



SUPPLEMENTO

LO STATO DI SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA IN ITALIA: EVIDENZE DALLE INDAGINI MULTISCOPO ISTAT

THE HEALTH STATUS OF THE IMMIGRANT POPULATION IN ITALY:
EVIDENCE FROM MULTIPURPOSE SURVEYS
OF THE ITALIAN NATIONAL INSTITUTE OF STATISTICS (ISTAT)

A CURA DI/EDITED BY

Alessio Petrelli
Anteo Di Napoli
Monica Perez
Lidia Gargiulo

Questo lavoro è stato realizzato in collaborazione con Istat

EDITORE



INDICE / CONTENTS

INTRODUZIONE / INTRODUCTION

- 4 Il primo studio sistematico sulla salute degli immigrati in Italia
The first analytical study on the health of immigrants in Italy
- 5 L'informazione della statistica ufficiale a disposizione del Paese
Official statistics available to the Nation

RISULTATI / RESULTS

- 7 **CAPITOLO 1. Le indagini Istat per l'analisi della salute della popolazione immigrata**
CHAPTER 1. The Istat National Health Interview Surveys for immigrant population
Roberta Crialesi, Luciana Quattrocchi
- 11 **CAPITOLO 2. Lo stato di salute percepito della popolazione immigrata in Italia**
CHAPTER 2. Self-perceived health status among immigrants in Italy
Alessio Petrelli, Anteo Di Napoli, Alessandra Rossi, Lidia Gargiulo, Concetta Mirisola, Gianfranco Costanzo
- 18 **CAPITOLO 3. La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia**
CHAPTER 3. Cervical and breast cancer screening among immigrant women resident in Italy
Lisa Francovich, Anteo Di Napoli, Paolo Giorgi Rossi, Lidia Gargiulo, Barbara Giordani, Alessio Petrelli
- 26 **CAPITOLO 4. Sovrappeso e obesità nella popolazione immigrata adulta residente in Italia**
CHAPTER 4. Overweight and obesity among adult immigrant populations resident in Italy
Alessio Petrelli, Anteo Di Napoli, Alessandra Rossi, Daniele Spizzichino, Gianfranco Costanzo, Monica Perez
- 33 **CAPITOLO 5. Discriminazione percepita sul luogo di lavoro in quanto straniero: uno studio sulla salute mentale percepita dagli immigrati in Italia**
CHAPTER 5. Perceived discrimination at work for being an immigrant: a study on perceived mental health among immigrants in Italy
Anteo Di Napoli, Rosaria Gatta, Alessandra Rossi, Monica Perez, Gianfranco Costanzo, Concetta Mirisola, Alessio Petrelli
- 41 **CAPITOLO 6. Fattori associati al ricorso a visite mediche: confronto tra cittadini italiani e stranieri residenti in Italia**
CHAPTER 6. Factors associated to medical visits: comparison among italians and immigrants resident in Italy
Anteo Di Napoli, Monica Perez, Alessandra Rossi, Daniele Spizzichino, Laura Iannucci, Lidia Gargiulo, Daniela Panaccione, Concetta Mirisola, Alessio Petrelli
- 50 **CAPITOLO 7. Differenze nella copertura vaccinale antinfluenzale tra sottogruppi di immigrati adulti residenti in Italia a rischio di complicanze (2012-2013)**
CHAPTER 7. Differences in influenza vaccination coverage among subgroups of adult immigrants residing in Italy at risk for complications (2012-2013)
Massimo Fabiani, Anteo Di Napoli, Flavia Riccardo, Lidia Gargiulo, Silvia Declich, Alessio Petrelli
- 57 **CAPITOLO 8. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute?**
CHAPTER 8. Undocumented immigrants: what do we know about their health?
Giovanni Baglio, Raffaele Di Palma, Erica Eugeni, Antonio Fortino

CONCLUSIONI / CONCLUSIONS

- 65 **Il profilo di salute degli stranieri immigrati: implicazioni per le politiche**
The health status of immigrants: implications for policies
Giuseppe Costa
- 67 **Salute straniera o salute degli stranieri?**
Foreign health or health of foreigners?
Farbizio Faggiano

Il primo studio sistematico sulla salute degli immigrati in Italia

The first analytical study on the health of immigrants residing in Italy

L'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) è ente del Servizio sanitario nazionale con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute. Per il compimento delle funzioni dell'Istituto, come articolate dal decreto del Ministero della salute n. 56 del 22 febbraio 2013, la Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano prevede un finanziamento basato sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno di riferimento (art. 14, comma 5, D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. 189/2012). L'INMP ha il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione nell'ambito della salute delle popolazioni migranti e delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute, in particolare nella valutazione dell'effetto della povertà sulla salute della popolazione.

Oltre alla tradizionale attività di assistenza ambulatoriale, i cardini dell'INMP sono rappresentati dall'Osservatorio epidemiologico (OENIP) e dalla rete di sanità pubblica, attraverso i quali l'Istituto intende attivare strumenti di valutazione e promozione dell'equità nella salute, che mai come in questa fase storica necessita di essere monitorata, anche in considerazione della crisi economica globale che ha caratterizzato l'ultimo decennio. L'OENIP ha iniziato a operare nel 2013 attivando linee di attività e ricerca in collaborazione con i centri epidemiologici regionali e gli istituti nazionali coinvolti sui temi di interesse dell'INMP. Tra queste, riveste particolare importanza la collaborazione scientifica con l'Istat, che ha consentito di condurre gli studi presentati in questa monografia, risultato finale di due anni di lavoro intenso e proficuo, e che presenta contributi originali sullo stato di salute della popolazione immigrata in Italia. Ne emerge un quadro caratterizzato da elementi di interesse originali. Innanzitutto, il noto vantaggio di salute che gli immigrati posseggono al loro arrivo rispetto alla popolazione nativa inizia a mostrare segnali di deterioramento. Tale osservazione viene evidenziata da quasi tutti i risultati presentati nella monografia, a partire dallo stato di salute percepito fisico e mentale, anche a causa dei fenomeni di discriminazione subiti, e dalla tendenza al sovrappeso. Questi importanti risultati costituiscono una sfida per il servizio sanitario, che deve essere in grado di spostare l'attenzione dal tradizionale focus sulle malattie infettive e sulle condizioni acute che eventualmente possono manifestarsi al momento dell'arrivo, ai problemi che caratterizzano una popolazione stabilmente presente, quindi maggiormente esposta ai

problemi di salute cronici, ma anche correlati alle disuguaglianze socioeconomiche nella salute. In tale scenario, l'attenzione alla prevenzione è cruciale: alcuni indizi emergono da questo lavoro, che ha mostrato un minore ricorso all'assistenza sanitaria efficace, come nel caso della vaccinazione antinfluenzale, delle visite mediche senza disturbi o sintomi finalizzate alla prevenzione primaria, ma anche degli screening per la prevenzione femminile. Tuttavia, proprio dall'osservazione dell'andamento della copertura degli screening emerge che laddove il sistema sanitario riesce a fornire un'offerta di assistenza attiva ed efficace per tutta la popolazione residente, italiana e straniera, le disuguaglianze tra i due gruppi si riducono.

Questi risultati rappresentano solo il primo passo del programma di attività che l'Osservatorio epidemiologico sta mettendo in campo, con un progressivo potenziamento della propria struttura. A tal fine l'OENIP sta coinvolgendo la rete nazionale degli esperti delle Regioni e degli istituti nazionali di ricerca. Le iniziative che sono in fase di attivazione riguarderanno progettualità sia di carattere istituzionale, come il sistema di monitoraggio degli indicatori sulla salute degli immigrati, sia filoni maggiormente orientati alla ricerca epidemiologica e operativa. Numerosi temi devono essere esplorati, a partire dalle barriere all'accesso all'assistenza sanitaria e dai problemi di salute delle seconde generazioni, che ormai costituiscono una quota rilevante della popolazione residente. Una ulteriore sfida per la ricerca epidemiologica è rappresentata dal tema delle condizioni di salute dei migranti "irregolari", spesso solo in transito nel nostro Paese. Nella monografia è presente un contributo specifico, che evidenzia l'assenza di particolari situazioni allarme per la salute pubblica in termini di malattie trasmissibili, rilevando al contempo i rischi per le condizioni di marginalità in cui spesso si trovano a vivere e stimola un approfondimento per la valutazione della salute mentale dei richiedenti protezione internazionale.

Questo volume monografico costituisce il primo contributo sistematico prodotto in Italia sul tema della salute della popolazione immigrata e ci auguriamo che possa in tal senso rappresentare un importante strumento di lavoro nell'ambito della programmazione sanitaria. Tutte le istituzioni impegnate sui temi dell'equità nella salute possono trovare nell'INMP una sponda a livello centrale su cui impostare collaborazioni a fini di ricerca, ma anche per valorizzare risultati prodotti e per sollecitare interventi dei decisori in ambito di prevenzione primaria o secondaria e di assistenza sanitaria.

Concetta Mirisola

Direttore generale INMP

L'informazione della statistica ufficiale a disposizione del Paese

Official statistics available to the Nation

Secondo i dati dell'Organizzazione delle nazioni unite (ONU) riportati nell'ultimo *International migrant report*, nel 2015 il numero dei migranti internazionali nel mondo ha raggiunto i 244 milioni. In Italia vivono 5 milioni 26 mila straniere/i (l'8,3% della popolazione totale al 31 dicembre 2015). Quanto la dinamica migratoria abbia notevoli implicazioni sulla tenuta del baluardo della salute come pilastro indiscutibile da garantire indiscriminatamente lo ricorda l'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definendo i consistenti flussi migratori che stanno interessando nell'ultimo triennio il continente europeo, e in particolar modo le coste italiane, come «un'importante emergenza sanitaria».

La condizione soggettiva e oggettiva di salute della popolazione immigrata si caratterizza per una tale diversificazione e complessità combinatoria di livelli di vulnerabilità, bisogni sanitari, capacità di interazione e affidamento al sistema sanitario – peraltro mobili nel ciclo di vita migratorio individuale e collettivo – da richiedere sinergie multidisciplinari e interistituzionali sempre più integrate.

In questo quadro emerge con forza l'interdipendenza e l'integrabilità di diverse direttrici scientifiche cruciali per rispondere alla sfida conoscitivo-programmatica della salute della popolazione immigrata: l'approccio tecnico-scientifico di carattere epidemiologico, volto ad analizzare le dinamiche connesse alla salute e alle sue conseguenze, con il fondamentale supporto statistico, imprescindibile per garantire con qualità e tempestività la valutazione analitica sulla struttura e dinamica della condizione di salute delle/degli immigrate/i, anche in relazione a prevenzione, stili di vita, fattori di rischio; l'approccio giuridico, focalizzato sulla legislazione e sugli orientamenti, internazionali e nazionali, sottesi alla realizzazione di un *welfare* sostanzialmente, e non formalmente, universale.

