

## Sezione 4

### Modificazioni prodotte dall'intervento umano negli assetti naturali e ambientali

# 1. Cambiamenti socio-demografici e migrazioni: una società in trasformazione

Maurizio Marceca (\*), Giulia Civitelli (\*\*), Alessandro Rinaldi (\*\*)

## 1. Introduzione

Benché non venga usualmente sottolineato, una delle principali qualità richieste agli operatori e alle organizzazioni di Sanità pubblica è quella di saper cogliere tempestivamente e interpretare nella loro complessità e multidimensionalità i principali cambiamenti sociali: l'efficacia e la qualità degli interventi di Sanità pubblica sono infatti correlate alla loro capacità di intercettare in modo coerente ed adeguato i bisogni di salute che a tali cambiamenti si accompagnano.

Ciò richiede anche un'attitudine a rimettere in discussione approcci e modalità storicamente collaudati, ma divenuti inefficaci in quanto anacronistici, ad esempio col supporto e l'utilizzo della demografia, delle scienze sociali e, più specificamente, dell'epidemiologia sociale.

Tra le diverse trasformazioni sociali che hanno portato in Italia negli ultimi decenni alla progressiva rimodulazione della natura e composizione dei nuclei familiari, *l'invecchiamento della popolazione e l'immigrazione volontaria rappre-*

sentano quantitativamente e qualitativamente due fenomeni particolarmente significativi, strettamente intrecciati tra loro, e cui sono associate rilevanti dimensioni di vulnerabilità per la salute.

## 2. Descrivere e contestualizzare le trasformazioni sociali

Come risultato di un progresso socio-economico che ha prodotto, in particolare nel corso del XX secolo, un costante aumento del benessere della popolazione, l'Italia presenta livelli di speranza di vita tra i più elevati a livello internazionale, ponendosi tra i Paesi europei al secondo posto dopo la Svezia per la speranza di vita per gli uomini (79,8 anni nelle stime Eurostat 2012) e al terzo dopo Spagna e Francia per le donne (84,8 anni).

Le principali dinamiche che hanno caratterizzato negli ultimi decenni l'invecchiamento della popolazione italiana sono – oltre all'incremento della popolazione anziana e alla riduzione di quella giovanile – l'aumento della sopravvivenza e il contenimento della fecondità al di sotto del livello di sostituzione delle generazioni, cioè 2,1 figli per donna.

L'Indice di vecchiaia<sup>1</sup>, che era nel nostro Pa-

(\*) Professore associato di Igiene, Dipartimento di sanità pubblica e malattie infettive, Sapienza Università di Roma – Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM).

(\*\*) Dipartimento di sanità pubblica e malattie infettive, Sapienza Università di Roma – Società italiana di medicina delle migrazioni (SIMM).

1. L'Indice di vecchiaia (o di invecchiamento) è il rapporto percentuale tra ultrasessantacinquenni e infraquindicenni.

ese pari a circa 124 all'inizio del 1999, è andato progressivamente aumentando fino a raggiungere oltre 148 nel 2012, e oltre 150 nel 2014. Tra il 2011 e il 2012 l'Italia è salita nella graduatoria dell'indice di vecchiaia dei Paesi europei, collocandosi al secondo posto dopo la Germania; e ciò attesta come l'invecchiamento della popolazione in Italia sia aumentato in misura maggiore rispetto agli altri Paesi europei.

A mitigare gli effetti negativi di tale fenomeno, e a produrre rilevanti conseguenze di natura socio-economica, culturale, politica e antropologica, oltre che demografica, è intervenuta a partire dagli anni '90 la crescente affluenza di stranieri verso l'Italia; ed in particolare la composizione di nuovi nuclei familiari e l'affermarsi di una "seconda generazione" di immigrati.

Quello della mobilità umana è un fenomeno su scala planetaria che vede coinvolti, secondo le stime disponibili, circa 232 milioni di migranti nel mondo. Il territorio europeo ne è toccato in misura stabile e significativa da decenni, ed è giunto a registrare nel 2011 la presenza di quasi 35 milioni di residenti stranieri. L'immigrazione in Italia, pur mostrando nel tempo differenti tipologie di progetti migratori e di attori della migrazione, è stata caratterizzata per oltre trent'anni da una tendenza stabile alla crescita, fino a giungere nel 2012 a stime di oltre 5 milioni di stranieri regolarmente presenti, che rappresenterebbero dunque circa il 7,5% della popolazione residente, residenti in massima parte (quasi il 62%) al Nord, dove l'offerta di lavoro è maggiore; per oltre il 50% proveniente dal continente europeo; con oltre 250.000 minori comunitari ed oltre 900.000 non comunitari (v. Tab. 1).

