

Migranti, diseguaglianze sanitarie e diritto alla salute

*Un'analisi quantitativa del problema
in Italia*

A cura di:

Federico Belotti

Joanna Kopinska

Andrea Piano Mortari

Veronica Padoan

Roma, ottobre 2023



Gli Autori

Federico Belotti è Professore Associato di Econometria presso il Dipartimento di Economia e Finanza dell'Università di Roma Tor Vergata. È titolare dei corsi di Econometria e Microeconometria. I suoi interessi di ricerca riguardano tanto gli aspetti metodologici dell'econometria che quelli più applicati, in particolare l'economia sanitaria.

Joanna Kopinska è Professoressa Associata di Economia presso il Dipartimento di Scienze Sociali ed Economica dell'Università di Roma La Sapienza, dove insegna i corsi di Introduzione all'Economia Politica e Economia della Salute e del Lavoro. I suoi interessi di ricerca si concentrano sull'economia sanitaria, sull'economia pubblica e sulla demografia economica.

Andrea Piano Mortari è ricercatore presso il Dipartimento di Economia e Finanza dell'Università di Roma Tor Vergata, dove insegna Metodologie per la Ricerca nelle Scienze Sociali e Microeconomia. I suoi interessi di ricerca si concentrano sull'economia sanitaria e sull'esposoma.

Veronica Padoan collabora con il CeSPI ETS dal 2016. Si occupa principalmente di flussi migratori con un focus specifico sul mercato del lavoro, le modalità di ingresso, la formazione professionale e le condizioni in generale, con una specifica attenzione al settore agroindustriale. Negli ultimi anni si è occupata anche di altri aspetti relativi alla presenza della popolazione immigrata, dalle condizioni socio-abitative all'accesso ai servizi, in particolare quelli sanitari.

Sommario

Introduzione	4
Nota metodologica	6
Costruzione del questionario.....	6
Individuazione popolazione oggetto dell'indagine	6
Strutturazione delle interviste	7
Gli intervistatori: selezione e formazione	7
Raccolta e digitalizzazione dati.....	8
Breve analisi di scenario sull'immigrazione in Italia.....	9
Mercato del lavoro	10
Breve rassegna ragionata dei principali interventi sui migranti e i servizi sanitari	12
Descrizione del gruppo intervistato	15
Informazioni demografiche.....	15
Arrivo in Italia.....	19
Condizioni socio-economiche nel paese di provenienza	21
Condizioni socio-economiche in Italia	23
Accesso ai servizi sanitari e condizioni di salute	28
Salute e accesso alle cure: quali ostacoli?.....	38
La situazione delle persone senza tessera sanitaria.....	47
Conclusioni	53
Ringraziamenti.....	56
Appendice	57

Introduzione

Oggi in Italia la fruibilità dei servizi e delle cure mediche non è nella disponibilità di tutta la popolazione, in particolar modo per chi proviene da altri paesi, comunitari e non, così come per chi si trova in una condizione socio-economica di marginalità. Risulta, quindi, necessario e utile approfondire il reale meccanismo di accesso e utilizzo del servizio da parte delle persone immigrate per comprenderne l'effettivo funzionamento e soprattutto per evidenziarne i punti deboli e le lacune. Un approccio di questo tipo può facilitare lo sviluppo e l'attuazione di politiche ed interventi efficaci per affrontare le disuguaglianze esistenti e prevenire eventuali crisi di sanità pubblica. In questo modo sia le amministrazioni locali che i responsabili politici potranno agire tempestivamente per eliminare le disuguaglianze e mitigare i possibili rischi legati all'epidemiologia e all'igiene pubblica.

Le indagini possono inoltre, contribuire ad identificare e affrontare le cause alla radice delle disuguaglianze e dei rischi, promuovendo così soluzioni più eque e sostenibili. Ciò può essere realizzato attraverso una serie di misure, come interventi mirati nelle comunità marginalizzate, un migliore accesso ai servizi sanitari e migliori standard di igiene e di sanità pubblica.

Collaborando con i responsabili delle politiche e gli esperti dei temi in oggetto, tra cui funzionari della sanità pubblica, comunità di immigrati e ricercatori, possiamo sviluppare strategie basate sull'evidenza, che tengano conto delle esigenze e delle sfide di tutta la popolazione straniera presente. In questo modo, possiamo creare società più inclusive e solide che mettano al primo posto il benessere di tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro origine o condizione.

Il primo vero ostacolo che impedisce alla popolazione straniera presente in Italia di accedere ed usufruire dei servizi in generale e di quelli sanitari nello specifico è rappresentato dalla normativa vigente. Infatti, l'ingresso e la presenza di persone immigrate nel corso degli anni sono stati governati mettendo in campo disposizioni sempre più restrittive, che hanno prodotto diffusi processi di esclusione di una gran parte degli immigrati.

Se si considera l'ambito della salute, uno dei principali ostacoli che impedisce un completo accesso al SSN (Servizio Sanitario Nazionale) è la difficoltà che viene riscontrata nell'ottenere l'iscrizione anagrafica, seppur in possesso di un regolare titolo di soggiorno.

Andrebbero quindi attivati iter legislativi volti a semplificare e rafforzare il quadro normativo riferito all'immigrazione. Allo stesso tempo intensificando i percorsi che, in diversi ambiti, favoriscono un approccio inclusivo, volto anche a realizzare un effettivo cambiamento socio-culturale.

Tutti i livelli di istituzioni, il Terzo settore, la società civile, dovrebbero contribuire ad affrontare la complessità e i diversi bisogni delle numerose comunità immigrate che vivono in questo paese.

Il presente rapporto ha come obiettivo quello di individuare le condizioni di accesso ed utilizzo dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata. Per farlo, vengono prese in considerazione le loro condizioni di salute (presenza di malattie, utilizzo di medicinali, ecc.), le principali informazioni demografiche (genere, età, condizione giuridica, tempo di permanenza in Italia, ecc.) e la situazione socio-economica nel paese d'origine e in Italia (livello di istruzione, occupazione, condizione abitativa, ecc.). Vengono quindi individuate le principali criticità e gli ostacoli che questa parte della popolazione incontra nell'accedere alle cure e alle visite mediche.

Questo progetto è stato realizzato grazie alla collaborazione dell'Agenzia Nazionale per i Servizi Sanitari Regionali (AGENAS) e del gruppo di ricerca Centre for Economic and International

Studies (CEIS), presso la Facoltà di Economia dell'Università degli studi di Roma "Tor Vergata". Inoltre, per garantire l'accuratezza e l'affidabilità dei dati raccolti, è stato istituito un Gruppo di Coordinamento composto da AGENAS e da esperti qualificati nell'ambito della ricerca statistica, nell'elaborazione di modelli econometrici, nell'analisi delle politiche sanitarie e migratorie. Nella fase finale, di elaborazione e pubblicazione del rapporto conclusivo, ci si è avvalsi della collaborazione del Centro Studi di Politica Internazionale – CeSPI ETS, che dal 1985 studia i fenomeni migratori.

Lo studio si è avvalso della somministrazione di 2500 questionari anonimi, rivolti a persone immigrate, provenienti da paesi comunitari e non, distribuiti su tutto il territorio italiano fra febbraio 2020 e aprile 2021. Le singole attività che hanno composto lo studio sono descritte nei paragrafi che seguono.

Nota metodologica

Costruzione del questionario

Attraverso la nota metodologica verranno presentate tutte le attività che hanno permesso di costruire non solo lo strumento di indagine, ovvero il questionario rivolto alla popolazione immigrata, ma anche tutti gli altri aspetti, come l'individuazione del campione di persone da intervistare, i luoghi dell'indagine, il profilo dei somministratori dei questionari, fino ad arrivare alla digitalizzazione una volta che la compilazione di tutti i questionari è stata terminata.

Nella fase iniziale sono state individuate le più importanti caratteristiche del rapporto tra immigrati e strutture sanitarie, con una particolare attenzione nell'individuare i principali ostacoli che nel corso degli anni la popolazione immigrata presente in Italia ha riportato nell'accesso e utilizzo dei servizi sanitari. Questo è stato realizzato attraverso un'iniziale ricerca *desk*, che ha permesso di individuare la letteratura già esistente su questi temi, e grazie al confronto con organizzazioni ed associazioni che quotidianamente offrono servizi e sostegno alle comunità immigrate, su un piano medico-sanitario e non solo. Nello specifico il confronto è avvenuto con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), GRIS Lazio, la comunità di Sant'Egidio e con l'INCA Cgil nazionale e le Camere del Lavoro della Cgil di alcune città italiane. Inoltre la Cgil, in diversi territori coinvolti nell'indagine, ha dato la possibilità ai ricercatori di somministrare i questionari alle persone immigrate che frequentano i diversi servizi offerti all'interno delle proprie strutture.

Individuazione popolazione oggetto dell'indagine

Il processo di selezione di un campione statistico rappresentativo della popolazione di immigrati (regolari ed irregolari) rappresenta una sfida notevole, poiché le informazioni disponibili sono limitate. Ciò rende l'applicazione di metodi di campionamento statistico standard non praticabile. Altre metodologie, come il *capture-recapture*¹, lo *snowball sampling*² e il *centre sampling*³, richiedono spesso incentivi monetari per motivare i partecipanti, una pratica che non è stata possibile adottare in questo progetto. In assenza di un approccio statistico *standard* per la selezione del campione, il progetto ha adottato un metodo alternativo per l'individuazione diretta di territori rappresentativi di vari profili di stranieri. Questi territori sono stati selezionati sulla base delle informazioni disponibili sulla presenza di immigrati e sui loro profili demografici. Successivamente, il *team* ha pianificato di somministrare un totale di 2500 questionari nei territori selezionati, garantendo una buona copertura per ciascuna realtà locale. Sebbene questa metodologia non consenta di ottenere un campione statistico rappresentativo della popolazione di immigrati, regolari e non, presenti sul territorio Italiano, essa permette comunque di ottenere un quadro utile a rispondere alle domande di ricerca previste dal progetto. La somministrazione dei questionari nei territori selezionati fornisce informazioni preziose sulla situazione degli immigrati che vi risiedono, sulle loro abitudini di accesso ai servizi sanitari, sulle eventuali barriere incontrate e sulla qualità dell'assistenza sanitaria ricevuta. Come illustra la tabella sottostante, sono stati individuati dei

1 Pollock, K. H. (2000). Capture-recapture models. *Journal of the American Statistical Association*, 95(449), 293-296.

2 Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *The annals of mathematical statistics*, 148-170.

3 Baio, G., Blangiardo, G. C., & Blangiardo, M. (2011). Centre sampling technique in foreign migration surveys: a methodological note. *Journal of Official Statistics*, 27(3), 451-465.

territori dove la presenza immigrata è particolarmente significativa e allo stesso tempo si è cercato di rappresentare, quanto più possibile, tutto il Paese coinvolgendo due province a Nord, due al Centro e altre due al Sud.

1. Distribuzione territoriale degli intervistati

Provincia	Numero di questionari
Torino	250
Padova	250
Bologna	250
Modena	250
Roma	500
Latina	300
Napoli	450
Palermo	250
Totale	2500

Strutturazione delle interviste

Al fine di progettare un questionario in grado di fornire informazioni rilevanti riguardanti la popolazione immigrata, sono stati organizzati alcuni incontri con alcuni mediatori linguistico-culturali che da molti anni operano in numerosi ambiti a stretto contatto con diverse comunità immigrate. L'obiettivo è stato di garantire che questo strumento di indagine contenesse domande pertinenti riguardanti i seguenti aspetti: dati demografici, motivazioni dell'arrivo in Italia, stato socio-economico del paese di provenienza, accesso ai servizi sanitari, condizioni di salute e aspetti socio-economici della vita in Italia. Dopo aver identificato le domande relative ad ogni ambito, è stata condotta una prova pilota nella quale sono stati somministrati 20 questionari in situazioni che simulavano le interviste. In questo modo, è stato possibile riformulare alcune domande e adattare la raccolta dati per rendere la procedura più efficiente e limitare il tempo necessario a condurre ciascuna intervista. Il testo del questionario completo è riportato nell'Appendice A1 del rapporto.

Gli intervistatori: selezione e formazione

Nell'individuare le persone che avrebbero somministrato le interviste in ciascun territorio, si è deciso di scegliere principalmente persone con un *background* migratorio e possibilmente che fossero a conoscenza della propria lingua madre, aspetto questo indispensabile per poter entrare in contatto e comunicare con persone che generalmente vengono escluse da questi momenti, proprio a causa delle barriere linguistiche e culturali. Nello specifico un aiuto concreto nel trovare le persone disponibili a lavorare in questo progetto è stato dato dalla rete di associazioni e singoli che animano l'ampia e variegata realtà delle nuove generazioni di immigrati. Inoltre, attraverso queste organizzazioni, non solo è stato possibile trovare persone che conoscessero più di una lingua, oltre ovviamente all'italiano, ma allo stesso tempo si è riusciti a coinvolgere persone che appartenevano alle comunità più rappresentative, rispetto a ciascun territorio coinvolto nell'indagine. Ad esempio, il ricercatore che ha operato nella provincia di Latina è di

origine indiana e conosce la lingua hindi, questo gli ha permesso di entrare facilmente in contatto con la popolazione indiana che è una delle comunità più grandi presenti in questo territorio.

Al fine di garantire una coerenza di competenze tra gli intervistatori e per strutturare un approccio uniforme allo studio, il CEIS Tor Vergata ha organizzato un momento di formazione presso le proprie aule invitando tutti i partecipanti al progetto di ricerca⁴. Durante questa giornata sono stati illustrati la metodologia e gli obiettivi dell'indagine, così come i contenuti del questionario. Infatti, ogni singola sezione e domanda sono state lette e commentate insieme, per affrontare qualsiasi dubbio sia sul quesito in sé, che sulle possibili risposte che l'intervistato poteva dare. L'incontro ha quindi avuto un ruolo fondamentale nell'assicurare l'accuratezza e l'affidabilità dei dati raccolti.

Raccolta e digitalizzazione dati

Il metodo scelto per la somministrazione del questionario prevedeva la forma cartacea, la quale ha permesso agli intervistati di rispondere alle domande in modo chiaro e ordinato. La raccolta dei dati è stata avviata nel mese di febbraio 2020 e ha registrato una interruzione in seguito all'introduzione dello stato di emergenza nazionale dovuto alla diffusione della pandemia da COVID-19, avvenuta l'8 marzo 2020. La ripresa dell'attività di somministrazione è avvenuta il 1° settembre 2020, dopo l'adozione delle norme di distanziamento sociale contenute nei vari Dpcm emanati nel periodo di crisi. L'attività è proseguita fino ad aprile 2021, periodo in cui sono state completate 2481 interviste su un totale previsto di 2500, con un tasso di risposta del 99,2%. Per garantire una corretta analisi dei dati raccolti, tutti i questionari cartacei compilati sono stati digitalizzati e archiviati in formato elettronico.

⁴ La giornata di formazione si è tenuta l'11 giugno 2019 presso il CEIS di Tor Vergata, a Roma.

Breve analisi di scenario sull'immigrazione in Italia

Prima di entrare nel merito dell'indagine è importante fornire un quadro il più possibile esaustivo rispetto a quali sono le principali caratteristiche demografiche e socio-lavorative che descrivono la popolazione immigrata presente in Italia nel suo insieme. I dati che vengono presentati qui di seguito sono aggiornati al 1° gennaio 2022 dove gli stranieri regolarmente residenti ammontano a 5.030.716 e rappresentano l'8,5% della popolazione residente. Entrando nel dettaglio delle diverse comunità straniere si conferma l'andamento degli ultimi anni, dove la più numerosa è quella proveniente dalla Romania, con il 21,5% di tutti gli stranieri presenti sul territorio, seguita dal Marocco (8,4%) e dall'Albania (8,3%)⁵.

2. Prime dieci nazionalità residenti. Valori percentuali. Serie storica 2018-2022

2018		2019		2020		2021		2022	
Nazionalità	%	Nazionalità	%	Nazionalità	%	Nazionalità	%	Nazionalità	%
Romania	23,1	Romania	22,8	Romania	22,7	Romania	20,8	Romania	21,5
Albania	8,5	Albania	8,4	Albania	8,3	Albania	8,3	Albania	8,3
Marocco	8,1	Marocco	8,1	Marocco	8,2	Marocco	8,2	Marocco	8,3
Cina	5,6	Cina	5,6	Cina	5,7	Cina	6,3	Cina	5,9
Ucraina	4,6	Ucraina	4,5	Ucraina	4,5	Ucraina	4,5	Ucraina	4,4
Filippine	3,2	Filippine	3,1	Filippine	3,1	India	3,2	India	3,2
India	2,9	India	2,9	India	3,0	Filippine	3,2	Bangladesh	3,1
Bangladesh	2,5	Bangladesh	2,6	Bangladesh	2,7	Bangladesh	3,0	Filippine	3,1
Moldavia	2,5	Moldavia	2,4	Egitto	2,5	Egitto	2,7	Egitto	2,7
Egitto	2,3	Egitto	2,4	Pakistan	2,4	Pakistan	2,6	Pakistan	2,6

Fonte: Ministero dell'Interno

Rispetto al genere, all'interno della popolazione immigrata, da sempre la componente femminile è stata più rilevante, seppur non di molto. Gli ultimi dati disponibili confermano questo *trend*, poiché, sempre considerando la popolazione residente, le donne sono 2.562.514 e gli uomini 2.468.202 unità.

Un altro aspetto importante da osservare riguarda la distribuzione nelle varie fasce d'età e dove si evidenzia un'età in media più bassa di questa parte della popolazione rispetto alla componente autoctona. Le percentuali più significative si riferiscono alle fasce d'età comprese tra i 30 ed i 49 anni. In particolare, quelle più rappresentate sono le fasce comprese tra i 35 e i 39 anni (11%) e tra i 40 e i 44 anni (10,9%). Stando agli ultimi dati disponibili risulta che gli italiani hanno un'età media che si attesta intorno ai 45,5 anni, mentre gli immigrati si posizionano su una media di 35,2 anni.

L'età mediamente più giovane in parte influisce anche sullo stato civile, infatti il 59,6% è celibe o nubile e la quasi totalità dei restanti, il 39,5% invece ha dichiarato di essere coniugato.

Infine, per concludere, è stata considerata anche la condizione giuridica delle persone provenienti da paesi non comunitari. Su un totale di 3.561.540 unità, 2.341.857 sono in possesso

⁵ Dati Istat.

di un titolo di soggiorno più stabile, come la carta per lungo soggiornanti o il permesso per matrimonio con un cittadino comunitario, così come coloro che hanno lo *status* di rifugiato. Mentre i restanti (1.219.683 unità) hanno un permesso con una scadenza, ovvero permessi per lavoro (autonomo e subordinato), o legati alla richiesta d'asilo⁶.

Mercato del lavoro

Passando ad osservare il mercato del lavoro e l'andamento tra occupati e disoccupati, i dati più recenti⁷ mostrano che i cittadini stranieri ad oggi non sono riusciti a raggiungere i livelli di occupazione che avevano prima della pandemia. Nel 2020 per la prima volta – a partire dal 2004, da quando hanno riportato una crescita continua – il numero degli occupati stranieri si è ridotto del 6,4% (per gli italiani è stato del 1,4%). Lo stesso avvenne d'altronde durante la devastante crisi economico-finanziaria che ha colpito il mercato internazionale tra il 2008 ed il 2012.

Nel 2021, anche se la crescita degli occupati stranieri è maggiore di quella degli autoctoni (2,4% i primi e 0,6% i secondi) il numero degli occupati è il 5,2% inferiore rispetto a quello del 2019. Nel complesso le persone immigrate che hanno un'occupazione costituiscono il 10% del totale, nel 2020 erano il 9,8% e nel 2019 il 10,3% sul totale. Anche il numero di disoccupati è cresciuto, arrivando al 16%, mentre nel 2020 era del 14,7% e nel 2019 del 15%.

Se si considerano invece i settori e le mansioni dove sono occupati gli immigrati, purtroppo sembra confermarsi lo stesso *trend* rilevato in passato, ovvero che quasi due su tre sono impiegati nei lavori manuali e con basse qualifiche e questa condizione non si modifica con l'aumentare degli anni di permanenza in Italia, né tanto meno con l'anzianità lavorativa. A conferma di ciò basta osservare quali sono i settori dove le persone risultano maggiormente occupate: le donne nel 38,2% dei casi lavorano nel settore domestico e di cura, mentre il 42,4% degli uomini è impiegato nell'industria e nelle costruzioni.

La tabella sottostante descrive alcune delle caratteristiche occupazionali delle prime dieci nazionalità presenti in Italia. I valori sono espressi in percentuale e si riferiscono alla posizione nella professione, al settore di attività e al tipo di professioni. Attraverso una veloce lettura si conferma quanto appena osservato, ovvero che la maggior parte è impiegato in attività dipendenti, concentrati soprattutto nell'ambito dei servizi (64,1%) e nello specifico nei servizi alle famiglie (18,6%), così come nel settore dell'industria (28,6%), dove il 18,8% è occupato in quella che viene definita industria in senso stretto – che comprende anche le attività manifatturiere – e il 9,8% nelle costruzioni. Osservando l'aspetto professionale emerge chiaramente come oltre la metà dei lavoratori immigrati si divide tra operai ed artigiani (32,1%) e tra mansioni definite non qualificate, come ad esempio i manovali, i braccianti e i collaboratori domestici (31,7%).

6 Dati: Ministero dell'Interno.

7 Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro.

3. Caratteristiche dell'occupazione per le principali nazionalità. Valori percentuali (2021)

	Romania	Albania	Marocco	Ucraina	Cina	Filippine	India	Moldova	Bangladesh	Perù	Totale
Posizione											
Dipendenti	92,1	85,1	82,6	95,4	55,6	96,4	91,1	91,7	79,1	94,9	87,4
Indipendenti	7,9	14,9	17,4	4,6	44,4	3,6	8,9	8,3	20,9	5,1	12,6
Tipologia di orario											
A tempo pieno	77,5	80,7	76,8	67,4	77,4	51,5	91,3	76,3	82,6	59,9	74,9
A tempo parziale	22,5	19,3	23,2	32,6	22,6	48,5	8,7	23,7	17,4	40,1	25,1
Settore di attività											
Agricoltura	7,4	8,7	11,3	3,1	0,2	0,6	43,3	0,7	3,6	1,0	7,3
Industria	32,0	46,8	38,5	13,6	31,2	-	24,2	23,8	30,1	13,1	28,6
<i>In senso stretto</i>	17,2	19,4	27,9	8,1	31,2	5,6	23,9	12,9	28,1	7,2	18,8
Costruzioni	14,8	27,3	10,5	5,5	0,0	-	0,3	10,9	2,0	5,8	9,8
Servizi	60,6	44,6	50,2	83,3	68,6	93,8	32,5	75,5	66,4	85,9	64,1
Commercio	6,4	5,8	15,4	4,6	35,8	6,8	9,8	5,7	24,5	10,6	10,1
Alberghi e ristoranti	5,9	7,6	4,3	7,1	20,5	10,2	4,1	4,4	25,1	4,3	8,2
Servizi alle famiglie	18,9	7,6	7,6	49,4	0,2	52,6	4,2	32,1	6,8	36,6	18,6
Professioni											
Qualificate	5,0	6,4	3,2	2,9	6,9	3,3	5,2	5,8	4,5	5,8	7,8
Impiegati e addetti commercio servizi	28,2	16,5	16,0	47,9	57,0	28,2	14,9	36,7	37,3	35,4	28,5
Operai artigiani	40,7	49,4	41,7	13,7	27,7	4,2	29,9	32,2	30,8	17,6	32,1
Non qualificate	26,1	27,7	39,0	35,4	8,4	64,3	50,0	25,2	27,4	41,1	31,7

Fonte: Istat, Rilevazione sulle forze di lavoro

Questa breve panoramica sulle principali caratteristiche socio-economiche relative alla popolazione straniera residente in Italia è stata necessaria per meglio comprendere la successiva analisi delle condizioni socio-economiche del gruppo di persone immigrate che è stato coinvolto nell'indagine, al fine di individuare e comprenderne non tanto le caratteristiche e gli andamenti in comune, ma piuttosto le anomalie e eventuali divergenze.

Breve rassegna ragionata dei principali interventi sui migranti e i servizi sanitari

A partire dagli anni Novanta sono state elaborate le prime ricerche che avevano l'obiettivo di indagare il rapporto tra la popolazione immigrata e l'insieme dei servizi sanitari presenti in Italia. Da una parte si cercava di tracciare un quadro il più possibile esaustivo, che considerasse sia l'accesso e la fruibilità di questi servizi, dall'altra di individuare e comprendere i principali aspetti epidemiologici di questa parte della popolazione.

Alcune delle indagini sul tema hanno messo al centro anche un altro aspetto, che per certi versi è centrale, ovvero il fatto che per molti anni è mancato un quadro normativo e di politiche di riferimento per poter gestire la presenza di persone straniere all'interno del nostro sistema sanitario nazionale. Un approccio, questo, che ha riguardato la gestione del fenomeno migratorio nel suo insieme, poiché per anni l'arrivo e la presenza di persone provenienti da altri paesi non è stato soggetto a norme specifiche, credendo che si trattasse di episodi circoscritti ad alcune comunità, che si andavano ad insediare in specifici territori ed in determinati settori produttivi, ritenendolo un fenomeno temporaneo.