L'Istat ha da sempre considerato la salute un asse tematico d'elezione nell'individuazione e costruzione di processi e prodotti statistici allo stesso tempo consolidati nella qualità e innovativi nelle tecniche e nei contenuti. In tal senso, **tradizione** tematica e **traduzione** di nuovi bisogni conoscitivi in informazione statistica sono state due parole chiave che hanno accompagnato la storia delle statistiche sanitarie in tutto il loro arco evolutivo, tanto contenutistico quanto metodologico.

Storicamente, le principali fonti Istat sull'evoluzione delle condizioni di salute della popolazione si basano sulle rilevazioni di natura amministrativa – i registri di stato civile – che non solo sono la principale fonte per la produzione di statistiche demografiche, ma rivestono anche un'importanza straordinaria per la produzione di informazione statistica, continua ed esaustiva, in ambito sanitario. Basti pensare come ancora oggi la rilevazione Istat sulle cause di morte, derivata appunto dai registri di stato civile, costituisca la principale fonte di dati epidemiologici coerenti sull'intero territorio nazionale.

A partire dagli anni Cinquanta l'Istat ha dato avvio alla raccolta di nuovi dati di natura amministrativa, mediante la rilevazione sugli istituti di cura pubblici e privati che l'Istituto ha condotto con cadenza annuale fino alla fine degli anni Ottanta. Successivamente tali informazioni sono state ricondotte nell'ambito del sistema informativo sanitario, sviluppato dal Ministero della salute secondo

una visione unitaria e integrata. Nel contempo, per rispondere alla necessità di disporre di dati più mirati sulle tematiche emergenti di salute pubblica, il patrimonio informativo dell'Istat si è andato man mano arricchendo di nuove indagini specifiche, tra cui quelle relative agli aborti spontanei e all'interruzione volontaria di gravidanza.

Una vera e propria rivoluzione nel panorama informativo del settore sanitario è stata quella del 1980, con l'utilizzo delle prime indagini sulla popolazione basate su campioni. Il ricorso alle indagini campionarie nell'attività di ricerca sanitaria è diventato via via il principale strumento di informazione con copertura nazionale sulle condizioni di salute e i consumi sanitari nel nostro Paese, affiancandosi non soltanto in un'ottica multifonte alle fonti amministrative, ma anche in una visione di integrazione fra informazioni qualitative e quantitative.

Come dimostra questo volume monografico, tali indagini – sia quelle che rientrano nel sistema di indagini multiscopo che l'Istituto conduce regolarmente presso le famiglie, sia quelle ad hoc come l'indagine sull'integrazione degli stranieri – offrono la possibilità di mettere in rapporto le condizioni di salute degli individui con altri aspetti rilevanti del loro contesto familiare e sociale nonché del loro stile di vita; consentono, inoltre, di analizzarne il comportamento nei riguardi della salute (ricorso a visite mediche, consumo di farmaci ecc) e i fattori di rischio (obesità, consumo di tabacco e alcol), permettendo di cogliere un'immagine multidimensionale del fenomeno.

Tradizione, ma di pari passo con una vigile **traduzione** di fenomeni e bisogni conoscitivi emergenti: è in tal senso che la **salute della popolazione immigrata**, come ricorda il titolo di questo volume, è divenuta sempre più oggetto di statistiche accurate e multidimensionali, volte a intrecciare a livello analitico prospettive diverse come quella epidemiologica, sociale ed economica, per poi comporre in modo integrato anche come strumento di orientamento e programmazione delle *policy* sanitarie.

Infatti, la popolazione immigrata può soffrire di plurivulnerabilità in termini di salute, intesa in senso ampio: lo status giuridico (regolarità o irregolarità della presenza), lo status socioeconomico e barriere non finanziarie (atteggiamenti stigmatizzanti e marginalizzanti dovuti a differenze d'aspetto, culturali, linguistiche, religiose, difficoltà burocratiche per l'accesso ai servizi), orari incompatibili con gli impegni di lavoro, mancato *networking* con i migranti più integrati incidono direttamente/indirettamente sulla domanda e sull'offerta di servizi sanitari e sulle politiche sanitarie dedicate alla salute della popolazione immigrata.

L'Istituto nazionale di statistica continuerà a impegnarsi nel tanto difficile quanto avvincente lavoro di costruire dati che non siano solo numeri, ma vero volano di cambiamento sociale, culturale, valoriale, e dunque politico, anche attraverso collaborazioni istituzionali, come quella con l'INMP, con cui aggiungere valore all'imponente mole di dati prodotti e di cui questa monografia rappresenta un risultato concreto.

Vittoria Buratta
Direttore Istat

RISULTATI RESULTS



CAPITOLO 1

Le indagini Istat per l'analisi della salute della popolazione immigrata

The Istat National Health Interview Surveys for immigrant population

Roberta Crialesi, Luciana Quattrociochi

Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

Corrispondenza: Luciana Quattrociochi; luciana.quattrociochi@istat.it

RIASSUNTO

Le indagini Istat sulla salute (2005 e 2013) e l'indagine "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" (2011-2012) offrono una vasta gamma di informazioni sulle condizioni di salute e sull'accessibilità ai servizi sanitari degli immigrati in Italia. Le indagini sulla salute, in particolare, condotte su campioni di circa 60.000 famiglie per un totale di quasi 120.000 individui, offrono il vantaggio di analizzare come si sono modificate negli anni le condizioni di salute degli stranieri ed effettuare analisi comparative tra stranieri e italiani.

L'indagine "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri", condotta su un campione nazionale di circa 10.000 famiglie con almeno un cittadino straniero residente, per un tot-

ale di oltre 20.000 individui, offre per la prima volta in Italia la possibilità di condurre analisi in profondità sia in tema di salute sia in tema di integrazione sociale degli stranieri. Consente inoltre di studiare, attraverso modelli esplicativi, le differenze in base alle principali nazionalità.

Parole chiave: salute, stranieri, integrazione sociale

ABSTRACT

The Istat "National Health Interview Surveys" (NHIS; 2005 and 2013) and the ad hoc interview surveys "Social conditions and integration of foreign citizens in Italy" (2011-2012) offer a wide range of information about health conditions and accessibility to health services of immigrants in Italy. NHIS, in particu-

lar, based on samples of about 60,000 families for a total of almost 120,000 individuals, allows to analyse changes in health conditions over the years and to make comparative analyses between foreign citizens and Italians.

The survey "Conditions and social integration of foreign citizens", carried out on a national sample of about 10,000 households with at least one resident foreign citizen (more than 20,000 individuals), for the first time in Italy gives the chance to lead in-depth analyses in terms of health and social integration of foreigners. It also allows to study the relationships between indicators, distinguishing against major nationalities, through explanatory models.

Keywords: health, foreigners, social integration

INTRODUZIONE

L'Italia si va caratterizzando per una presenza straniera sempre più stabile e consolidata nonché per essere diventata terra di accoglienza di persone in fuga. Il numero di cittadini stranieri residenti in Italia è raddoppiato negli ultimi dieci anni, passando da 2,4 milioni nel 2005 a oltre 5 milioni nel 2015, arrivando a rappresentare l'8,3% della popolazione residente. Un fenomeno, come dimostrano i dati recenti, destinato a incrementi repentini come risultato delle crescenti disparità demografiche, dei cambiamenti ambientali, delle nuove dinamiche economiche e politiche globali.

Assicurare la parità di trattamento tra cittadini italiani e migranti, sotto il profilo dell'assistenza sanitaria e dell'accesso alle cure per i soggetti più vulnerabili, è un impegno sottoscritto nell'accordo Stato-Regioni del 2013 e trae il suo fondamento dall'articolo 32 della Costituzione italiana allorché riconosce la tutela della salute come «fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività». Nel caso delle popolazioni immigrate le disuguaglianze di salute sono considerate strettamente legate al rischio di esclusione sociale e povertà.¹ Occuparsi della salute delle persone straniere che vivono nel nostro Paese equivale a mettere in atto interventi di salute pubblica nell'accezione più ampia del termine. Molti studi internazionali hanno dimostrato come la popolazione straniera presenti di norma condizioni di salute migliori di quelle della popolazione ospitante. Le ragioni di questo iniziale vantaggio dipendono in primo luogo da una selezione all'origine, per cui coloro che partono sarebbero anagraficamente più giovani e più sani di quanti restano nel loro Paese. In secondo luogo, in caso di malattia o con l'arrivo della vecchiaia i migranti tenderebbero a tornare nel loro Paese di origine, comportamento noto come *salmon bias*.² È stato tuttavia rilevato che gli immigrati tendono, in maniera direttamente proporzionale alla durata della loro permanenza in Italia, ad adottare stili di vita assimilabili a quelli degli strati socialmente ed economicamente più poveri della collettività del Paese ospitante, caratterizzati da un maggiore livello di deprivazione ma-

teriale e psicologica rispetto alla popolazione generale, determinando situazioni che potrebbero esporli a problemi di salute.^{3,4} E' così stato osservato che nel lungo periodo si potrebbe attuare un processo di convergenza tra la condizione di salute dei migranti e quella della popolazione locale con un capovolgimento delle condizioni iniziali degli immigrati, che da favorevoli passerebbero a sfavorevoli. Le implicazioni sociali e sanitarie sono notevoli poiché i flussi migratori interessano una moltitudine di persone, ognuna con determinanti di salute, bisogni e livelli di vulnerabilità differenti. Una situazione che sposta l'attenzione di una parte dei problemi di salute degli immigrati alla politica e a tutte le azioni che possono contrastare le disuguaglianze sociali nella popolazione.

Obiettivo del presente contributo è documentare l'offerta di informazione statistica oggi disponibile soffermandosi sul contributo fornito dall'Istat per comprendere e interpretare al meglio i bisogni dei migranti attraverso il potenziamento di due indagini dirette di popolazione e, in prospettiva, soprattutto attraverso un uso integrato delle fonti informative sanitarie e statistiche con le fonti sociali.

LE INDAGINI DI POPOLAZIONE

In una società ormai multietnica la promozione della salute e la programmazione sanitaria, a livello sia nazionale sia locale, richiedono una strategia complessiva in grado, da un lato di rispondere adeguatamente e in modo efficace alla domanda di assistenza sanitaria che emerge da questo segmento della popolazione, dall'altro di garantire ai cittadini immigrati di accedere ai servizi e di gestire efficacemente la propria condizione di salute nel nuovo contesto di vita. Una politica indirizzata al raggiungimento di una piena integrazione deve quindi dare la massima rilevanza all'individuazione e all'adeguamento degli strumenti di politica sanitaria.

