando, poiché irregolari con lavoro "in nero".

Lo stile di vita e lo stato vaccinale dei pazienti consente di avere una maggiore conoscenza dei rispettivi fattori di rischio. Tuttavia, sono emerse evidenti difficoltà per l'incompletezza e la scarsa accuratezza delle risposte nelle tre analisi considerate. Ad ogni modo, i dati raccolti, pur non avendo una rilevanza statistico-epidemiologica, forniscono alcune immagini che meritano di essere considerate¹³.

Il 94% dei pazienti intervistati ha dichiarato di mangiare al proprio domicilio e il 76% di non consumare alcoolici, del restante 24%, soprattutto uomini tra i 30 ed i 65 anni di età, soltanto l'11% ne beve più di mezzo litro al giorno. Anche i fumatori (21%) sono in gran parte uomini, con un consumo medio inferiore a 20 sigarette al giorno nei 3/4 dei casi.

Le informazioni sulla "copertura vaccinale", raccolte nell'83% dei questionari, vedono il 98% sottoposto a qualche forma di vaccinazione, indipendentemente dall'età e dal sesso. La maggior parte degli stranieri vaccinati lo è contro la polio

¹³ In mancanza di indagini mirate, questi dati offrono informazioni utili ai Distretti e ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica per intraprendere azioni di promozione della salute e di educazione sanitaria sui vaccini disponibili, anche per la popolazione immigrata senza permesso di soggiorno.

(88,4%) e la DPT (80,7%), obbligatorie in Italia; soltanto il 4% dei pazienti è vaccinato contro l'epatite B. Il 16,3% è vaccinato contro la TBC, spesso si tratta di cittadini provenienti dalla Romania, dalla Moldavia e dall'Ucraina, il 2% è stato sottoposto a vaccinazioni che in Italia sono facoltative (morbillo, parotite, rosolia).

Il motivo dell'accesso agli ambulatori STP¹⁴, rilevato in 289 delle 407 prime visite (71%), evidenzia una scarsa accuratezza nella compilazione della cartella. Secondo i medici, nei 118 accessi (29%) in cui non è segnato il motivo della visita, gli immigrati si sarebbero rivolti all'ambulatorio per "motivi non clinici" e cioè per avere informazioni, ricette o il rilascio dell'iscrizione STP (in alcuni ambulatori STP della regione, infatti, il medico può rilasciare direttamente l'iscrizione a questo servizio). Nella rilevazione nazionale gli accessi per motivi amministrativi e rilascio di certificati rappresentavano il 10%.

L'indagine OSI-Marche vede invece un prevalere delle prime visite, pari al 71,5%, in linea con le altre regioni italiane la cui media è del 79,7%, mentre le visite di controllo eseguite per completare l'iter diagnostico-terapeutico rappresentano il 28,5%.

Spesso, durante la prima visita viene formulato un sospetto clinico e la diagnosi definitiva è effettuata con successivi controlli. Nello specifico, la diagnosi definitiva è stata formulata nel 14% delle prime visite e nel 30% delle visite di controllo. A livello nazionale le percentuali salgono rispettivamente al 26% e al 44%.

I problemi di salute più frequenti, "principali sospetti clinici" riscontrati nelle prime visite, sono risultati essere le malattie a carico dell'apparato digerente (17,3%) – prevalente tra gli uomini – e problemi di varia natura legati alla gravidanza, parto o puerperio (15,2%) – primo motivo delle visite per le donne – seguiti dalle malattie dell'apparato genito-urinario (13,5%), secondo motivo in entrambi i sessi.

Mentre nell'indagine nazionale le diagnosi più frequenti tra i pazienti maschi sono state le malattie dell'apparato respiratorio, nelle Marche prevalgono le affezioni dell'apparato digerente e quelle dell'apparato genitourinario. Tra le donne, in entrambe le indagini, i motivi più ricorrenti del primo accesso all'ambulatorio sono gravidanza, parto e puerperio che, nelle Marche, rappresentato anche la causa prevalente di ricovero per le immigrate regolari e irregolari.

Per quanto riguarda l'esito delle visite, nel 47,2% delle cartelle figurava la leggenda "altro" (in genere si tratta di prescrizione di farmaci o rilascio della tessera STP); nel 18,7% è stato richiesto un esame di laboratorio, nel 19% una visita specialistica e nel 10,3% degli accertamenti radiologici. In questo caso i dati sono stati molto diversi dalle elaborazioni dell'indagine nazionale, in cui l'esito più frequente era la richiesta di una visita specialistica (24,7%) seguita da "non si prevedono sviluppi" e da una nuova visita di controllo.