Emblematica 'cerniera' tra un Paese invecchiato e immigrati in cerca di una migliore prospettiva socio-economica è rappresentata dalla figura della *badante*. Malgrado le difficoltà collegate alle definizioni di riferimento e alla regolarità o meno delle posizioni lavorative, secondo alcune recenti stime la quota di collaboratori che si occupano della cura ed assistenza ad una persona anziana in Italia sarebbero compresi tra oltre 700.000 e quasi 1 milione, la grande maggioranza dei quali stranieri, donne, senza un contratto di lavoro. Secondo Rusmini

e Pasquinelli, "tenendo presente che una parte di esse può assistere anche due persone, il numero di anziani assistiti da una badante si può ragionevolmente stimare intorno al milione di ultra 65enni. Si tratta del quadruplo degli anziani ricoverati in strutture residenziali in Italia, e di quasi il doppio di quelli seguiti a domicilio dai servizi socio-sanitari"<sup>2</sup>.

Due psichiatri ucraini hanno coniato nel 2005 il termine di *Sindrome italiana* per descrivere una grave forma di depressione e sofferenza psichica e esistenziale riscontrata in alcune *sidelki* (badanti), e poi confermata da altri ricercatori, i cui effetti sono stati riscontrati anche in ambito neuropsichiatrico infantile; come mirabilmente raccontato da Alessandro Leogrande in uno scritto il cui estratto è riportato nel Box 1.

### 3. Cogliere e interpretare le implicazioni di Sanità pubblica delle trasformazioni

Per cogliere in modo specifico le implicazioni di salute di queste trasformazioni sociali non è sufficiente però solo l'"occhio clinico" degli psichiatri ucraini, ma occorrono anche sistemi informativi sanitari correnti (cioè a flusso ininterrotto), completi (cioè in grado di documentare, nell'insieme, le diverse aree e funzioni assistenziali) ed evoluti (cioè che consentano valutazioni affidabili, ad es. circa l'appropriatezza degli interventi); e la capacità di 'interrogarli' adeguatamente, in particolare attraverso procedure di *record linkage*<sup>3</sup> in grado di ricostruire i percorsi assistenziali dei pazienti.

#### 3.1. L'invecchiamento

In sintesi, le principali implicazioni dell'invecchiamento della popolazione sono riconducibili al progressivo dilagare della *cronicità* (tan-

2. G. RUSMINI, S. PASQUINELLI, *Quante sono le badanti in Italia*, in "Qualificare", settembre 2013, <http://www.qualificare.info>.

3. Letteralmente *legame* (o *abbinamento*) di dati. Consiste nel processo di confronto di dati provenienti da due archivi differenti per determinare quali coppie di dati si riferiscono allo stesso individuo.

to che si parla oggi di “epidemie” di diabete o anche di obesità – *globesity*) e al contemporaneo fenomeno della *multimorbilità* (presenza, nello stesso individuo, di più patologie – e relative terapie – concomitanti); ciò si accompagna ad un aumento della *non autosufficienza* e, quindi, ad una maggiore dipendenza assistenziale, sanitaria e sociale.

Benché alcuni indicatori di salute fisica (ad es., malattie respiratorie croniche e artrosi) siano in miglioramento negli ultimi anni, nel 2013 ad una indagine ISTAT circa una persona su due ha riferito di soffrire di almeno una patologia cronica in una lista di 23 patologie. Non essendo suscettibili di guarigione, molte di queste patologie compromettono nel tempo in modo permanente il livello di autonomia, con conseguente necessità di assistenza e cura e un condizionamento fortemente negativo della qualità della vita degli individui.

Le patologie più frequenti nel totale della popolazione sono nell'ordine: l'ipertensione arteriosa (17%), l'artrosi/artrite (16%), le malattie allergiche (13%), la cefalea/emicrania ricorrente (10%). Peraltro, la graduatoria delle prevalenze delle varie patologie croniche si differenzia per genere (v. Tab. 2).