Questa consapevolezza può fondarsi solo su una base di dati e di informazioni di qualità, rilevanti, tempestive, accurate e comparabili. D'altro canto, è esperienza recente che informazioni non

fondate scientificamente possono indurre allarmismi ingiustificati (per esempio, i timori di malattie sconosciute veicolate dai migranti) ma anche comportamenti gravemente lesivi della salute, come nei casi, ormai frequenti, di abbandono delle pratiche vaccinali.

Le fonti informative disponibili su scala sistemica a livello nazionale consentono di tracciare quadri sufficientemente analitici per i diversi aspetti dell'assistenza sanitaria anche della popolazione straniera. L'ospedalizzazione per esempio è uno degli ambiti meglio documentati grazie alle informazioni sanitarie desunte dalle schede di dimissione ospedaliera; le indagini sulle interruzioni volontarie di gravidanza focalizzano su un tema di persistente criticità per la salute delle donne straniere, soprattutto per quelle in condizioni di maggiore deprivazione sociale. In generale, i flussi del sistema informativo sanitario (NSIS), dai sistemi di sorveglianza alla notifica delle malattie infettive, nonché le stesse cause di morte, pilastro dell'informazione statistica in sanità pubblica, restituiscono immagini della salute della popolazione straniera da angolazioni diverse, ma la loro capacità informativa si limita ad analisi "verticali", condotte separatamente sulle singole basi di dati. Valorizzare questa ricchezza informativa mediante un utilizzo integrato dei dati sanitari è la prospettiva verso cui indirizzare gli sforzi nel prossimo futuro. Occorre inoltre osservare che in un Paese come l'Italia la composizione sociodemografica degli immigrati è molto differenziata, con bisogni di salute stratificati in modo diverso in base alle differenti caratteristiche di storia migratoria e alla provenienza da Paesi stranieri a forte svantaggio economico e sociale. L'accresciuta complessità pone, dunque, nuove domande conoscitive sui bisogni di salute espressi dagli immigrati, sui fattori di rischio, sulle difficoltà di accesso ai servizi sanitari, sulle scelte individuali di tutela della salute, domande a cui i sistemi informativi sanitari e i flussi di dati amministrativi non consentono di rispondere in modo adeguato e flessibile.

L'Istat è impegnato su queste tematiche con una serie di progetti tra loro interconnessi per offrire informazioni sempre più ricche e articolate e rispondere alle nuove esigenze dettate dalla globalizzazione e dalla sostenibilità del sistema. In questo contesto le indagini dirette di popolazione svolgono un ruolo fondamentale, rendendo disponibile una vasta gamma di informazioni non contenute nei flussi sanitari e consentendo altresì di studiare aspetti dello stato di salute o dell'accesso ai servizi sanitari congiuntamente al contesto familiare, sociale e culturale. Questi aspetti sono di straordinario interesse per rappresentare la molteplicità e l'eterogeneità dei soggetti, dei loro comportamenti e delle loro scelte nei confronti della propria salute. In particolare, le indagini sulle condizioni di salute della popolazione condotte dall'Istat hanno concorso a fornire al Paese, nel corso degli anni, un quadro epidemiologico ricco e articolato, rivelandosi anche strumenti flessibili per fornire risposte a domande conoscitive inedite. La prima indagine "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 1983 ha tracciato un percorso su cui l'Istat ha costruito un patrimonio di competenze e conoscenze che hanno rappresentato un punto di riferimento e di continuità per il Paese e per le istituzioni sanitarie.

A partire dagli anni Duemila le indagini sono state potenziate

grazie a una stretta collaborazione tra Istat e Servizio sanitario nazionale. Nell'ambito dei finanziamenti vincolati agli obiettivi di piano, il Ministero e le Regioni hanno stabilito di investire sulle indagini Istat sulla salute, affinché venissero rilevati dati orientati anche alle esigenze conoscitive della programmazione sanitaria e si ampliasse la dimensione campionaria così da consentire stime affidabili a livello regionale e sub-regionale.

La numerosità campionaria, circa 60.000 famiglie per un totale di quasi 120.000 individui, consente di fornire stime regionali e sub-regionali nonché di approfondire lo studio di fenomeni anche con prevalenze non elevate, garantendo un ottimo livello di precisione delle stime. A partire dal 2005 pertanto è possibile analizzare anche la salute della popolazione straniera residente nel territorio italiano in relazione a covariate territoriali e sociali, comparandola con quella degli italiani, nonché osservarne l'evoluzione nel tempo.

A fronte però di una presenza straniera massiccia, ma ancora scarsamente indagata e di una realtà destinata a incidere sul tessuto sociale ed economico in maniera continua e profonda, è stata avvertita come determinante la necessità di disporre di un sistema di conoscenze più completo e sistemico. A questo proposito è stata finanziata dal Ministero della salute una indagine ad hoc sulle condizioni di vita e di salute di un campione di famiglie nella cui composizione ci fosse almeno uno straniero. L'indagine "Condizioni di vita e l'integrazione dei cittadini stranieri", condotta in Italia nel 2011-2012 su un campione nazionale di 9.600 famiglie, residenti in 830 Comuni, per un totale di oltre 20.000 intervistati, rappresenta il primo progetto in Italia mirato a esplorare i valori, le culture, la soggettività dei migranti e al contempo i bisogni di salute, l'accesso e l'utilizzo appropriato dei servizi. L'indagine fornisce anche la possibilità di effettuare analisi retrospettive attraverso una lettura dell'evoluzione nel tempo del processo di integrazione secondo le generazioni, la durata del soggiorno o per coorti di ingresso.

ASPETTI METODOLOGICI

E' opportuno evidenziare alcuni aspetti metodologici che sottendono alle due indagini Istat concernenti l'individuazione della popolazione obiettivo e la disponibilità delle informazioni necessarie per la sua identificazione.⁴ Poter identificare e descrivere la parte della popolazione avente un'origine straniera ha rappresentato un impegno denso di difficoltà nella definizione del campione e nell'operatività dell'indagine. Nell'indagine "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri in Italia" lo *stock* di immigrati è stato identificato come il gruppo di persone residenti nate al di fuori dell'Italia: è stato così rilevato per ciascun rispondente il Paese di nascita, una pratica comune a tanti Stati. Tale variabile offre due vantaggi: il Paese di nascita di un individuo non cambia nel tempo ed è unico. Tuttavia, il gruppo di persone nate all'estero risulta da un lato troppo ampio, in quanto include anche cittadini italiani nati all'estero e dall'altro, troppo ristretto, perché esclude i discendenti di immigrati, la cosiddetta "seconda generazione".

Alla luce del quadro concettuale appena tracciato, anche se i connotati relativamente recenti del fenomeno migratorio in Italia si riflettono in un collettivo d'interesse ancora in gran par-

te composto dalla prima generazione d'immigrati, si è ritenuta indispensabile l'identificazione della popolazione straniera attraverso l'utilizzo combinato di diversi criteri. Per questo motivo, nell'indagine "Condizioni di vita e integrazione dei cittadini stranieri", quando si è dovuto identificare lo *stock* di riferimento, oltre al Paese di nascita degli immigrati è stata rilevata anche la cittadinanza al momento dell'intervista. L'uso congiunto di queste due variabili, unitamente a quelle della cittadinanza e del Paese di nascita del padre e della madre dei rispondenti, ha consentito di cogliere la distinzione tra le cosiddette "prima", "seconda" e "terza" generazione, caratteristica che si rivela fondamentale nel determinare i profili di salute e i percorsi di integrazione delle persone di origine straniera.

I CONTENUTI INFORMATIVI

Le informazioni statistiche prodotte favoriscono la conoscenza finora frammentata e di difficile analisi su specifici aspetti di fondamentale importanza quali: il legame tra condizioni di salute, stili e qualità della vita degli immigrati; l'accesso alle cure e ai servizi sociosanitari; le differenze rispetto alla popolazione residente italiana; le difficoltà incontrate dagli stranieri residenti nel rapporto con i servizi sanitari. Diverse e molto articolate sono pertanto le aree tematiche che permettono di approfondire i diversi aspetti delle condizioni di salute, di accesso alle cure e del processo di integrazione dei cittadini stranieri.

I dati confermano un quadro della condizione di salute assolutamente in linea con un profilo di migranti di prima generazione che si spostano prevalentemente per progetti di lavoro e che portano con sé un capitale di salute che ne fa un gruppo mediamente più sano. Nel complesso, considerando i tassi standardizzati per età, gli uomini stranieri che si percepiscono in buona salute sono l'88,8% contro l'86,4% delle donne straniere (nella popolazione italiana i valori sono rispettivamente pari a 85,3% e 81,8%).⁵ Lo stato di salute è influenzato da una serie di fattori socioculturali assolutamente diversificati in base al Paese di provenienza. A sentirsi in buona salute tra i cittadini dei Paesi Ue sono soprattutto i polacchi (88,4%) e, tra i non comunitari, i cinesi (90,2%), i filippini (90,2%) e gli indiani (88,8%). In fondo alla classifica si trovano gli ucraini (85,8%) e i marocchini (85,2%). Sul piano psicologico, maggior benessere si osserva tra gli indiani (55,4%), mentre più vulnerabili appaiono i tunisini (52,5%). L'indice di salute mentale, pari a 78 in media, evidenzia una situazione di maggiore svantaggio per tunisini e marocchini.⁷

Il ricorso ai servizi sanitari rappresenta una componente essenziale e forse prioritaria per assicurare un'adeguata qualità della vita: la scarsa o assente conoscenza dei diritti all'assistenza e la conseguente paura di segnalazione rimangono elementi che limitano l'accesso alle cure da parte della popolazione straniera. In assenza di disturbi o sintomi vanno dal medico il 57,5% degli stranieri, di più le donne (59,6% contro il 53,9% degli uomini) e i giovani under 14 (62,9%), di meno i cinesi (44,1%). Si rivolgono al Pronto soccorso soprattutto tunisini e marocchini, meno i cinesi. Alla guardia medica si recano di più i giovani adulti e chi vive al Mezzogiorno, al consultorio soprattutto le donne tra i 25 e i 34 anni.⁷ Se a questo si aggiungono le difficoltà linguistiche e le differenze culturali, allora il tema della pro-

mozione della salute si inquadra in un contesto più ampio che include l'inserimento sociale degli immigrati nel Paese di accoglienza. Il 13,8% degli stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a spiegare in italiano i disturbi al medico e il 14,9% a comprendere ciò che il medico dice. Lo svantaggio è maggiore per le donne, per gli over 54, per chi ha un titolo di studio basso e per le collettività cinesi, indiane, filippine e marocchine. Il 13% dei cittadini stranieri (di 14 anni e più) ha difficoltà a svolgere le pratiche amministrativo-burocratiche nell'accesso alle prestazioni sanitarie, soprattutto se cinesi o indiani. Gli orari di accesso alle prestazioni sanitarie sono incompatibili con gli impegni familiari o personali per l'8,6% degli stranieri di 14 anni e più, con gli impegni di lavoro per il 16% di quelli di 15 anni e più.⁷ Alcune malattie possono insorgere per l'esposizione ad alcuni fattori di rischio (fumo, abuso di alcol, scorretta alimentazione, sovrappeso e/o obesità, sedentarietà) che, in gran parte, sono legati a comportamenti individuali. Identificare i fattori di rischio per la salute dovuti a stili di vita non salutari permette di contenere o rimuovere gli ostacoli di natura culturale, sociale ed economica, l'accesso alle conoscenze e alle prassi che determinano l'assunzione di stili di vita e di comportamenti salutogenici nel percorso di vita degli stranieri. A questo proposito il 23,2% degli stranieri di 14 anni e più consuma abitualmente tabacco, contro il 25,8% degli italiani. Come nel caso degli italiani, l'abitudine è più diffusa tra gli uomini (32,4%) che tra le donne (15,1%). Inoltre, quasi un terzo degli stranieri è sovrappeso (30,9%) e l'obesità interessa il 7,8%.⁷ Sulla base delle informazioni raccolte (tabella 1, p. 10) è dunque possibile calcolare numerosi indicatori che si possono esaminare per gli scopi di monitoraggio e valutazione dell'integrazione dal punto di vista della salute. Gli indicatori prodotti, non altrimenti disponibili, danno conto dell'eterogeneità della popolazione straniera e dei diversi profili di salute e rappresentano la base di partenza sia in termini di inclusione e programmazione degli interventi sanitari sia in termini di prevenzione e cura.

