

**Stranieri e salute**

*A cura di: Massimiliano Giraud, Osvaldo Pasqualini,  
Antonella Bena, Eleonora Castagnone,  
Raffaella Rusciani, Luisa Mondo,  
Manuela Del Savio, Maria Elena Coffano*

....spesso  
fanno un lavoro  
nero  
la morte però  
la chiamano  
bianca  
secondo me è sbagliato  
perché  
bianca  
è una sposa tutta felice  
è la neve  
che ti lascia incantato  
è la prima pagina  
del quaderno di scuola  
che era bella  
perché tutta da scrivere  
si deve  
trovare  
un altro colore

(Anna Pavignano, in bilico sul mare, edizioni e/o)

**1. Introduzione**

L'assistenza sanitaria agli immigrati, a qualunque titolo presenti in Italia, è erogata ai sensi di quanto contenuto nella raccolta di norme "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome" a firma del gruppo tecnico interregionale CCM "Immigrati e servizi sanitari<sup>1</sup>", approvato dalla Commissione Salute della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome e successivamente ratificato come Accordo tra Stato e Regioni e Province Autonome e pubblicato in Gazzetta Ufficiale S.O. n. 32 del 7 febbraio 2013.

**2. Analisi dei flussi correnti**

Dall'analisi delle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) vediamo come, a Torino e provincia, nel 2015 siano stati effettuati 277.023 ricoveri dei quali 18.937 (6,84%) a carico di cittadini provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM) e 258.086 (93,16%) a carico di italiani e persone provenienti da Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA). I tassi grezzi di ospedalizzazione in regime di ricovero, a carico dei cittadini PFPM sono costantemente

---

<sup>1</sup> [http://www.immigrazioneoggi.it/2013/rubriche/salute/docs/sanita\\_regioni\\_autonome.pdf](http://www.immigrazioneoggi.it/2013/rubriche/salute/docs/sanita_regioni_autonome.pdf)

inferiori rispetto a quelli dei cittadini PSA, verosimilmente per la differente distribuzione per età delle due popolazioni ed un persistente effetto migrante sano. In entrambe le popolazioni il tasso risulta comunque stabile (Figura1).

Figura 1 - Tasso grezzo di ospedalizzazione per ricoveri ordinari, per gruppo di cittadinanza (PSA e PFPM), per 1000 residenti – SDO 2015

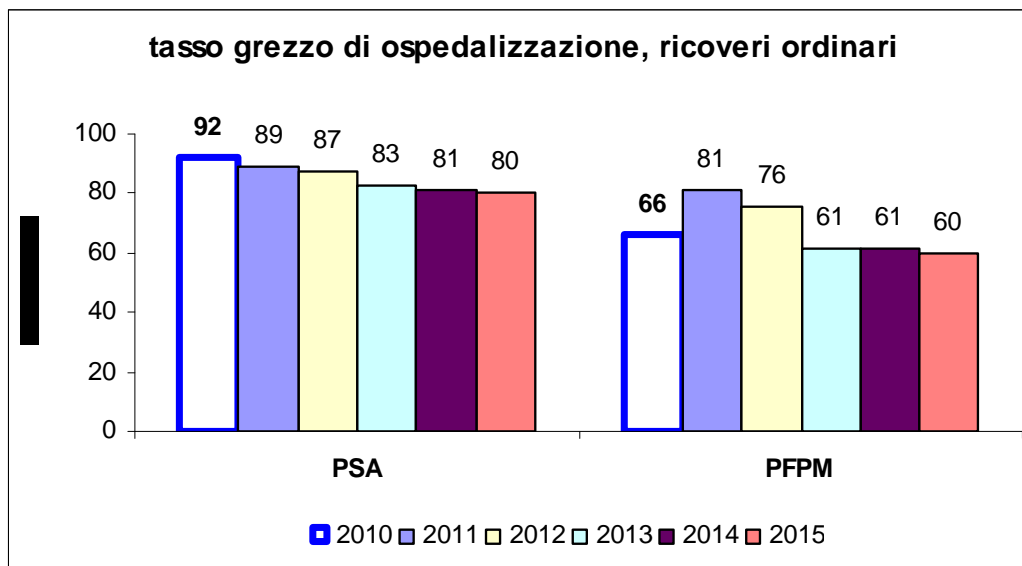
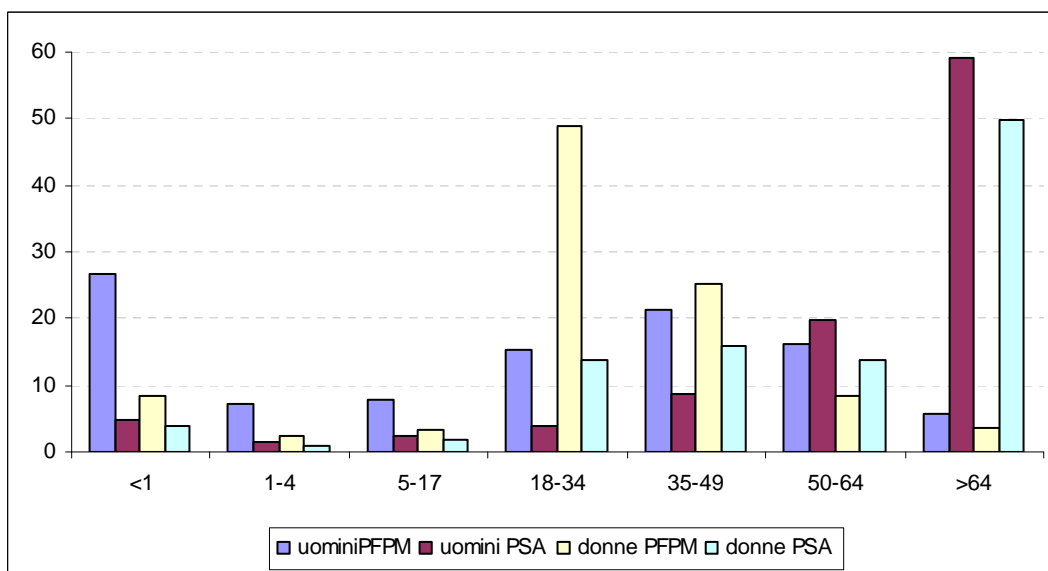