Ma già a partire dagli anni Ottanta, in corrispondenza con i primi arrivi di persone immigrate, in tutto il paese si è andata attivando una rete di solidarietà e volontariato proprio con l'obiettivo di supplire alle mancanze dell'impianto normativo e quindi garantire l'assistenza sanitaria anche a coloro che provenivano da altri paesi. Per rendere meglio l'idea tra queste organizzazioni se ne possono menzionare alcune tra cui la Caritas a Roma, il Naga⁸ a Milano e la Croce Rossa a Genova.

Questo network informale nel 1990 diventa una rete organizzata, composta da diverse realtà, con l'obiettivo sia di rendere più strutturati gli interventi per le esigenze di assistenza sanitaria per chi proveniva da altri paesi, sia la necessità di sostenere, anche attraverso l'ambito accademico e scientifico, analisi tecniche in grado di proporre politiche e reali percorsi di tutela. Questa realtà prende il nome di Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, SIMM⁹ e per la prima volta si comincia ad osservare la salute della popolazione immigrata nella sua interezza e complessità. Inoltre, è proprio in seno a questa esperienza che viene varato il primo provvedimento che disciplina l'assistenza sanitaria per gli immigrati a livello nazionale. Nello specifico, all'interno del Decreto Legge Dini del 1995, che regola l'ingresso ed il soggiorno dei cittadini stranieri, viene approvato un articolo che garantisce l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata non solo come accesso straordinario ma anche in termini di cure ordinarie e continuative, considerando tutti gli stranieri, anche gli irregolari sprovvisti del permesso di soggiorno¹⁰.

Dal momento in cui agli immigrati viene formalmente riconosciuto e normato l'accesso alle cure sanitarie, nel corso degli anni si vanno moltiplicando gli studi e le indagini che prendono in considerazione sia l'aspetto epidemiologico sia la fruibilità o meno dei servizi medici nella loro interezza di questa parte della popolazione.

È importante sottolineare come nella maggior parte dei casi le ricerche su questi temi si sono orientate molto spesso sullo studio di alcuni gruppi o ambiti specifici, anziché sull'insieme della

⁸ <https://naga.it/>

⁹ <https://www.simmweb.it/>

¹⁰ Decreto Legge 1995/489. Disposizioni urgenti in materia di politica dell'immigrazione e per la regolamentazione dell'ingresso e soggiorno nel territorio nazionale dei cittadini dei Paesi non appartenenti all'Unione europea.

popolazione immigrata e su un concetto di accesso alla salute in senso più ampio. Solo per fare qualche esempio basti pensare alle indagini che riguardano le condizioni fisiche di coloro che sono arrivati da poco in Italia, elemento questo che ovviamente si interseca con altri fattori, come ad esempio l'età o le modalità di viaggio e arrivo¹¹. Come è stato rivelato in numerosi studi gli immigrati appena arrivati in Italia presentano un quadro epidemiologico positivo, con condizioni di salute in generale buone, elemento questo correlato anche al fatto che hanno un'età media più bassa rispetto alla popolazione autoctona. Allo stesso tempo non va dimenticato che chi giunge in questo paese con mezzi di trasporto più convenzionali, come l'aereo o il treno, al momento dell'arrivo presenta un quadro psico-fisico meno fragile di coloro che sono costretti a passare attraverso campi di tortura, muovendosi su rotte estremamente pericolose, come quelle che attraversano il Mar Mediterraneo, o la rotta balcanica¹². Molti altri studi sono stati rivolti esclusivamente alla salute della componente femminile, ponendo l'accento su diverse questioni: ginecologiche; legate alla gravidanza, al parto e post-parto; alla salute madre-bambino; alle mutilazioni genitali; ai traumi in seguito alle violenze fisiche, psicologiche e sessuali subite prima dell'arrivo e durante il viaggio; in quanto vittime di tratta; ecc¹³. In altri casi ancora emerge chiaramente come la maggior parte delle indagini si sono svolte nelle regioni del Centro-Nord, spesso nei capoluoghi o nelle rispettive provincie¹⁴. Luoghi questi dove spesso si verifica una maggiore facilità nel recuperare i dati relativi agli accessi e fruibilità dei servizi sanitari e dove da sempre si è registrata una maggiore presenza di persone immigrate. Tramite questo approccio però i territori più periferici e la quasi totalità delle regioni del Sud e delle Isole sono stati esclusi da numerosi studi ed approfondimenti, meccanismo che ha portato ad una loro ulteriore marginalizzazione.

Altri studi ancora si sono invece concentrati sugli effetti legati ai grandi avvenimenti e trasformazioni socio-economiche. Un esempio per tutti riguarda l'impatto, spesso devastante, che ha avuto la crisi economico finanziaria globale cominciata nel 2008 sulla popolazione in generale ed in particolare su coloro che provengono da altri paesi. Difatti buona parte di queste analisi ha fatto emergere un netto peggioramento delle condizioni psico-fisiche, in seguito alla perdita del lavoro e spesso anche della casa, delle fasce più deboli, di cui gli immigrati costituiscono una parte considerevole¹⁵.

Più di recente gli studi su questi temi si sono inevitabilmente concentrati sugli effetti della pandemia da Covid-19. Anche rispetto a questo evento si è cercato di comprendere come è avvenuto l'accesso da parte di questa popolazione ai dispositivi di protezione personale, così

11 Salvaterra, P.; Candiani, G.; Milano, Z. *I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza*. INMP – SIMM – ISS 2017 (www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf).

12 Medici Senza Frontiere. *Fuori Campo. Richiedenti asilo e rifugiati in Italia: insediamenti informali e marginalità sociale*. 2016; Albinati, E.; D'Aloja, F. *La rotta balcanica. I migranti senza diritti nel cuore d'Europa*. Altraeconomia, 2021; ICMPD. *La forza per continuare. Resilienza e vulnerabilità di persone che viaggiano lungo le rotte migratorie verso l'Europa*. 2019.

13 *Salute materno-infantile delle donne migranti: evidenze per migliorare l'accessibilità e la fruibilità delle cure*. INMP, Epidemiologia Piemonte, Dors Regione Piemonte, 2016.

14 *La salute in migrazione. Uno studio sulle traiettorie di accesso ai servizi sanitari: il caso di Sokos*. Associazione Sokos, 2010; *Tutela della salute dei migranti*. Dossier Sprar 2018.

15 Petrelli, A.; Di Napoli, A.; Rossi, A.; Gargiulo, L. *La salute della popolazione immigrata ai tempi della crisi: confronto tra le indagini salute ISTAT 2005 e 2012/2013*. INMP e ISTAT, 2016.

come dei tamponi e vaccini¹⁶. Sono state e si stanno poi indagando anche le conseguenze sul piano socio-economico e lavorativo e sull'impatto sulla salute¹⁷.

Nel concludere questa veloce panoramica sulla letteratura che descrive il rapporto tra la popolazione immigrata e i servizi sanitari, vanno ricordate anche le indagini, in parte più recenti, che hanno esplorato le modalità di accesso tra coloro che non sono in possesso di un regolare permesso di soggiorno, ma per cui è comunque prevista la possibilità di ricevere le cure¹⁸. L'Italia, infatti, è uno dei pochi paesi europei che garantisce il principio di universalità nell'accesso alle prestazioni sanitarie a tutte le persone, a prescindere dalle loro condizioni giuridiche. Nello specifico sono stati previsti due strumenti ovvero l'STP (straniero temporaneamente presente) che permette di poter usufruire delle prestazioni sanitarie. Questo documento è rivolto a coloro che provengono dai paesi non comunitari, mentre per le persone cittadine degli altri paesi dell'Unione europea è previsto il tesserino ENI (Europeo Non Iscritto)¹⁹.

L'elaborazione di un'ampia letteratura su questi temi ha reso possibile anche il raggiungimento di importanti risultati, di concerto con le istituzioni nazionali e locali. Prima di tutto nelle strutture sanitarie di molti territori sono state introdotte delle figure professionali necessarie a favorire un maggiore accesso e fruibilità dei servizi in questione, ovvero quella del mediatore linguistico-culturale, così come gli etno-psichiatri e gli antropologi. Allo stesso tempo è stato possibile attivare numerosi servizi ed ambulatori dedicati alle problematiche specifiche che riguardano parte di questa popolazione, come ad esempio rispetto alla presa in carico dei traumi legati alla partenza e al viaggio, considerando anche le numerose violenze psico-fisiche che sono costretti a subire²⁰. Così come l'attivazione di strutture e spazi rivolti alle esigenze specifiche delle donne, come è stato precedentemente osservato, e ai minori non accompagnati²¹. Inoltre attraverso questi interventi è stato possibile anche de-costruire, almeno in parte, i numerosi pregiudizi ed atteggiamenti discriminatori, soprattutto se si considera la dimensione della salute. Difatti è purtroppo diffusa l'idea che coloro che arrivano in Italia da altri paesi, semplicemente da quelli a forte pressione migratoria, siano portatori di malattie infettive altamente trasmissibili. È quella che viene definita la sindrome di Salgari.

Questa indagine, come già anticipato, si è occupata di esplorare il rapporto tra popolazione immigrata e i servizi sanitari, considerando anche l'auto-percezione che le persone hanno rispetto alla propria salute in generale e da quando sono in Italia. Allo stesso tempo si è voluto tenere conto anche della posizione giuridica, considerando quali sono i documenti necessari per poter ricevere ogni tipo di cura medica. Anche nel considerare la dimensione territoriale si è cercato di includere territori nel Nord, Centro e Sud del paese, per provare ad avere uno sguardo

16 *Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA*. European Centre for Disease Prevention and Control, June 2021; *Ensuring the integration of refugees and migrants in immunization policies, planning and service delivery globally*, World Health Organization, 2022.

17 Prati, S.; Conti C. *L'influenza della pandemia di Covid-19 sui flussi migratori verso l'Italia e sui percorsi di integrazione degli immigrati*, Direzione centrale delle statistiche demografiche e del censimento della popolazione, Servizio registro della popolazione, statistiche demografiche e condizioni di vita, Istituto nazionale di statistica, Roma, 2022.

18 Fortino A. *Cosa sappiamo della salute degli irregolari*. Epidemiologia della salute della popolazione immigrata: evidenze delle indagini multiscopo ISTAT, 2016.

19 DPR 394/99, art. 43, comma 3.

20 A tal proposito si può menzionare il Centro SaMiFo (Salute Migranti Forzati), che è una struttura sanitaria a valenza regionale per l'assistenza e la cura di richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale. Nato nel 2006 con un protocollo d'intesa tra la ASL Roma 1 e il Centro Astalli.

21 Uno dei tanti esempi è il Centro per la salute delle donne straniere e dei loro bambini - Usl, a Bologna.

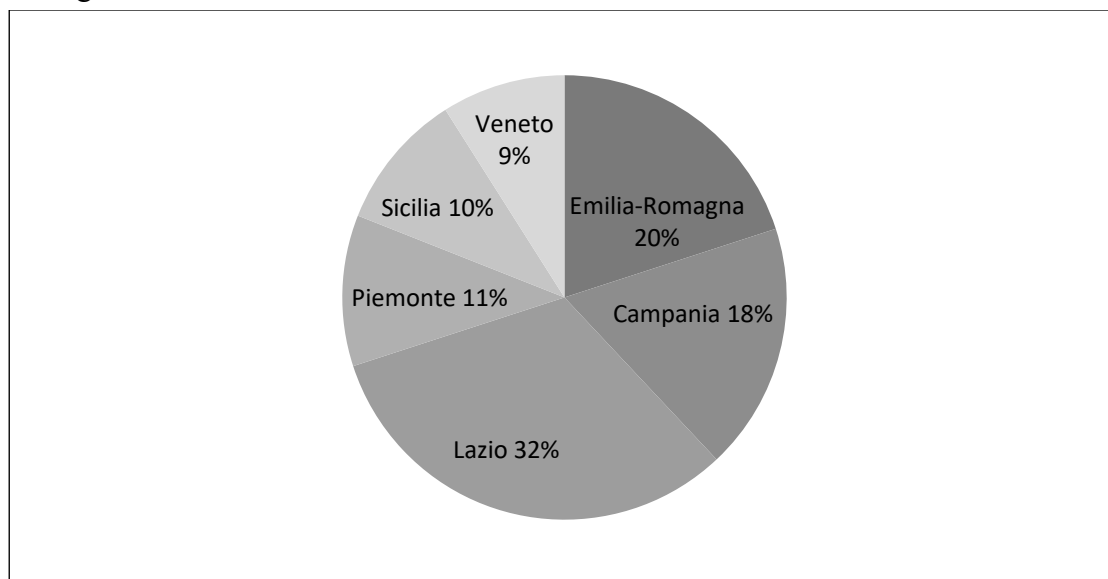
il più possibile esaustivo. Per le persone intervistate non è stato previsto uno specifico *target group* con determinate caratteristiche (ad esempio il tempo di permanenza, modalità di ingresso, età anagrafica, genere, ecc.). Sono state intervistate persone immigrate, provenienti da paesi dell'Unione europea e non, a prescindere dalla regolarità o meno della condizione giuridica.

Attraverso questa indagine si è cercato quindi di tracciare un quadro il più possibile ampio per individuare le principali caratteristiche ed eventuali problematiche che riguardano il rapporto tra popolazione immigrata e servizi sanitari.

Descrizione del gruppo intervistato

Entrando nel merito dell'indagine, qui di seguito verrà descritto il gruppo di persone che sono state intervistate. Si tratta di 2.481 persone coinvolte nell'indagine²², provenienti da diversi paesi comunitari e non, distribuite nel capoluogo e provincia di sei regioni, come illustra il grafico qui di seguito.

4. Regioni coinvolte



Nello specifico sono state coinvolte, andando dal Nord al Sud, le seguenti città e province: Torino, Padova, Bologna, Modena, Roma, Latina, Napoli e Palermo.

Informazioni demografiche

Iniziamo con il descrivere il gruppo di persone coinvolte nell'indagine a partire dalle informazioni demografiche. La maggior degli intervistati provengono dal continente africano, ovvero il 40%. A seguire ci sono coloro che provengono dall'Asia, il 31%, dopo di che coloro

²² Come descritto nella nota metodologica è stato previsto di intervistare 2500 persone, mentre le interviste complete sono state 2481, riportando un tasso di risposta del 99,2%.

che provengono dalle Americhe, il 16% del totale. Infine, vi sono le persone provenienti da paesi europei, pari al 13% del totale.

Se questi dati vengono confrontati con quelli a livello nazionale, l'unico andamento che è quasi capovolto riguarda la presenza di persone provenienti dall'Europa che, come riportato anche precedentemente, costituiscono la prima area geografica di provenienza delle persone straniere residenti in Italia, mentre nell'indagine risulta essere il gruppo meno rappresentato.

La considerevole presenza, tra gli intervistati, di persone provenienti dal continente africano (in particolare dal Nord Africa e dall'area sub-sahariana), così come da quello asiatico (soprattutto dalla zona centrale) si può in parte imputare al fatto che oltre la metà dei questionari sono stati somministrati in territori dove queste comunità registrano una presenza più significativa rispetto ad altre²³. Inoltre è opportuno considerare anche il fatto che è stato più facile incontrare persone provenienti da queste aree geografiche nei luoghi dove sono avvenute buona parte delle interviste, ovvero per strada, nelle stazioni, nei parchi, ecc.

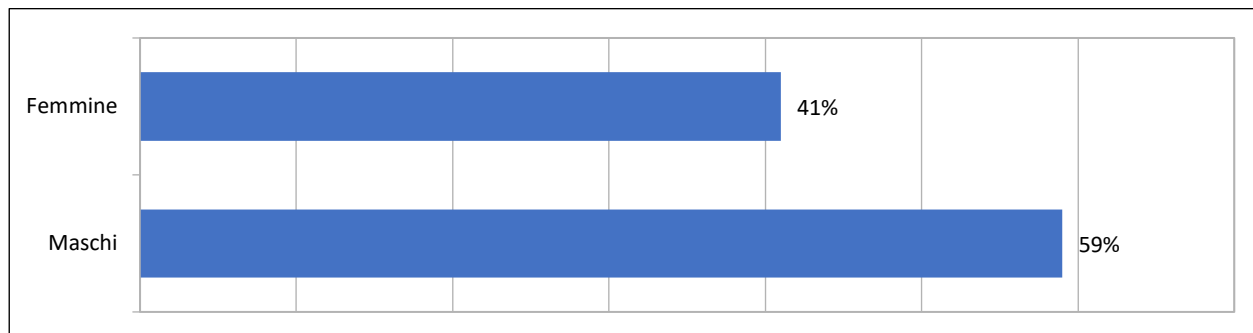
5. Aree geografiche di provenienza

Area Geografica	Valore %
Asia	31%
Asia Centrale	0,1%
Asia dell'Est	1,5%
Asia del Sud	27%
Asia dell'Ovest	1,4%
Asia del Sud-Est	1,5%
Africa	40%
Africa dell'Est	3%
Africa Centrale	1,2%
Africa del Nord	16%
Africa del Sud	0,4%
Africa dell'Ovest	19%
America	16%
America Centrale	1%
America del Sud	5%
Caraibi	9%
Europa	13%
Europa dell'Est	8%
Europa del Nord	0,4%
Europa del Sud	5%
Europa dell'Ovest	0,5%
Totale	100%

23 Ad esempio, basti pensare alla città di Roma, dove le comunità di immigrati più significative (eccezion fatta per coloro che provengono dalla Romania che si trovano al primo posto) provengono dalle Filippine (11,4% sul totale) e dal Bangladesh (9,7% sul totale). Così come a Napoli, dove la prima comunità è rappresentata da coloro che provengono dallo Sri Lanka (26,7% sul totale).

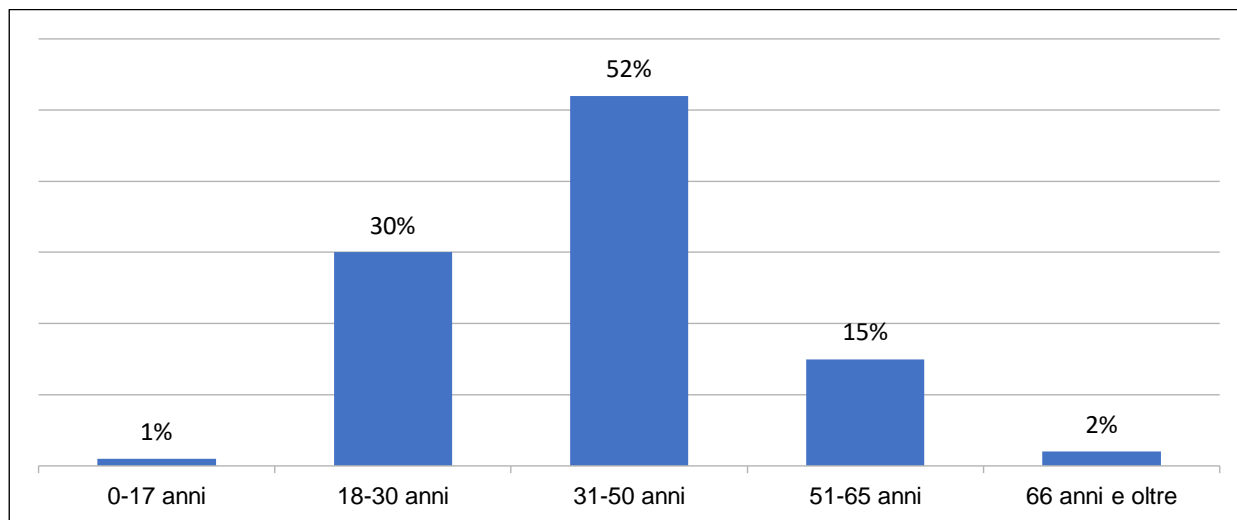
Considerando il genere, i maschi risultano essere la maggior parte (59%), rispetto alle donne (41%), ed anche questo dato si discosta parzialmente dal dato nazionale, poiché infatti da sempre la componente immigrata femminile risulta maggioritaria rispetto a quella maschile. Anche in questo caso il dato può trovare una parziale spiegazione nel fatto che è più probabile incontrare uomini per strada da poter intervistare, piuttosto che donne.

6. Genere



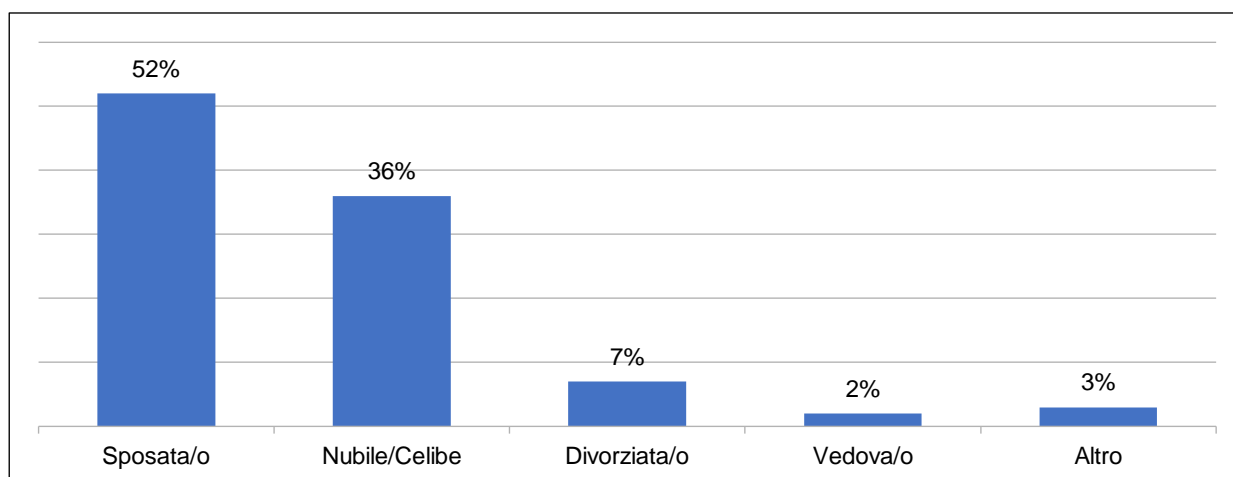
La classe d'età prevalente è quella che potremmo definire centrale, ovvero tra i 31 ed i 50 anni (52%), a seguire coloro che hanno dichiarato un'età tra i 18 ed i 30 anni (30%) e poi coloro che hanno dichiarato un'età compresa tra i 51 ed i 65 anni (15%). Le due classi d'età ai margini del campione, la più bassa, tra gli 0 ed i 17 anni (1%) e la più alta, dai 66 anni in su (2%), riportano pochi punti percentuali. Questo andamento risulta essere in linea con le caratteristiche anagrafiche della popolazione immigrata residente nel suo insieme.

7. Classi d'età



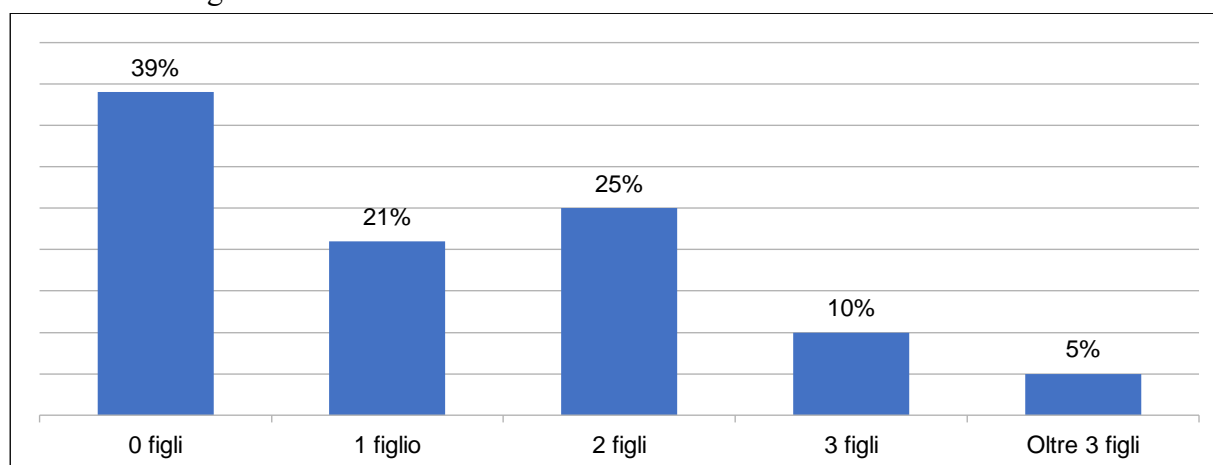
Considerando poi lo stato civile, anche in questo caso il dato che emerge è capovolto rispetto a quello a livello nazionale. Infatti la maggior parte delle persone intervistate ha dichiarato di essere sposato (52%), mentre un'altra porzione significativa ha riportato di essere nubile o celibe (36%). Le altre condizioni si sono attestate su percentuali molto basse, come mostra il grafico sottostante.