La maggior parte delle patologie, soprattutto quelle molto severe, presentano prevalenze che aumentano con l'età (ad eccezione delle malattie allergiche, più diffuse tra i giovani): di conseguenza, nella popolazione anziana circa una persona su due soffre di artrosi/artrite o ipertensione, una su quattro di osteoporosi e il 17% di diabete; mentre il 13% dichiara di soffrire di depressione o ansietà cronica. Pur tenendo conto della difficoltà di rilevare con indagini sulla popolazione problematiche legate alla salute mentale, dalle informazioni raccolte dall'ISTAT emerge un aggravamento complessivo di tali problematiche, con particolare riferimento alla depressione. L'invalidità per malattie mentali colpirebbe attualmente circa 700 mila individui (quasi il 3% tra gli anziani) e le persone con Alzheimer o demenze senili sarebbero circa 600 mila (più del 4% tra gli anziani). Relativamente alle sindromi depressive, si stima che nella popolazione ne siano affette circa 2,6 milioni

di persone (4,4%), con prevalenze doppie tra le donne rispetto agli uomini in tutte le fasce di età; nella popolazione anziana ne soffre almeno una persona su dieci, e tra le donne ultraottantenni la quota supera il 15%.

La percentuale di quanti riferiscono di avere almeno tre patologie croniche, indipendentemente dalla gravità, è complessivamente pari quasi al 14%, pur presentando variazioni territoriali su base regionale; e oltre il 20% delle persone anziane esprime un giudizio negativo delle proprie condizioni di salute (con dati che arrivano al 27%-30% nelle Regioni del sud Italia).

Le persone con limitazioni funzionali in Italia sono state stimate per il 2013 in circa 3,2 milioni, di cui 2,5 milioni anziani, ma con una tendenza costante alla diminuzione nel corso degli anni Duemila. La percentuale di famiglie che hanno almeno una persona con limitazioni funzionali è stimata circa l'11%: nella maggioranza dei casi (54%) c'è almeno un componente della famiglia che può farsi carico delle persone con difficoltà funzionali; il 46% circa di queste famiglie è invece composto esclusivamente da persone con limitazioni funzionali, che vivono sole (40%) o con altre persone con limitazioni funzionali (6%).

Oltre a notevoli variabilità geografiche, sono state evidenziate anche disuguaglianze sociali nella salute degli anziani: vi è infatti una relazione tra bassi livelli di *status* (misurati attraverso il grado di istruzione raggiunto) e peggiori condizioni di salute (sintetizzate dai principali indicatori di percezione della salute e dalla presenza di malattie o limitazioni funzionali). La quota di persone anziane che dichiarano almeno tre malattie croniche aumenta infatti in misura maggiore tra chi valuta le risorse economiche della famiglia scarse o insufficienti, raggiungendo complessivamente nel 2013 quasi il 49%.

Il progressivo realizzarsi nella vita quotidiana di un equilibrio sempre più precario tra autosufficienza e non autosufficienza, indipendenza e dipendenza, è ben rappresentato da due situazioni cui gli anziani sono particolarmente esposti: la frattura di femore e le ondate di calore. Entrambi questi accadimenti, infatti, sono in grado di far precipitare rapidamente le con-

dizioni di salute degli anziani (in particolare di quelli socialmente più vulnerabili), esaurendo la loro capacità di autodeterminarsi e rivelando la "fragilità" sottostante. La geriatria moderna ha ben colto la natura e la prevedibilità di tali dinamiche, adottando per prima un approccio multidimensionale sia nella valutazione dei bisogni e delle risorse residue disponibili, sia nella pianificazione individualizzata dell'intervento; un approccio che sarebbe importante adottare sistematicamente in Sanità pubblica.

### 3.2. Il fenomeno migratorio

Anche il fenomeno migratorio produce, in modo articolato e complesso, dinamiche di salute di interesse pubblico.

Tali implicazioni sono legate a diverse variabili: schematicamente, esse dipendono da un lato dalla tipologia di migrante (molto diversa tra il migrante socio-economico e il richiedente protezione internazionale), e dall'altro dalla fase del progetto migratorio (situazione nel Paese di origine, condizioni del viaggio, eventuali tappe intermedie, situazione nel Paese di arrivo).

Considerando l'Italia come Paese di arrivo a medio-lungo periodo di permanenza, l'emergere di eventuali bisogni di salute dipende in larga misura dalle complessive condizioni di vita (cioè di lavoro, di reddito, di alloggio e di relazioni sociali) che vi si vengono a determinare; in altre parole, dal grado di riuscita o di fallimento del progetto migratorio, che dipende in larga misura dalle politiche nazionali e locali sull'immigrazione e la cittadinanza, dalle politiche sociali ed occupazionali, dalla possibilità di supporto in loco da parte di familiari, amici o connazionali, ecc.