Figura 2 - Distribuzione percentuale per classi di età per i ricoveri totali, per gruppo di cittadinanza (PSA e PFPM) e per sesso - SDO 2015



L'andamento dei ricoveri nel tempo è stabile: tra gli uomini e le donne PFPM (figura 3 e 4) si registra una lieve riduzione delle degenze nella fascia di età compresa tra i 18 ed i 34 anni ed un lieve aumento nelle classi successive (35-49 e 50-64), tra gli uomini PSA si nota invece una lieve riduzione nelle classi 35-49 e 50-64 ed un incremento tra gli ultra65enni (figura5), per le donne PSA vi è una lieve riduzione in tutta l'età adulta ed un aumento tra le ultra65enni (figura 6).

Figura 3 - *Andamento percentuale dei ricoveri totali per classi d'età, uomini PFP, anni 2010-2015*

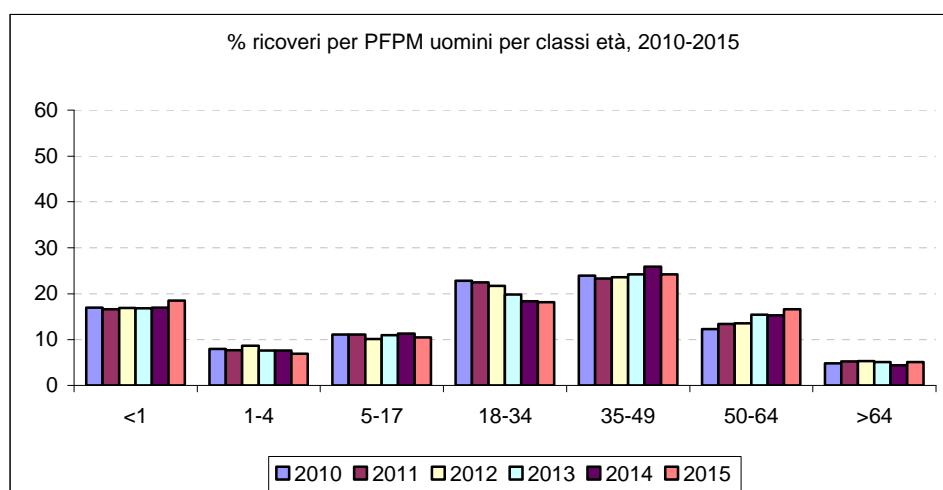


Figura 4 - *Andamento percentuale dei ricoveri totali per classi d'età, donne PFP, anni 2010-2015*