8. Stato civile



Considerando il nucleo familiare, è interessante osservare come i risultati emersi, come riportato nel grafico 9, sembrano in parte smentire quell'idea per cui le famiglie di immigrati sono sempre numerose. Difatti il 39% degli intervistati ha dichiarato di non avere figli. A seguire il 25% ha detto di averne due e il 21% uno. Le famiglie più numerose si attestano al 10% con 3 figli e al 5% con più di tre figli.

9. Numero di figli

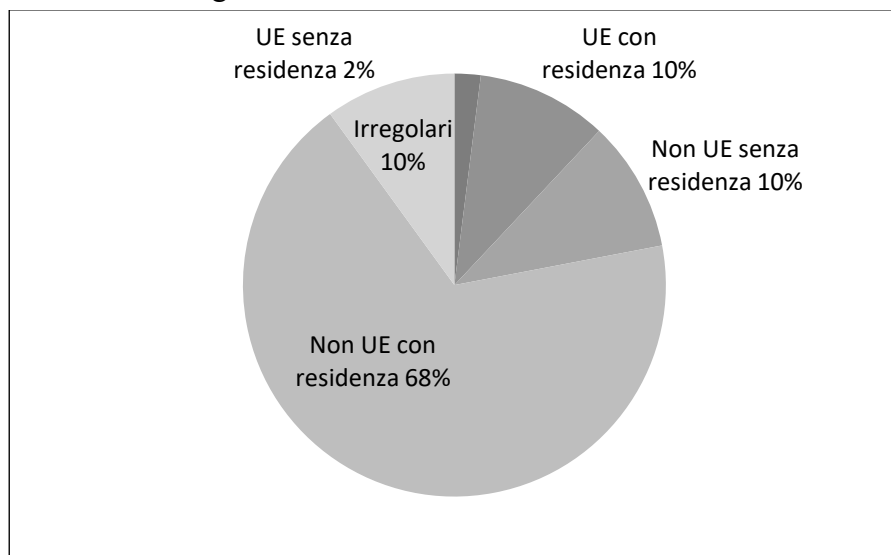


Un altro elemento che è stato preso in considerazione è quello relativo alla condizione giuridica. La presenza o meno di un valido titolo di soggiorno è un aspetto dirimente per poter accedere ad un lavoro regolare, così come ad un insieme di servizi, tra cui appunto quelli sanitari. Nello specifico l'indagine si è concentrata sulla residenza, il cui possesso rende implicito il fatto di avere una posizione regolare in Italia. Non si dimentichi però che si può essere in possesso di un titolo di soggiorno valido, ma non della residenza, poiché il suo rilascio è oggetto di scelte spesso arbitrarie da parte degli uffici anagrafici comunali, che tra l'altro possono decidere in totale autonomia se rilasciarla o meno.

Fatta questa breve premessa si può osservare il grafico sottostante, che riporta i dati relativi alla posizione giuridica e nello specifico della residenza. Quello che emerge, oltre a confermare la netta prevalenza di persone provenienti da paesi non comunitari, è che la quasi totalità degli intervistati è in possesso della residenza e di conseguenza la loro posizione giuridica risulta essere in regola. Nello specifico il 68% provengono da paesi non appartenenti all'UE e il 10% di persone comunitarie. Mentre coloro che hanno dichiarato di non avere la residenza sono il 10% tra i non

comunitari e il 2% di coloro che provengono da paesi membri dell'UE. Infine, il 10% degli intervistati non risultava essere in possesso di un permesso di soggiorno, una percentuale che ci permette di analizzare in dettaglio questa componente particolarmente fragile, data la situazione giuridica.

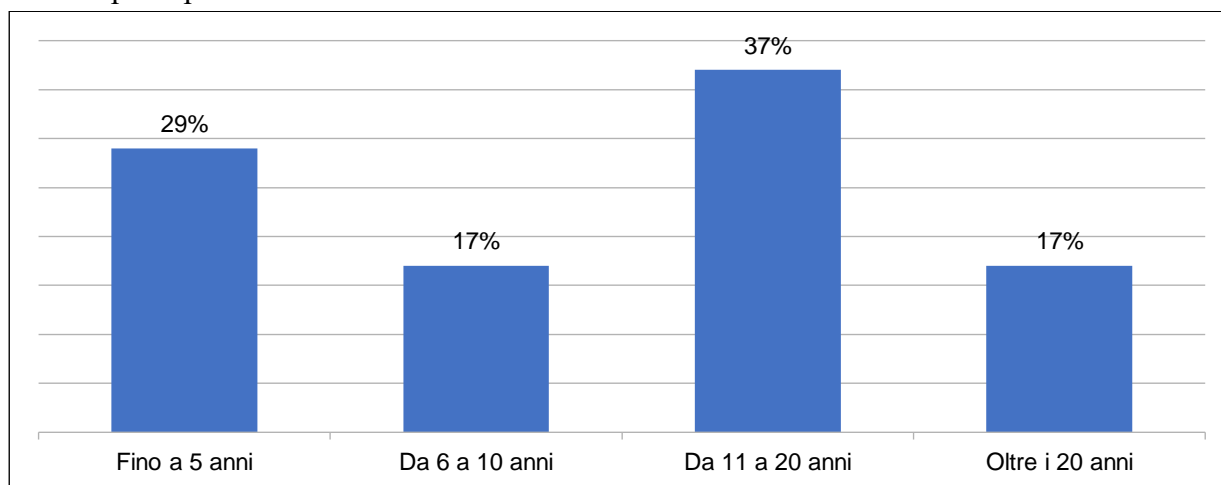
10. Condizione giuridica



Arrivo in Italia

Una volta osservate le principali informazioni demografiche, sono stati presi in considerazione alcuni degli aspetti che hanno caratterizzato l'arrivo in Italia, a partire dal tempo di permanenza. È interessante osservare che il 37% ha risposto di trovarsi in questo paese in un arco di tempo che va dagli 11 ai 20 anni, mentre il secondo gruppo più numeroso degli intervistati, con il 29% del totale, ha dichiarato di essere arrivato da non oltre 5 anni. Il 17% degli intervistati ha detto invece di essere in Italia da oltre vent'anni.

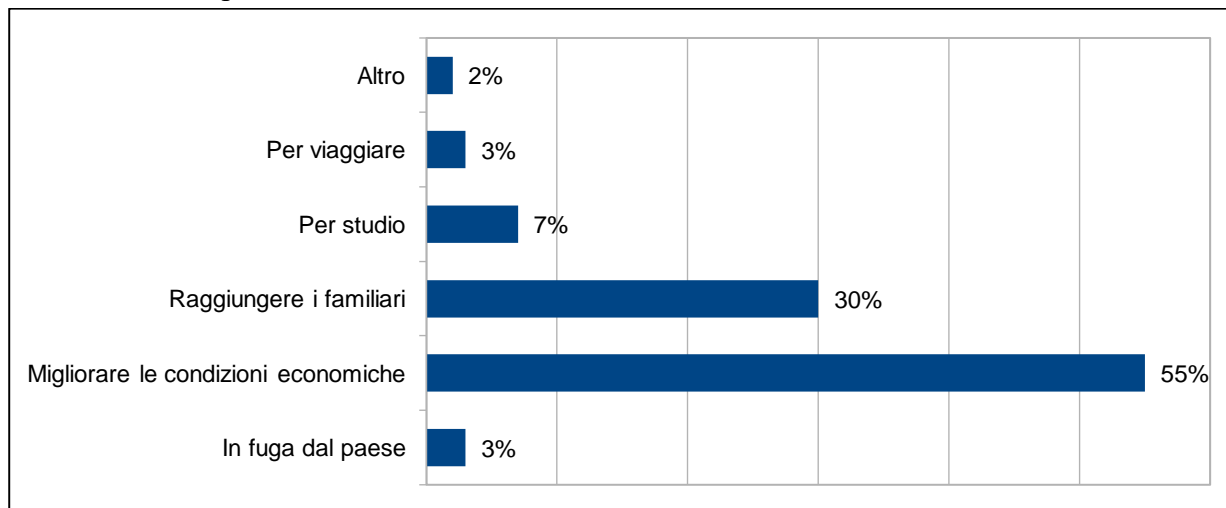
11. Tempo di permanenza in Italia



Il principale motivo che ha spinto le persone a partire e lasciare il loro paese è legato alla necessità di migliorare la propria condizione economica, con oltre la metà degli intervistati (55%). La

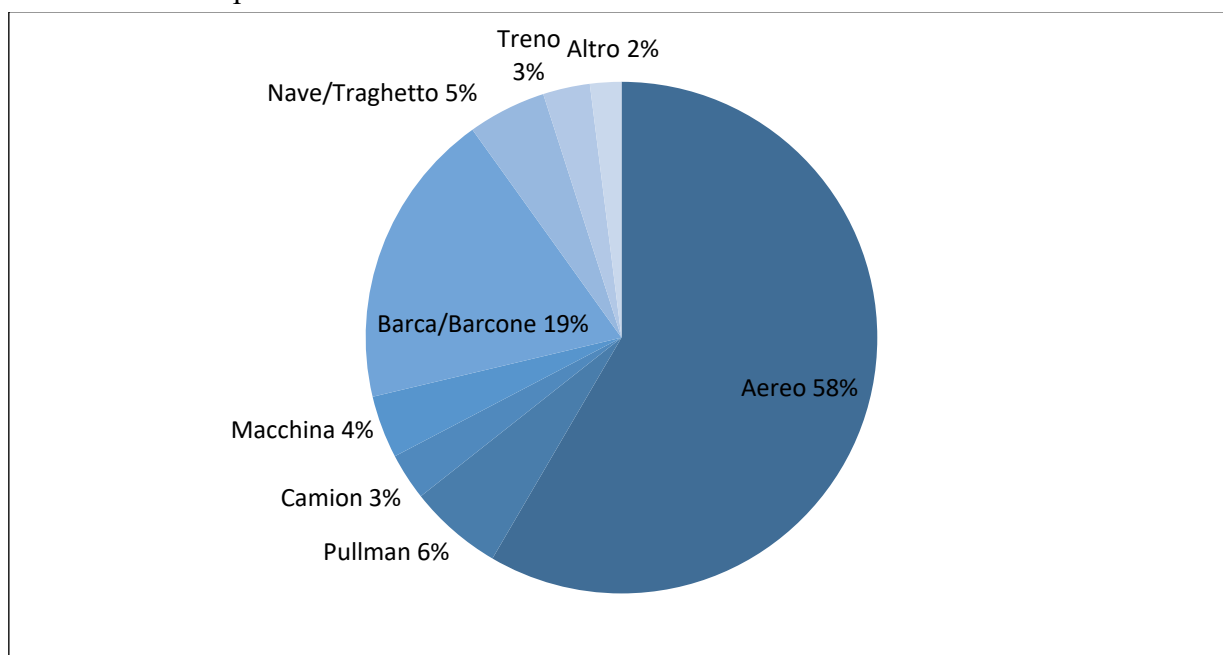
seconda causa dichiarata di migrazione è stato il desiderio di raggiungere i propri familiari che già vivevano all'estero (30%). Questi dati trovano riscontro anche nelle principali tipologie di permessi di soggiorno che vengono rilasciati, ovvero quelli per lavoro (subordinato ed autonomo) e quelli per ricongiungimento familiare, come evidenziato in precedenza nel capitolo dedicato all'analisi di scenario.

12. Motivi della partenza



Anche nell'osservare il grafico 13, che illustra quali sono stati i principali mezzi di trasporto utilizzati per arrivare in Italia, si conferma che la maggioranza delle persone immigrate arriva in questo paese tramite dei voli aerei (59%). Mentre l'altro mezzo più utilizzato è la barca o barcone (19%), con riferimento soprattutto alla traversata delle rotte del Mar Mediterraneo.

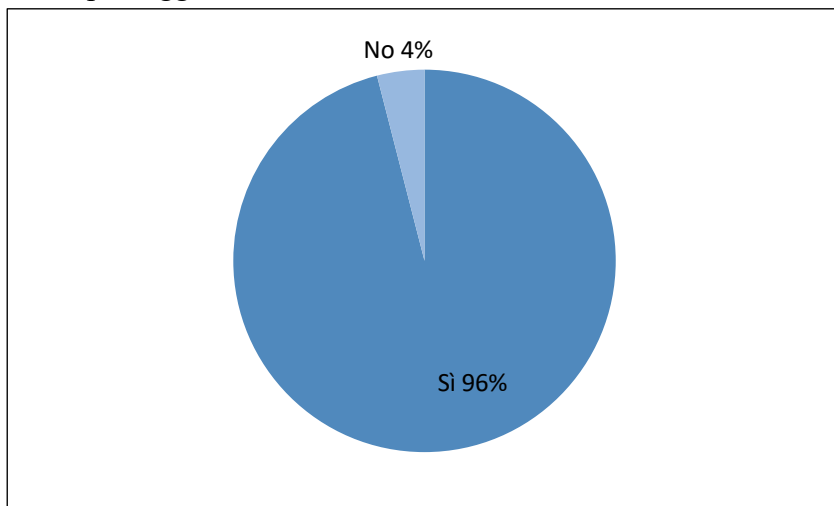
13. Mezzo di trasporto con cui si è arrivati/e in Italia



Condizioni socio-economiche nel paese di provenienza

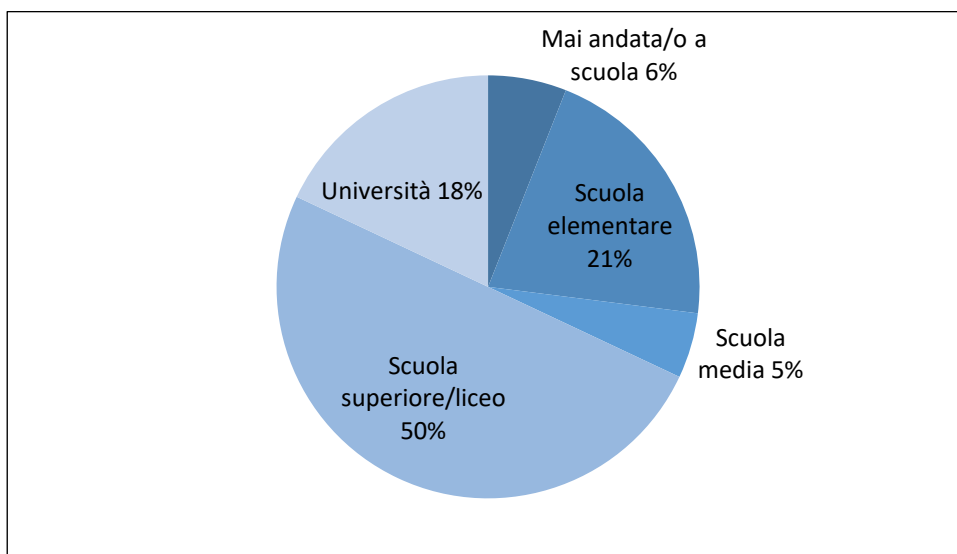
Per provare a tracciare un quadro il più possibile esaustivo, attraverso il questionario si è cercato di esplorare anche qualche elemento relativo alle condizioni di vita nel paese di provenienza, mettendo in evidenza alcuni aspetti delle condizioni socio-economiche e che stanno alla base della scelta di partire. Innanzitutto, soltanto il 4% ha dichiarato di non saper leggere e scrivere, a dimostrazione quindi che l'analfabetismo è marginale nel gruppo degli intervistati.

14. Saper leggere e scrivere



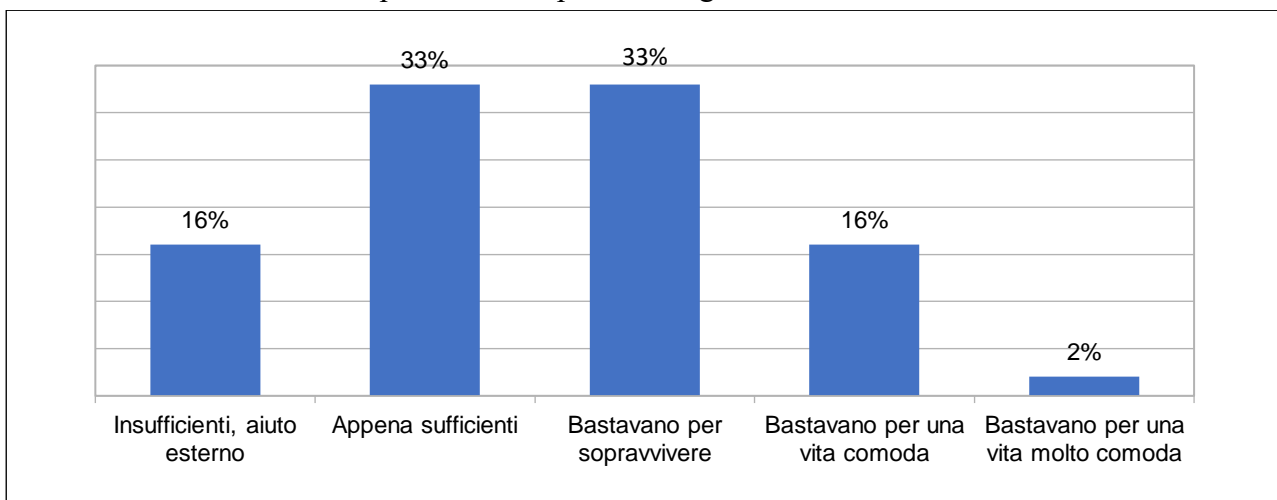
Considerando poi il titolo di studio, come mostra il grafico 15, ben oltre la metà del gruppo intervistato riporta un livello di istruzione medio-alto, con il 50% che ha concluso la scuola superiore o il liceo e il 18% ha portato a termine gli studi universitari. Soltanto il 6% ha sostenuto di non essere mai potuto andare a scuola.

15. Titolo di studio



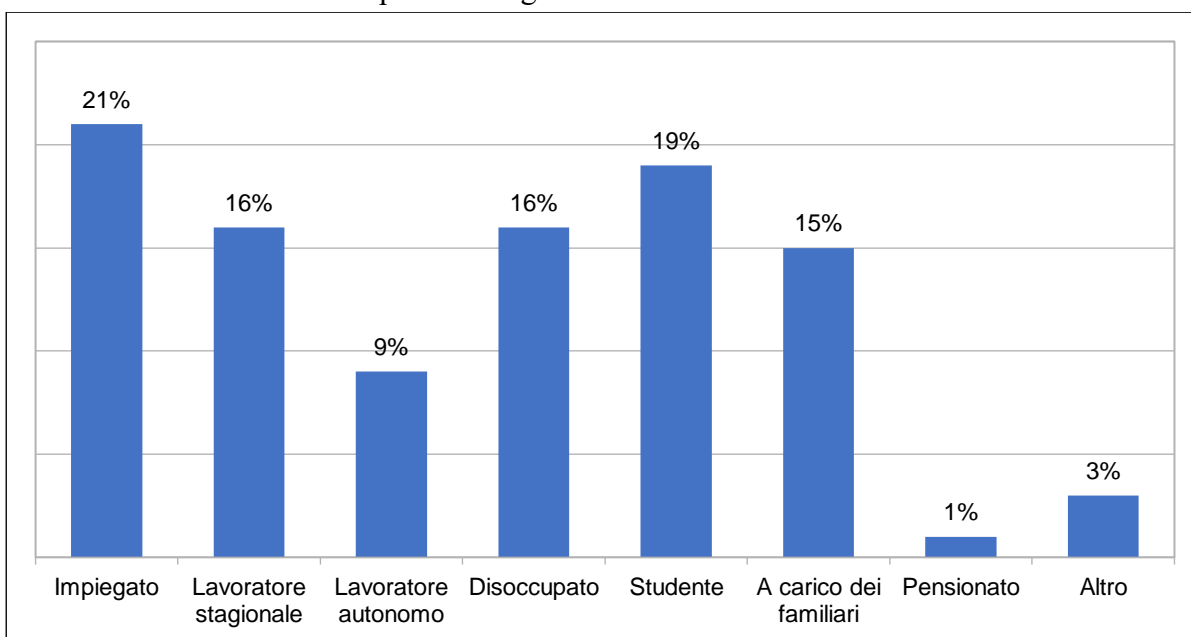
Il grafico 16 riporta sinteticamente quali fossero le risorse economiche a disposizione nel paese d'origine e la maggioranza degli intervistati ha descritto una situazione di fatica ed incertezza, definendo le proprie risorse appena sufficienti (33%) o che bastavano per sopravvivere (33%). Questo risultato conferma ancora una volta il fatto che generalmente le persone che migrano non appartengono alle classi più disagiate in assoluto, poiché in quei casi non hanno le possibilità di organizzare un viaggio all'estero e di contrarre un debito per sostenerlo. Il resto delle persone coinvolte nell'indagine si è divisa tra chi ha dichiarato di non avere risorse sufficienti nel proprio paese e che necessitava di un aiuto esterno (16%) e tra chi disponeva di risorse adeguate per una vita comoda (16%). Soltanto una piccola parte molto residua ha dichiarato di avere una buona condizione economica che permetteva loro di svolgere una vita molto comoda (2%).

16. Risorse economiche a disposizione nel paese d'origine



Inoltre, è stata osservata quale fosse stata la situazione lavorativa nel paese d'origine prima di emigrare. Circa metà ha dichiarato di essere stato precedentemente occupato: lavoro dipendente (21%), stagionale (16%) o autonomo (9%), mentre l'altra parte non lavorava. Disoccupati (16%), studenti (19%) e a carico dei familiari (15%).

17. Situazione lavorativa nel paese d'origine

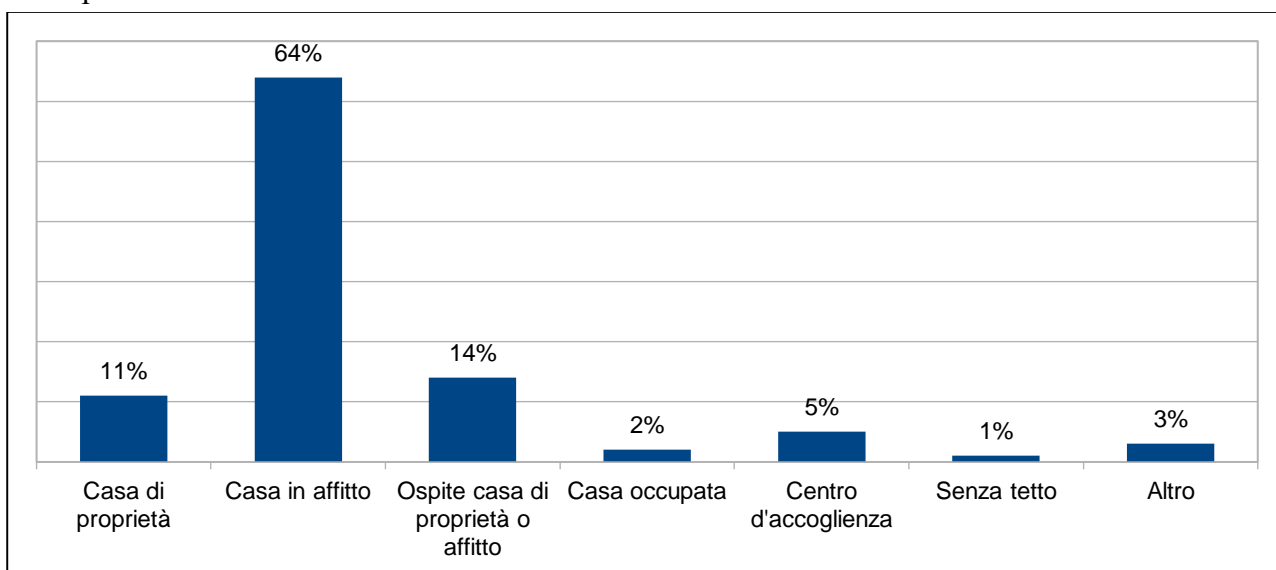


Condizioni socio-economiche in Italia

Successivamente sono state osservate le condizioni socio-economiche in Italia, concentrandosi su due aspetti fondamentali: l'accesso alla casa e le condizioni abitative e la situazione occupazionale ed economica.

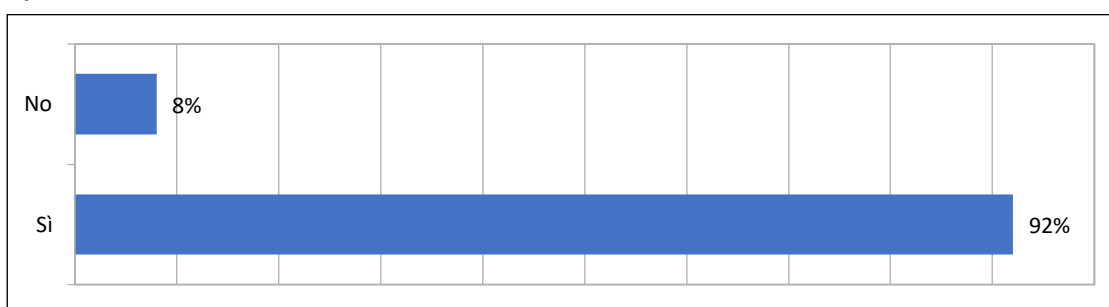
Partendo dal primo tema risulta che il 64% degli intervistati ha dichiarato di vivere in una casa in affitto. Mentre il 14% è ospite da amici e/o conoscenti, in una casa in affitto o di proprietà. Soltanto l'11% ha affermato di abitare in una casa di proprietà. I restanti sono divisi tra coloro che sono ospiti in un centro d'accoglienza (5%), coloro che vivono in una casa occupata (2%) e chi vive in strada (1%), situazioni quindi molto precarie.