A più di trent'anni da quando il fenomeno migratorio ha assunto in Italia una dimensione di interesse socio-demografico, ci si trova oggi in presenza di una estesa seconda generazione di immigrati (mentre le primissime comunità arrivate sono già alla terza generazione, e le ultime ancora alla prima); e ciò comporta che il profilo demografico degli stranieri in Italia si presenti sostanzialmente diverso da quello della popolazione autoctona, vedendo maggiormente rappresentate le fasce di età giovani adulte e

molto meno quelle anziane<sup>4</sup>; e che conseguentemente, il loro profilo epidemiologico e le conseguenti necessità assistenziali siano generalmente diverse da quelle degli autoctoni.

La principale fonte di valutazione delle condizioni di salute degli stranieri è stata fornita, in questi anni, dal Sistema informativo ospedaliero (SIO), alimentato dalle SDO, che hanno consentito di valutare le motivazioni dei ricoveri (compresi quelli in *Day Hospital* e *Day Surgery*); in alcune Regioni è stato possibile anche valutare gli accessi al pronto soccorso. Più difficile, ancora adesso, la disponibilità di dati affidabili relativamente ad altre funzioni assistenziali (in particolare di natura territoriale), sebbene si registri una maggiore sensibilità di diversi settori sanitari (recentemente, ad esempio, è stata condotta una prima valutazione sul consumo di farmaci da parte degli stranieri). La principale difficoltà, da un punto di vista tecnico, è rappresentata dalla complessa definizione dei numeratori e denominatori da utilizzare, vista la molteplicità delle fonti e delle condizioni di riferimento (residenza per l'ISTAT, permessi di soggiorno per il Ministero dell'interno, ecc.), e alla inevitabile indeterminatezza della componente straniera irregolare. Un progetto finanziato dal Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM) del Ministero della salute ha prodotto nel 2009, a questo proposito, la definizione condivisa di 36 indicatori<sup>5</sup>.

Una puntuale rassegna e discussione critica dei dati disponibili è stata fornita, in questi anni, dai rapporti Osservasalute dell'Università Cattolica di Roma, in cui una sezione specifica è stata dedicata alla salute degli stranieri, mentre altra preziosa documentazione è stata raccolta e diffusa dall'unica società scientifica presente in Europa specificamente dedicata al tema, la Società italiana di medicina delle migrazioni

4. Vedi parte I, cap. 8.

5. OSSERVATORIO EPIDEMIOLOGICO SULLE DISEGUAGLIANZE/AGENZIA REGIONALE SANITARIA MARCHE, *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*, Progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia", 2009.

(SIMM); infine, una sezione di documentazione specifica è presente sul sito Epicentro dell'ISS.

La documentazione scientifica disponibile non suggerisce tanto differenze nella salute tra stranieri immigrati ed autoctoni, o tra gruppi stranieri di diversa origine, legate dunque ad una specifica appartenenza "etnica"<sup>6</sup> o a specificità su base genetica di questa o quella comunità (per quanto in alcuni ambiti, come ad esempio in quello delle malattie talassemiche, esse possano esercitare un ruolo importante), quanto piuttosto indirizza a cogliere differenze nella salute e nell'assistenza (gran parte delle quali più propriamente definibili "disuguaglianze", in quanto sistematiche, gravi, evitabili e quindi inaccettabili), correlate all'appartenenza comune ad un gruppo socio-economico più vulnerabile.

In considerazione di ciò, è utile focalizzare l'attenzione sul ruolo dei cosiddetti "determinanti sociali" della salute, e sulle possibili dinamiche di 'esposizione' su base sociale ad essi di alcuni specifici gruppi di stranieri immigrati. Esempi emblematici sono offerti dall'infortunistica occupazionale, dal ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e dalla partecipazione ai programmi di *screening* oncologico femminili.

Da anni è stato evidenziato come, a livello europeo, i lavoratori stranieri vadano incontro ad un maggiore rischio di *infortuni*, anche mortali; più recentemente (anche per un maggiore interesse dell'INAIL a queste tematiche), è stato possibile dimostrare anche in Italia che per alcune specifiche tipologie di occupazioni (in particolare il settore edilizio, del legname e le conerie) e per alcuni ruoli lavorativi (particolarmente gli addetti non specializzati), l'eccesso di rischio può essere estremamente significativo. In particolare, la dimensione occupazionale come fonte di rischio per la salute degli stranieri è divenuta oggetto di attenzione nazionale dopo i tragici fatti occorsi in alcuni laboratori tessili

del comprensorio industriale di Prato, dove è emersa una situazione di estremo sfruttamento di giovani lavoratori cinesi (mancato rispetto dei tempi di lavoro e di riposo) e di irregolarità ambientale (spazi angusti utilizzati in modo promiscuo con mancato rispetto dei requisiti di sicurezza).