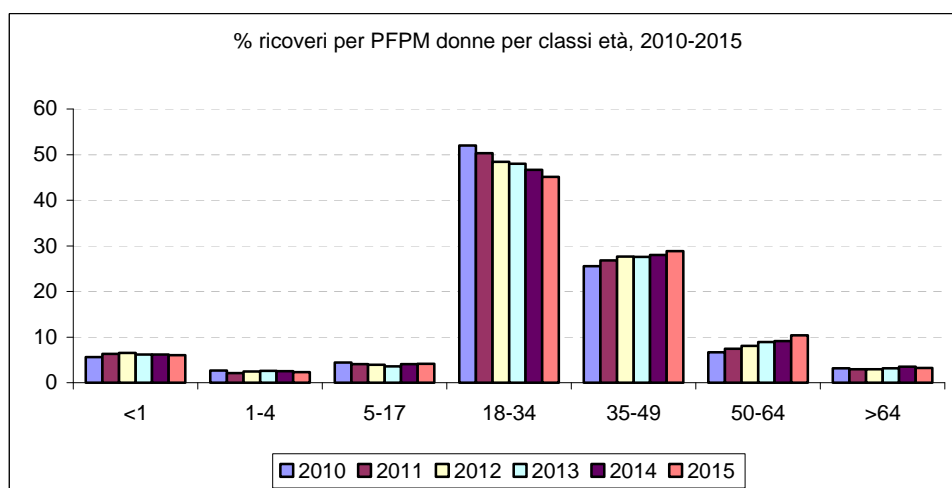


Figura 5 - *Andamento percentuale dei ricoveri totali per classi d'età, uomini PSA, anni 2010-2015*

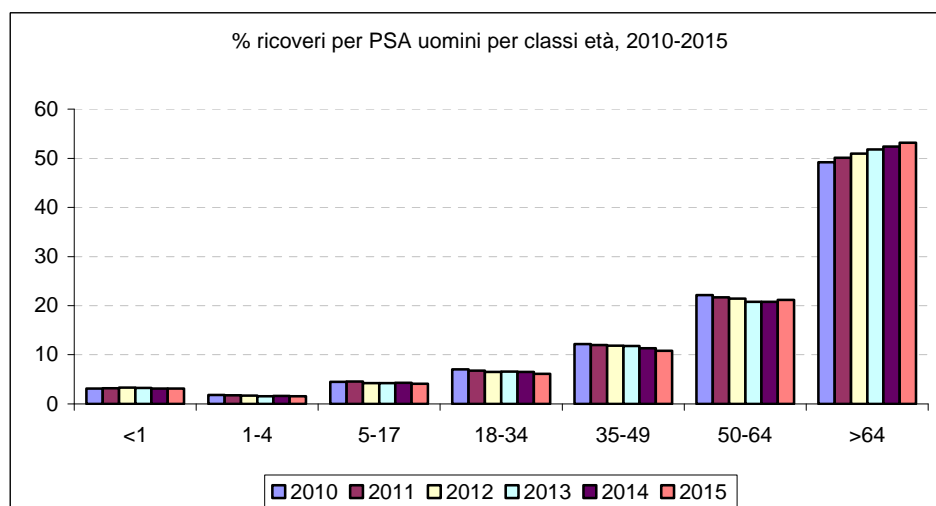
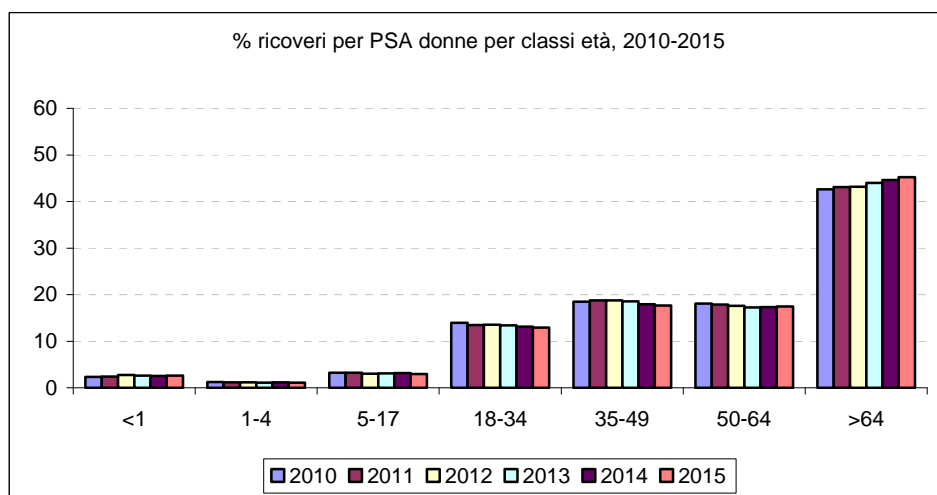