CONCLUSIONI

Le indagini sulla salute dell'Istat e la disponibilità di un'indagine specifica sull'integrazione sociale dei cittadini stranieri hanno fornito l'opportunità di un'intensa attività di valorizzazione e approfondimento del fenomeno dell'immigrazione e dei profili di salute della popolazione straniera di cui questa monografia raccoglie i principali contributi. Tra i vantaggi, oltre alla ricchezza di informazioni delle fonti sulle condizioni di salute, si evidenziano la potenza statistica per l'ampiezza campionaria, la rappresentatività dell'intero territorio nazionale e la confrontabilità territoriale e nel tempo. Un limite di queste fonti risiede, invece, nella possibilità di osservare i soli soggetti regolari, escludendo così tutti gli altri, ovvero i migranti irregolari e quelli regolarmente presenti ma con la residenza in Italia non ancora formalizzata. Oltre a ciò, persistono alcune lacune conoscitive che rappresentano altrettante sfide per i sistemi informativi sanitari e statistici; ci si riferisce per esempio allo studio delle disuguaglianze sociali attraverso le traiettorie di vita, a quello degli effetti sfavorevoli sulla salute, o ancora ai profili di svantaggio e di salute delle seconde e terze generazioni.

La risposta a queste domande conoscitive richiede che venga superato l'approccio trasversale di queste indagini così come di gran

Tabella 1. Aree tematiche presenti nelle indagini Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" (2005 e 2013) e "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" (2011-2012).

Table 1. Main topics of Istat surveys "Health status and use of health services" (2005 and 2013) and "Social conditions and integration of foreign citizens in Italy" (2011-2012).

AREE TEMATICHE	CONDIZIONI DI SALUTE E RICORSO AI SERVIZI SANITARI	CONDIZIONE E INTEGRAZIONE SOCIALE DEI CITTADINI STRANIERI
CONDIZIONI E PERCEZIONE DELLA SALUTE		
Percezione dello stato di salute (fisica e mentale)	X	X
Malattie acute	X	X
Malattie croniche	X	X
Limitazioni nelle attività	X	X
Invalidità	X	
Disabilità	X	
Incidenti sul lavoro		X
SERVIZI E TRATTAMENTI		
Visite mediche	X	X
Accertamenti diagnostici	X	
Servizi ospedalieri, day hospital, assistenza domiciliare, riabilitazione, altri servizi sanitari	X	X
Consumo di farmaci e terapie non convenzionali	X	X
Opinioni su alcuni servizi di pubblica utilità	X	X
Difficoltà linguistiche con il medico		X
Difficoltà organizzative, economiche, burocratiche e amministrative nell'accesso ai servizi sanitari		X
PREVENZIONE E STILI DI VITA		
Incidenti sul lavoro		X
Prevenzione generale, prevenzione del tumore del colon	X	
Prevenzione femminile	X	
Dieta	X	
Peso e altezza	X	X
Fumo	X	X
Attività fisica	X	X
Metodi contraccettivi	X	X
Cibi		X
Consumo di alcol		X
Altre bevande diverse da alcol		X
TOTALE AREE TEMATICHE	18	19

parte del patrimonio informativo statistico e sanitario. In una prospettiva futura, l'integrazione mediante *linkage* individuali tra i registri del SSN dovrà consentire di ricostruire percorsi di diagnosi, cura e prevenzione e favorire lo sviluppo di sistemi di osservazione longitudinale. In questa direzione si sta muovendo l'Istat nel dare attuazione a un ambizioso progetto di modernizzazione delle statistiche. I punti cardine di tale progetto sono l'adeguato sfruttamento di dati di fonte amministrativa e l'integrazione e la valorizzazione di tutte le informazioni prodotte attraverso la costruzione di registri statistici che le contengano e le mettano a sistema. L'integrazione tra dati amministrativi e dati di indagine consentirà di superare la frammentazione oggi esistente fra le diverse indagini campionarie sulle famiglie. Ciò consentirà di valorizzare al meglio dati e risultati prodotti e di produrre informazioni con livelli di dettaglio oggi impensabili.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Wilkinson RG, Marmot MG. *Social determinants of health: the solid fact*. Copenhagen, World Health Organisation, 2003.
2. Abraido-Lanza AF, Dohrenwend BP, Ng-Mak DS, Turner JB. (1999). The Latino mortality paradox: A test of the salmon bias and healthy migrant hypotheses. *Am J Public Health* 1999;89(10):1543-48.
3. Jasso G, Massey DS, Rosenzweig MR, Smith JP. Immigrant health: selectivity and acculturation. In: Anderson NB, Bulatao RA, Cohen B (a cura di). *Critical perspectives on racial and ethnic differences in health in late life*. Washington (DC), National Academic press, 2004: 227-66.
4. MacDonald JT, Kennedy S. (2004). Insights into the healthy immigrant effect: health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004;58(8):1613-27.
5. Bonifazi C, Gallo G, Strozza S, Zindato D. Popolazioni straniere e immigrate: definizioni, categorie, e caratteristiche. *Studi Emigrazione* 2008;171:519-48.
6. Borrell C, Muntaner C, Solà J et al. Immigration and self-reported health status by social class and gender. The importance of material deprivation, work organization and household labour. *J Epidemiol Community Health* 2008;62(5 e 7).
7. Istat. *Statistica report Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/110879>

CAPITOLO 2

Lo stato di salute percepito della popolazione immigrata in Italia

Self-perceived health status among immigrants in Italy

Alessio Petrelli,¹ Anteo Di Napoli,¹ Alessandra Rossi,¹ Lidia Gargiulo,² Concetta Mirisola,¹ Gianfranco Costanzo¹

¹ Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

² Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

Corrispondenza: Alessio Petrelli; petrelli@inmp.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: valutare lo stato di salute percepito della popolazione immigrata residente in Italia.

DISEGNO: studio trasversale basato sui campioni rappresentativi della popolazione residente in Italia delle indagini Istat "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" 2005 e 2013.

SETTING E PARTECIPANTI: lo studio è stato condotto sul campione nella fascia di età 18-64 anni: n. 80.661 nel 2005, di cui 3,2% immigrati e n. 72.476 nel 2013, di cui 7,1% immigrati.

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: rapporti fra tassi di prevalenza (PRR) stimati attraverso modelli di regressione log-binomiali, stratificati per edizione dell'indagine e genere, valutando l'associazione tra il *physical component score* (PCS), il *mental component score* (MCS) e l'indice di salute globale con la cittadinanza, aggiustando per i seguenti fattori di confondimento: età, livello di istruzione, stato occupazionale, risorse economiche percepite, indice di massa corporea (IMC).

RISULTATI: nel 2005 gli immigrati avevano una minore probabilità di peggiore salute fisica percepita, sia tra i maschi (PRR: 0,79; IC95% 0,70-0,89) sia tra le femmine (PRR: 0,89; IC95% 0,82-0,97) rispetto agli italiani. Nel 2013 il vantaggio di salute percepita a favore degli immigrati si riduceva in entrambi i generi (PRR maschi: 0,87; IC95% 0,80-0,95; PRR femmine: 0,94; IC95% 0,88-0,99). Nel periodo considerato aumenta la prevalenza di persone con peggiore stato di salute mentale, con PRR inferiori tra gli immigrati rispetto agli italiani. Si è osservata inoltre una probabilità più elevata di salute percepita globale «non buona» tra gli immigrati residenti in Italia da almeno 10 anni (PRR maschi: 1,24; PRR femmine: 1,15) e tra gli uomini immigrati provenienti dal continente americano (PRR: 1,35).

CONCLUSIONI: tra il 2005 e il 2013 la popolazione immigrata sembrerebbe mantenere una migliore percezione del

proprio stato di salute rispetto a quella italiana, anche se i risultati dello studio mostrano nel periodo considerato un peggioramento della salute percepita, in particolare mentale, al netto di fattori demografici, socioeconomici e stili di vita, e uno stato di salute percepita globale peggiore tra gli immigrati che risiedono in Italia da più tempo. Tali risultati sembrerebbero suggerire che l'effetto migrante sano tenda a esaurirsi, forse anche come conseguenza dell'intercorsa crisi finanziaria globale. L'aumento della disoccupazione e il minore reddito disponibile hanno inoltre reso l'accesso all'assistenza sanitaria più difficile, soprattutto nei gruppi più fragili della popolazione, tra i quali i migranti. In tale contesto occorre promuovere politiche sanitarie che favoriscano l'equità nell'accesso a stili di vita sani e a servizi sanitari efficaci, presupposto imprescindibile per la riduzione delle disuguaglianze nella salute.

Parole chiave: immigrati, salute percepita, livello socioeconomico

ABSTRACT

OBJECTIVES: to evaluate self-perceived health status of immigrants in Italy.

DESIGN: cross-sectional study based on the representative national samples of the multipurpose surveys "Health conditions and use of health services" conducted in 2005 and 2013 by the Italian National Institute of Statistics (Istat).

SETTING AND PARTICIPANTS: the study was conducted on the age group of 18-64: No. 80,661 in 2005, among which 3.2% were immigrants, and No. 72,476 in 2013, among which 7.1% were immigrants.