Il fenomeno, più in generale, si colloca all'intersezione di diverse dinamiche di rischio: la più frequente irregolarità sul lavoro dei lavoratori stranieri (non casualmente è stato notato che una percentuale non credibile di denunce di infortunio di lavoratori stranieri corrisponde al primo giorno di lavoro), una loro più facile ricattabilità, una loro minore protezione sindacale, una loro concentrazione in mansioni a più alto rischio; una minore cultura e predisposizione alla prevenzione sul lavoro; una maggiore vulnerabilità sociale legata, ad esempio, ad una peggiore conoscenza della lingua, ecc.

Altra situazione di salute fortemente evocativa della vulnerabilità sociale di alcuni gruppi di stranieri è quella rappresentata dal maggiore ricorso all'IVG<sup>7</sup>; il tasso standardizzato di abortività delle donne straniere è infatti (dati ISTAT 2011) di circa 3 volte superiore a quello delle donne italiane di pari età (quasi il  $20 \times 1.000$  rispetto a meno del  $7 \times 1.000$ ). Tale differenza riguarda, in particolare, le donne straniere provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (per semplificare, i Paesi più poveri); tra le donne che abortiscono, le donne straniere sono maggiormente rappresentate nei livelli di istruzione più bassi, tra le disoccupate o in cerca di prima occupazione e le casalinghe; inoltre le donne straniere abortiscono a settimana gestazionale più avanzata e vanno più facilmente incontro ad aborti ripetuti.

Anche per questo fenomeno è possibile identificare un intreccio di diverse dinamiche sociali: a "spingere" verso l'IVG la giovane donna straniera sono infatti spesso sia le condizioni materiali (in particolare, la precarietà economica dovuta all'assenza di un lavoro stabile o al rischio di perderlo e sancire il fallimento del

6. L'utilizzo dell'aggettivo 'etnico', giustamente criticato come quello di 'razza' dalla maggioranza dei ricercatori - ed in particolare da genetisti ed antropologi - è qui utilizzato in modo provocatorio per rendere inequivoca, per contrasto, la visione di chi scrive.

7. Dal 1995, nel sistema di sorveglianza nazionale delle IVG si rileva sistematicamente l'informazione sulla cittadinanza.

proprio progetto migratorio) sia quelle sociali (l'irregolarità giuridica, la mancanza di un *partner* stabile e/o di familiari che possano essere da supporto per portare avanti la gravidanza); a motivare l'inizio di una gravidanza indesiderata vi sono invece di frequente una inadeguata conoscenza della fisiologia riproduttiva e una insufficiente conoscenza dei metodi contraccettivi efficaci, o un loro utilizzo improprio (con la variabile influenza di "credenze" del proprio contesto di origine).

Un ulteriore esempio di disuguaglianza sociale nella salute è rappresentato dalla più bassa adesione delle donne straniere ai *programmi di prevenzione secondaria in ambito oncologico* (più specificamente, agli *screening* di massa tramite mammografia e *pap-test*). Benché già esistano differenze geografiche importanti tra le donne autoctone (le donne del sud Italia presentano livelli di copertura nettamente inferiori a quelle del nord e del centro), è stato recentemente notato che tale minore protezione è ancora più significativa per le donne di origine straniera. Ciò può essere spiegabile sia con la minore cultura della prevenzione oncologica propria di alcune aree geografiche (in particolare, l'Est europeo), sia con una maggiore difficoltà delle istituzioni a "raggiungere" con l'offerta preventiva alcuni gruppi di donne<sup>8</sup> (in particolare, per l'elevata mobilità territoriale e la minore ufficialità della loro situazione abitativa); che per tale motivo sono definiti in Sanità pubblica, insieme ad altri gruppi sociali come Rom e Sinti, detenuti, senza fissa dimora, ecc., come *hard to reach*, ossia difficili da raggiungere.

#### 4. Conclusione: adottare approcci strategici e riqualificare i servizi

In generale, per fronteggiare i grandi cambiamenti sociali e insieme epidemiologici in corso, nel cui quadro si inscrivono anche i fenomeni della migrazione e dell'invecchiamento, è necessario che gli operatori e i servizi di Sanità

pubblica si mostrino sempre più competenti, strategici, integrati e flessibili.