Figura 6 - *Andamento percentuale dei ricoveri totali per classi d'età, donne PSA, anni 2010-2015*



Analizzando le cause di ricovero si nota che gli uomini PFPM rispetto alla popolazione autoctona mostrano un eccesso di ricoveri per traumi, patologie osteo-articolari e malattie infettive (figura 7). Tra le donne PFPM le cause legate a gravidanza parto e puerperio sono nettamente predominanti sia rispetto a tutte le altre ragioni di degenza che in confronto con le donne PSA (figura 8).

Figura 7- *Distribuzione percentuale dei ricoveri totali per grandi cause di diagnosi, uomini, PFPM e PSA, SDO 2015*

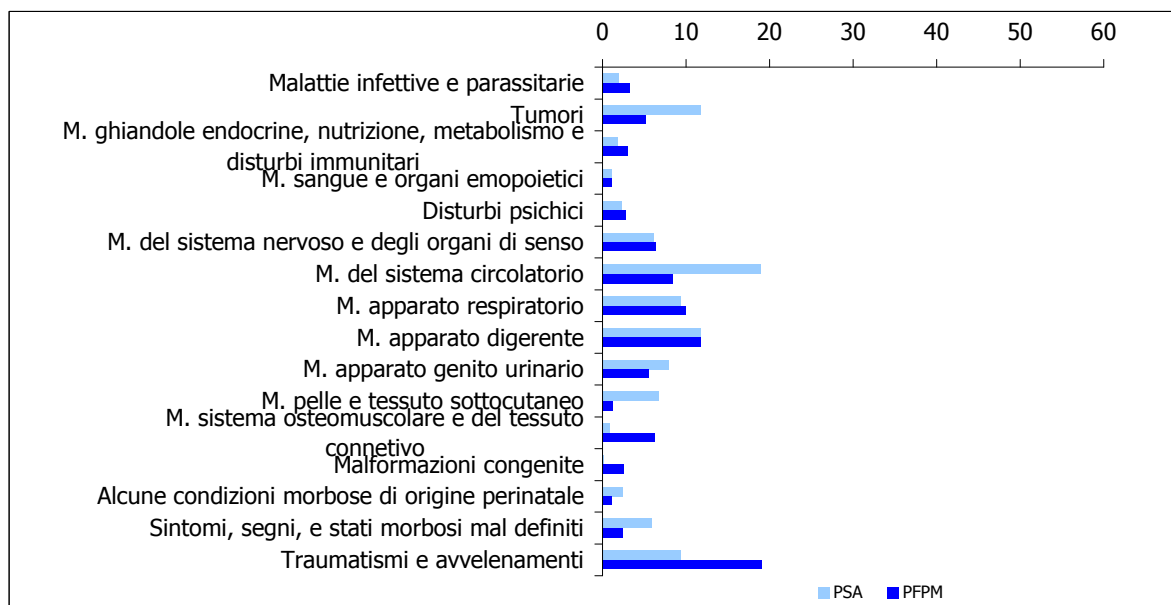
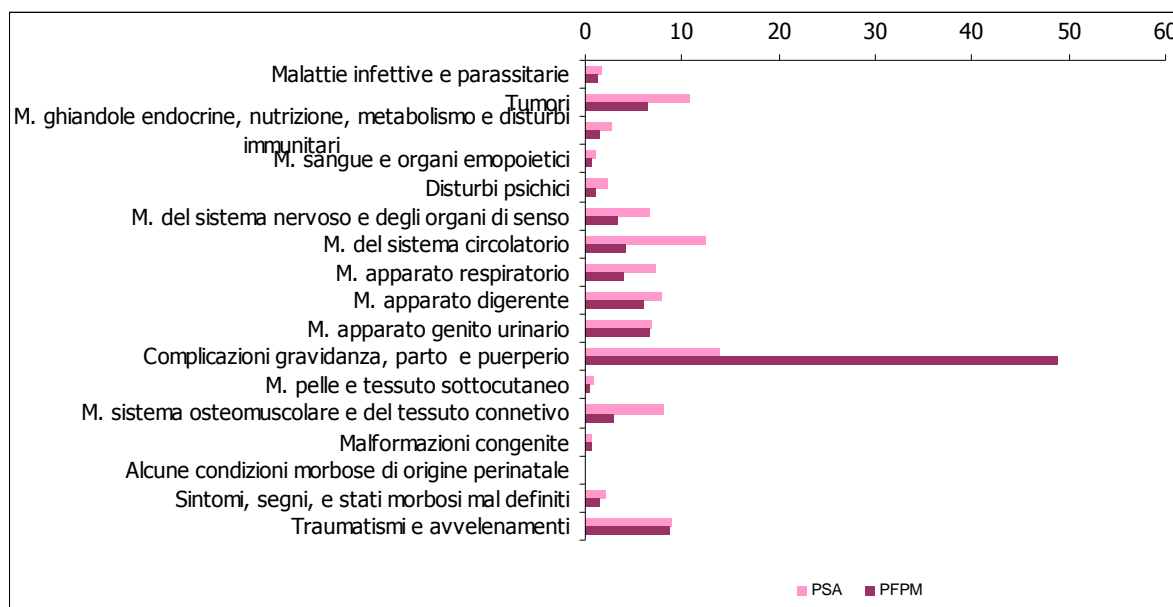