In sintesi i risultati della sperimentazione della cartella OSI-Marche e della ricerca campionaria sviluppata dallo scrivente sono i seguenti:

1. La percentuale di pazienti che si presentano alla prima visita e che sono dotati di iscrizione STP è mediamente bassa (56,6%), lasciando intravedere una scarsa informazione sui meccanismi per accedere all'assistenza sanitaria,

¹⁴ Ogni prima visita corrisponde a un problema di salute che può essere risolto con un unico accesso ambulatoriale o con più accessi (controlli). Se il paziente ha avuto più di un problema di salute avrà avuto più prime visite. Solamente 28 persone su 370 (7,5%) hanno avuto più di un problema di salute.

- verosimilmente dovuta alle condizioni di esclusione e alle differenti modalità di funzionamento dei sistemi assistenziali nei vari paesi del mondo. Comunque la modalità più frequente attraverso cui i migranti vengono a conoscenza dell'esistenza degli ambulatori STP è il passaparola tra amici e parenti.
2. Le donne sono le maggiori fruitrici degli ambulatori STP cui spesso si rivolgono per motivi ostetrico-ginecologici.
 3. Per l'80% dei pazienti che si sono rivolti all'ambulatorio STP è stato quello il primo contatto con una struttura sanitaria e, per una percentuale non trascurabile di accessi (tra il 10 e il 30%) è avvenuto per motivi non strettamente clinici (amministrativi, rilascio di certificati).
 4. I pazienti degli ambulatori STP sono giovani (età media 31,9 anni), provenienti per lo più dai paesi dell'Europa Orientale, anche di quelli già nell'UE (72%), in Italia da poco tempo (in media da 18 mesi).
 5. Il livello di istruzione è buono con il 62,6% dei pazienti che ha un'istruzione pari alla scuola secondaria di secondo grado italiana, il 17% alla secondaria di primo grado e il 16% con studi universitari. Le donne hanno mediamente un livello di istruzione superiore rispetto agli uomini e nel paese di provenienza svolgevano mansioni più qualificate. Il 53,7% dei pazienti ha una buona conoscenza della lingua italiana, cioè sufficiente a comprendere e a farsi comprendere, percentuale superiore per gran parte delle donne, mentre i migranti asiatici sono quelli che conoscono di meno la lingua italiana.
 6. Una percentuale elevata, poco meno della metà (46,5%), è coniugato ma spesso, specie se donna, ha il coniuge nel paese di origine (39% degli uomini e 57% delle donne); più della metà degli immigrati STP (51,2%) ha figli, ma solo un genitore su 5 ha tutti i figli in Italia. È questa un'ennesima dimostrazione di come i processi migratori implicino spesso una separazione da mogli, mariti, figli e un conseguente disagio familiare. La condizione della donna è più svantaggiata se si considera che, con più frequenza rispetto agli uomini, si trova in Italia da sola avendo lasciato marito e figli nel paese di origine.
 7. Il processo migratorio, almeno nei primi anni, non sembra portare un miglioramento delle condizioni occupazionali. Infatti, circa la metà delle persone, sia uomini sia donne, è disoccupata, con un netto aumento della proporzione di persone senza lavoro rispetto alla condizione precedente la migrazione (la disoccupazione passa dal 15,5% al 52,4% per gli uomini e dal 29,6% al 50,2% per le donne).
 8. Le persone occupate sono impiegate esclusivamente nello svolgimento di lavori di basso profilo e limitati ad alcuni settori, manovalanza nell'edilizia, lavori domestici e assistenza agli anziani, nonostante il livello di istruzione sia, per i 2/3 delle persone, pari o superiore alla scuola media inferiore.
 9. Le cause più frequenti di ricorso all'ambulatorio sono, almeno secondo i principali sospetti clinici, le malattie dell'apparato digerente (17,3%) che appare come il principale problema di salute degli uomini; la gravidanza, i problemi legati al parto o al puerperio (15,2%), primo motivo delle visite delle donne; le malattie dell'apparato genito-urinario (13,5%) figurano come secondo motivo in entrambi i sessi; seguono le malattie osteo-muscolari ed i traumi. Gli stessi motivi rappresentano le cause più frequenti di ricovero ospedaliero degli immigrati della regione Marche. Mediamente sono state eseguite 1,5 visite a paziente e solo una piccola percentuale di immigrati si è rivolta all'ambulatorio per più di un problema di salute.