- *Competenti*, in quanto capaci (individualmente e collettivamente) di leggere criticamente la complessità di bisogni in trasformazione e di individuare gli approcci più consoni per darvi efficaci risposte.
- *Strategici*, in quanto capaci di superare l'approccio emergenziale (quello, ad esempio, della medicina di attesa dell'acuzie), e di intervenire più precocemente sui processi; ad esempio, sempre con riferimento al tema della cronicità, attraverso l'approccio della 'stratificazione del rischio' e la cosiddetta 'medicina d'iniziativa'. Quanto spazio di intervento efficace (ed economicamente vantaggioso) c'è ad esempio, attualmente, nell'identificazione della condizione di pre-diabete o di pre-ipertensione? Quanta salute si può guadagnare attraverso politiche intersettoriali in grado di promuovere l'attività fisica?
- *Integrati*, in quanto capaci di coordinarsi con le altre istituzioni ed organizzazioni (sia sanitarie che sociali, sia governative che non governative) in una logica (diacronica e sincronica) di percorsi assistenziali. Sembra ad esempio fondamentale presidiare e governare adeguatamente tutti i momenti di passaggio della presa in carico tra soggetti organizzativi distinti ma vicini; emblematico rimane ad esempio il tema della necessità di una dimissione ospedaliera che sia realmente "protetta". Ma anche le due aree tematiche qui affrontate, l'invecchiamento della popolazione e il fenomeno migratorio, evidenziano chiaramente la forte necessità sia di una integrazione sociosanitaria che di una sussidiarietà "orizzontale". Entrambe queste prospettive vanno perseguite nella chiarezza dei rispettivi mandati e nel rispetto delle regole fissate; le funzioni di programmazione (previa analisi dei bisogni), organizzazione e valutazione non possono che essere svolte dalle istituzioni che rivestono il ruolo di 'committente'. Per fare un esempio concreto, con riguardo ai bisogni assistenziali degli anziani non autosufficienti, spetta ai Centri di assistenza domiciliare (CAD) – in quanto concreta espressione

8. Vedi parte V, cap. 26.

della committenza dei Distretti – analizzare, attraverso la valutazione multidimensionale (VMD) da parte dell'équipe multidisciplinare, i bisogni specifici dell'anziano e definire il suo Piano individualizzato di assistenza (PIA), attivando se necessario l'intervento sociale; così come poi valutare la qualità dell'intervento assistenziale effettuato (la cui gestione può essere lasciata invece, in tutto o in parte, a organizzazioni accreditate). E spetta al DP ricercare, sul proprio territorio di competenza, eventuali situazioni di esposizione a rischi collettivi per la salute (ad esempio, rischi di incendi in campi Rom, sia autorizzati che non; rischi di incidenti sul lavoro per lavoratori stranieri; rischi di non aderenza allo *screening* per donne straniere in età a rischio...), attivando e coordinando tutte le alleanze necessarie per darvi risposte concrete.

- *Flessibili*, in quanto capaci di non affidarsi

solo a rigide modalità organizzative o procedure formali, ma di rimettere periodicamente in discussione le proprie modalità operative al fine di raggiungere gli obiettivi primari di salute che gli sono affidati. Ciò può riguardare, ad esempio, un ripensamento realmente centrato sul paziente (*patient oriented*) delle modalità di prenotazione, orari di servizio, modelli da compilare ecc.; considerando cioè l'effettiva fruibilità di servizi e prestazioni e non accontentandosi di garantirne una accessibilità "sulla carta".

Infine – ricordando, che anziani e immigrati vengono a volte presentati come un "peso assistenziale" discutibile e non sostenibile, in quanto attivato da soggetti poco produttivi – si segnala l'opportunità, per tutti gli operatori della salute e Sanità pubblica, di rinnovare la propria vocazione per la garanzia del diritto alla tutela della salute senza discriminazioni.

*Questo contributo è dedicato alla memoria del prof. Elio Guzzanti (scomparso nella primavera del 2014), che ai temi qui trattati ha dedicato studio, impegno e passione (come uomo, medico, dirigente e Ministro della sanità), sempre disposto ad ascoltare i suoi più giovani collaboratori e capace di trasmettere loro una energica testimonianza etica.*