18. Tipo di abitazione



Osservando il gruppo principale, ovvero chi abita in affitto, la quasi totalità (92%) è in possesso di un regolare contratto d'affitto.

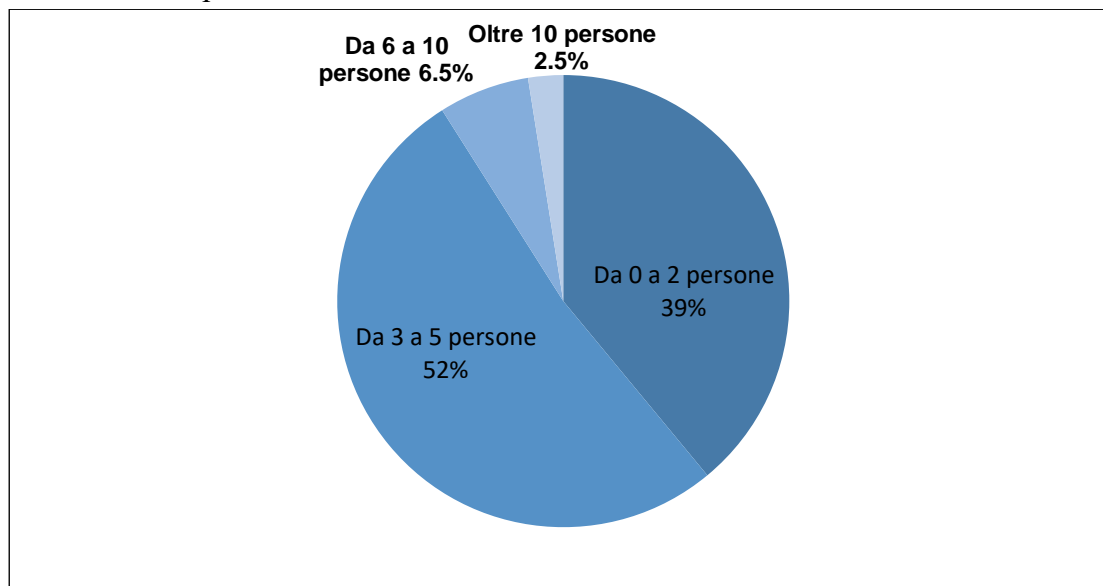
19. Chi vive in affitto ha un contratto di locazione



Nel continuare ad osservare la situazione socio-abitativa delle persone coinvolte nell'indagine è stato chiesto loro con quante persone condividessero l'abitazione. Come mostra il grafico 20 risulta evidente che oltre la metà del gruppo degli intervistati vive insieme ad altre persone nella stessa abitazione, che vanno dalle 3 alle 5 unità (52%). A seguire ci sono coloro che hanno dichiarato di vivere da soli o con una o 2 persone massimo (39%), mentre il 6,5% vive con un numero di persone che va tra le 6 e le 10 ed infine solo il 2,5% ha detto di vivere con più di 10 persone. Questi numeri

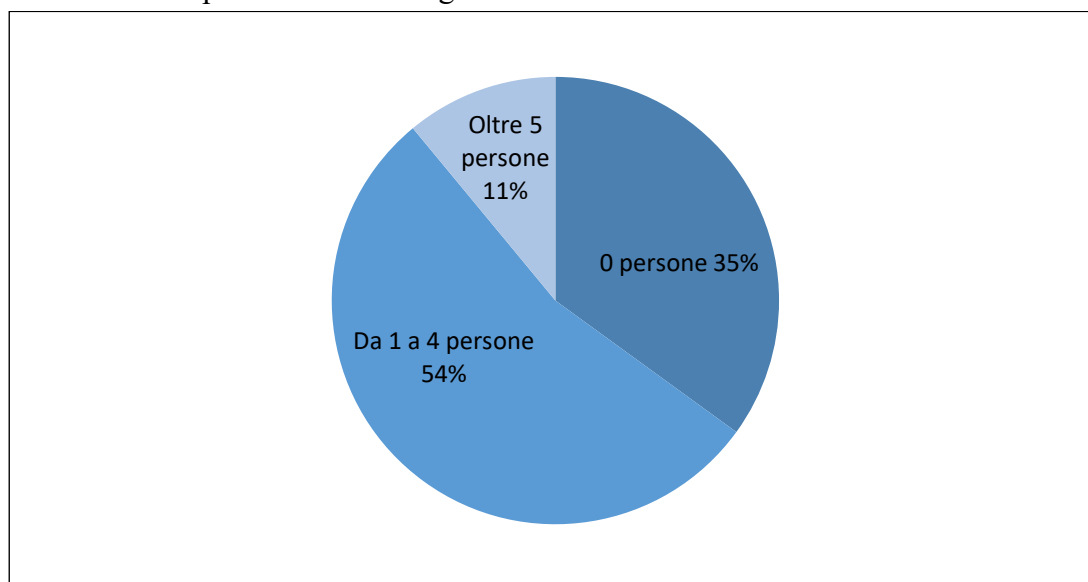
così alti sono dipesi dal fatto che alcuni tra gli intervistati vivono all'interno di strutture di accoglienza.

20. Numero di persone con cui si vive nella stessa abitazione



La condizione socio-economica in Italia è stata indagata anche in relazione al rapporto con i propri familiari, come mostrano il grafico e la tabella qui di seguito. Nel grafico 21 vengono riportate le risposte relative al numero di persone della propria famiglia che vivono anche loro in questo paese. Il 35% degli intervistati non ha nessun membro della propria famiglia in Italia. Il 54% ha in questo paese da uno a quattro familiari. Infine, l'11% del totale ha dichiarato che vivono in Italia almeno 5 persone appartenenti alla propria famiglia.

21. Numero di persone della famiglia che vivono in Italia



Inoltre, è stato chiesto se tra i familiari presenti in Italia ci fossero anche persone al di sotto dei 18 anni. Ben oltre la maggioranza, il 59%, ha dichiarato di non avere parenti minorenni presenti in

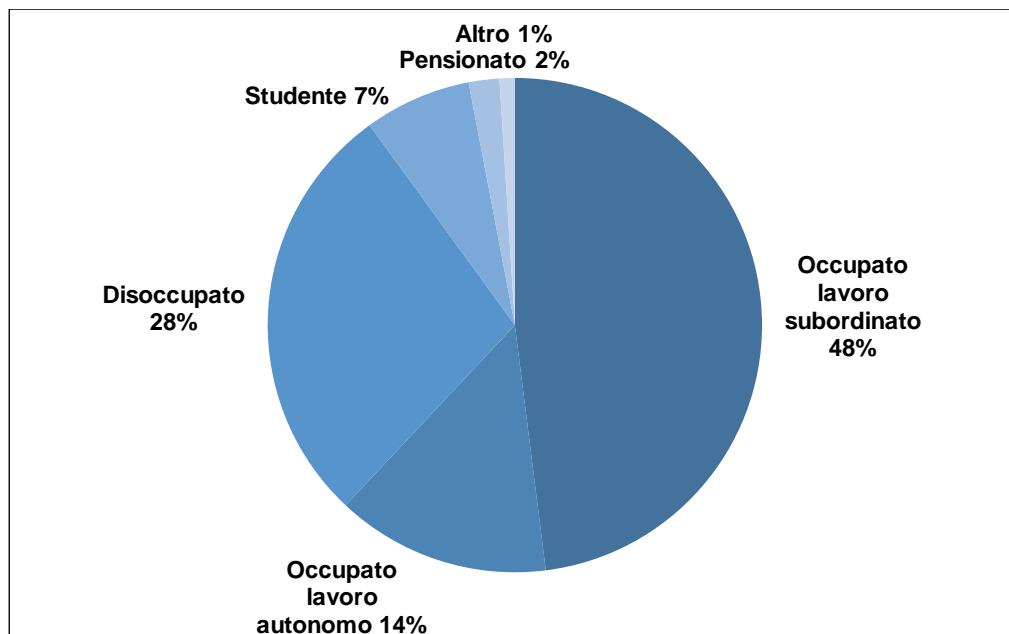
Italia. Mentre il 21% ne ha soltanto uno e il 14% due. Il restante 6% ha affermato che in questo paese sono presenti più di 3 familiari con meno di 18 anni d'età.

22. Numero persone della famiglia sotto i 18 anni che vivono in Italia

Numero delle persone	Valore %
0	59%
1	21%
2	14%
3	4%
4	1%
5	0,5%
6	0,1%
7	0,05%
8	0,07%
10	0,04%
11	0,04%
15	0,08%
20	0,08%
22	0,04%
Totale	100%

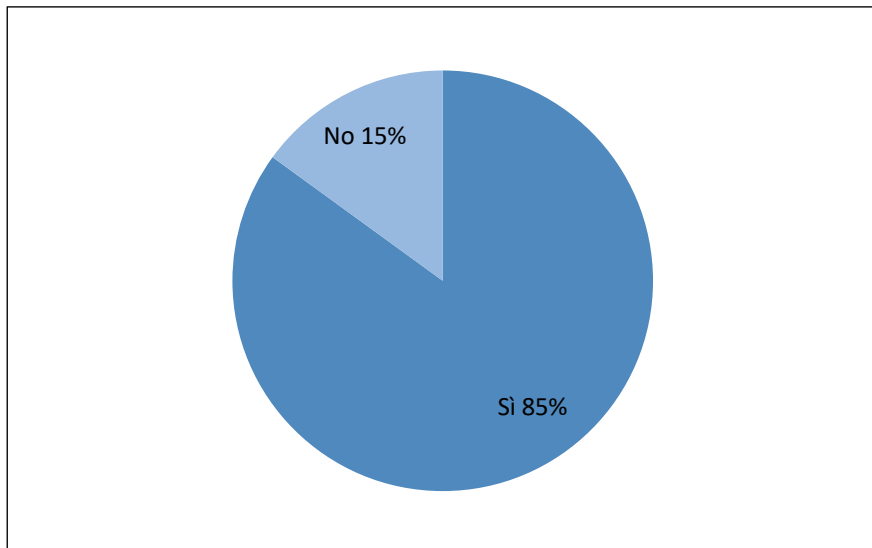
Passando alla condizione lavorativa, prima di tutto si può osservare, come illustra il grafico 23, che quasi la metà del campione (48%) è occupato, ma di contro circa un terzo (28%) è disoccupato. Il 14% ha dichiarato di svolgere un lavoro autonomo e il 7% è studente.

23. Situazione lavorativa attuale



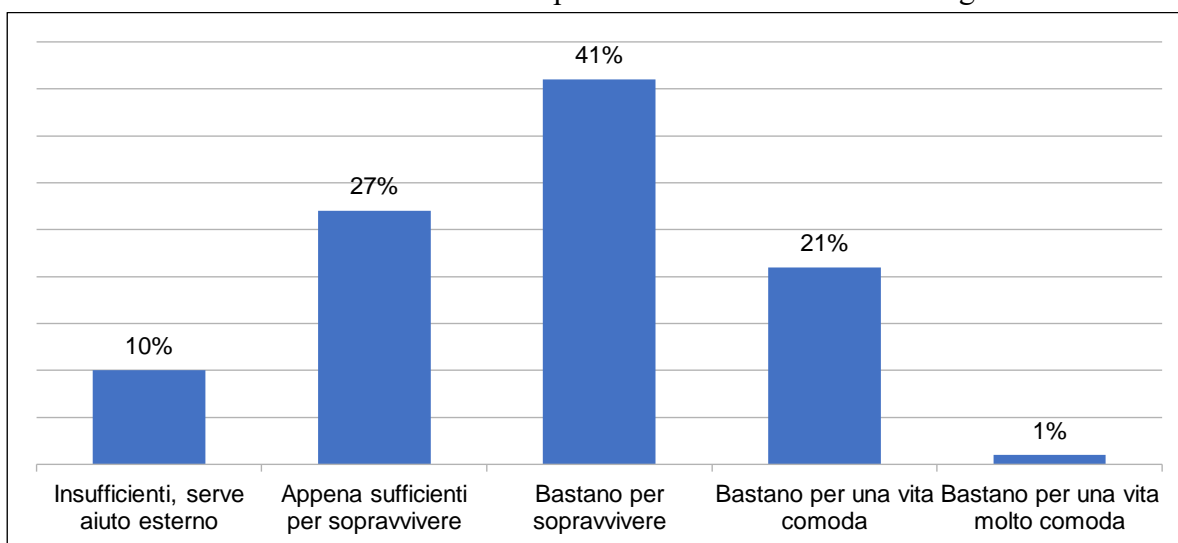
Se si considerano le condizioni contrattuali di chi lavora come dipendente, risulta che l'85% è occupato con un regolare contratto, contro il restante 15% che invece lavora senza alcuna forma di contratto.

24. Se occupata/o con un lavoro subordinato ha un regolare contratto di lavoro



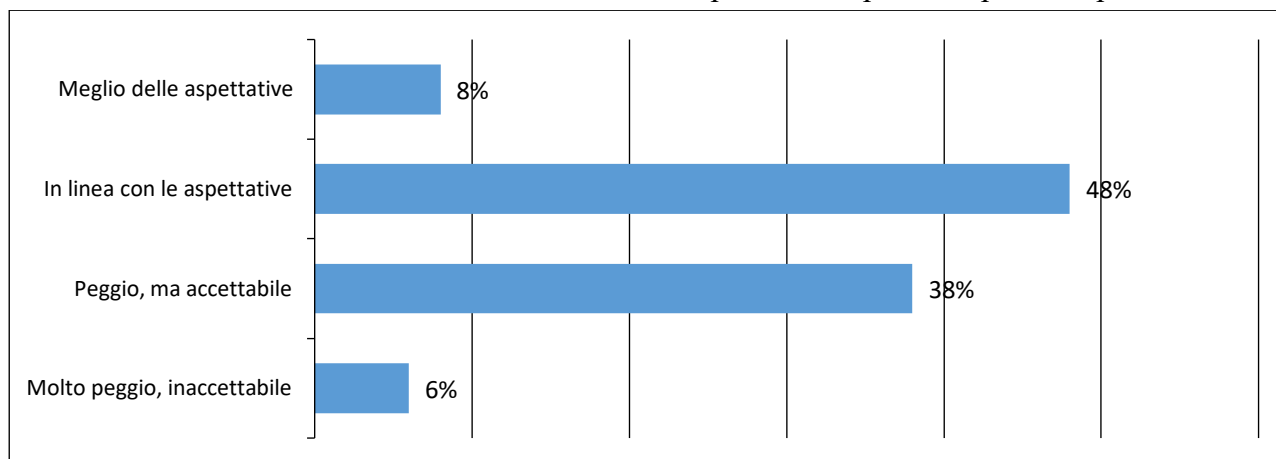
La presenza o meno di un contratto purtroppo non implica automaticamente di ricevere giuste retribuzioni, o di poter beneficiare degli istituti previdenziali previsti. Difatti, nonostante la quasi totalità degli intervistati abbia dichiarato di lavorare con un regolare contratto, come mostra il grafico 25 il 41% degli intervistati sostiene che le risorse economiche che ha a disposizione per sé e per la propria famiglia bastano solo per sopravvivere, il 27% le ritiene appena sufficienti per sopravvivere ed il 10% afferma che non sono affatto sufficienti e necessitano di un aiuto esterno. Soltanto il 21% ha fornito una risposta positiva dichiarando di avere una situazione economica tale per cui le risorse bastano per condurre una vita comoda.

25. Come sono le risorse economiche a disposizione di lei e della sua famiglia in Italia



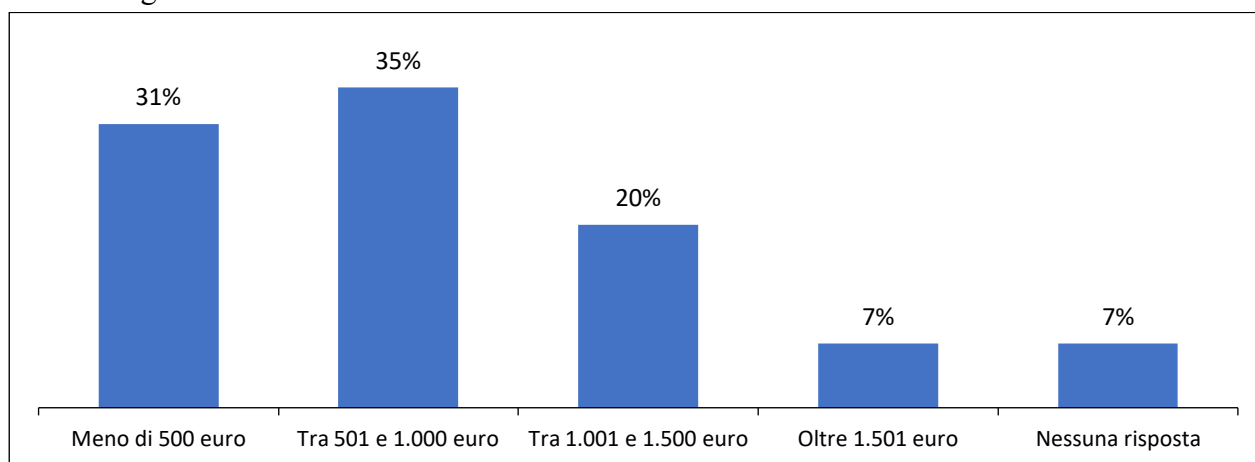
La consapevolezza che le risorse economiche a disposizione non sono per lo più soddisfacenti, non sembra però scontrarsi con quelle che erano le aspettative degli intervistati prima della partenza. Infatti, nel descrivere la propria situazione economica rispetto a quanto immaginato risulta che quasi la metà degli intervistati, il 48%, ritiene che sia in linea con quanto avevano previsto al momento di organizzare la partenza. Al contempo l'insoddisfazione rispetto alla propria condizione economica emerge dal 38% delle persone che hanno dichiarato che le condizioni in cui si trovano sono peggiori delle loro aspettative, ma allo stesso tempo accettabili.

26. Descrizione della situazione economica in Italia rispetto alle aspettative prima di partire



Il non poter disporre di risorse economiche adeguate viene confermato anche da quanto dichiarato rispetto al guadagno netto mensile. Nel considerare questo dato ovviamente non va dimenticato che la risposta può essere in parte alterata dalla percezione dell'intervistato e dalla natura specifica della variabile indagata. Infatti si conferma un quadro decisamente poco rassicurante, poiché oltre la metà dichiara di non ricevere più di 1000 euro al mese. Nello specifico, il 35% afferma di guadagnare tra i 501 ed i 1000 euro ed il 31% non supera i 500 euro al mese. Mentre il 20% riceve tra i 1001 ed i 1500 euro e soltanto il 7% oltre i 1501 euro mensili.

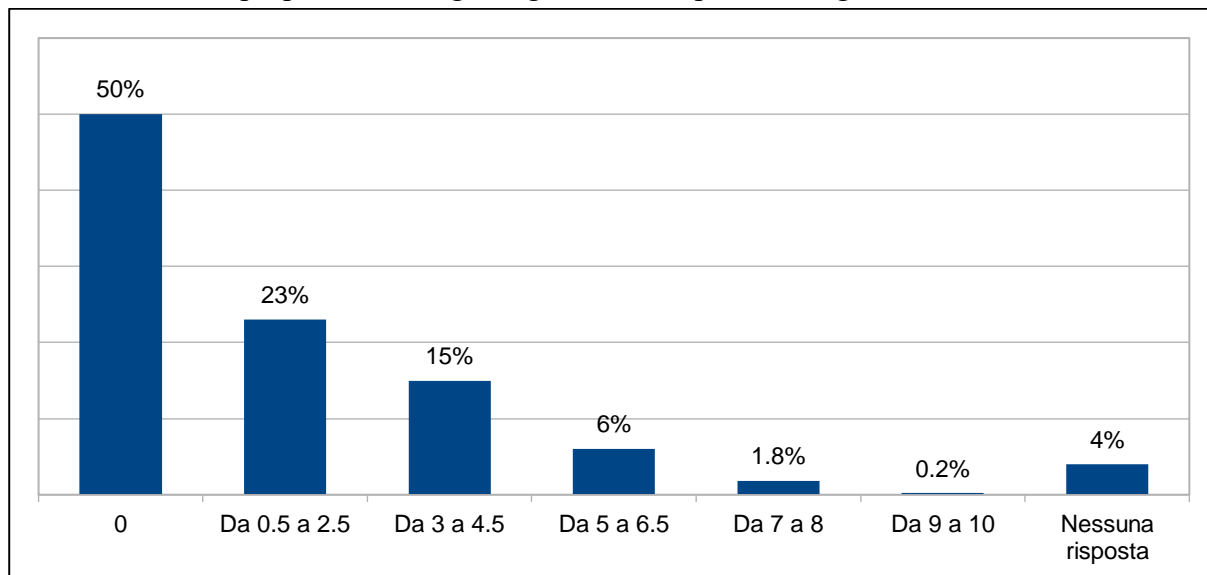
27. Guadagni netti mensili



Le difficoltà economiche dovute principalmente a livello molto basso dei salari hanno delle ripercussioni anche rispetto alla possibilità di inviare dei soldi nel paese d'origine. Difatti, come mostra il grafico sottostante, in una scala da 0 a 10 (dove 0 significa che non si manda nulla e 10

che si mandano tutti i guadagni), la metà degli intervistati ha dichiarato di non riuscire ad inviare nulla dei propri guadagni. Il 23% ne invia una parte esigua, che va da 0,5 a 2,5. Mentre solo il 15% riesce a spedire una parte più consistente di soldi, che va da 3 a 4,5 ed il 6% anche poco più della metà, da 5 a 6,5.

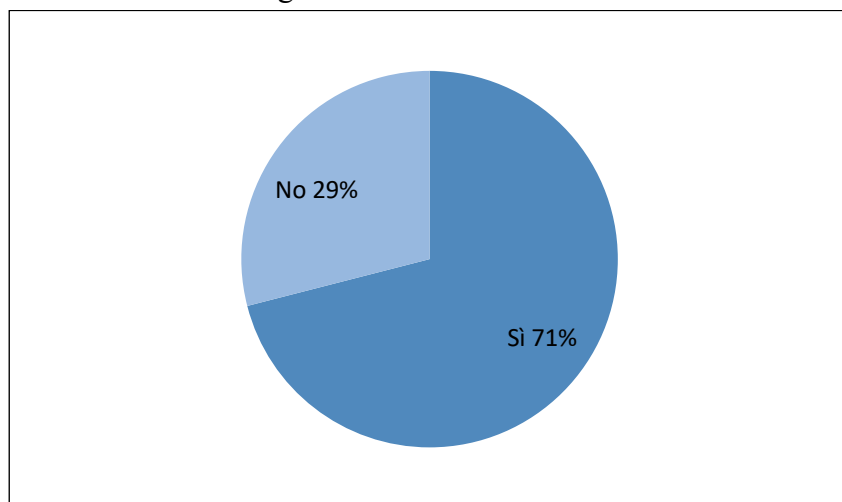
28. Da 0 a 10 che proporzione dei guadagni invia nel paese d'origine



Accesso ai servizi sanitari e condizioni di salute

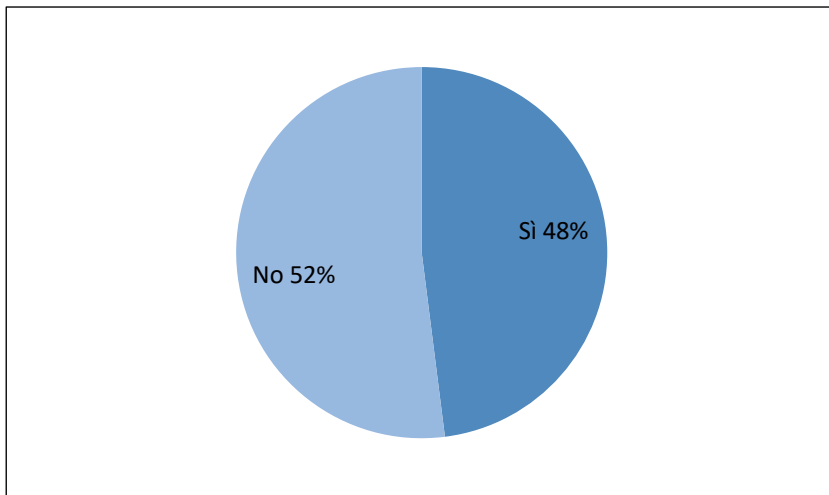
L'accesso ai servizi sanitari e la consapevolezza sulle proprie condizioni di salute rappresentano il tema centrale dell'indagine. L'esplorazione del rapporto immigrati e sanità parte dall'indagare se questo segmento della popolazione è a conoscenza del fatto che in Italia il diritto alla salute è garantito dalla Costituzione. Nello specifico l'articolo 32 che afferma che *“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge”*. Il 71% degli intervistati ha dichiarato di esserne a conoscenza.