Figura 8 - Distribuzione percentuale dei ricoveri totali per grandi cause di diagnosi, donna, PFFPM e PSA, SDO 2015



### 3. Il lavoro e la salute

Fra i determinanti sociali di salute, le relazioni lavorative (tra datore di lavoro e lavoratore), le condizioni di impiego (inquadramento contrattuale, integrazione sul posto di lavoro) e le condizioni di lavoro (mansioni, ambiente di lavoro, tecnologie disponibili) ricoprono un ruolo fondamentale<sup>2</sup>: coloro che sono disoccupati o sottoccupati o che svolgono un lavoro usurante sono soggetti a peggiori condizioni di salute. Quasi la metà degli immigrati (49,7%) contro meno di un quinto degli italiani (17,5%) sono impiegati in costruzioni, servizi turistici (alberghi, ristoranti, pubblici esercizi) e servizi alla persona (prevalentemente per le donne)<sup>3</sup> spesso in condizioni ed orari sfavorevoli e con molti straordinari (anche per poter aumentare il margine di reddito)<sup>4</sup>. La probabilità di svolgere un lavoro non qualificato è infatti 3 volte maggiore per gli stranieri rispetto agli italiani<sup>5</sup>. Sono quelli definiti *i lavori delle 5 P*: pesanti, pericolosi, precari, poco pagati, penalizzanti socialmente<sup>6</sup>.

Un recente studio condotto dall'ISTAT<sup>7</sup> mette in luce come *non essere italiano dalla nascita rappresenta un ostacolo per trovare un lavoro, o un lavoro adeguato, per il 36,2% degli stranieri e il 22% dei naturalizzati*. Tra luglio 2013 ed ottobre 2014 i ricercatori hanno scritto ed inviato a tutte le imprese (1.542) che offrivano lavoro online attraverso i principali motori di ricerca, 22.000 curricula fittizi, equivalenti in tutte le caratteristiche (stessa età, tutti residenti a Roma, con lo stesso livello di preparazione scolastica o universitaria) tranne il genere ed il Paese di nascita (uguale per il candidato italiano e per lo straniero di seconda generazione, diverso per lo straniero di prima generazione) ed il luogo di conseguimento del titolo di studio (gli stranieri di prima generazione dichiaravano di aver studiato nella capitale del loro Stato di origine). Il 52% dei candidati italiani ha ricevuto risposta contro il 28% degli stranieri, in particolare, la prima generazione viene ricontattata solo nel 24% dei casi, la seconda nel 32%. Le percentuali di risposta sono inferiori in caso di candidati di genere femminile.