MAIN OUTCOME MEASURES: prevalence rate ratios (PRR) calculated through log-binomial regression models, stratified by survey edition and gender, by evaluating the association between the Physical Component Score (PCS), the Mental

Component Score (MCS), and the overall health index and citizenship. Adjustment for the following confounding factors was performed: age, educational level, working condition, perceived economic resources, body mass index (BMI).

RESULTS: in 2005, immigrants had a lower probability of poor-perceived physical health, both among men (PRR: 0.79; 95%CI 0.70-0.89) and women (PRR: 0.89; 95%CI 0.82-0.97), compared to Italians. In 2013, the perceived health advantage of immigrants was reduced for both genders (PRR males: 0.87; 95%CI 0.80-0.95; PRR females: 0.94; 95%CI 0.88-0.99). In the considered period, the prevalence of people with worse mental health conditions increases, with lower PRR among immigrants, compared to Italians. Higher probability of «NOT good» overall perceived health was also observed among immigrants residing in Italy for at least 10 years (PRR men: 1.24; PRR women: 1.15) and among immigrants men from America (PRR: 1.35).

CONCLUSIONS: from 2005 to 2013, immigrants seemed to maintain a better perception of health status than Italians. Nevertheless, study results show a decrease in self-perceived health, particularly mental health, in the considered period – apart from demographic, socioeconomic, and lifestyle factors – as well as a worse overall self-perceived health status among immigrants who stayed in Italy longer. Such results lead to suppose that the "healthy migrant effect" tends to disappear over time, maybe due to the world financial crisis. Unemployment increases and lower income also made the access to medical care more difficult, particularly among the most fragile population groups, including migrants. In this context, it is essential to promote health policies supporting equity of access to healthy lifestyles and effective health services, which are fundamental to reduce health inequalities.

Keywords: immigrants, self-perceived health, socioeconomic status

INTRODUZIONE

Il fenomeno della migrazione da Paesi in via di sviluppo verso l'Italia e l'Europa, sia per motivi economici, sia per fuggire da conflitti e persecuzioni, ha assunto dimensioni crescenti negli ultimi anni. In Italia, le stime più recenti fornite da Istat indicano che il numero di immigrati regolari residenti è raddoppiato nell'ultimo decennio, passando da 2,4 milioni (4,1% della popolazione residente) nel 2005 a 5 milioni (8,3% della popolazione residente) nel 2015.¹ Di questi, circa 3,5 milioni (70,3%) sono cittadini di Paesi extra UE; in particolare, il 22,7% proviene da Paesi europei, il 20,5% dall'Africa e il 19,0% dall'Asia.² È ben noto come, al momento dell'arrivo nel Paese di destinazione, gli immigrati presentino condizioni di salute generalmente migliori rispetto a quelle delle popolazioni residenti, per il cosiddetto «effetto migrante sano», la selezione naturale che determina una maggiore propensione alla migrazione da parte delle persone più giovani e sane.³ Tuttavia le evidenze mostrano che tale vantaggio di salute tende a ridursi nel corso della permanenza nel Paese ospitante a causa del processo di assimilazione degli stili di vita del Paese di destinazione e della situazione di mag-

giore svantaggio socioeconomico in cui gli immigrati generalmente si trovano, accentuata da una più limitata mobilità sociale e, non di rado, da esperienze di discriminazione.^{4,5}

Inoltre, gli effetti della recente crisi economico-finanziaria globale hanno colpito soprattutto le classi sociali più vulnerabili, a cui appartiene la maggior parte dei cittadini immigrati.⁶ Tra il 2008 e il 2013 i livelli di occupazione hanno subito un forte calo soprattutto tra gli immigrati (-9% vs. -2,8% tra gli italiani),⁷ contribuendo ad allargare le differenze socioeconomiche tra i due gruppi. È largamente riconosciuto come una condizione di maggiore deprivazione influenzi negativamente gli esiti di salute, in termini sia fisici sia mentali.⁸⁻¹² Vi sono inoltre robuste evidenze a supporto di un'associazione tra perdita di occupazione e di risorse economiche e peggioramento dei disturbi mentali, in particolare tra gli immigrati.¹³⁻¹⁵

Molti studi che hanno analizzato lo stato di salute fisica e psichica, anche degli immigrati, si fondano su un'informazione relativa alla salute non oggettivamente rilevata, ma riferita come percepita.^{5,16,17} Di tale approccio è necessario tenere conto quando si confronta lo stato di salute tra immigrati e popolazioni native,

a causa della potenziale diversa percezione del proprio stato di salute legata a caratteristiche culturali, religiose, linguistiche, oltre che a fattori relativi all'integrazione; tale eterogeneità, inoltre, può osservarsi anche al variare dell'area geografica di provenienza.¹⁸ Obiettivo del presente studio è la valutazione dello stato di salute percepita della popolazione immigrata in Italia, attraverso il confronto con la popolazione italiana.

METODI

Il presente studio è stato realizzato utilizzando i dati delle indagini campionarie multiscopo "Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 2005 e del 2013 condotte dall'Istat su campioni rappresentativi della popolazione residente in Italia.¹⁹

La popolazione di interesse dell'indagine è costituita dalle famiglie residenti in Italia, rappresentate nel campione 2005 da 50.474 e nel 2013 da 49.811 unità e dagli individui (2005 n. 128.041; 2013 n. 119.073) che le compongono. L'unità di rilevazione è la famiglia di fatto, intesa come insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi. Il periodo di riferimento dell'edizione 2005 è costituito dai dodici mesi che vanno da ottobre 2004 a settembre 2005, per quella del 2013 da luglio 2012 a giugno 2013, mentre il periodo di riferimento dei fenomeni indagati varia da quesito a quesito.

Ai fini del presente studio è stato selezionato il campione di età compresa fra 18 e 64 anni (80.661 nel 2005 e 72.476 nel 2013), che rappresentava una popolazione di 36.852.745 persone residenti in Italia (35.040.000 italiani e 1.812.745 immigrati) nel 2005 e una popolazione di 37.290.440 persone residenti in Italia (33.900.000 italiani e 3.390.440 immigrati) nel 2013.

Lo status di immigrato è stato definito in base alla cittadinanza.

ANALISI STATISTICA

Abbiamo considerato come misure di salute percepita tre indicatori:

- *physical component summary* (PCS);
- *mental component summary* (MCS);
- indice globale di salute percepita.

Il PCS e l'MCS rappresentano indici sintetici rispettivamente di salute fisica e mentale; sono ricavati dal questionario SF12 (*short form health survey*) che indaga, mediante 12 quesiti, otto diverse dimensioni dello stato di salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale. La sintesi dei punteggi attribuiti consente di costruire i due indici dello stato di salute.

Per valori di PCS molto bassi la salute fisica è giudicata scadente con sostanziali limitazioni nella cura di sé e nelle attività fisiche, sociali e personali, importante dolore fisico; viceversa, per valori di PCS molto alti la salute fisica è giudicata eccellente con nessuna limitazione fisica, disabilità o diminuzione del benessere generale ed elevata vitalità. Ai fini delle analisi abbiamo assunto come condizione di stato di salute fisica peggiore il punteggio PCS inferiore a quello del 1° quartile della sua distribuzione complessiva nella popolazione studiata nelle due indagini (2005 e 2013).²⁰ Nel caso specifico è stato assunto come *cut-off* un valore di punteggio PCS pari a 52.

Per valori di MCS molto bassi la salute mentale è giudicata sca-

dente con frequente disagio psicologico, importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; viceversa, per valori di MCS molto alti la salute mentale è giudicata eccellente con frequente attitudine psicologica positiva, assenza di disagio psicologico e di limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi. Ai fini delle analisi abbiamo assunto come condizione di stato di salute psichica peggiore il punteggio MCS inferiore a quello del 1° quartile della sua distribuzione complessiva nella popolazione studiata nelle due indagini (2005 e 2013).²⁰ Nel caso specifico è stato assunto come *cut-off* un valore di punteggio MCS pari a 46.

Il PCS e l'MCS sono stati utilizzati per confrontare le popolazioni immigrata e italiana nel 2005 e nel 2013.

L'indice globale di salute percepita esprime invece un giudizio complessivo sullo stato di salute attraverso cinque modalità di risposta. Non può essere utilizzato per confrontare le due annualità dell'indagine: infatti nel 2013 è stata modificata la formulazione della modalità centrale, introducendo una variazione nella semantica che rende differente l'interpretazione del giudizio, determinando un rischio di misclassificazione in caso di confronto. Pertanto l'analisi dell'indice di salute globale è stata limitata al 2013; a tal fine l'indice è stato classificato in due categorie: salute «buona», ottenuta dall'aggregazione delle modalità di risposta «molto bene/bene» e salute «non buona», ottenuta dall'aggregazione delle tre modalità «molto male/male/né bene né male».

Sono state calcolate prevalenze standardizzate di peggiore salute fisica e mentale percepita (valori PCS e MCS fino al 1° quartile) e salute globale «non buona», utilizzando come popolazione standard quella media italiana tra il 2005 e il 2013. Le prevalenze standardizzate sono state calcolate sul campione pesato, che in tal modo risulta rappresentare la popolazione residente in Italia. La distribuzione delle variabili considerate tra italiani e immigrati è stata confrontata attraverso test del chi-quadrato, stratificando per anno (2005 e 2013) e per genere.

Sono stati costruiti modelli di regressione log-binomiale, utilizzando PCS e MCS come misure di outcome, come determinante lo status di immigrato e come potenziali confondenti le seguenti variabili: classe di età (18-34, 35-49, 50-64), livello di istruzione (alto, medio, basso), condizione professionale (occupato, non occupato), risorse economiche percepite (ottime/adequate, scarse/insufficienti), IMC (normopeso, sottopeso, sovrappeso/obeso). Le categorie del livello di istruzione, alto (diploma scuola media superiore e oltre), medio (scuola media inferiore) e basso (scuola elementare o nessun titolo di studio), sono state ricavate a partire dalle modalità rilevate dal questionario. L'IMC è stato categorizzato coerentemente con le classi previste dall'OMS: sottopeso (IMC <18,5), normopeso (18,5 ≤ IMC <25), sovrappeso/obeso (IMC ≥ 25). Il modello log-binomiale è stato scelto al fine di tenere conto del rischio di distorsione delle stime a causa dell'alta prevalenza dell'esito in studio.

Le covariate socioeconomiche sono state progressivamente inserite nei modelli. Sono state inoltre testate le interazioni tra covariate socioeconomiche e cittadinanza.

Nel 2013 è stata resa disponibile dall'Istat la durata di permanenza in Italia in anni (<10; ≥10) e una classificazione degli immigrati per continente di provenienza (Europa, Asia, Africa, Ame-

rica). È stato quindi testato un ulteriore modello log-binomiale selezionando solo la popolazione immigrata e utilizzando come outcome la salute percepita globale «non buona, come determinante il continente di provenienza, come covariate le stesse precedentemente elencate, con l'inserimento della durata di permanenza in Italia. Tutte le analisi sono state stratificate per genere. Le analisi statistiche sono state effettuate con SAS System 9.2.