BIBLIOGRAFIA

- I. ADAM *et al.*, *Histoires Sans-Papiers*, Bruxelles, Vista, 2003.
- M. AMBROSINI, *Uscendo dall'ombra. Il processo di regolarizzazione degli immigrati e i suoi limiti*, Milano, Franco Angeli, 2004.
- M. AMBROSINI, *Sociologia delle migrazioni*, Bologna, Il Mulino, 2005.
- G.J. ANDREWS and J. EVANS, *Understanding the reproduction of health care: towards geographies in health care work*, in "Progress in Human Geography", 32 (2008), fasc. 6, pp. 759-780.
- ARS MARCHE, *Il percorso nascita nella Regione Marche* (pubblicazione online).
- C.F. AMMENDOLA, O. FORTI, F. PITTAU and A. RICCI (a cura di), *The impact of immigration on Italy's society*, Roma, IDOS, 2004.
- C.F. AMMENDOLA, O. FORTI, F. PITTAU e A. RICCI (a cura di), *Immigrazione irregolare in Italia*, Roma, Idos, 2005.
- M. ANDOLFI (a cura di), *La mediazione culturale. Tra l'estraneo e il familiare, La qualità della vita delle famiglie immigrate in Italia*, Milano, Franco Angeli, 2003.
- M. BARBAGLI, A. COLOMBO e G. SCIORTINO, *I sommersi e i sanati. Le regolarizzazioni degli immigrati in Italia*, Il Mulino, Bologna, 2004.
- F. CAPACCI, F. CARNEVALE and N. GAZZANO, *The Health of foreign workers in Italy*, in "International Journal of Occupational and Environmental Health", 11 (2005), fasc. 1, pp. 64-69.
- M. CARFAGNA, *Le regolarizzazioni tra il 1986 e il 1998*, in CARITAS-MIGRANTES, *Dossier Statistico Immigrazione 2002*, Roma, Nuova Anterem, 2002, pp. 139-148.
- CARITAS AMBROSIANA, *Uscendo dall'ombra. Il processo di regolarizzazione degli immigrati e i suoi limiti*, Milano, Franco Angeli, 2005.
- CARITAS MARCHE, *I numeri parlano di persone* (pubblicazione online).
- CARITAS ITALIANA, *Immigrati e partecipazione. Dalle consulte e dai consiglieri aggiunti al diritto di voto*, Roma, IDOS, 2005.
- CARITAS ROMA, *Osservatorio romano sulle migrazioni. Terzo Rapporto*, Roma, IDOS, 2007.
- CARITAS-MIGRANTES, *Dossier Statistico Immigrazione* (annate dal 2001 al 2007), Roma, ANTEREM/IDOS, 2001-2008.
- CENSIS, *Un nuovo ciclo di sommerso. Supporto conoscitivo ai servizi per l'impiego. Sintesi della ricerca*, Roma, CENSIS, Luglio 2005.
- CENSIS, *La domanda abitativa degli anni 2000*, Roma, 2004.
- CERDU-LUISS (a cura di), *La governance complessa dell'immigrazione in un mondo globale*, Roma, giugno 2002.
- M.C. CHIURI, G. DE ARCANGELIS, A. D'UGGENTO and G. FERRI, *Survey on illegal Migration to Italy*, Bari, Dipartimento di Economia dell'Università di Bari, 2003.
- E. COCCIA e M. COCCIA, *Normativa per la tutela della salute degli stranieri*, in "Prospettive Sociali e Sanitarie", 2007, fasc. 1, pp. 6-9.
- G. COSTA e E. PAVOLINI, *Lavoratori immigrati nel welfare regionale: politiche e nodi regolativi*, in "Mondi Migranti", 2007, fasc. 3, pp. 131-155.
- A. CRAVERO, *Il rapporto tra medico italiano e paziente straniero*, Milano, L'Harmattan, 2000.
- L. DI SCIULLO, L. GAFFURI e F. PITTAU, *L'integrazione degli immigrati nelle regioni italiane: i risultati del terzo Rapporto Cnel*, in "Aggiornamenti sociali", 2005, fasc. 6, pp. 459-467.
- EUROPEAN MIGRATION NETWORK, *Immigrazione irregolare in Italia*, Roma, IDOS, 2005.
- FONDAZIONE ISMU, *Dodicesimo rapporto sulle migrazioni*, Milano, Franco Angeli, 2006.
- FONDAZIONE ISMU, *Tredicesimo rapporto sulle migrazioni*, Milano, Franco Angeli, 2007.
- O. FORTI e F. PITTAU, *Italia paese di immigrazione: tra flussi regolari e irregolari*, in "Studi Emigrazione", XLI (2004), n. 153, fasc. 1, pp. 55-66.
- O. FORTI e F. PITTAU, *Mercato occupazionale, lavoro nero e immigrazione*, in "Affari Sociali Internazionali", 2003, fasc. 1, pp. 22-34.