<sup>2</sup> Biglino I. e Olmo A. "La salute come diritto fondamentale: una ricerca sui migranti a Torino", Bologna, Il Mulino, 2014, p. 10

<sup>3</sup> CNEL "Il ruolo degli immigrati nel mercato del lavoro italiano", Roma, Onc e Cnel, 2012, p.31

<sup>4</sup> Castagnone E. "Il lavoro immigrato - la prospettiva delle imprese" in "Non solo braccia, un'indagine sull'impiego di lavoro immigrato nelle imprese del torinese. Torino, Fieri-Cciaa, Camera di Commercio di Torino, 2012

<sup>5</sup> Zanfrini L. "La partecipazione al mercato del lavoro" in "Immigrazione straniera in Lombardia, decima indagine regionale" a cura di Blangiardo G.C., Milano, Regione Lombardia e fondazione ISMU, 2011, pp 83-125;

<sup>6</sup> Ambrosini M., Sociologia delle migrazioni, Il Mulino, Bologna 2005

<sup>7</sup> Istat (2015) L'integrazione degli stranieri e dei naturalizzati nel mercato del lavoro. II trimestre 2014. Statistiche Report.

### 3.1 Gli infortuni sul lavoro

Per INAIL è infortunio sul lavoro “ogni incidente avvenuto per causa violenta in occasione di lavoro dal quale derivi la morte, l’inabilità permanente o l’inabilità assoluta temporanea per più di tre giorni”<sup>8</sup>. Come mostrato in figura 7, i lavoratori stranieri prevalentemente coinvolti in infortuni sono uomini, di età compresa tra i 30 e 40 anni, impiegati nei settori costruzioni, trasporti e servizi all’impresa, provenienti, come atteso, dai Paesi a maggior spinta migratoria (Romania, Marocco, Albania). Gli immigrati, anche quelli occupati regolarmente, tendono a non denunciare gli infortuni non gravi, con una conseguente apparente maggior occorrenza di casi gravi sul totale degli eventi registrati. Questo comportamento è legato a diversi fattori tra i quali la mancata o insufficiente conoscenza della normativa e dell’esistenza delle tutele INAIL e la paura di perdere il posto di lavoro (con il rischio di non trovare un nuovo impiego e non poter rinnovare il permesso di soggiorno). La maggior parte degli studi disponibili in letteratura evidenzia che, rispetto ai nativi, i migranti presentano tassi di infortuni totali e mortali più alti<sup>9</sup>. I principali fattori in grado di spiegare tale differenza sono: l’impiego di migranti nelle mansioni più pericolose, la transitorietà del lavoro, la maggiore tolleranza del rischio presente, le barriere linguistiche e culturali che riducono l’efficacia di eventuali azioni di formazione<sup>10</sup>. Per quanto riguarda la transitorietà del lavoro, molti studi hanno dimostrato che per i nuovi assunti, qualunque sia il tipo di contratto, è più alto il rischio di infortunio rispetto a chi lavora da più tempo con contratti di lavoro più lunghi<sup>11 12</sup>

Negli anni 2000-2005, tra gli apprendisti e operai, i lavoratori provenienti da PFPM hanno un rischio infortunistico superiore rispetto a quelli dei PSA sia sul totale degli eventi (rischio relativo – RR: 1,45) sia per gli infortuni gravi (RR: 1,56). I rischi maggiori si riscontrano nel comparto metalmeccanico (RR: 1,64), nel commercio (RR: 1,61) e nelle costruzioni (RR: 1,36). I lavoratori provenienti dal Marocco presentano i rischi maggiori (RR:1,86); mentre quelli provenienti dalla Romania risultano protetti sul totale degli eventi (RR: 0,80), ma con un eccesso di rischio di infortuni gravi (RR: 1,31). Analizzando l’età al momento dell’infortunio si vede come tra i giovani non vi sono differenze, ma i tassi diminuiscono con l’aumento dell’età nei PSA, mentre crescono o rimangono costanti nei PFPM<sup>13</sup>. Una possibile spiegazione è che il tasso di infortuni diminuisce nei lavoratori PSA che acquisiscono esperienza e familiarità con l’organizzazione del lavoro, anche attraverso l’interazione con i colleghi. Inoltre, i lavoratori PSA, con il crescere dell’età e dell’esperienza, sono in grado di negoziare con il datore di lavoro l’esecuzione di compiti meno pericolosi. I lavoratori migranti possono trovare maggiori difficoltà ad integrarsi con i colleghi, e adattarsi con l’organizzazione del lavoro, a causa delle loro inferiori competenze linguistiche e delle barriere culturali.