RISULTATI

La **tabella 1** (p. 14) riassume alcune caratteristiche sociodemografiche, cliniche e sugli stili di vita, rispettivamente tra italiani e immigrati, confrontando i risultati dell'indagine 2005 e quella 2013. Sul totale dei residenti, per la classe di età 18-64 anni è più che raddoppiata la presenza della popolazione immigrata nel campione, passata dal 3,2% del 2005 al 7,1% del 2013. Il 51,6% degli uomini e il 62,7% delle donne proveniva dall'Europa, quasi esclusivamente del settore orientale. Nel 2013 il 54,4% degli uomini e il 47% delle donne si trovava in Italia da più di 10 anni. In termini relativi, la popolazione immigrata adulta tra il 2005 e il 2013 è invecchiata più di quella italiana (incremento relativo del 60,9% tra gli immigrati e del 14,4% tra gli italiani nella classe di età 50-64 anni). Nel periodo osservato peggiorano le condizioni socioeconomiche, in particolare tra gli uomini, soprattutto immigrati: la quota di non occupati nel campione analizzato ha subito un incremento relativo molto più elevato rispetto agli italiani (142,4% *vs.* 24,4%). Tra le donne si è registrato un incremento di non occupate di entità meno marcata, in termini relativi più rilevante tra le immigrate rispetto alle italiane (7,6% *vs.* 2,2%). È nettamente più elevata la quota di immigrati che riferiva risorse economiche scarse/insufficienti, rispetto agli italiani, sia nel 2005 sia nel 2013, sebbene in termini relativi l'incremento sia stato superiore tra gli italiani (31,1% *vs.* 21,5% tra gli immigrati). Nel periodo 2005-2013 si è osservato un aumento delle persone sovrappeso e obese soprattutto tra gli immigrati, in particolare donne, tra le quali si è registrato un incremento relativo superiore agli uomini (26,0% *vs.* 8,8%).

Si è registrata una prevalenza standardizzata di soggetti che riferivano peggiori condizioni di salute fisica (valori PCS fino al 1° quartile) lievemente più elevata tra gli italiani rispetto agli immigrati (27,5% *vs.* 26,9%). La prevalenza standardizzata era più elevata tra le donne rispetto agli uomini (30,4% *vs.* 24,4%). Dal 2005 al 2013 la prevalenza standardizzata delle cattive condizioni di salute fisica percepita ha subito lievi scostamenti: tra gli uomini immigrati la prevalenza è aumentata dal 22,7% al 23,6%, mentre si è ridotta lievemente tra gli italiani dal 24,9% al 24,0%; tra le donne, la prevalenza è lievemente aumentata tra le immigrate dal 30,2% al 30,3% e si è ridotta tra le italiane dal 31,3% al 29,4%, determinando una maggiore prevalenza di peggiora salute percepita tra le immigrate nel 2013. Il confronto tra italiani e immigrati con un basso indice di stato psicologico (valore MCS fino al 1° quartile), mostra una peggiore salute mentale tra gli italiani rispetto agli immigrati (26,4% *vs.* 23,9%). Dal 2005 al 2013 tale prevalenza è notevolmente aumentata, sia tra gli italiani (da 23,6% a 29,2%) sia tra gli immigrati (da 19,6% a 26,0%). Nel complesso si osserva una prevalenza standardizzata dell'indicatore riferito alle peggiori

condizioni di salute mentale decisamente più elevata tra le donne rispetto agli uomini (30,1% *vs.* 22,3%). Dal 2005 al 2013 tale prevalenza è notevolmente aumentata, sia tra gli uomini (da 19,1% a 25,5%) sia tra le donne (da 27,9% a 32,4%).

La prevalenza standardizzata di persone con condizioni di salute percepita globale «non buona» (**figura 1**) è leggermente più elevata tra gli italiani per gli uomini (20% *vs.* 19%) e simile tra le donne (circa 25%).

La **figura 2** (p. 15) mostra i risultati del modello log-binomiale multivariato nel quale si è valutata l'associazione tra la cittadinanza e la probabilità di riportare bassi livelli dell'indice di stato fisico percepito (valore PCS fino al 1° quartile), nel 2005 e nel 2013, aggiustato per tutte le covariate. Nel 2005, rispetto agli italiani, gli immigrati avevano una minore probabilità di peggiore salute fisica percepita, sia tra i maschi (PRR: 0,79; IC95% 0,70-0,89) sia tra le femmine (PRR: 0,89; IC95% 0,82-0,97). Tale vantaggio di salute a favore degli immigrati si è ridotto, nel 2013, per i maschi (PRR: 0,87; IC95% 0,80-0,95) e per le femmine (PRR: 0,94; IC95% 0,88-0,99). Uno stato di peggiore salute fisica percepita è associato all'aumento dell'età nei due periodi considerati, indipendentemente dalla cittadinanza, in modo più marcato nel 2013. Uno stato di peggiore salute fisica percepita è inoltre associato a:

- un più basso livello di istruzione;
- una condizione di non occupazione;
- risorse economiche scarse/insufficienti;
- una condizione di sovrappeso o obesità, sia tra gli uomini sia tra le donne (dati non mostrati).

La **figura 3** (p. 15) mostra i risultati del modello log-binomiale multivariato nel quale si è valutata l'associazione tra la cittadinanza e la probabilità di riportare bassi livelli dell'indice di stato mentale percepito (valore MCS fino al 1° quartile), nel 2005 e nel 2013, aggiustato per tutte le covariate. Tra le donne immigrate si è osservata una minore probabilità di peggiore salute mentale percepita, sia nel 2005 (PRR: 0,77; IC95% 0,70-0,85) sia nel 2013 (PRR: 0,79; IC95% 0,74-0,84), mentre tra gli uomini immigrati un vantaggio di salute significativo si riscontra nel 2013 (PRR: 0,89; IC95% 0,83-0,96). Si è osservata una

Figura 1. Prevalenza standardizzata per età di salute percepita "non buona", per genere e cittadinanza. Anno 2013.

Figure 1. Age-standardized prevalence of "not good" self-perceived status, by gender and citizenship. Year 2013.

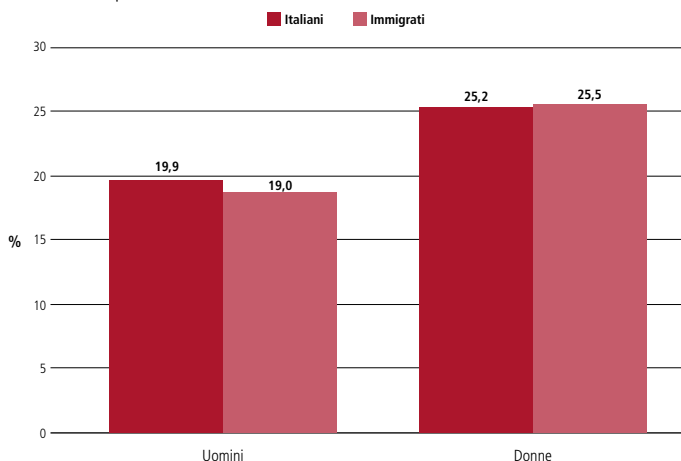
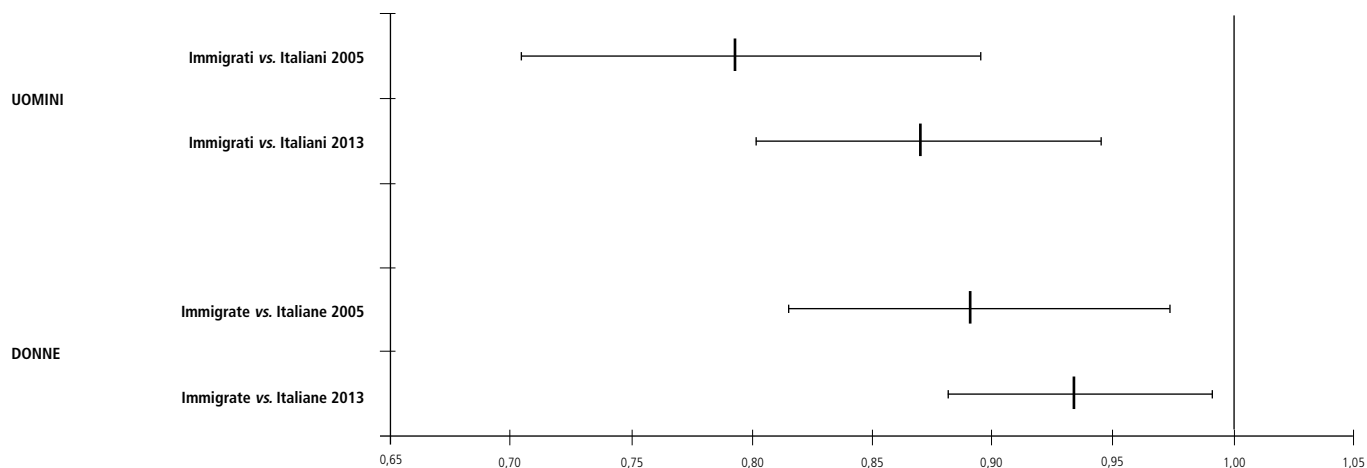


Tabella 1. Confronto tra le caratteristiche del campione per genere, cittadinanza e anno. Anni 2005, 2013.
Table 1. Comparison among population characteristics, by gender, citizenship, and year. Years 2005 and 2013.