Maurizio Marceca

**Tabella 1** - Immigrazione nel mondo, in Europa e in Italia. Dati di sintesi 2013

<p><b>Mondo</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numero migranti: 231.522.000</li> <li>• Reddito pro capite Sud del Mondo: 9.420 dollari</li> <li>• Reddito pro capite Ue: 34.309 dollari</li> <li>• Sfolati, rifugiati, richiedenti asilo: 51,2 milioni</li> </ul> <p><b>Unione Europea (2012)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Residenti stranieri: 34,1 milioni</li> <li>• Incidenza su popolazione totale: 6,8%</li> <li>• Residenti nati all'estero: 50,9 milioni (incidenza: 10,1%)</li> <li>• Acquisizioni di cittadinanza: 817.000</li> <li>• Richieste di protezione internazionale (2013): 435.385</li> </ul> <p><b>Italia</b></p> <p><i>Presenze e provenienze</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Stima dei cittadini stranieri regolarmente presenti: 5.364.000</li> <li>• Cittadini stranieri residenti: 4.922.085</li> <li>• Incidenza sulla popolazione residente: 8,1%</li> <li>• Distribuzione territoriale residenti: Nord 60,1%, Centro 25,4%, Sud 14,6%</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Continenti di origine (2012): Europa 52,8%, Africa 20,9%, Asia 18,3%, America 7,9%, Oceania 0,0%</li> <li>• Soggiornanti non comunitari: 3.874.726 (di cui 56,3% di lungo periodo)</li> <li>• Prime 5 collettività di soggiornanti non comunitari: Marocco 525mila; Albania 503mila, Cina 321mila, Ucraina 234mila, Filippine 166mila</li> <li>• Prime 3 collettività di residenti comunitari (2012): Romania 933mila, Polonia 89mila, Bulgaria 48mila</li> <li>• Permessi di soggiorno scaduti e non rinnovati: 145.670</li> </ul> <p><b>Inserimento sociale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visti per famiglia: 76.164</li> <li>• Domande di protezione internazionale presentate: 26.620</li> <li>• Domande di protezione internazionale accolte: 61,1% delle 23.565 esaminate</li> <li>• Nuovi nati: 77.705</li> <li>• Minori non comunitari: 925.569</li> <li>• Iscritti a scuola a.s. 2013/2014: 802.785 (9,0% degli iscritti), di cui 51,7% nato in Italia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Soggiornanti per studio: 52.059</li> <li>• Acquisizioni di cittadinanza: 100.712</li> <li>• Matrimoni misti (2012): 20.764</li> </ul> <p><b>Inserimento occupazionale</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visti per lavoro subordinato: 25.683</li> <li>• Occupati: 2,4 milioni (agricoltura 4,7%; industria 31,7%; servizi 63,6%)</li> <li>• Incidenza su totale occupati: 10,5%</li> <li>• Disoccupati: 493mila</li> <li>• Tasso di disoccupazione: stranieri 17,3%; italiani 11,5%</li> <li>• Aziende con titolare o maggioranza dei soci nati all'estero: 497.080</li> <li>• Incidenza stranieri su totale infortuni per lavoro: 14,6%</li> <li>• Bilancio costi/benefici dell'immigrazione per lo Stato: +3,9 miliardi di euro</li> </ul> <p><b>Appartenenza religiosa (stima)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cristiani: 53,2%</li> <li>• Musulmani: 33,1%</li> <li>• Tradizioni religiose orientali: 5,0%</li> <li>• Altri gruppi religiosi: 2,6%</li> <li>• Atei/agnostici: 4,4%</li> </ul>
--	--	--

Fonte: IDOS, 2014.

**Tabella 2** - Popolazione e persone di 65 anni e più per tipo di malattia cronica dichiarata e sesso. Anni 2005 e 2013; tassi standardizzati per 100 persone