Allo stesso tempo, in lavoratori PFPM la possibilità di negoziare tra compiti è probabilmente ridotta rispetto ai PSA. Infine, bassi livelli di capitale sociale sono probabilmente hanno associati a minori consapevolezza e conoscenza sui rischi presenti sul luogo di lavoro<sup>14</sup>. La proporzione di infortuni con invalidità residua >5% e mortali occorsi in provincia di Torino, sono doppi tra gli stranieri rispetto agli italiani, 0,42 vs 0,22-% e 0,09 vs 0,05% rispettivamente<sup>15</sup>. Gli stranieri vittime di gravi incidenti, oltre alla difficoltà legata all’essere

<sup>8</sup> DPR 30/61964, n. 1124, GU n. 257 del 13/10/1965, art 2

<sup>9</sup> Ahonen EQ, Benavides FG, Benach J. Immigrant populations, work and health – a systematic literature review. *Scand J Work Environ Health* 2007;33(2):96-104

<sup>10</sup> Schenker M. A global perspective of migration and occupational health. *Am J Ind Med* 2010; 53(4):329-37.

<sup>11</sup> Breslin FC, Smith P. Trial by fire: a multivariate examination of the relation between job tenure and work injuries. *Occup Environ Med* 2006; 63:27–32. doi:10.1136/oem.2005.021006. pmid: 16361402

<sup>12</sup> Morassaei S, Breslin FC, Shen M, Smith PM. Examining job tenure and lost-time claim rates in Ontario, Canada, over a 10-year period, 1999–2008. *Occup Environ Med* 2013; 70(3):171–178. doi:10.1136/oemed-2012-100743. pmid: 23123355.

<sup>13</sup> Bena A., Giraud M., Rischio infortunistico nei lavoratori immigrati in Italia: differenze per caratteristiche lavorative e per età. *Epidemiol Prev* 2014; 38(3-4):208-218

<sup>14</sup> Bender, K.A., H.A. Mridha, J. Peoples. Risk Compensation for Hospital Workers. *Industrial and Labor Relations Review* 2006; 59(2):226–42.

<sup>15</sup> Maltana M., Tomaciello ML, Congia A “Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro” in Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in provincia di Torino, rapporto 2012, prefettura di Torino, 2013, p 291

invalidi, si trovano spesso senza lavoro, in terra straniera, spesso privi di una solida rete socio-familiare. Per loro occorre attivare dei percorsi integrati di tipo sanitario, legale, lavorativo, sociale, psicologico.

### 3.2 Le malattie professionali

Le malattie professionali sono patologie la cui causa agisce lentamente e progressivamente sull'organismo. Per essere considerata di natura "professionale", tale causa deve essere diretta ed efficiente, in grado di produrre l'infermità in modo esclusivo o prevalente<sup>16</sup>. Tra gli stranieri, data la giovane età e spesso la breve esposizione, l'incidenza è nettamente inferiore rispetto a quella degli infortuni, ma nel 2012 hanno superato il 10% del totale delle denunce di danni da lavoro pervenute a INAIL<sup>17</sup>.

### 3.3 Il burn out e il lavoro domestico

Il lavoro domestico e, in particolare l'assistenza a persone malate o anziane, è un impiego pesante fisicamente ed impegnativo dal punto di vista emotivo. Inoltre vi è poco spazio per la vita personale, come se cessasse il diritto di avere una propria famiglia<sup>18</sup>, manca la privacy, le condizioni abitative spesso non sono adeguate, vi è il rischio di molestie o abusi sessuali<sup>19</sup>. Anche permutare ore di riposo con ore di lavoro pagate extra genera stress psicofisico<sup>16</sup>. A questo occorre aggiungere che molte delle donne che svolgono lavoro domestico hanno lasciato in patria figli piccoli che crescono senza di loro riportandone danni psicologici anche importanti, i cosiddetti *orfani bianchi*<sup>20</sup>.

## 4. Conclusioni

Le disuguaglianze sanitarie sono il risultato di fattori economici, ambientali, connessi alle scelte di vita e a problemi relativi all'accesso ai servizi di assistenza sanitaria<sup>21</sup>.

Gli immigrati regolarmente presenti sono iscritti al SSN ed hanno il loro Medico di Medicina Generale o Pediatra di Libera Scelta. Gli STP e gli ENI ricevono, presso i Centri ISI, visite ambulatoriali, prescrizioni e valutazioni di esami, prescrizioni di farmaci, visite specialistiche. I mediatori culturali facilitano la comprensione dei problemi di salute da parte dei medici e delle prescrizioni per quanto riguarda i pazienti.