COVARIATE		2005					2013				
		Italiani		Immigrati		p-value	Italiani		Immigrati		p-value
		n.	%	n.	%		n.	%	n.	%	
UOMINI											
		38.581	97,0	1.203	3,0		33.355	93,5	2.302	6,5	
Classe di età	18-34	12.985	33,7	554	46,1	<0,01	9.512	28,5	924	40,1	<0,01
	35-49	13.833	35,9	540	44,9		12.227	36,7	1.028	44,7	
	50-64	11.763	30,5	109	9,1		11.616	34,8	350	15,2	
Anni di permanenza	<10 anni								1.050	45,6	
	≥10 anni								1.252	54,4	
Area di provenienza	Europa								1.188	51,6	
	Africa								586	25,5	
	Asia								377	16,4	
	America								151	6,6	
Livello di istruzione	alto	16.551	42,9	386	32,1	<0,01	17.014	51,0	823	35,8	<0,01
	medio	16.779	43,5	584	48,6		14.161	42,5	1.213	52,7	
	basso	5.251	13,6	233	19,4		2.180	6,5	266	11,6	
Condizione occupazionale	occupato	28.524	73,9	1.074	89,3	<0,01	22.541	67,6	1.704	74,0	<0,01
	non occupato	10.057	26,1	129	10,7		10.814	32,4	598	26,0	
Risorse economiche	ottime/adequate	27.840	72,2	525	43,6	<0,01	20.978	62,9	817	35,5	<0,01
	scarse/insufficienti	10.741	27,8	678	56,4		12.377	37,1	1.485	64,5	
Classe di BMI	normopeso	18.503	48,0	644	53,5	<0,01	15.605	46,8	1.148	49,9	<0,01
	sottopeso	343	0,9	15	1,3		255	0,8	21	0,9	
	sovrappeso/obeso	19.735	51,2	544	45,2		17.495	52,5	1.133	49,2	
Punteggio PCS	I quartile PCS**	9.756	24,9	220	22,7		8.367	24,0	465	23,6	
Punteggio MCS	I quartile MCS**	7.277	19,1	216	18,2		8.513	25,5	551	25,5	
DONNE											
		39.469	96,6	1.408	3,0		33.940	92,2	2.879	7,8	
Classe di età	18-34	12.850	32,6	644	45,7	<0,01	9.077	26,7	1.095	38,0	<0,01
	35-49	14.332	36,3	580	41,2		12.751	37,6	1.199	41,7	
	50-64	12.287	31,1	184	13,1		12.112	35,7	585	20,3	
Anni di permanenza	<10 anni								1.526	53,0	
	≥10 anni								1.353	47,0	
Area di provenienza	Europa								1.805	62,7	
	Africa								444	15,4	
	Asia								314	10,9	
	America								316	11,0	
Livello di istruzione	alto	17.680	44,8	571	40,6	<0,01	18.408	54,2	1.319	45,8	<0,01
	medio	14.601	37,0	608	43,2		12.369	36,4	1.258	43,7	
	basso	7.188	18,2	229	16,3		3.163	9,3	302	10,5	
Condizione occupazionale	occupato	18.949	48,0	747	53,1	<0,01	15.914	46,9	1.425	49,5	<0,01
	non occupato	20.520	52,0	661	47,0		18.026	53,1	1.454	50,5	
Risorse economiche	ottime/adequate	27.911	70,7	746	53,0	<0,01	21.109	62,2	1.133	39,4	<0,01
	scarse/insufficienti	11.558	29,3	662	47,0		12.831	37,8	1.746	60,7	
Classe di IMC	normopeso	24.818	62,9	922	65,5	ns*	21.083	62,1	1.730	60,1	<0,01
	sottopeso	2.561	6,5	95	6,8		2.128	6,3	142	4,9	
	sovrappeso/obeso	12.090	30,6	391	27,8		10.729	31,6	1.007	35,0	
Punteggio PCS	I quartile PCS**	12.585	31,3	354	30,2		10.533	29,4	795	30,3	
Punteggio MCS	I quartile MCS**	11.046	28,1	311	20,9		11.228	32,9	786	26,7	

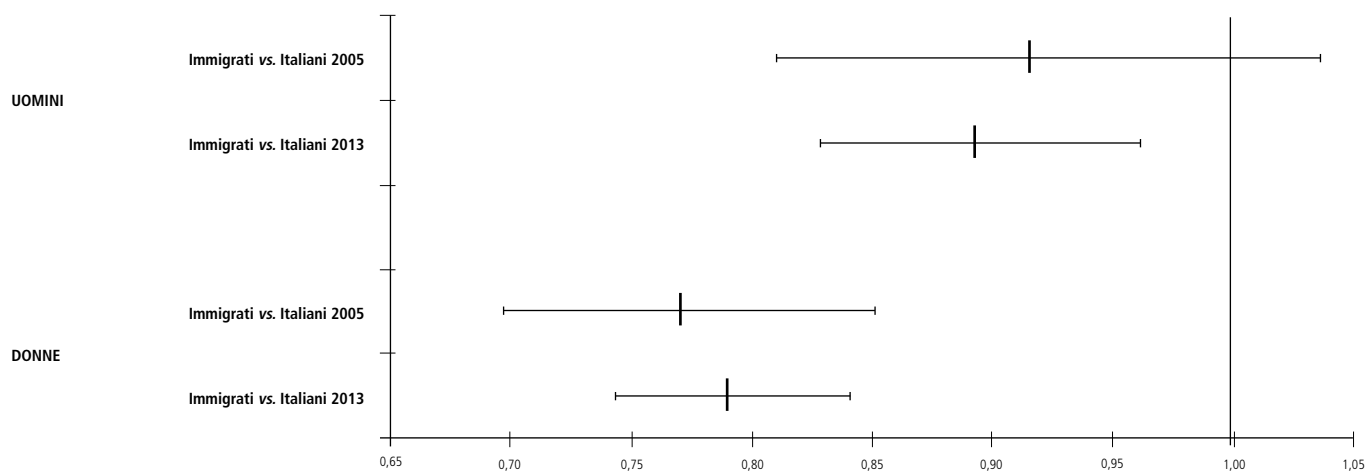
*non significativo / no statistical significance **prevalenze standardizzate per età / prevalences standardized by age

Figura 2. Probabilità di avere una peggiore salute fisica percepita (1° quartile PCS) 2005-2013. PRR (IC95%) da modello log-binomiale.
Figure 2. Probability of worse self-perceived physical health (1st quartile PCS); years 2005-2013. PRR (95%CI) by log-binomial model.



Nota: modello aggiustato per età, livello di istruzione, condizione professionale, risorse economiche, IMC. / Note: model adjusted by age, educational level, occupational status, self-perceived economic resources, BMI.

Figura 3. Probabilità di avere una peggiore salute mentale percepita (1° quartile MCS) 2005-2013. PRR (IC95%) da modello log-binomiale.
Figure 3. Probability of worse self-perceived mental health (1st quartile MCS); years 2005-2013. PRR (95%CI) by log-binomial model.



Nota: modello aggiustato per età, livello di istruzione, condizione professionale, risorse economiche, IMC. / Note: model adjusted by age, educational level, occupational status, self-perceived economic resources, BMI.

maggior probabilità di peggiore salute mentale all'incremento dell'età, tra chi aveva un livello di istruzione basso, tra i non occupati, tra chi dichiarava risorse economiche scarse/insufficienti, tra le donne in sovrappeso od obese e tra gli uomini in sottopeso (dati non mostrati).

Si è osservata (tabella 2, p. 16) una probabilità più elevata di salute percepita globale «non buona» tra gli uomini immigrati provenienti dal continente americano (PRR: 1,35), mentre gli immigrati residenti in Italia da almeno 10 anni avevano una maggior probabilità di dichiarare una salute percepita «non buona», sia tra gli uomini (PRR: 1,24) sia tra le donne (PRR: 1,15). Un basso livello di istruzione tra gli uomini, non occupazione e risorse economiche percepite insufficienti o scarse si associano a una peggiore condizione di salute, così come una condizione di sovrappeso o obesità.

Infine, l'effetto del livello socioeconomico non risulta differenziale per cittadinanza, indipendentemente dalla misura utilizzata (p-value per le interazioni non significativo).

DISCUSSIONE

I risultati dello studio mostrano un peggioramento nella percezione dello stato di salute nella popolazione residente in Italia, in particolare della componente riferita alla salute mentale, tra il 2005 e il 2013. Abbiamo infatti rilevato una quota crescente di persone con bassi livelli di MCS, sia tra gli uomini sia tra le donne.

Come già osservato altrove, il peggioramento delle condizioni socioeconomiche legato alla crisi economica globale potrebbe essere una delle cause del deterioramento della salute mentale,¹⁵ in particolare tra gli immigrati.²¹ Inoltre, confermando quanto già noto in letteratura, bassi livelli riferiti di risorse economiche e mancanza di occupazione sono associati a un peggiore stato di salute sia fisico sia mentale, soprattutto tra gli uomini.^{9,10,22}

Nonostante il peggioramento osservato nel periodo in studio, gli immigrati, e in particolare le donne, mostrano una percezione più positiva della propria condizione mentale rispetto alle italiane; ciò potrebbe trovare una spiegazione in una migliore capacità di adattamento alle criticità da parte delle donne immigrate,

Tabella 2. Fattori potenzialmente associati alla probabilità di avere una «non buona» salute percepita. Immigrati, anno 2013.
Table 2. Factors potentially associated with «not good» self-perceived status. Immigrants, year 2013.

FATTORI		UOMINI		DONNE	
		PRR	IC95%	PRR	IC95%
Area di provenienza	Europa	1	–	1	–
	Africa	0,81	0,64-1,03	0,92	0,75-1,12
	Asia	0,83	0,63-1,10	0,83	0,65-1,05
	America	1,35	0,97-1,86	1,10	0,90-1,34
Classe di età	18-34	1	–	1	–
	35-49	1,96	1,50-2,55	1,60	1,33-1,92
	50-64	2,99	2,25-3,98	2,61	2,15-3,17
Livello di istruzione	alto	1	–	1	–
	medio	1,06	0,86-1,31	0,96	0,83-1,11
	basso	1,37	1,03-1,81	1,11	0,90-1,36
Condizione occupazionale	occupato	1	–	1	–
	non occupato	1,47	1,21-1,79	1,16	1,02-1,33
Risorse economiche	ottime/adequate	1	–	1	–
	scarse/insufficienti	1,56	1,24-1,96	1,38	1,20-1,59
Classe di IMC	normopeso	1	–	1	–
	sottopeso	0,92	0,25-3,44	1,15	0,82-1,63
	sovrappeso/obeso	1,35	1,11-1,65	1,21	1,06-1,39
Anni di permanenza	<10 anni	1	–	1	–
	≥10 anni	1,24	1,01-1,51	1,15	1,01-1,32

forse per la minore distanza tra aspettative di vita e realtà quotidiana. Tale risultato è diverso da quello osservato per esempio in Spagna, Paese con caratteristiche socioeconomiche simili, dove il peggioramento è stato più marcato tra le immigrate.²³

Il vantaggio di salute fisica degli immigrati, presente nel 2005, si è attenuato nel 2013, al netto di fattori demografici, socioeconomici e stili di vita. Tali risultati sembrerebbero suggerire che il cosiddetto «effetto migrante sano», notoriamente presente al momento dell'arrivo, tenda a esaurirsi, coerentemente con quanto osservato in letteratura, dove si evidenzia un deterioramento piuttosto rapido del vantaggio di salute dei migranti.²⁴⁻²⁷ Abbiamo peraltro osservato come la salute percepita globale sia peggiore tra gli immigrati che risiedono in Italia da almeno 10 anni.