TIPO DI MALATTIA CRONICA	Popolazione		Persone di 65 anni e più					
	2005	2013	2005			2013		
			Maschi	Femmine	Totale	Maschi	Femmine	Totale
Iperensione arteriosa	14,5	17,1	36,4	44,0	40,3	45,8	50,9	48,4
Artrosi, artrite	19,8	16,2	52,8	61,1	57,1	38,9	59,4	49,4
Malattie allergiche	10,6	13,7	6,5	9,4	8,0	8,9	11,8	10,4
Cefalea o emicrania ricorrente	7,8	10,8	4,9	11,5	8,3	7,1	14,6	11,0
Osteoporosi	5,4	6,8	5,0	29,4	17,5	8,1	39,5	24,2
Diabete	4,9	5,6	14,7	14,9	14,8	18,3	16,8	17,6
Ansia o Depressione	5,5	5,5	7,8	16,5	12,2	9,0	16,7	13,0
- Ansietà cronica	-	3,0	-	-	-	4,5	9,9	7,3
- Depressione	-	4,3	-	-	-	7,0	13,0	10,1
Asma	3,7	4,3	7,9	6,0	6,9	6,9	6,2	6,5
Bronchite cronica, enfisema	5,1	3,9	19,1	12,2	15,5	14,3	9,7	11,9
Celiachia	-	0,5	-	-	-	0,1	0,3	0,2
Infarto del miocardio	2,0	2,0	9,8	4,1	6,9	10,0	3,9	6,9
Angina pectoris	0,8	0,7	2,8	2,5	2,6	2,9	1,9	2,4
Altre malattie del cuore	3,5	4,0	11,9	11,9	11,9	13,6	12,6	13,1
Ictus, emorragia cerebrale	1,3	1,4	5,8	4,2	5,0	5,8	4,9	5,3
Insufficienza renale cronica	-	1,3	-	-	-	5,2	4,0	4,6
Malattie della tiroide	3,3	5,0	1,7	7,3	4,6	2,8	13,0	8,1
Disturbi comportamento alimentare	-	0,5	-	-	-	0,5	0,7	0,6
Cirrosi epatica	0,3	0,3	0,6	0,7	0,6	0,9	0,6	0,8
Tumore maligno	1,0	1,6	3,1	2,3	2,7	5,3	4,0	4,6
Parkinsonismo	0,4	0,4	1,9	1,5	1,7	1,6	1,8	1,7
Alzheimer, demenze senili	0,6	0,9	2,1	2,9	2,5	3,1	5,1	4,1
Altra malattia cronica	3,7	2,9	6,1	5,3	5,7	4,6	3,6	4,1

Fonte: ISTAT, 2013.

**Box 1** - Le badanti e la sindrome italiana

(...) Nel 2005, Andriy Kiselyov e Anatoliy Faifrych intuiscono che due donne in cura nel loro reparto presentano un quadro clinico diverso dagli altri. Sintomi che hanno imparato a riconoscere in anni di attività (cattivo umore, tristezza persistente, perdita di peso, inappetenza, insonnia, stanchezza, e fantasie suicide) si innestano su una frattura del tutto nuova, che mescola l'affievolirsi del senso di maternità con una profonda solitudine e una radicale scissione identitaria. Quelle giovani madri non sanno più a quale famiglia, a quale parte dell'Europa appartengano, come se un'antica armonia si fosse all'improvviso spezzata (...)

Spesso queste donne lasciano un lavoro qualificato come insegnante, medico, ingegnere, per venire a svolgere mansioni dequalificate, per le quali non sono state formate. Inoltre, col tempo, si percepiscono come donne-bancomat: il solo rapporto con la famiglia consiste nell'inviar loro dei soldi (...)

Kiselyov e Faifrych capiscono che il "male oscuro" ha chiare origini sociali. Le due pazienti sono state badanti all'estero, hanno lavorato a lungo come donne di compagnia, infermiere, assistenti tuttofare nelle case italiane. Lo hanno fatto per anni, 24 ore al giorno, salvo che per una breve pausa nella domenica pomeriggio. Sono state lontane dalla loro casa, hanno lasciato soli i loro figli per accudire anziani altrettanto soli dall'altra parte del continente. Hanno retto sulle proprie fragili spalle due delicate trasformazioni: da una parte, l'invecchiamento dell'Italia e lo sgretolamento delle sue famiglie; dall'altra – attraverso le loro rimesse, spesso unica fonte di reddito per le loro famiglie lasciate lì – la tumultuosa transizione dei Paesi orientali. Sono rimaste a lungo sole, molto sole, senza che nessuno potesse percepire il loro *stress* crescente. E alla fine non ce l'hanno fatta più, sono crollate. I due psichiatri comprendono subito che le due pazienti non sono un caso isolato. Tante altre donne versano nelle stesse condizioni. E allora coniano il termine "Sindrome italiana", dal nome del Paese più "badantizzato" dell'Europa occidentale e forse del mondo (...)

In Romania alcuni psichiatri iniziano a studiare l'altra faccia della medaglia, i figli lasciati nei Paesi di partenza. Ed estendono la nuova locuzione "Sindrome italiana" anche a loro. Nel 2010 Mihaela Ghircoias, psichiatra presso l'ospedale pediatrico Santa Maria di Iasi, in Romania, si accorge che su circa mille bambini curati nel suo reparto, la metà ha un genitore (in particolare la madre) emigrata all'estero (in particolare in Italia) per lavorare (in particolare come badante). Alcuni hanno tentato il suicidio (...)

*Alessandro Leogrande, <http://www.romania-italia.net>, 2011*