29. Sa che in Italia è garantito il diritto alla salute



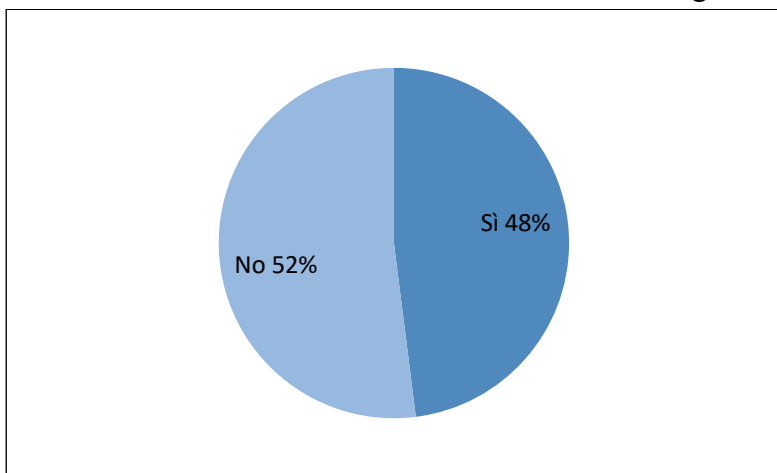
Lo scenario cambia se si considera la conoscenza o meno dell'esistenza del permesso di soggiorno per motivi di salute²⁴, infatti il gruppo degli intervistati è praticamente diviso a metà, come mostra il grafico 30 tra risposte affermative e non.

30. Sa che in Italia esiste il permesso per motivi di salute



Nel passare ad osservare il rapporto diretto con i servizi sanitari, ai tempi in cui sono state somministrate le interviste²⁵, risultava che poco meno della metà, il 48%, era stato in una struttura sanitaria nei 12 mesi precedenti.

31. E' mai stato/a in una struttura sanitaria in Italia negli ultimi 12 mesi



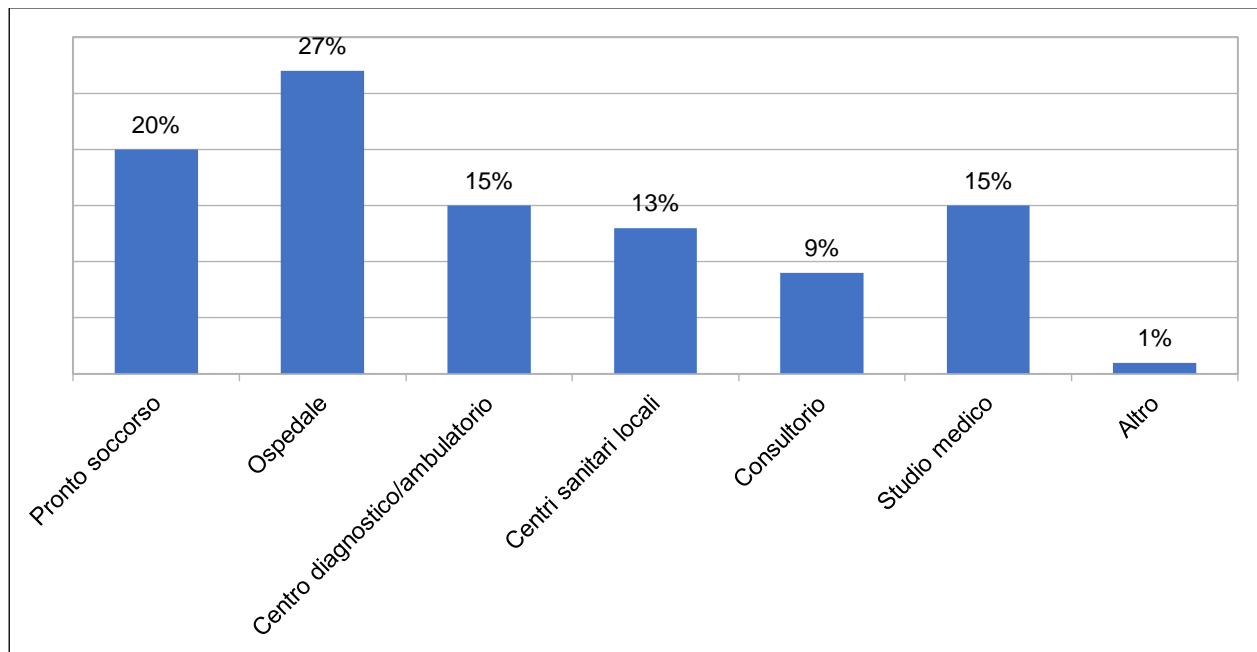
In particolare, poco meno della metà degli intervistati si è recato in ospedale (27%) o al Pronto Soccorso (20%). Questo dato va a confermare un *trend* che da sempre descrive il rapporto tra la popolazione immigrata e le strutture sanitarie: Il Pronto Soccorso continua ad essere un luogo di riferimento importante anche a fronte del fatto che buona parte degli intervistati si trova in Italia da

²⁴ Il permesso di soggiorno per cure mediche può essere rilasciato per tre motivi: 1. Ai cittadini stranieri che hanno fatto ingresso in Italia con un Visto a Motivo di Cure Mediche e ai loro accompagnatori (art. 36 del D.lgs. n. 286/98); 2. Ai cittadini stranieri in Italia senza titolo di soggiorno, che versino in condizioni di salute di particolare gravità (art. 19 comma 2 lettera d-bis del D.lgs. n. 286/98); 3. Alle donne straniere in Italia senza titolo di soggiorno in stato di gravidanza e per i sei mesi successivi alla nascita del bambino (art. 19 comma 2 lettera d-bis del D.lgs. n. 286/98) e al padre.

²⁵ Dal settembre 2020 al marzo 2021.

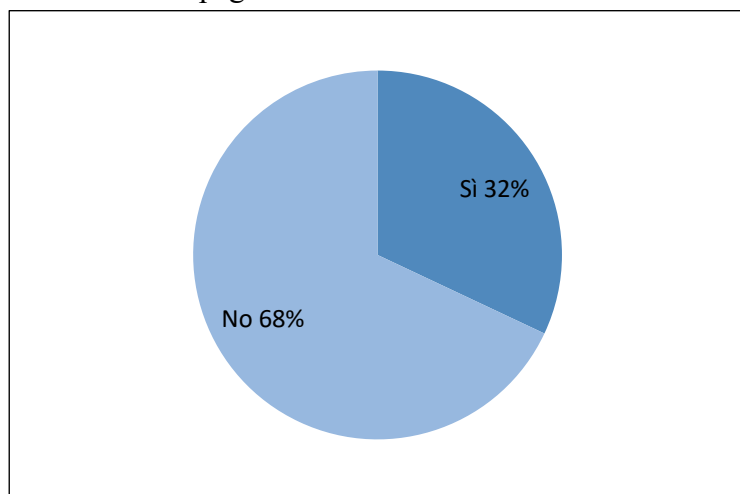
molto tempo e magari dispone anche di un medico di base, come verrà evidenziato poco più avanti. Inoltre, le scarse risorse economiche che hanno a disposizione non permettono loro di rivolgersi a medici specialistici in altri contesti. Il resto degli intervistati si è rivolto alle altre strutture: studi medici (15%), consultori (9%), centri sanitari locali (13%) e centri diagnostici o ambulatori (15%).

32. Se sì in che tipo di struttura



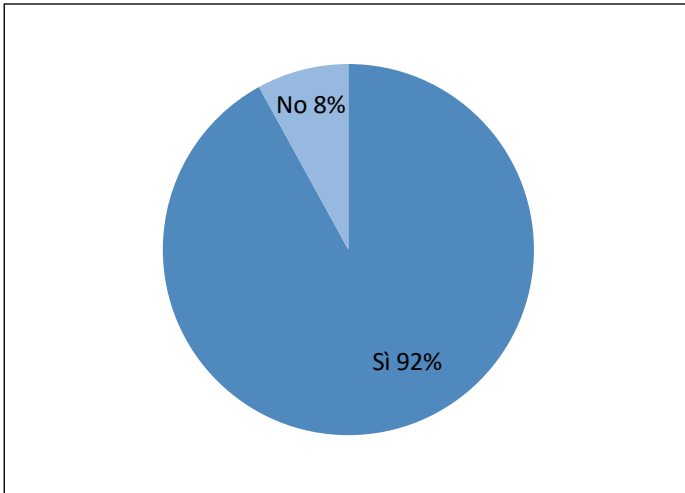
Nonostante i redditi bassi, il grafico sottostante mostra come allo stesso tempo esiste un sistema sanitario che garantisce l'accesso alle cure, poiché il 68% degli intervistati ha dichiarato di non aver dovuto pagare niente per effettuare delle visite mediche.

33. Ha dovuto pagare



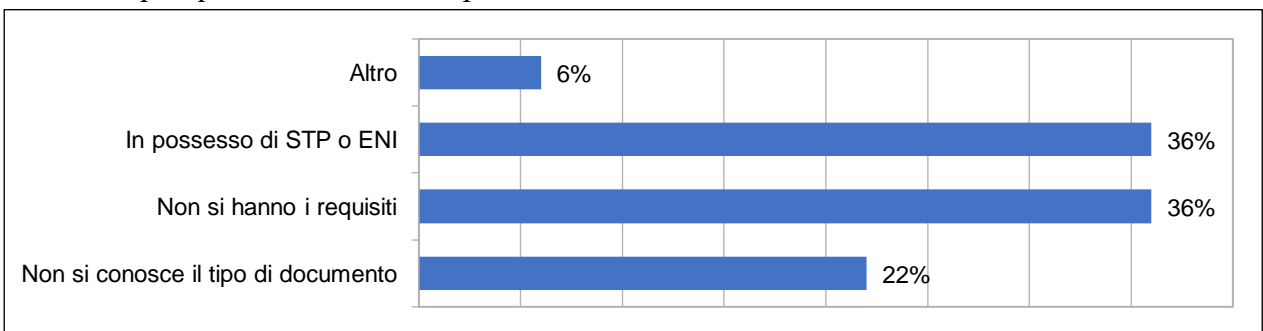
La presenza stabile e duratura di gran parte delle persone intervistate viene confermata anche dal fatto che la quasi totalità (92%) è in possesso della tessera sanitaria.

34. È in possesso della tessera sanitaria



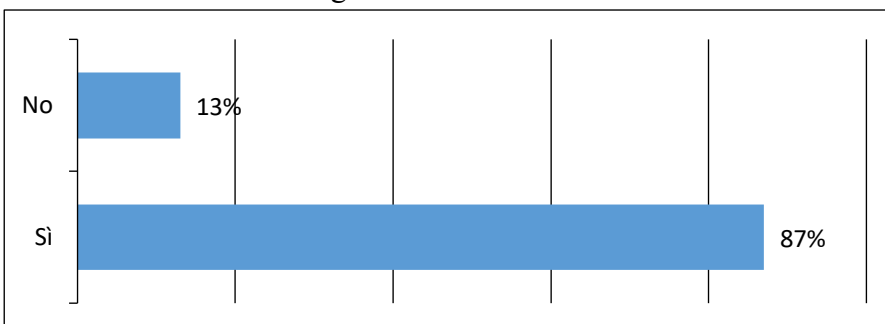
Seppur rappresentino una percentuale esigua si sono voluti osservare i motivi per cui le persone non possiedono una tessera sanitaria. Una parte ha dichiarato di non essere in possesso dei documenti necessari (36%), come ad esempio la residenza o il permesso di soggiorno; altri (36%) sono in possesso di altri documenti sostitutivi, come l'STP e l'ENI. Va anche sottolineato come il 22% abbia affermato di non conoscere il documento in questione, la tessera sanitaria.

35. Se no, per quali motivi non è in possesso della tessera sanitaria



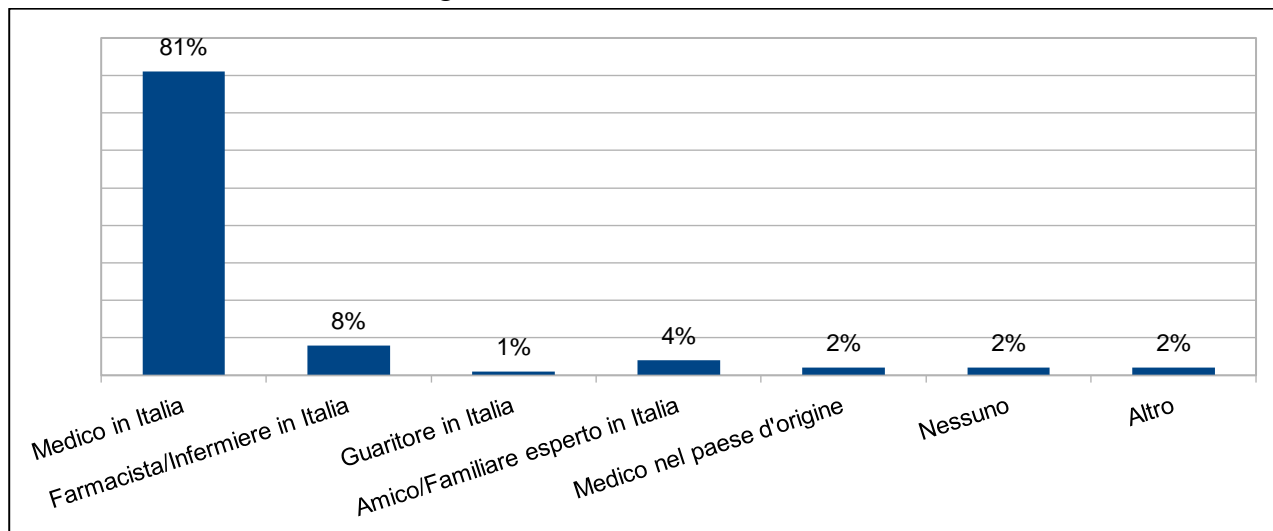
Come anticipato precedentemente anche il medico di famiglia è una figura professionale conosciuta e l'87% degli intervistati ha dichiarato di averlo e che rappresenta un punto di riferimento. Come viene confermato nel grafico successivo.

36. Ha un medico di famiglia in Italia



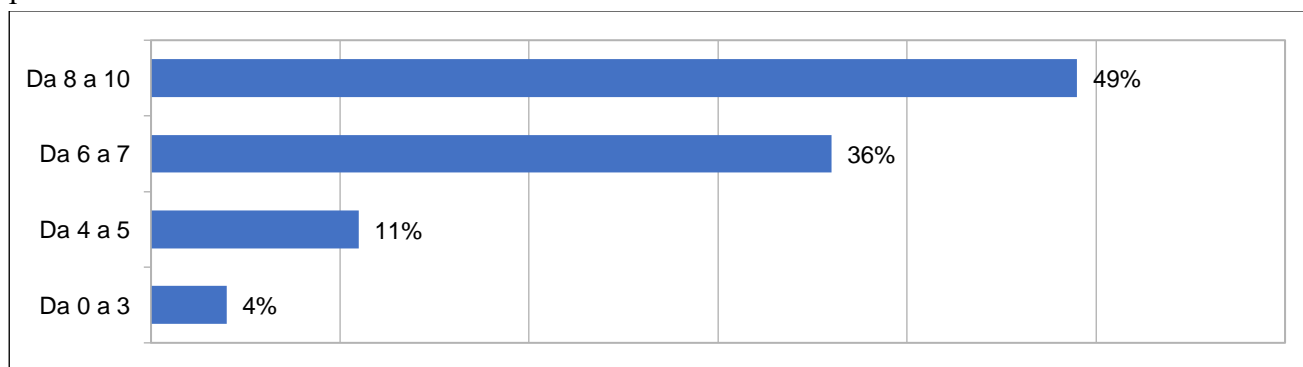
L'81% delle persone intervistate ha detto di rivolgersi al medico di famiglia quando sta male. Le altre possibili risposte riportano percentuali molto contenute: l'8% si rivolge ad un farmacista o infermiere che si trova in Italia, il 4% ad un amico o familiare esperto sempre in Italia. Infine, si vuole sottolineare che, tra i pochi (2%) che hanno dichiarato di non rivolgersi a nessuno quando stanno male, risulta che la maggior parte non sa dove andare e a chi chiedere.

37. Quando sta male a chi si rivolge



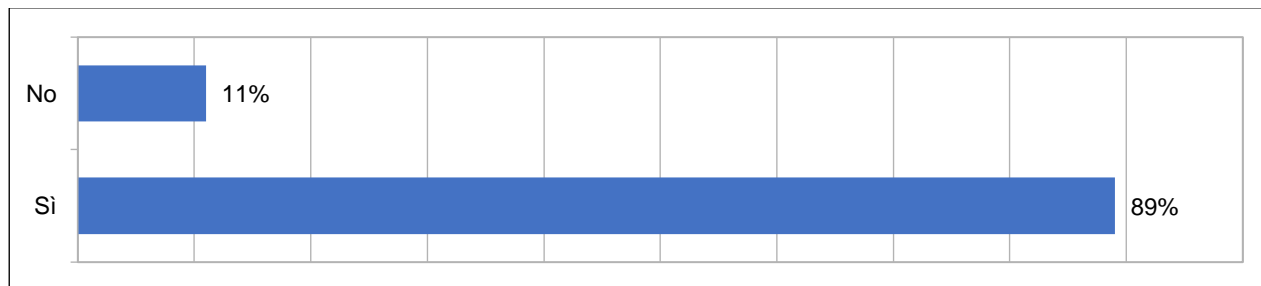
Per provare a misurare il grado di soddisfazione rispetto all'utilizzo delle strutture sanitarie è stata pensata una scala di valori da 0 a 10, dove, da 0 a 3 per niente soddisfatti; da 4 a 5 poco soddisfatti, da 6 a 7 soddisfatti e da 8 a 10 molto soddisfatti. La metà degli intervistati (49%) si è dichiarata molto soddisfatta, mentre il 36% è stato soddisfatto. Soltanto il 15% ha riportato complessivamente livelli di gradimento bassi o del tutto insoddisfacenti.

38. Grado di soddisfazione, in una scala di valori da 0 a 10, rispetto alle strutture sanitarie pubbliche



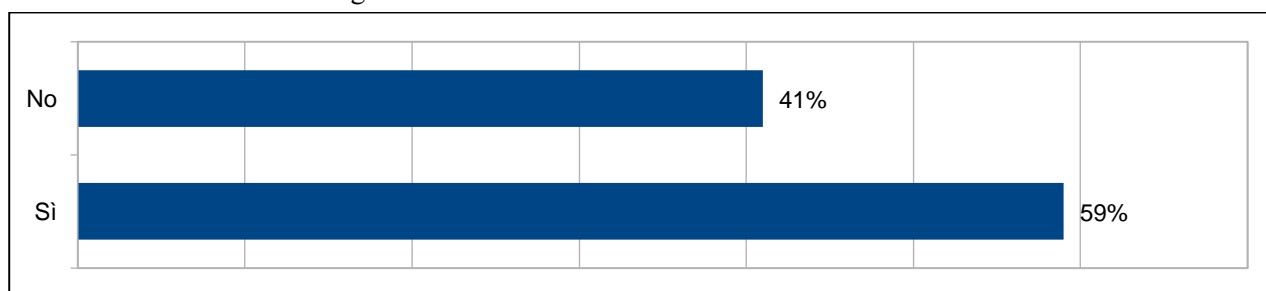
Nel concludere le questioni relative al rapporto con i servizi sanitari è stato chiesto sia se si fosse a conoscenza di alcuni servizi. In particolare, quello per le emergenze (118): l'89% ha risposto affermativamente.

39. Conosce il servizio del 118



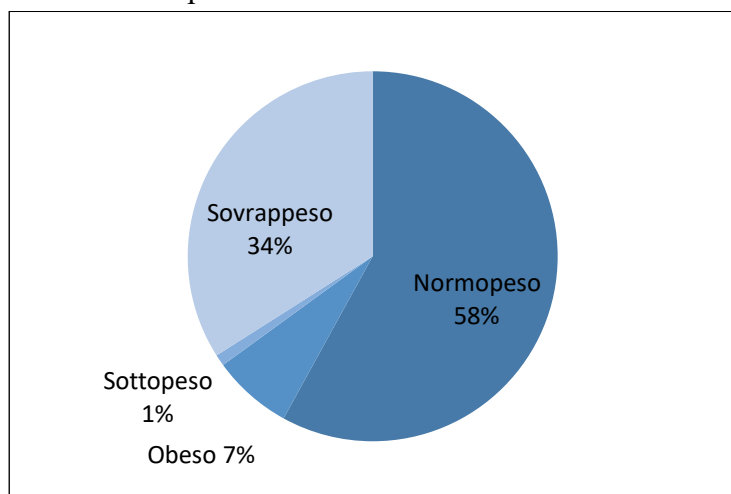
Allo stesso modo è stato chiesto se conoscessero il servizio della guardia medica, ed in questo caso la percentuale delle risposte positive si riduce, arrivando al 59% sul totale degli intervistati.

40. Conosce il servizio della guardia medica



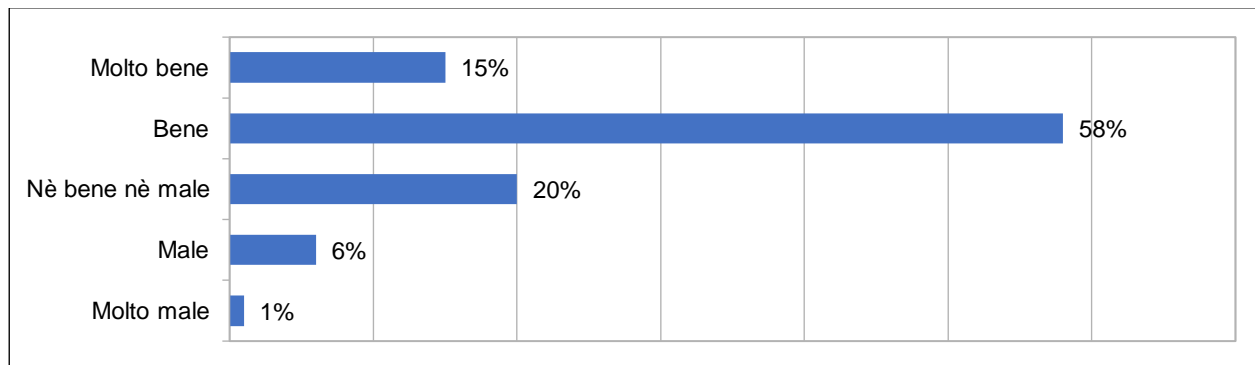
Attraverso l'indagine si è cercato di esplorare anche lo stato di salute delle persone intervistate, considerando alcuni aspetti, primo tra tutti la massa corporea, dove il 58% ha dichiarato di essere normopeso, mentre il 34% ha detto di essere sovrappeso.

41. Massa corporea



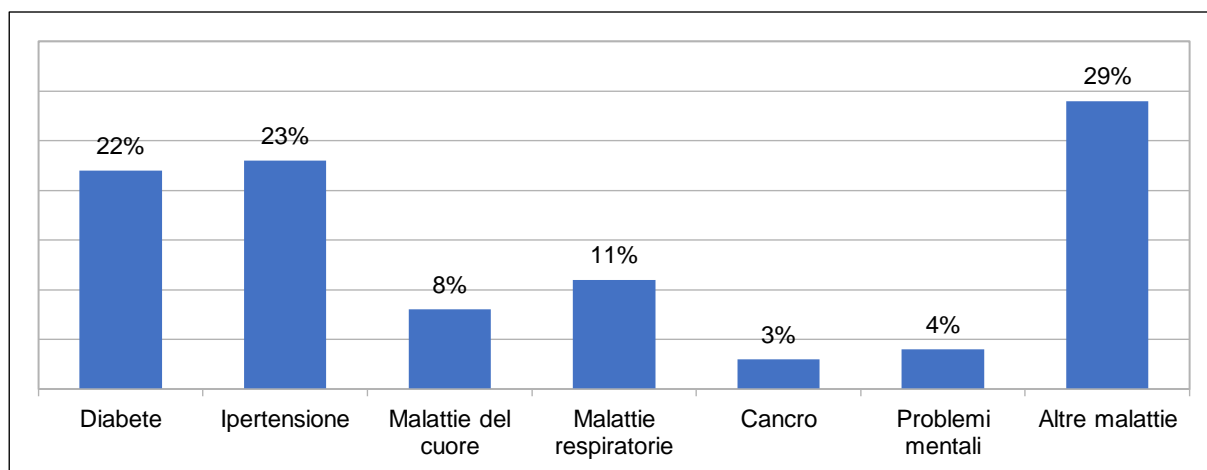
Un quadro altrettanto positivo emerge se si considera la percezione che gli intervistati stessi hanno rispetto alla loro salute. Difatti il 58% ha dichiarato di essere stato bene, considerando l'ultimo mese ed il 15% addirittura molto bene. Mentre il 20% ha ritenuto di non essere stato né bene né male.