- P.M. FURLAN (a cura di), *I nuovi luoghi delle cure. Comprendere, innovare, costruire, gestire*, Vol. 1, *Salute e società*, Torino, CELID, 2006.
- M.L. GENTILESCHI (a cura di), *Geografia dell'immigrazione. Stranieri in Sardegna*, Bologna Pàtron, 2007.
- S. GERACI, M. MARCECA e M. MAZZETTI, *Migrazioni e salute in Italia. scenari per il XXI secolo*, Roma, Agenzia Romana per la preparazione del Giubileo, 2000, pp. 1295-1379.
- M.C. GIULIANI-BALESTRINO, *Extracomunitari a Genova*, in "Studi e Ricerche di Geografia", Genova, Bozzi, XXII (1999), fasc. 1, pp. 1-17.
- M.C. GIULIANI-BALESTRINO, *Da immigrati a concittadini. Gli extracomunitari regolari e le loro attività commerciali nel Comune e nella Provincia di Genova*, in "Studi e Ricerche di Geografia", Genova, Bozzi, XXVII (2004), fasc. unico, pp. 1-123.
- IDOS (a cura di), *Immigrazione irregolare in Italia*, Roma, IDOS, 2005.
- ISTAT, *Gli stranieri in Italia: gli effetti dell'ultima regolarizzazione. Stima al 1° gennaio 2005*, "Statistiche in breve", Roma, 15.12.2005.
- ISTAT, *100 statistiche per il Paese*, Ferrara, Barbieri Cruciano, 2008.
- M. LOMBARDI, *Percorsi di integrazione e politiche attive del lavoro*, Fondazione ISMU, Milano, Franco Angeli, 2005.
- MEDICI SENZA FRONTIERE, *I frutti dell'ipocrisia. Storie di chi l'agricoltura la fa. Di nascosto. Indagine sulle condizioni di vita e di salute dei lavoratori stranieri impiegati nell'agricoltura italiana*, Roma, Simmons, marzo 2005.
- P. NODARI e G. ROTONDI (a cura di), *Verso uno spazio multiculturale?*, Bologna, Pàtron, 2007.
- ORGANIZATION FOR SECURITY AND CO-OPERATION IN EUROPE, *Il sistema italiano di contrasto alla tratta degli esseri umani ed alla identificazione e protezione delle vittime*, in "Human Dimension Implementation Meeting", Varsavia, 3.10.2006.
- OSSERVATORIO SUL FENOMENO IMMIGRAZIONE (OFI), *Rapporto 2005 e Rapporto 2006* (pubblicazioni online della Prefettura di Macerata – Ufficio Territoriale del Governo).
- E. PAVOLINI, *Situazione Marche*, in CARITAS, *Dossier Statistico Immigrazione 2006*, Roma, IDOS, 2006, pp. 403-406.
- E. PAVOLINI, *Gli immigrati stranieri nelle Marche: inserimento, integrazione e nodi problematici*, in Atti della prima conferenza regionale sull'Immigrazione, San Benedetto del Tronto, 2003 (pubblicazione online).
- PRESIDENZA DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI, *Documento Programmatico relativo alla politica di immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato per gli anni 2004-2006*, Roma, 23.09.2004.
- E. ZUCCHETTI, *La regolarizzazione degli stranieri. Nuovi attori nel mercato del lavoro italiano*, Milano, Franco Angeli, 2004.

Sitografia:

www.ars.marche.it (ARS Marche)

www.asur.marche.it (Azienda Sanitaria Unica Regionale – Marche)

www.caritasmarche.it (Delegazione CARITAS Marche)

www.cir-onlus.org (Consiglio Italiano per i Rifugiati)

www.cnel.it (CNEL, Organismo Nazionale di Coordinamento per le politiche di integrazione sociale degli stranieri)

www.fortresseurope.blogspot.com (Fortress Europe)

www.emnitaly.it (European Migration Network – Italian National Contact Point IDOS)

www.interno.it (Ministero dell'Interno)

www.provincia.ap.it (Provincia di Ascoli Piceno)

www.provincia.mc.it (Provincia di Macerata)

www.savethechildren.it (Save the Children Italia)