Nell'assistenza agli immigrati riveste un ruolo chiave l'attività di numerosi centri di volontariato i quali, da alcuni anni, sono confluiti in rete con i centri ISI, con enti istituzionali ed altre associazioni che a vario titolo si occupano di migranti, in un gruppo di lavoro denominato GrIS Piemonte (Gruppo Immigrazione Salute), unità territoriale della Società Scientifica di Medicina delle Migrazioni (SIMM)<sup>22</sup>.

Sul territorio provinciale vi sono immigrati particolarmente vulnerabili quali i minori stranieri non accompagnati, le persone vittime di tratta, i richiedenti asilo.

Infine, per tornare al tema di quest'anno, l'analisi dei dati e della letteratura mostrano come i lavoratori stranieri presentino tassi di infortuni totali e gravi più alti rispetto agli italiani. Le cause principali sono legate alla concentrazione dei migranti nelle mansioni più pericolose, alla transitorietà del lavoro (per cui i migranti sarebbero continuamente in movimento tra situazioni di disoccupazione, sottoccupazione e illegalità), alla maggiore tolleranza del rischio

<sup>16</sup> Inail "Malattie professionali. Indirizzi operativi per l'emersione e la prevenzione" INAIL Azienda ULSS 12 veneziana, 2013, p 17

<sup>17</sup> Maltana M., Tomaciello ML, Congia A "Lavoratori stranieri e infortuni sul lavoro" in Osservatorio interistituzionale sugli stranieri in provincia di Torino, rapporto 2012, prefettura di Torino, 2013, p 262

<sup>18</sup> OIL "Domestic workers across the world: global and regional statistics and the extent of legal protection" Geneva, International Labour office, 2010

<sup>19</sup> Agenzia europea dei diritti fondamentali "Migrants in an Irregular Situation Employed in a Domestic Work: Fundamental Rights Challengers for the European Union and its Member States", Luxemburg, Publication office of the European Union 2011

<sup>20</sup> [www.alberodellavita.org/dossier-orfani-bianchi-children-left-behind](http://www.alberodellavita.org/dossier-orfani-bianchi-children-left-behind)

<sup>21</sup> Parlamento Europeo, Risoluzione 8/3/2011 n. 2010/2089

<sup>22</sup> [www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)

presente (legata alla paura di ritorsioni in caso di richiesta di maggiori diritti e/o di segnalazione di infortuni), alle barriere linguistiche e culturali che riducono l'efficacia di eventuali azioni di formazione. Tali problemi sono ulteriormente esacerbati tra i lavoratori che cambiano spesso lavoro<sup>23</sup>.

Le differenze non sono omogenee nelle diverse attività economiche, per età e non coinvolgono allo stesso modo le diverse nazionalità: ciò deve far riflettere sulla specificità di ogni nazionalità e sulla necessità di declinare la formazione in base a chi deve acquisire le nozioni, adottando modelli partecipativi che coinvolgano le diverse comunità culturali di riferimento<sup>24</sup>.

Per il migrante che trova lavoro il fatto stesso di essere impiegato diventa poi un ostacolo nell'accesso alle cure. Se i problemi di salute possono costituire un limite all'accesso al lavoro, è altrettanto vero che, per la difficoltà di ottenere un permesso per visite o per la paura di dichiarare al datore di lavoro di avere un problema di salute, il lavoratore immigrato rischia di non accedere a cure tempestive e di qualità<sup>25</sup>.

Alla luce di quanto esposto, è responsabilità dei decisori e di tutti gli operatori in campo sanitario far sì che accessibilità (diritto alle cure) e fruibilità (capacità di accedere alle cure) siano alla portata di tutti. Si tratta di diritti esigibili e non di privilegi: nessuno dev'essere escluso.

---

<sup>23</sup> Ministero del Lavoro. Indagine conoscitiva della XI Commissione Lavoro della Camera dei Deputati su "Taluni fenomeni distortivi del mercato del lavoro: lavoro nero, caporalato e sfruttamento della manodopera straniera". Roma, 29 aprile 2010

<sup>24</sup> Forst L, Ahonen E, Zanoni J et al. More than training: Community-based participatory research to reduce injuries among Hispanic construction workers. *Am J Ind Med* 2013;56(8):827-37

<sup>25</sup> Castagnole E. "Salute e lavoro" in: la Salute come diritto fondamentale: esperienze di migranti a Torino, Il Mulino, 2015