42. Stato di salute nell'ultimo mese



A coloro che hanno dichiarato di non essere in buona salute²⁶ è stato anche chiesto se fossero portatori di malattie croniche e metà delle risposte si è concentrata tra chi ha dichiarato di avere il diabete (22%) e chi soffre di ipertensione (23%).

43. Malattie croniche*



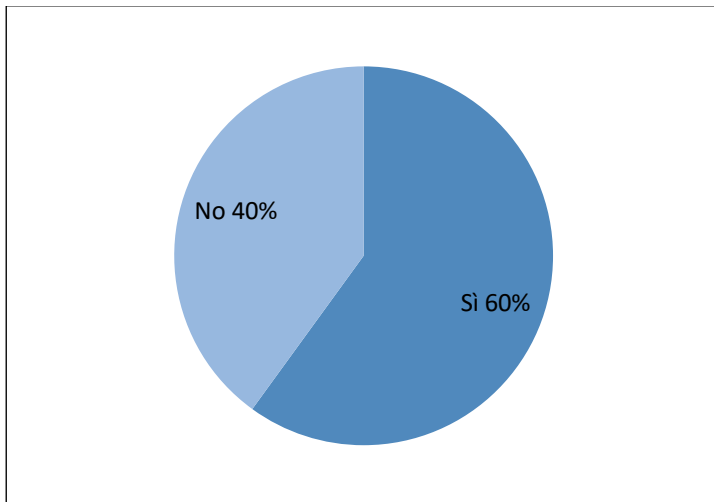
* In questa elaborazione il calcolo delle percentuali è stato fatto considerando il totale delle persone che hanno dichiarato di non essere in buona salute e non considerando il totale delle persone intervistate.

** È stato verificato che l'80% di coloro che hanno risposto "altre malattie" nel questionario hanno poi indicato "nessuna".

Il quadro positivo rispetto alle condizioni di salute è confermato anche dal fatto che il 60% degli intervistati ha dichiarato che da quando si trova a vivere in Italia il proprio stato di salute è decisamente migliorato.

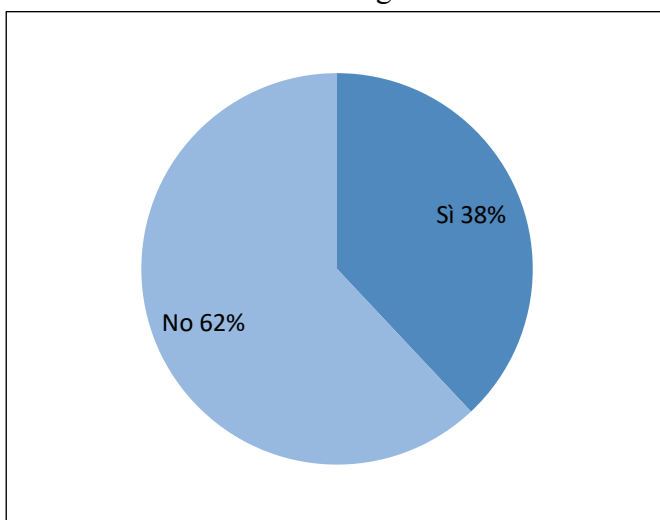
²⁶ Non in buona salute si considerano le persone che hanno risposto "né bene né male" (20%), "male" (6%) e molto male (1%).

44. Pensa che la sua salute va meglio da quando si trova in Italia



Ulteriore riprova del fatto che le persone coinvolte riportano un quadro clinico per lo più positivo è dato anche dal fatto che negli ultimi 3 mesi della loro vita soltanto il 38% ha dovuto assumere dei medicinali.

45. Ha assunto medicinali negli ultimi 3 mesi



Nello specifico, tra i medicinali che sono stati assunti si trovano prevalentemente antidolorifici (18%), antinfluenzali (12%), per cefalee ed emicranie (11%) e per il diabete (10%). Queste risposte forniscono un'ulteriore informazione, ovvero il fatto che nella maggior parte dei casi si tratta di medicinali che vanno a curare malattie comuni e non particolarmente gravi. Andando a confermare un quadro epidemiologico sostanzialmente positivo.

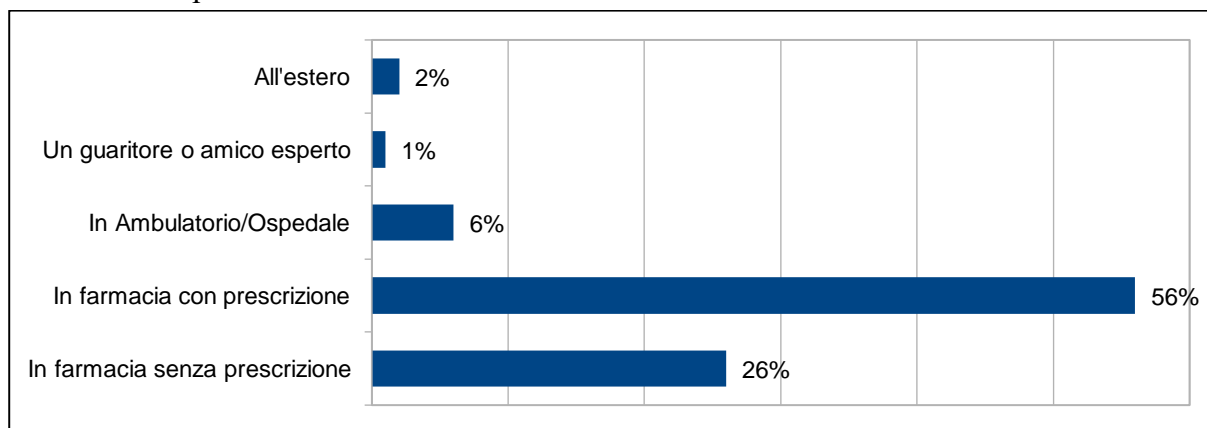
46. Se sì, che tipo di medicinali sono stati assunti*

Medicinali assunti e per tipo di patologia	Valore %
Antidolorifici	18%
Antinfluenzali	12%
Cefalee/emicranie	11%
Diabete	10%
Ipertensione	7%
Allergie	5%
Depressione	5%
Malattie respiratorie	5%
Problemi stomaco/gastrite	5%
Malattie cardiache	4%
Pressione	3%
Problemi vari	3%
Vitamine/integratori	3%
Problemi in gravidanza	2%
Problemi alla tiroide	2%
Cancro	1%
Malattie infettive	1%
Malattie al sistema immunitario	1%
Dermatiti/problemi cutanei	1%
Problemi alla prostata	1%
Totale che hanno assunto medicinali	100%

* In questa elaborazione il calcolo delle percentuali è stato fatto considerando il totale delle persone che hanno dichiarato di avere assunto medicinali negli ultimi 3 mesi e non considerando il totale delle persone intervistate

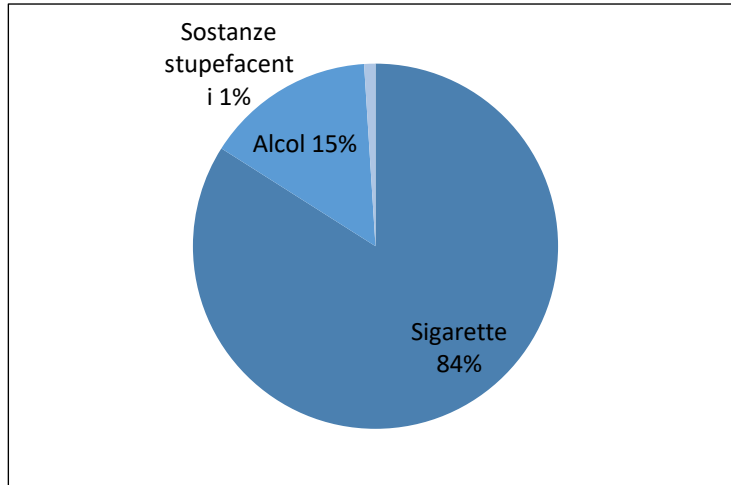
I medicinali utilizzati sono stati acquistati principalmente in farmacia, a prescindere se fosse richiesta o meno la prescrizione, che comunque nel 56% dei casi è stata necessaria. Si ricorda che la domanda si riferisce agli ultimi tre mesi e non al tempo di permanenza in Italia.

47. Come si è procurato i medicinali



Infine, è stata indagata la presenza di eventuali dipendenze e soltanto il 25% ha risposto affermativamente. Tra questi senza dubbio la più diffusa, con l'84%, riguarda il consumo delle sigarette, mentre solo il 15% ha dichiarato di avere una dipendenza da alcol.

48. Dipendenze*



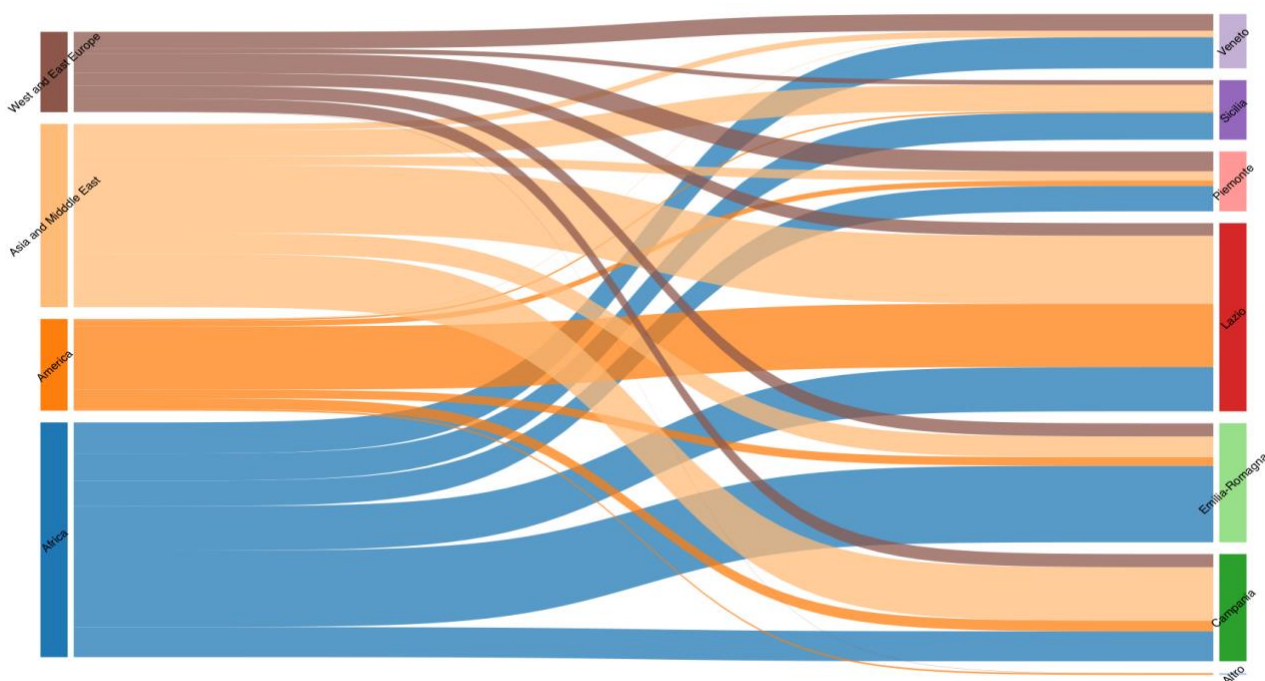
** In questa elaborazione il calcolo delle percentuali è stato fatto considerando il totale delle persone che hanno dichiarato di avere delle dipendenze (25%) e non considerando il totale delle persone intervistate*

Salute e accesso alle cure: quali ostacoli?

Una volta osservato quanto emerso analizzando i dati e le informazioni raccolte attraverso le risposte fornite dal gruppo di persone intervistate, in questa seconda parte si proverà ad individuare quali siano le principali variabili che incidono sulla percezione della propria salute, nell'accesso al medico di famiglia e alle strutture sanitarie più generale.

Il primo grafico di questo capitolo ha l'obiettivo di vedere come le persone immigrate provenienti da quattro diverse macro-aree geografiche, ovvero Europa occidentale ed orientale, Asia/medio oriente, America ed Africa, sono distribuite nelle regioni coinvolte dall'indagine e non emergono particolari differenze nelle presenze di alcune provenienze rispetto ad altre tra un territorio e l'altro.

49. Aree di provenienza e distribuzione nelle regioni



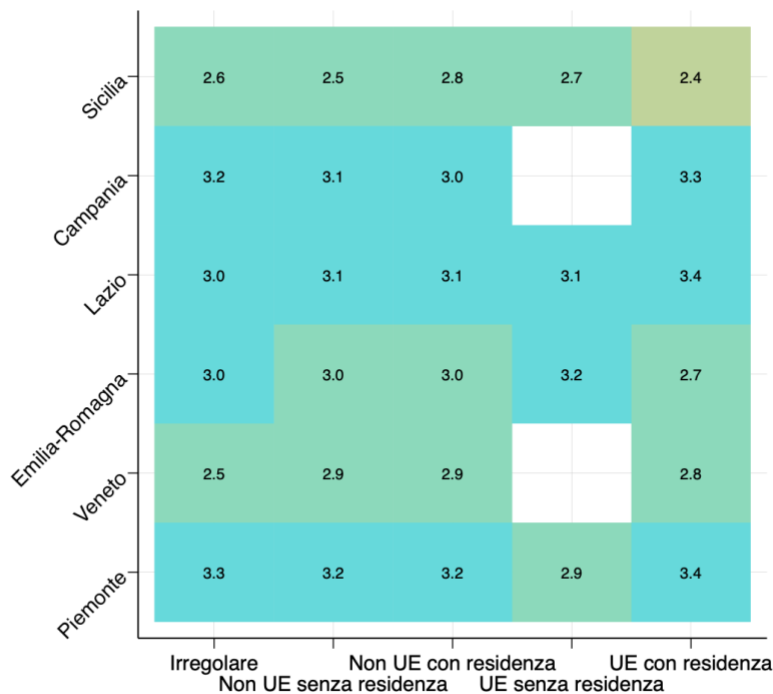
La percezione che si ha della propria salute è sicuramente il primo aspetto su cui soffermarsi, poiché attraverso questa si misura anche, in parte, il livello di soddisfazione delle persone rispetto le cure che possono ricevere e indirettamente anche rispetto al proprio stile di vita. A seguire si potranno osservare diversi grafici che, partendo dalla percezione del proprio stato di salute (aggiustato per età), prendono in considerazione di volta in volta differenti variabili.

La figura 50, riportata qui sotto, considera la regione in cui le persone risiedono e la loro condizione giuridica, ricordando che con quest'ultima – nel caso di questa indagine – si considera il possesso o meno della residenza (documento necessario per poter accedere al SSN, dato che l'indagine ha messo al centro l'accesso ai servizi sanitari) ed includendo ovviamente anche coloro che non hanno nessun titolo di soggiorno valido, definiti irregolari.

Il grafico mostra chiaramente che dove le persone non sono in possesso della residenza la loro percezione di salute riporta valori medi più bassi rispetto a coloro che hanno la residenza. Mentre coloro che non sono in possesso di nessun titolo di soggiorno riportano valori simili a coloro che i documenti li hanno. Questo andamento descrive tutte le regioni, ad eccezione del Veneto e della

Sicilia, che in media hanno riportato valori più bassi considerando le differenti condizioni giuridiche.

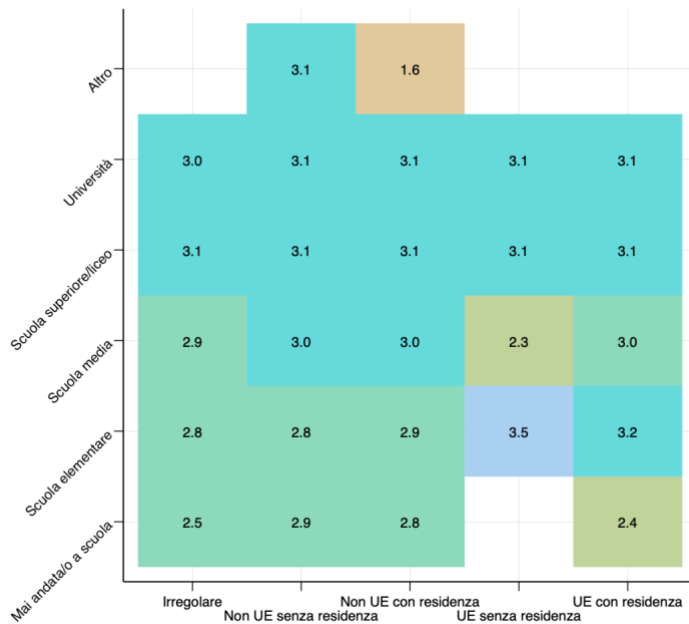
50. Percezione della salute (aggiustata per età) per regione e condizione giuridica



Nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

Sostituendo la variabile territoriale con il livello di istruzione raggiunto prima della partenza, sempre unitamente alla condizione giuridica, risulta evidente come tra coloro che non sono mai potuti andare a scuola e chi ha frequentato solo la scuola elementare, vengono riportati i valori più bassi rispetto alla percezione della propria salute. Di contro, più aumenta il livello di istruzione: scuola media, scuola superiore/liceo e università, più risulta soddisfacente il livello di percezione della propria salute.

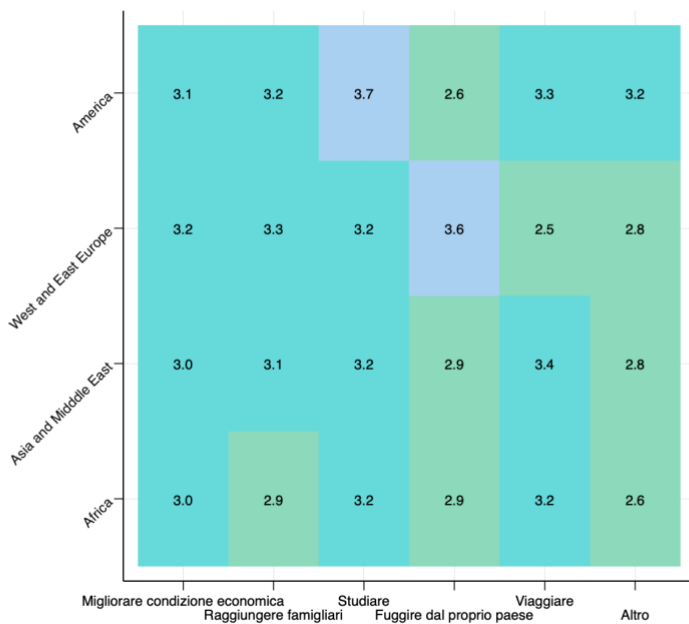
51. Percezione della salute (aggiustata per età) per livello di istruzione alla partenza e condizione giuridica



Nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

È stato interessante anche osservare come la percezione della propria condizione di salute cambi a seconda dei motivi per cui si è deciso di partire, e come in parte dipenda anche dalla zona del mondo dalla quale si proviene. Risulta evidente infatti che chi è stato costretto a fuggire dal proprio paese riporta valori più bassi, seguiti da chi migra per migliorare la propria condizione economica e chi raggiunge i propri familiari. Chi è partito per viaggiare e studiare riporta valori più alti. Anche rispetto alle aree di provenienza si possono tracciare delle differenze, poiché gli europei, seguiti da coloro che provengono da continente americano in generale, restituiscono un quadro più positivo.

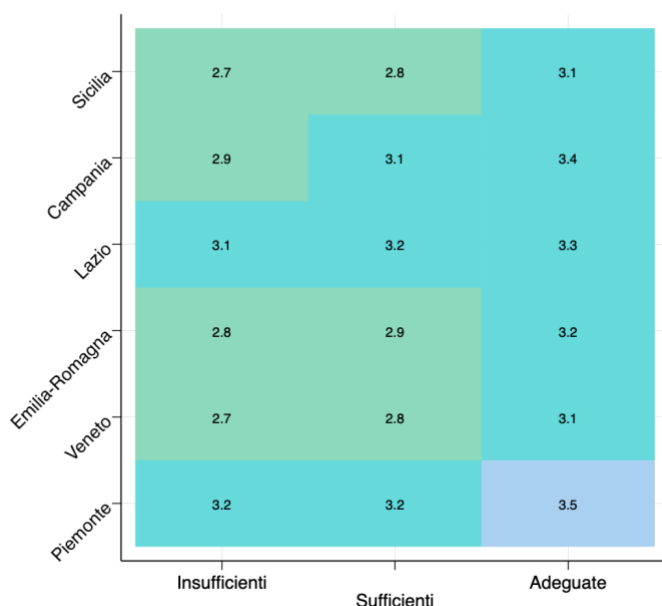
52. Percezione della salute (aggiustata per età) per area di provenienza e motivo della partenza



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

A seguire, incrociando altre variabili, quali la regione italiana dove vivono, insieme alle risorse economiche al momento della partenza, per buona parte delle persone intervistate non emerge un quadro molto soddisfacente, soprattutto per coloro che vivono in Veneto, Emilia-Romagna, Sicilia e in parte in Campania. Ovviamente il fatto di non possedere risorse economiche adeguate, purtroppo spesso coincide con un livello di percezione della propria salute medio-basso, per la difficoltà di poter accedere a tutte le cure mediche necessarie. Si ricorda infatti che oltre l'80% ha dichiarato di avere risorse insufficienti o di non averle affatto.

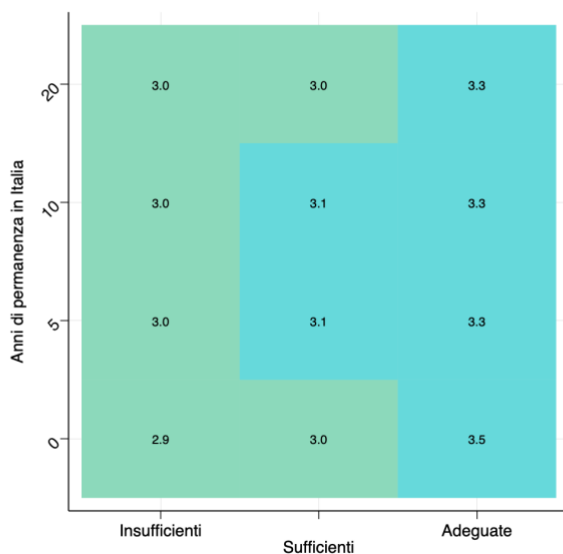
53. Percezione della salute (aggiustata per età) per regione e risorse economiche alla partenza



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

La percezione delle proprie condizioni di salute e le risorse economiche disponibili al momento della partenza sono state osservate anche considerando il tempo di permanenza in Italia. Anche in questo caso si conferma il *trend* per cui se le risorse al momento della partenza erano appena sufficienti o insufficienti, la percezione della propria salute si attesta su valori più bassi, a prescindere dalla durata della permanenza in Italia. Mentre coloro che al momento della partenza avevano a disposizione adeguate risorse economiche riportano valori più alti, che però vanno diminuendo con il passare del tempo in questo paese. Questo dato si può spiegare in parte con il fatto che l'età media di queste persone va aumentando e di conseguenza si può essere maggiormente esposti a problemi legati alla salute.

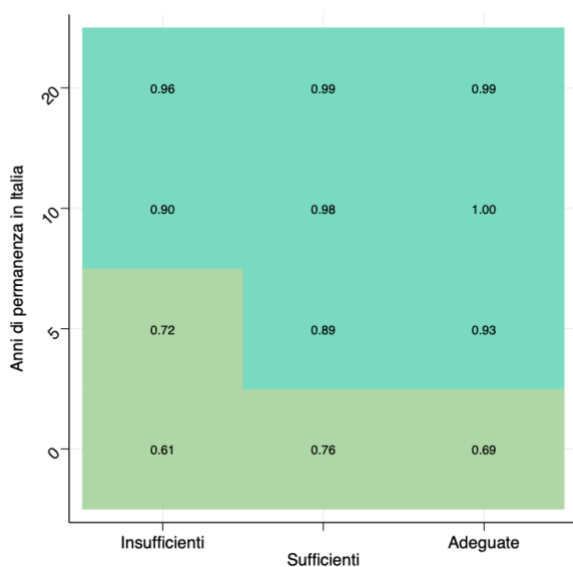
54. Percezione della salute (aggiustata per età) per tempo di permanenza in Italia e risorse economiche alla partenza



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

Oltre alla percezione della propria salute, è stato preso in esame anche l'accesso alle strutture mediche e l'interazione con le diverse figure professionali, come ad esempio il medico di famiglia, considerando nuovamente il tempo di permanenza in Italia e le risorse economiche al momento della partenza. In questo caso emerge che un minore accesso al medico di famiglia è legato al minor tempo di permanenza in Italia; infatti, chi vive qui da meno di 5 anni ha riportato valori più bassi, a prescindere dalla condizione economica nel paese d'origine. Inoltre, chi non aveva risorse sufficienti al momento della partenza presenta valori più bassi anche una volta superati i 5 anni di permanenza in Italia, ma con il passare del tempo anche la posizione di queste persone va migliorando, uniformandosi al quadro generale.

55. Prevalenza dell'iscrizione presso un medico di famiglia per tempo di permanenza in Italia e risorse economiche alla partenza



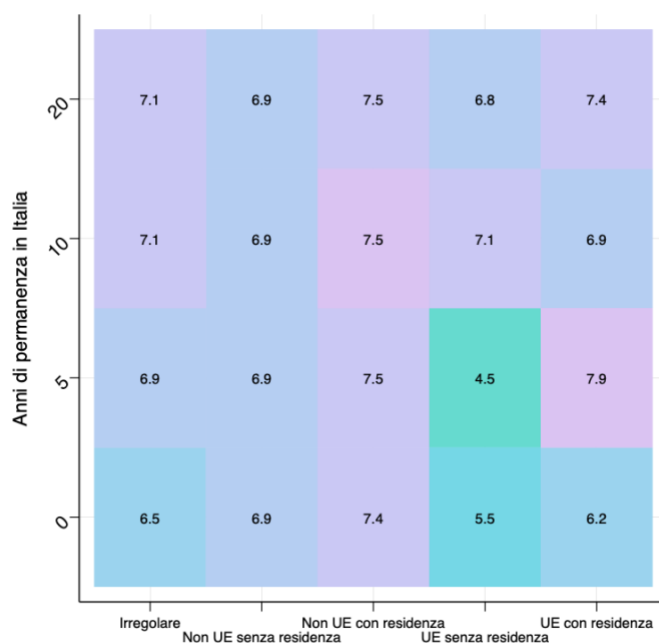
nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

Infine, è stato osservato l'accesso alle strutture sanitarie, considerando sia il tempo di permanenza in Italia e sia la condizione giuridica, che comprende anche il possesso o meno della residenza. Prima di tutto risulta evidente che le maggiori difficoltà nel poter accedere alle strutture sanitarie sono state riportate da coloro che provengono da paesi membri dell'Unione europea, in particolare per chi è privo di residenza questa difficoltà si riscontra ben oltre i 5 anni di permanenza. Invece, coloro che provengono da paesi non appartenenti all'UE riportano un quadro tendenzialmente più positivo rispetto ai primi, soprattutto se si osservano coloro che non sono in possesso della residenza. Questo andamento, che può sembrare in apparenza contraddittorio, in realtà rispecchia come il funzionamento di accesso ai servizi e ai diritti, in ambito sanitario e non solo, si diversifica in base alla condizione giuridica e alle modalità d'ingresso. Accade infatti che molto spesso coloro che provengono da paesi non comunitari una volta arrivati in Italia presentano domanda di protezione internazionale. Questo fa sì che abbiano accesso al sistema di accoglienza per richiedenti asilo, che permette di raggiungere più agevolmente le strutture sanitarie. Inoltre nel corso degli anni, su tutto il territorio nazionale si sono andati creando servizi sanitari rivolti in modo specifico a richiedenti asilo e titolari delle forme di protezione internazionale. Questi diversi interventi hanno sostenuto anche coloro che non erano in possesso della residenza e quindi senza i requisiti per iscriversi al SSN. Ovviamente questo non impedisce che purtroppo questa parte della popolazione possa incontrare comunque numerose difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari, soprattutto nei casi di patologie più gravi o di terapie più complesse.

In questo sistema d'accoglienza, dunque, che in parte facilita l'accesso ai servizi sanitari, non rientrano coloro che provengono dai paesi comunitari, che quindi devono produrre una serie di documenti, tra cui la residenza, per poi poter accedere alle strutture sanitarie. Inoltre serve sottolineare come uno dei pochi canali dedicati a questo specifico segmento della popolazione immigrata, ovvero gli sportelli per l'attivazione del tesserino ENI, non sono presenti in tutte le regioni italiane e non hanno mai rappresentato una reale alternativa nell'agevolare l'accesso ai servizi sanitari. Di conseguenza per i primi anni di permanenza in Italia queste persone hanno riportato grandi difficoltà nel farsi curare. La situazione migliora in parte dopo i primi dieci anni di permanenza.

Un andamento tendenzialmente costante, simile ai cittadini non UE senza residenza, è riportato anche da coloro che non possiedono alcun titolo di soggiorno valido, gli irregolari. Questo è vero, tranne che per i primi 5 anni di permanenza in Italia, quando, come mostra il grafico, i valori sono più bassi – ma comunque migliori di coloro che provengono dai paesi UE e non hanno la residenza. Anche in questo caso va ricordato come nel corso degli anni sono stati attivati canali e strutture, soprattutto nelle grandi città, per facilitare l'accesso alle strutture sanitarie a coloro che non hanno alcun tipo di documento.

56. Accesso alle strutture sanitarie per tempo di permanenza in Italia e condizione giuridica



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

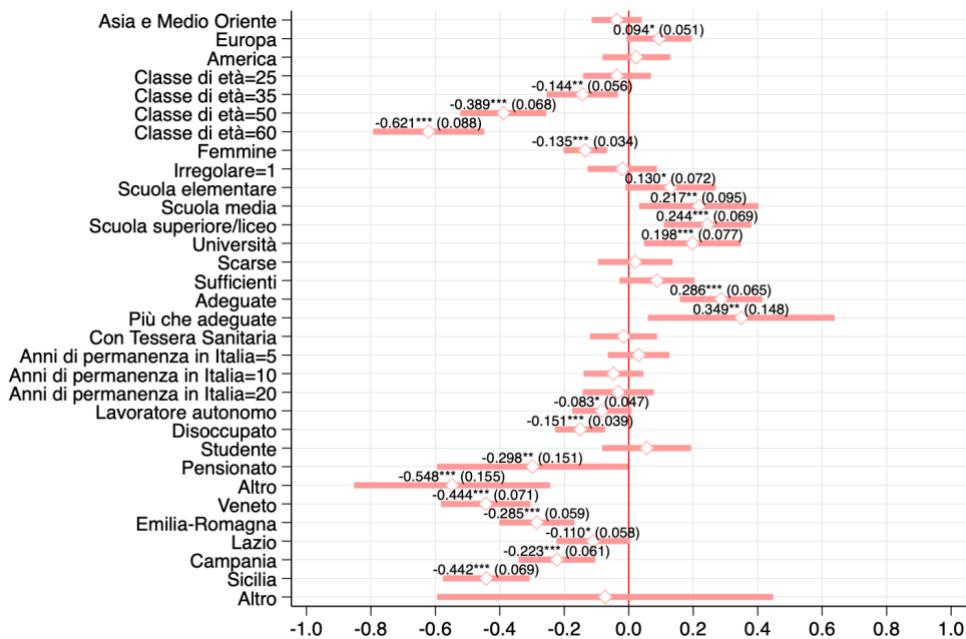
Se le figure precedenti mostrano andamenti dello stato di salute e degli accessi alle strutture sanitarie in base a diverse caratteristiche, in quanto segue si esaminano le determinanti dello stato di salute percepito e il numero di malattie croniche attraverso una regressione multivariata.

Le figure 57 e 58 riportano i relativi risultati. Nello specifico la prima mostra la capacità di spiegare la variabilità nella percezione dello stato di salute individuale tra gli intervistati. Le variabili prese in considerazione includono aree di provenienza, le classi di età, il genere, lo stato giuridico, il livello di istruzione, le risorse economiche nel paese di provenienza, il tempo di permanenza in Italia, lo stato occupazionale e la regione di permanenza in Italia. Tutte le caratteristiche sono codificate come variabili binarie e prendono in considerazione un gruppo di riferimento definito (come uomo, proveniente dall'Africa, di età inferiore a 25 anni, irregolare, senza titolo di studio, con risorse economiche di partenza insufficienti, con il tempo di permanenza in Italia minimo, lavoratore e che vive in Piemonte).

I coefficienti stimati nella figura 57 rappresentano gli effetti marginali, vale a dire il contributo delle singole caratteristiche rispetto a quelle del profilo di riferimento. Inoltre, nella figura 57, possiamo osservare che, a parità delle altre covariate, la provenienza europea è associata ad una più elevata percezione del proprio stato di salute.

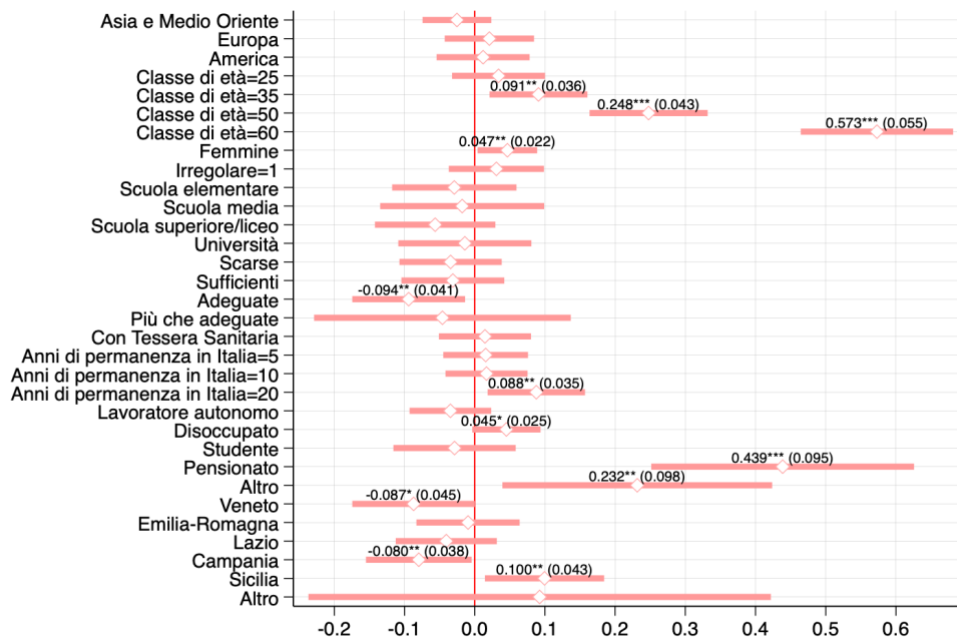
Come atteso, all'aumentare dell'età è associata, in modo statisticamente significativo, una riduzione del proprio stato di salute percepito. A parità di altre covariate, l'essere donna, l'essere disoccupato o essere impiegato come lavoratore autonomo sono associate con minori livelli di salute percepita in maniera statisticamente significativa. La salute sembra essere migliore nel caso degli individui con livelli d'istruzione più elevati e aumenta con l'aumento delle risorse economiche nel paese di provenienza. La percezione di salute è associata in modo statisticamente significativo e negativo con la permanenza in Italia da più di 30 anni. Infine, rispetto al Piemonte, e controllando per il resto delle covariate, quindi a parità di tutte le altre caratteristiche, gli intervistati della regione Veneto e Sicilia registrano le riduzioni nella percezione dello stato di salute più importanti.

57. Determinanti di percezione di salute



Nella figura 58, invece, possiamo osservare come varia il numero di malattie croniche riportate dagli intervistati. Se il livello di percezione di salute era maggiore per gli intervistati con la provenienza europea, le stesse persone sembrano avere un maggior numero di malattie croniche. Le malattie croniche aumentano con l'età, ma non vi sono differenze statisticamente significative nelle prevalenze delle patologie croniche riportate né nello stato giuridico, né nel livello di istruzione, né nelle risorse economiche nel paese di provenienza. Il numero di malattie croniche sembra essere maggiore nel caso degli studenti, disoccupati e negli individui classificati come "altro". Infine, rispetto al Piemonte, il numero di malattie risulta maggiore in Sicilia, ma contrariamente a quanto evidenziato nel caso della percezione di salute individuale, nella regione Veneto è inferiore.

58. Determinanti di numero di malattie

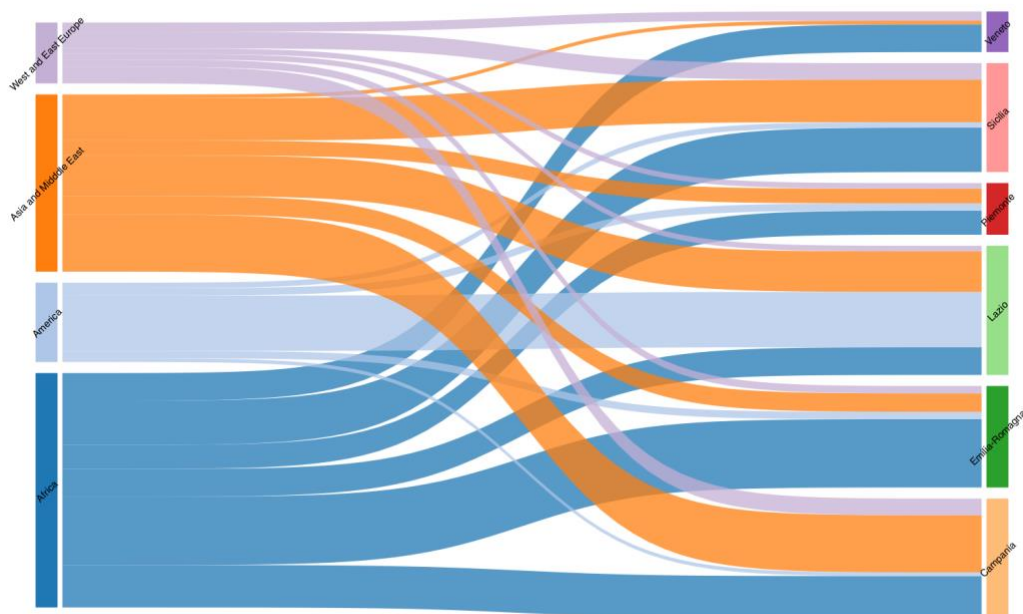


La situazione delle persone senza tessera sanitaria

Prima di concludere l'analisi si è voluto approfondire anche la situazione di coloro che hanno dichiarato di non essere in possesso della tessera sanitaria²⁷. Difatti pur essendo un gruppo marginale tra le persone intervistate²⁸, ma visto il *focus* dell'indagine, è sembrato utile, anche ai fini di futuri interventi, osservare più da vicino quali sono le caratteristiche e le maggiori difficoltà di questo segmento della popolazione immigrata presente in Italia.

Prima di tutto si può notare che provengono da diverse zone del mondo, rispecchiando l'andamento generale del gruppo di persone intervistate. Mentre se si considera la loro distribuzione nelle diverse regioni coinvolte nell'indagine si notano delle differenze, che trovano anche riscontro nella distribuzione delle diverse comunità a livello nazionale²⁹. Chi proviene dal continente africano si distribuisce in tutti i territori, mentre chi proviene dall'Asia si concentra maggiormente nelle regioni centro-meridionali. Di contro, coloro che provengono dal continente americano sembrano concentrarsi prevalentemente nel Lazio.

59. Aree di provenienza e distribuzione nelle regioni.



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

Anche per questo gruppo di persone sono state prese in esame le stesse variabili utilizzate per il resto degli intervistati, considerando la percezione della propria salute, l'accesso al medico di famiglia e ai servizi sanitari in generale. Si comincia con l'osservare lo stato di percezione della propria salute in relazione alla regione dove si vive e alla condizione giuridica. Anche in questo

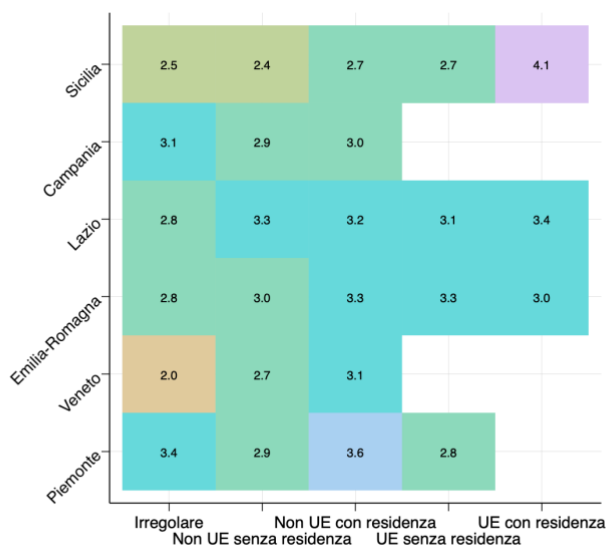
27 All'interno di questo gruppo non sono stati inclusi coloro che sono in possesso della tessera STP o ENI.

28 Ricordiamo che questi infatti costituiscono l'8% tra le persone intervistate, come riportato nel grafico 33 del precedente capitolo.

29 IDOS, Dossier Statistico Immigrazione, 2022.

caso i territori dove vengono riportati i valori più bassi, a prescindere dalla condizione giuridica, sono il Veneto e la Sicilia.

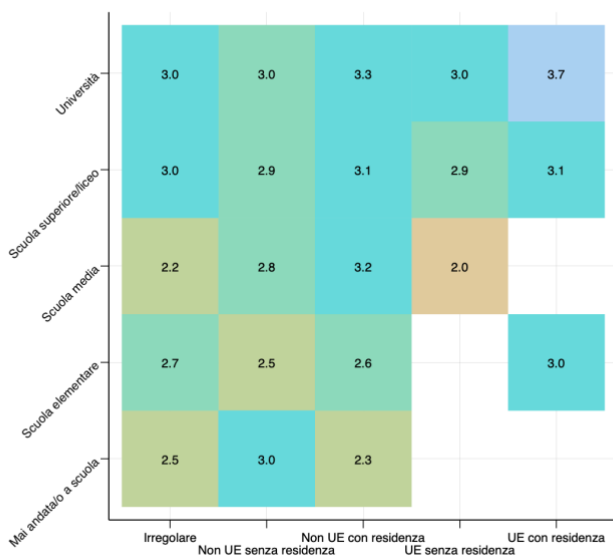
60. Percezione della salute (aggiustata per età) per regione e condizione giuridica



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

A seguire viene preso in esame il livello di istruzione conseguito nel paese d'origine, mantenendo la condizione giuridica. Da una parte si conferma lo stesso andamento descritto precedentemente per il resto degli intervistati, ovvero dove il livello di istruzione è più basso o assente, anche la percezione della propria salute riporta valori più bassi. Ma in questo caso il quadro si presenta in parte peggiorato, poiché l'insoddisfazione coinvolge sia coloro che hanno frequentato la scuola media (fa eccezione chi proviene da un paese non UE ed è in possesso della residenza), sia coloro che hanno conseguito un diploma di scuola superiore o liceo e che non sono in possesso della residenza, a prescindere se provengono o meno da un paese membro dell'UE.

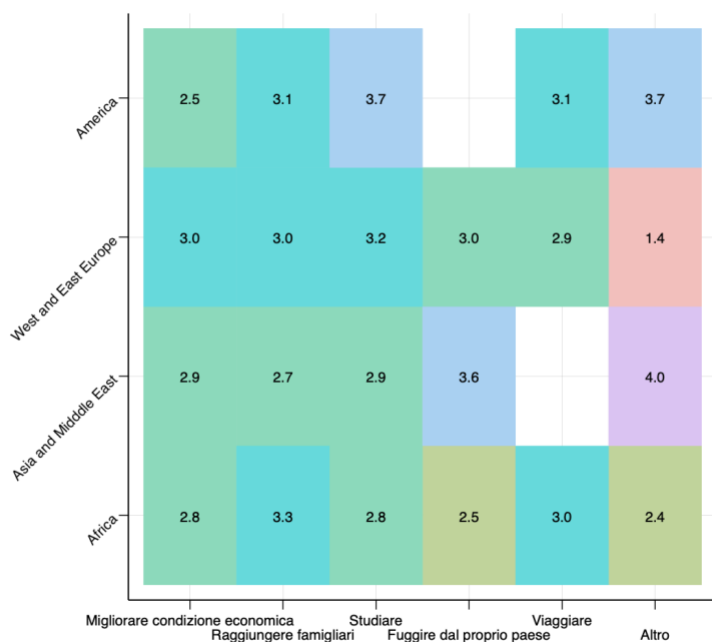
61. Percezione della salute (aggiustata per età) per livello di istruzione alla partenza e condizione giuridica



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

Nell'analisi sono stati presi in considerazione anche altri aspetti, come l'area di provenienza e i motivi che hanno spinto alla partenza. Risulta evidente che, se si considera l'area di provenienza, gli africani sono quelli che hanno i valori più bassi, a prescindere dalle ragioni per cui si è partiti. Chi proviene dall'Asia ed è fuggito dal proprio paese riporta un livello di percezione della propria salute tra i più alti rispetto al quadro generale. Se si osservano poi i motivi che hanno portato ad emigrare, i valori più bassi sono tra coloro che hanno dichiarato di essere partiti per migliorare la propria condizione economica – che ricordiamo essere il 55% sul totale degli intervistati.

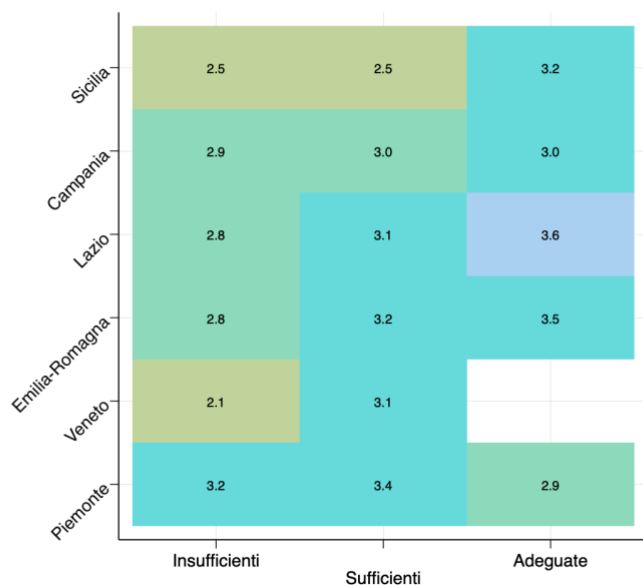
62. Percezione di salute (aggiustata per età) per aree di provenienza e motivo della partenza



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

Proseguendo nell'analisi sono state prese in esame altre variabili, come la regione dove si risiede in Italia e le condizioni economiche al momento della partenza. Il quadro che presenta il grafico sottostante è in parte prevedibile, ovvero si ha una buona percezione della propria salute se al momento della partenza le risorse economiche erano adeguate, e questa peggiora se le risorse a disposizione non erano sufficienti. Anche questa volta chi vive in Veneto e in Sicilia riporta i valori di gran lunga più bassi.

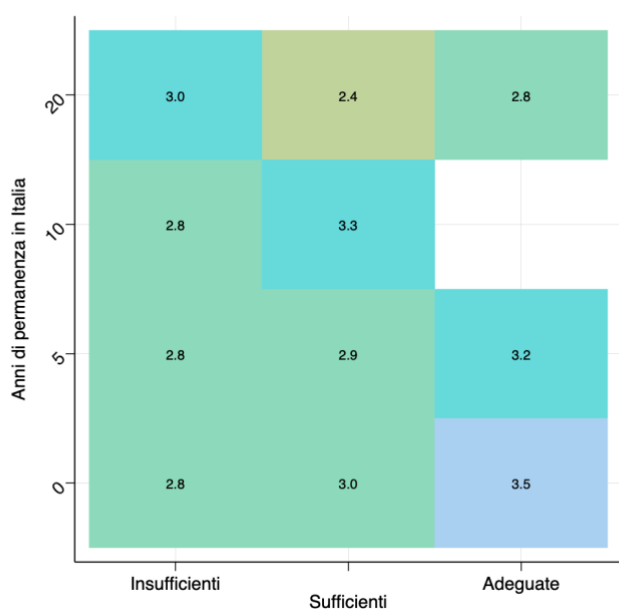
63. Percezione della salute (aggiustata per età) per regione e risorse economiche alla partenza



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

Nel considerare invece le risorse economiche disponibili al momento della partenza, unitamente al tempo di permanenza in Italia, il quadro generale è abbastanza critico. Difatti il livello di percezione della propria salute è molto basso per la maggior parte delle persone senza tessera sanitaria, a fronte di risorse insufficienti o appena sufficienti, e non si riscontrano particolari cambiamenti tra chi è appena arrivato o chi vive in questo paese da anni. Il quadro sembra migliorare per coloro che disponevano di adeguate risorse prima di partire, anche se all'aumentare degli anni di permanenza in Italia si registra anche per loro un peggioramento del livello di percezione delle proprie condizioni di salute.

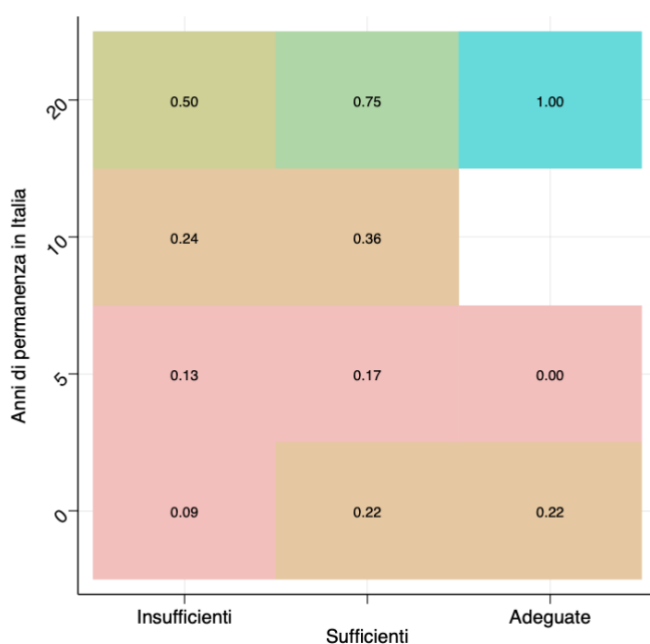
64. Percezione della salute (aggiustata per età) per tempo di permanenza in Italia e risorse economiche alla partenza



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

In conclusione, anche per coloro che non possiedono la tessera sanitaria è stata osservata la possibilità di accedere al medico di famiglia e alle strutture sanitarie in generale. Per il primo caso è stato considerato il tempo di permanenza in Italia e le risorse economiche al momento della partenza. Ovviamente la possibilità di iscrizione presso un medico di famiglia si presenta di gran lunga più difficile per questo specifico gruppo di persone, a prescindere da quale fosse la situazione economica nel paese d'origine, così come dal tempo di permanenza in Italia. La situazione riporta un notevole miglioramento solo per coloro che sono presenti nel paese da oltre 10 anni.

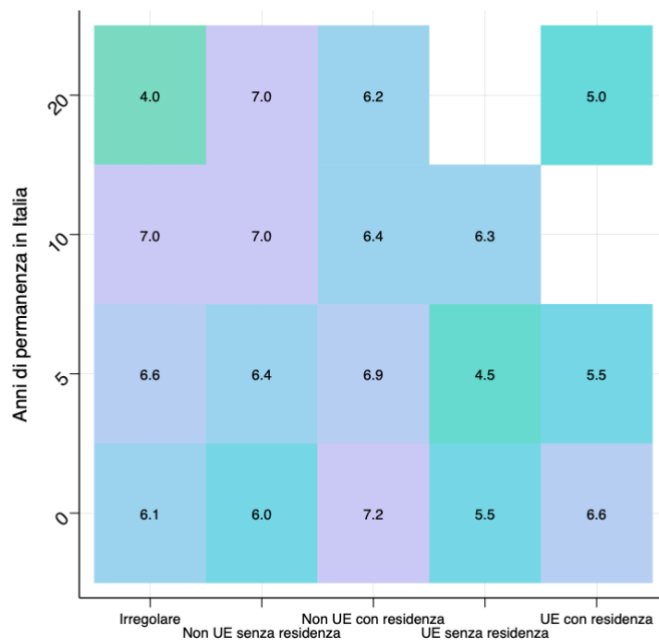
65. Prevalenza dell'iscrizione presso un medico di famiglia per tempo di permanenza in Italia e risorse economiche alla partenza



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

Nel secondo caso, che riguarda l'accesso alle strutture sanitarie, oltre al tempo di permanenza in Italia è stata presa in esame anche la condizione giuridica. L'andamento rispecchia in linea di massima quello già precedentemente riscontrato tra tutti gli intervistati, ovvero che aumentando gli anni di permanenza nel paese migliora l'accesso alle strutture sanitarie. Ma allo stesso tempo va evidenziato come il livello di percezione della propria salute rimanga più basso rispetto a coloro che possiedono la tessera sanitaria. Inoltre, anche in questo caso si confermano le stesse differenze tra coloro che provengono da paesi comunitari e coloro che provengono da paesi non comunitari, dove infatti i cittadini UE riportano maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari e alle cure.

66. Accesso alle strutture sanitarie per tempo di permanenza in Italia e condizione giuridica



nota: Ogni cella rappresenta il valore medio della variabile associato alla combinazione dei valori sugli assi delle ascisse e delle ordinate

Conclusioni

Questa indagine ha consentito di mettere meglio in luce alcuni aspetti che incidono sull'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata presente in Italia. Il diritto alla salute, inteso non solo come enunciazione, ma anche come effettiva fruibilità, oltre ad essere uno dei diritti fondamentali dell'individuo riconosciuti dalla Costituzione, nell'interesse della collettività stessa (Art. 32 Costituzione Italiana), è un fattore chiave nel processo di inclusione socio-economica di un individuo.

Pur partendo dall'impossibilità di costruire un campione pienamente rappresentativo delle caratteristiche dell'immigrazione in Italia, sia in termini di distribuzione geografica (Regioni e Province) e sia in termini di Paesi di provenienza, si può tuttavia affermare che le 2.481 persone intervistate riportino dinamiche e problematiche che possono descrivere in generale il rapporto tra la popolazione immigrata e i servizi sanitari nel nostro Paese.

L'analisi che si è voluta realizzare ha cercato di indagare le variabili principali che potessero avere un'influenza sull'accesso e sulla capacità di usufruire dei diversi servizi sanitari, al fine di individuare possibili linee di *policy* e di azione.

Una prima evidenza riguarda il tema delle marginalità. L'indagine evidenzia una difficoltà nell'accedere al medico di famiglia e ai servizi sanitari e quindi una percezione della propria salute meno soddisfacente soprattutto tra coloro che presentano un quadro di maggiore fragilità, a partire dalla condizione giuridica, che rappresenta una condizione di "fragilità" che potremmo definire primaria, perché limita, di fatto, l'accesso ai diritti. Per coloro, infatti, che non sono in possesso di tutti i documenti necessari per poter accedere al SSN (da un regolare titolo di soggiorno, alla residenza) l'accesso alle cure medico-sanitarie risulta più difficoltoso, situazione che si ripercuote direttamente sulle condizioni di salute (reali e percepite).

Attraverso l'utilizzo di un set di variabili di tipo economico-sociali, come le condizioni di vita nel paese d'origine, il livello di istruzione, le risorse economiche a disposizione al momento della partenza, i motivi per cui si è emigrati, si è cercato di indagare l'esistenza di eventuali correlazioni che potessero individuare potenziali indicatori di fragilità da attenzionare, al fine di accelerare il processo di integrazione nel servizio sanitario. Di nuovo, ad una maggiore fragilità in termini di minore istruzione, condizioni precarie nel contesto di origine, corrispondono condizioni di maggiori difficoltà nell'accesso ai servizi sanitari. Di contro, chi ha dichiarato di aver conseguito un livello medio-alto di istruzione, di aver potuto disporre di risorse economiche adeguate al momento della partenza e di essere emigrato principalmente per studiare e viaggiare riporta invece un buon livello di percezione della propria salute e nell'usufruire dei servizi sanitari.

Un secondo set di variabili ha invece riguardato il processo di stabilizzazione nel nostro Paese. Sono state indagate, in particolare, le condizioni socio-economiche degli intervistati una volta in Italia, la condizione giuridica e il tempo di permanenza nel nuovo paese. A livello aggregato i primi anni si confermano i più difficoltosi, anche se è possibile evidenziare delle significative differenze rispetto all'area geografica di provenienza e alla condizione giuridica. È emerso con chiarezza che coloro che provengono dai paesi dell'Unione Europea, presentano maggiori difficoltà nei primi anni immediatamente successivi all'arrivo, rispetto a chi proviene da paesi non comunitari. Nei primi anni di residenza in Italia, i cittadini Ue riportano i valori più bassi nella percezione della propria salute, così come nell'accesso alle strutture medico-sanitarie. Un'evidenza che può apparire contraddittoria rispetto ad un loro accesso facilitato in quanto cittadini europei, ma che può essere spiegata dal fatto che, per i cittadini non Ue, e in modo particolare per i richiedenti asilo, sono previsti servizi e canali dedicati, che per certi versi facilitano l'accesso alle strutture sanitarie, specialmente nei primi anni. Mentre per chi proviene da paesi membri dell'Ue non sono previsti

servizi dedicati, nonostante questo segmento della popolazione riscontri le stesse difficoltà nell'accedere alla residenza e di conseguenza al SSN. Con il passare del tempo di permanenza in Italia, a prescindere dall'area di provenienza, la situazione tende a migliorare per tutti, colmando quel gap evidenziato. Ma questa prima risultanza mostra un bisogno da colmare in termini di maggiore accesso a strumenti informativi e di accompagnamento sul territorio capaci di intercettare le varie componenti della migrazione in relazione all'accesso ai servizi sanitari.

La condizione giuridica rappresenta, come anticipato, il principale fattore di vulnerabilità con riferimento alla tutela della salute e all'accesso ai servizi sanitari. Fattore a cui è stata dedicata un'analisi specifica riferita ad un sotto campione di individui privi di un titolo di soggiorno. Queste persone, pur non avendo i requisiti per accedere all'intero sistema di cure (ma solo alle cure emergenziali), hanno riportato dei livelli medio-alti rispetto alla percezione della propria salute e nell'accesso all'assistenza sanitaria. Questo *trend* si può spiegare in parte con il fatto che nel corso degli anni, in tutta Italia, sono stati attivati diversi servizi, sia pubblici che privati, con l'obiettivo di sostenere le persone più fragili, come appunto coloro che non hanno determinati requisiti giuridici, e in parte con una percezione alterata dalle condizioni di partenza o subite durante il viaggio.

Un'osservazione specifica è stata rivolta a coloro che non possiedono la tessera sanitaria (l'8% degli intervistati) per coglierne le specificità, rispetto alle altre variabili indagate, consentendo di definirne un profilo caratterizzante. Infatti, se comparati al resto degli intervistati essi presentano un quadro decisamente peggiore, sia rispetto alla percezione della propria salute fisica che, naturalmente all'accesso ai servizi sanitari, in generale.

Individuati i principali elementi che incidono sull'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari, si è osservato come si articola, più nel dettaglio, il rapporto tra questo segmento della popolazione e i servizi sanitari. L'ospedale e il pronto soccorso si confermano come i luoghi di riferimento per la cura (47%), tratto distintivo di questo segmento di popolazione, nonostante la principale figura professionale di riferimento sia il medico di famiglia (81%) e la farmacia sia il primo luogo dove ci si rivolge per acquistare i medicinali (82%). La gratuità del servizio sanitario nazionale, date le condizioni economiche più precarie, è una risorsa importante per la maggioranza degli intervistati (68%), a conferma di una piena fruibilità, una volta ottenuto l'accesso. Dato a cui si affianca un giudizio positivo diffuso della qualità delle strutture sanitarie pubbliche (l'85% degli intervistati si dichiara "molto soddisfatto").

Tutto ciò a fronte di uno stato di salute percepito nell'ultimo mese precedente l'intervista come buono o molto buono da parte del 73% del campione, dato su cui influisce certamente la giovane età media degli intervistati: 35 anni.

Quanto emerso è stato avvalorato ulteriormente dalla relazione dagli intervistatori. Difatti, in quasi tutti i contesti regionali coinvolti nell'indagine, è emerso che, nonostante le numerose difficoltà sistemiche che queste persone sono costrette ad affrontare una volta che vivono e lavorano in Italia (lavori precari e mal retribuiti, difficoltà ad accedere ai servizi, soprattutto per l'assenza, in molti casi, di una mediazione linguistico-culturale, problemi nel trovare un alloggio, ecc.) l'accesso al sistema sanitario nel suo complesso sembra soddisfacente, poiché riescono a ricevere assistenza e cure, soprattutto se comparano questa situazione non solo a quella dei loro paesi di origine, ma in alcuni casi anche a quella che hanno trovato in altri paesi europei dove hanno vissuto in precedenza. Attraverso l'indagine sono emerse alcune dinamiche, che descrivono i territori coinvolti e da cui si possono trarre alcune raccomandazioni per rendere più fruibile il rapporto tra la popolazione immigrata e le strutture sanitarie.

Innanzitutto, emerge che le persone che provengono dai paesi comunitari, nei primi anni del loro arrivo in Italia, presentano maggiori difficoltà dell'accedere ai servizi sanitari, rispetto a coloro che provengono da paesi non comunitari. Accade infatti che quest'ultimi, una volta arrivati in Italia, presentino domanda di protezione internazionale. Questo fa sì che abbiano accesso al sistema di

accoglienza per richiedenti asilo, che permette di raggiungere più agevolmente le strutture sanitarie. Un *iter* che è invece precluso a coloro che provengono dai paesi membri dell'Unione europea, che si trovano a dover produrre da soli una serie di documenti per poter accedere ai servizi sanitari. Inoltre, è importante sottolineare come uno dei pochi canali dedicati a questo specifico segmento della popolazione immigrata, ovvero gli sportelli per l'attivazione del tesserino ENI, non sono presenti in tutte le regioni italiane e non rappresentano, di fatto, una reale alternativa nell'agevolare l'accesso ai servizi sanitari. Senza dubbio la condizione giuridica è il fattore che più incide nell'accesso alle cure mediche, di conseguenza andrebbe facilitato e sostenuto l'accesso ai servizi sanitari per coloro che provengono dai Paesi comunitari, creando una rete di servizi e sportelli, distribuita su tutto il territorio nazionale, simile a quella già esistente e rivolta alle persone provenienti da Paesi non comunitari che presentano domanda di protezione internazionale o che non presentano una condizione giuridica regolare.

Un secondo aspetto che emerge dall'analisi riguarda l'accesso al Pronto Soccorso, che rimane un luogo di riferimento per la popolazione immigrata, con il 20% delle persone intervistate che ha dichiarato di rivolgersi a questa struttura nel momento in cui hanno problemi di salute. Questo dato, oltre a trovare conferma in numerose indagini dedicate a questi temi, sembra entrare in contraddizione con il fatto che la quasi totalità degli intervistati (87%) ha dichiarato di avere un medico di famiglia, fattore questo che dovrebbe garantire una gestione più mirata ed efficiente nell'accesso alle cure. Al di là delle considerazioni che possono essere fatte nel collegare il fenomeno con l'accessibilità alle visite specialistiche nel nostro SSN, appare evidente la necessità di informare più chiaramente e di educare le persone immigrate circa le funzioni e le tempistiche delle diverse strutture sanitarie e delle figure professionali presenti in Italia, cercando di sostenere e sviluppare i servizi sanitari di prossimità territoriale. Un'esigenza che appare trasversale anche rispetto alla popolazione italiana e che è emersa in maniera ancora più forte durante la pandemia da Covid-19.

Infine, dall'analisi emerge un ruolo rilevante delle condizioni socio-economiche di partenza che influiscono sulle dinamiche di accesso ai servizi sanitari una volta in Italia. Maggiore è il quadro di vulnerabilità nel proprio contesto d'origine, come l'impossibilità di studiare, lavori instabili e mal retribuiti, o la necessità di fuggire, maggiori sono le difficoltà riscontrate e percepite nell'usufruire delle cure mediche nel Paese d'arrivo. Di contro, chi nel proprio Paese ha potuto ricevere un'istruzione adeguata, riportando condizioni economiche più stabili, e in particolare coloro che sono emigrati per motivi di studio, hanno dichiarato di non avere avuto particolari difficoltà nell'accedere ai servizi sanitari. Anche in questo caso, una volta individuati i soggetti più fragili e individuati quali siano i loro canali d'accesso ai servizi sanitari, potrebbero essere affiancati servizi di informazione e di accompagnamento anche attraverso percorsi di mediazione linguistica e culturale specializzati in ambito sanitario.

Ringraziamenti

Nella realizzazione di questa indagine un ringraziamento particolare va al Patronato INCA CGIL nazionale e ad alcune sedi locali, che hanno permesso la realizzazione di parte dei questionari mettendo a disposizione le proprie strutture per somministrare le interviste alle persone immigrate che si rivolgono ai loro servizi.

Un ringraziamento speciale anche al Prof. Vincenzo Atella per aver messo a disposizione le risorse, anche finanziarie, del CEIS Tor Vergata senza le quali non sarebbe stato possibile realizzare questo rapporto.

Ricercatori coinvolti nell'indagine

Nadia Laura Gavriloiu

Girni Simoni

Asmaa Abouabid

Ali Tanveer

Mirtha Racelis Mella

Ireneo Antonio Da Conceicao Spencer Teque

Ajit Kumar Singh

Jayasuriya Kuranage Ruwani Lakshika Perera

Valerio Ferrara

Gulzar Hussain

Appendice

A seguire si riporta il questionario utilizzato per l'indagine.

Nome intervistatore:
Luogo intervista:
Data intervista (gg/mm/aaaa):
Numero intervista:
Comune:

Parte A (Informazioni demografiche) *In questa parte introduttiva le verranno chieste alcune informazioni anagrafiche*

- A1 In quale città vive in Italia? (nome)
A2 Quale è il suo paese di origine? (nome)
A3 Quale è il suo villaggio/città nel paese di origine? (nome)
A4 Quale è il suo genere? 01 Donna
02 Uomo
03 Terzo genere (specificare)
A5 Quanti anni ha? (numero anni)
A6 Quale è il suo stato civile? 01 Celibe/nubile
02 Sposata/sposato
03 Divorziata/divorziato
04 Vedova/vedovo
05 Altro (specificare)
A7 Quanti figli ha?(numero)
A8 Quale è la sua posizione migratoria? 01 Cittadino non comunitario con permanenza irregolare
02 Cittadino non comunitario con permanenza regolare, SENZA residenza in Italia
03 Cittadino non comunitario con permanenza regolare, CON residenza in Italia
04 Cittadino comunitario, SENZA residenza in Italiana
05 Cittadino comunitario, CON residenza in Italia

Parte B (Arrivo in Italia) *In questa parte le verranno chieste delle informazioni sul suo arrivo in Italia*

- B1 Anno e mese in cui è partito dal suo paese di origine (aaaa)/..... (mm)
B2 Anno e mese in cui è arrivato in Italia (aaaa)/..... (mm)
B3 Per quale motivo ha deciso di partire (indica il più importante)? 01 Per migliorare la mia situazione economica
02 Per raggiungere i miei famigliari/ amici
03 Per viaggiare
04 Per migliorare la vita ai miei famigliari
05 Per motivi di salute
06 Per motivi di studio
07 Altri (specificare)
B4 Con quale mezzo di trasporto è arrivato in Italia? 01 Aereo
02 Pullman
03 Camion
04 Macchina
05 Barca/barcone
06 Nave/traghetto
07 Treno
08 Altro (specificare)

Parte C (Stato socio-economico nel paese di provenienza)

In questa parte le verranno chieste delle informazioni sulle condizioni della sua vita nel suo paese di origine.

- C1 Quale è il suo titolo di studi? 01 Non sono andato a scuola
02 Scuola elementare
03 Scuola superiore/liceo
04 Università
07 Altro (specificare)

C2	Sa leggere e scrivere?	01 Sì 02 No
C3	Quale era la sua situazione lavorativa nel paese di origine?	01 Impiegato 02 Lavoratore stagionale 03 Lavoratore autonomo/imprenditore 04 Disoccupato 05 Studente 06 A carico dei famigliari 07 Pensionato 08 Altro (specificare)
C4	Come può descrivere le risorse economiche a disposizione di lei e della sua famiglia nel paese di origine?	01 Non sufficienti per sopravvivere, contavamo sull'aiuto esterno 02 Appena sufficienti per sopravvivere 03 Bastavano per sopravvivere 04 Bastavano per una vita comoda 05 Bastavano per una vita molto comoda

Parte D (Servizi sanitari)

In questa parte le verranno chieste delle informazioni sul suo rapporto con le strutture sanitarie in Italia.

D1	Sa che in Italia è garantito il diritto alla salute (articolo 32 della Costituzione)?	01 Sì 02 No
D2	Sa che in Italia esiste il permesso per motivi di salute?	01 Sì 02 No
D3	E' mai stato in una struttura sanitaria in Italia negli ultimi 12 mesi?	01 Sì 02 No
D4	Se sì, che tipo di struttura era?	01 Pronto soccorso 02 Ospedale (non pronto soccorso) 03 Centro diagnostico/Ambulatorio 04 Asl 05 Consultorio familiare 06 Studio medico 07 Altro (specificare)
D6	Ha dovuto pagare?	01 Sì 02 No
D7	Se sì, quanto ha dovuto pagare? (ammontare in euro)
D7	E' in possesso della tessera sanitaria?	01 Sì 02 No
D8	Se no specificare per quale motivo	01 Non conosco il tipo di documento 02 Non ho i requisiti necessari (specificare quali) 03 Ho il tesserino STP (straniero temporaneamente presente) e ENI (europeo non iscritto) 04 Altro (specificare)
D9	Ha un medico di famiglia in Italia?	01 Sì 02 No
D10	Quando sta male a chi si rivolge?	01 Un medico in Italia 02 Un farmacista/infermiere in Italia

		03 Un guaritore in Italia 04 Un amico o familiare esperto in Italia 05 Un medico nel tuo paese di origine 06 Nessuno 07 Altro (specificare)
D11	Se hai risposto nessuno, può indicare per quale motivo?	01 Non esiste una struttura/persona adeguata nelle vicinanze 02 Accedere alla struttura/persona è troppo costoso 03 Non ho tempo per raggiungere la struttura/persona 04 Non saprei dove andare o come spiegare il mio problema 05 Non mi fido delle strutture/persona nelle vicinanze 06 Non mi curo/non mi interessa la mia salute 07 Altro (specificare)
D11	Come descriveresti la disponibilità dell'accesso alle strutture pubbliche con una scala di valori da 1-10?
D12	Conosce il servizio del 118 (oggi 112)?	01 Sì 02 No
D13	Conosce il servizio della guardia medica?	01 Sì 02 No

PARTE E (Condizioni di salute) *In questa parte le verranno chieste informazioni relative alla sua salute*

E1	Quanto è alto? (cm)
E2	Quanto pesa? (kg)
E3	Rispetto alla salute come è stato nell'ultimo mese?	01 Molto male 02 Male 03 Ne bene ne male 04 Bene 05 Ottima forma
E4	Soffre di queste malattie croniche?	01 Diabete 02 Ipertensione 03 Una malattia del cuore 04 Una malattia respiratoria 05 Cancro 06 Problemi mentali 07 Altro (specificare)
E5	Pensa che la sua salute va meglio da quando è arrivato in Italia?	01 Sì 02 No
E6	Ha assunto medicinali negli ultimi 3 mesi?	01 Sì 02 No
E7	Se sì, per quale problema ha assunto medicinali?	(.....)
E8	Come si è procurato i medicinali?	01 Da una farmacia SENZA prescrizione in Italia 02 Da una farmacia CON prescrizione in Italia 03 Da un ambulatorio/ospedale in Italia 04 Da un guaritore o un amico in Italia 05 L'ho comprato sul mercato nero in Italia 06 L'ho comprato all'estero 07 Altro (specificare)
E9	Ha le seguenti dipendenze?	01 Sigarette 02 Alcol 03 Sostanze stupefacenti

Parte F (Vita in Italia) *In questa parte le verranno chieste delle informazioni sulle condizioni della sua vita in Italia*

- | | | |
|-----|---|---|
| F1 | In che tipo di abitazione vive in Italia? | 01 Casa di proprietà
02 Casa in affitto
03 Ospite in una casa affittata/di proprietà
04 Casa occupata
05 Ospite un centro di accoglienza
06 Senza tetto
07 Altro (specificare) |
| F2 | Se vive in affitto ha un contratto? | 01 Sì
02 No |
| F3 | Quante altre persone vivono nell'abitazione con lei? | (numero) |
| F4 | Quanti membri della sua famiglia vivono con lei in Italia? | (numero) |
| F5 | Quanti membri della sua famiglia SOTTO 18 anni vivono con lei in Italia? | (numero) |
| F6 | Quale è la sua attuale situazione lavorativa? | 01 Occupato (lavoro subordinato)
02 Lavoro autonomo
03 Disoccupato in cerca di lavoro
04 Studente
05 Pensionato
06 Altro (specificare) |
| F7 | Se è occupato con un lavoro subordinato ha un regolare contratto di lavoro? | 01 Sì
02 No
03 Altro (specificare) |
| F8 | Come può descrivere le risorse economiche a disposizione di lei e della sua famiglia in Italia? | 01 Non sufficienti per sopravvivere, contiamo sull'aiuto esterno
02 Appena sufficienti per sopravvivere
03 Bastano per sopravvivere
04 Bastano per una vita comoda
05 Bastano per una vita molto comoda |
| F9 | Come può descrivere la sua situazione economica in Italia rispetto alle sue aspettative prima di partire? | 01 Molto peggio, inaccettabile
02 Peggio, ma accettabile
03 In linea con le mie aspettative
04 Meglio delle mie aspettative |
| F10 | In quale fascia può descrivere i suoi guadagni netto mensili? | 01 da meno di 500 euro
02 tra 501 – 1000 euro
03 tra 1001 – 1500 euro
04 più di 1501 euro |
| F11 | Che proporzione dei suoi guadagni da 0 a 10 manda nel suo paese di origine? (dove, o corrisponde “non mando nulla”, e 10 a “mando tutti i miei guadagni”) | |