Quindi, anche se l'immigrazione in Italia è un fenomeno relativamente recente e, quindi, confronti con altri Paesi europei con tradizione migratoria più consolidata risultano difficili da effettuare, si può ipotizzare una sopraggiunta vulnerabilità che potrebbe essere la risultante di diversi fattori in grado di generare l'assimilazione agli stili di vita delle fasce di popolazione più svantaggiate da un punto di vista socioeconomico.^{28,29} La crisi potrebbe aver accentuato tale processo, causando difficoltà economiche più marcate tra gli immigrati, soprattutto quelli già presenti, con il conseguente effetto di peggiorare il loro stato di salute. Non si può tuttavia escludere che a tale risultato possa avere contribuito anche una modificazione della percezione della salute nel corso del soggiorno in Italia, intervenuta nel corso del processo di integrazione.¹⁸

Nell'interpretare i risultati è necessario sottolineare che il no-

stro studio si basa sull'utilizzo di indicatori di salute percepita. Gli ampi studi presenti in letteratura sulla capacità degli indicatori di salute percepita di predire le condizioni di salute della popolazione dimostrano come la valutazione soggettiva sia un indicatore affidabile di molte dimensioni della salute e del ricorso ai servizi sanitari, in particolare dell'incidenza delle malattie croniche,³⁰ della mortalità³¹ e della perdita di autosufficienza.³² Il nostro studio presenta peraltro alcuni limiti. Innanzitutto, l'indagine Istat, essendo di tipo trasversale, non consente di effettuare stime di incidenza e ipotesi di associazione causale, possibili solo attraverso studi di tipo longitudinale. L'indagine multiscopo non dispone di dati sugli immigrati non regolari, popolazione che sfugge alle rilevazioni e vive ai margini della società, è presumibilmente meno integrata e vive in condizioni peggiori. In ogni caso, poiché gli irregolari costituiscono una quota modesta dell'immigrazione complessiva, stimata intorno a 326.000 unità (0,5% del totale della popolazione),² tale limite non indebolisce i risultati dello studio. Analoga considerazione può ritenersi valida per gli stranieri presenti regolarmente sul territorio italiano, ma non residenti, che sono stimati in numero comparabile a quello degli irregolari.³³ Un'ulteriore criticità potrebbe essere rappresentata dalla selezione degli stranieri nel campione determinata dalle difficoltà linguistiche nella compilazione del questionario; tuttavia i dati riferiti da Istat evidenziano come la quota di famiglie che hanno rifiutato di partecipare all'indagine per tale motivo sia di entità trascurabile. Inoltre, la percezione dello stato di salute potrebbe variare tra italiani e immigrati, anche per specifica area di provenienza, a causa di fattori culturali e linguistici;³⁴ tuttavia, non è stato possibile

stratificare il campione per area di provenienza nel 2005, a causa della limitata numerosità campionaria.

CONCLUSIONI

Nel complesso la popolazione immigrata residente in Italia sembrerebbe mantenere un migliore stato di salute percepito rispetto alla popolazione nativa e a quanto osservato in altri Paesi europei.³⁵ Tuttavia, si osservano segnali di deterioramento nella salute percepita, soprattutto fra coloro che risiedono da più tempo in Italia, forse anche come conseguenza dell'intercorsa crisi finanziaria globale.

L'aumento della disoccupazione e il minore reddito disponibile

hanno reso l'accesso all'assistenza sanitaria più difficile per molte famiglie, soprattutto nei gruppi più fragili della popolazione, tra i quali i migranti. Infatti, l'introduzione di politiche sanitarie restrittive, conseguenti alla crisi economica, ha determinato l'aumento dei ticket sanitari e la riduzione dell'offerta di prestazioni sanitarie essenziali. Occorre invece promuovere politiche sanitarie che favoriscano il contrasto all'esclusione sociale e alla povertà, garantendo innanzitutto l'equità nell'accesso ai servizi sanitari, presupposto imprescindibile per la riduzione delle disuguaglianze nella salute.³⁶

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Istat. Demo-Geodemo – Maps, Population, Demography of ISTAT – Italian Institute of Statistics. 2016. Disponibile all'indirizzo: http://demo.istat.it/index_e.html (ultimo accesso: 19.02.16).
2. ISMU. Scheda Dossier 2015(4).pdf. 2015. [http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/Scheda Dossier 2015\(4\).pdf](http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/Scheda%20Dossier%202015(4).pdf) (ultimo accesso: 24.02.16).
3. Razum O, Zeeb HRS. The "healthy migrant effect" – not merely a fallacy of inaccurate denominator figures. *Int J Epidemiol* 2000;29:191-92. doi:10.1097/gme.0b013e3181967b88.
4. De Maio FG. Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *Int J Equity Health* 2010;9(1):27. doi:10.1186/1475-9276-9-27.
5. Acevedo-Garcia D, Bates LM, Osypuk TL, McArdle N. The effect of immigrant generation and duration on self-rated health among US adults 2003-2007. *Soc Sci Med* 2010;71(6):1161-72. doi:10.1016/j.socscimed.2010.05.034.
6. Vlachadis N, Vlachadi M, Iliodromiti Z, Kornarou E, Vrachnis N. Greece's economic crisis and suicide rates: overview and outlook. *J Epidemiol Community Health* 2014;68(12):1204-205. doi:10.1136/jech-2014-204407.
7. Istat. Il mercato del lavoro negli anni della crisi. Dinamiche e divari. In: *Rapporto Annuale 2014*:81-138. doi:10.1017/CBO9781107415324.004.
8. Kunst AE, Groenhouf F, Mackenbach JP, Health EW. Occupational class and cause specific mortality in middle aged men in 11 European countries: comparison of population based studies. EU Working Group on Socioeconomic Inequalities in Health. *BMJ* 1998;316(7145):1636-42. doi:10.1136/bmj.316.7145.1636.
9. Mackenbach J, Stirbu I, Roskam A et al. Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries. *N Engl J Med* 2008;358(23):2468-81.
10. Dalstra JAA, Kunst AE, Borell C et al. Socioeconomic differences in the prevalence of common chronic diseases: An overview of eight European countries. *Int J Epidemiol* 2005;34(2):316-26. doi:10.1093/ije/dyh386.
11. Hemingway H, Nicholson A, Stafford M, Roberts R, Marmot M. The impact of socioeconomic status on health functioning as assessed by the SF-36 questionnaire: the Whitehall II Study. *Am J Public Health* 1997;87(9):1484-90.
12. Artazcoz L, Benach J, Borrell C, Cortès I. Unemployment and mental health: understanding the interactions among gender, family roles, and social class. *Am J Public Health* 2004;94(1):82-88. doi:10.2105/AJPH.94.1.82.
13. Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K et al. NIH Public Access. *Annu Rev Public Health* 2011;32(1):1-17. doi:10.1146/annurev-publhealth-031210-101146.THE.
14. Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJG. Relationship between household income and mental disorders. *Arch Gen Psychiatry* 2011;68(4):419-27. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.15.
15. Bartoll X, Palencia L, Malmusi D, Suhrcke M, Borrell C. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health* 2014;24(3):415-18. doi:10.1093/eurpub/ckt208.
16. Lanari D, Bussini O, Minelli L. Self-perceived health among Eastern European immigrants over 50 living in Western Europe. *Int J Public Health* 2015;60(1):21-31. doi:10.1007/s00038-014-0629-8.
17. Lommel LL, Chen JL. The Relationship Between Self-Rated Health and Acculturation in Hispanic and Asian Adult Immigrants: A Systematic Review. *J Immigr Minor Health* 2016;18(2):468-78. doi:10.1007/s10903-015-0208-y.
18. Kandula NR, Lauderdale DS, Baker DW. Differences in Self-Reported Health Among Asians, Latinos, and Non-Hispanic Whites: The Role of Language and Nativity. *Ann Epidemiol* 2007;17(3):191-98. doi:10.1016/j.annepidem.2006.10.005.
19. Istat. <http://siqua.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0071201> (ultimo accesso: 29.09.16).
20. Pirani E. On the Relationship Between Atypical Work(s) and Mental Health: New Insights from the Italian Case. *Soc Indic Res* 2017;130(1):233-52. doi:10.1007/s11205-015-1173-5.
21. Barbaglia MG, ten Have M, Dorsselaer S, Alonso J, de Graaf R. Negative socioeconomic changes and mental disorders: a longitudinal study. *J Epidemiol Community Health* 2015;69(1):55-62. doi:10.1136/jech-2014-204184.
22. Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL (a cura di). *L'equità nella salute in Italia*. Milano, Franco Angeli editore, 2014.
23. Gotsens M, Malmusi D, Villarroya N et al. Health inequality between immigrants and natives in Spain: the loss of the healthy immigrant effect in times of economic crisis. *Eur J Public Health* 2015;25(6):923-29. doi:10.1093/eurpub/ckv126.
24. Kim IH, Carrasco C, Muntaner C, McKenzie K, Noh S. Ethnicity and postmigration health trajectory in new immigrants to Canada. *Am J Public Health* 2013;103(4):96-104. doi:10.2105/AJPH.2012.301185.
25. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M. Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med* 2011;8(5). doi:10.1371/journal.pmed.1001034.
26. Norredam M, Agyemang C, Hojbjerg Hansen OK et al. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: Test of the "healthy migrant effect" hypothesis. *Trop Med Int Heal* 2014;19(0):958-67. doi:10.1111/tmi.12340.
27. De Maio FG, Kemp E. The deterioration of health status among immigrants to Canada. *Glob Public Health* 2010;5(5):462-78. doi:10.1080/17441690902942480.
28. Spallek J, Zeeb H, Razum O. What do we have to know from migrants' past exposures to understand their health status? A life course approach. *Emerg Themes Epidemiol* 2011;8(1):6. doi:10.1186/1742-7622-8-6.
29. Lara M, Gamboa C, Kahramanian MI, Morales LS, Bautista DEH. Acculturation and Latino health in the United States: a review of the literature and its sociopolitical context. *Annu Rev Public Health* 2005;26:367-97. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144615.
30. Ferraro KF, Farmer MM, Wybraniec JA. Health trajectories: long-term dynamics among black and white adults. *J Health Soc Behav* 1997;38(1):38-54.
31. Mossey JM, Shapiro E. Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *Am J Public Health* 1982;72(8):800-808.
32. Idler EL, Kasl SV. Self-ratings of health: do they also predict change in functional ability? *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 1995;50(6):S344-53.
33. Centro studi e ricerche IDOS. *Dossier statistico immigrazione 2016*. Roma, Inprinting srl, 2016.
34. Agyemang C, Denktas S, Bruijnzeels M, Foets M. Validity of the single-item question on self-rated health status in first generation Turkish and Moroccans versus native Dutch in the Netherlands. *Public Health* 2006;120(6):543-50. doi:10.1016/j.puhe.2006.03.002.
35. Nielsen SS, Krasnik A. Poorer self-perceived health among migrants and ethnic minorities versus the majority population in Europe: A systematic review. *Int J Public Health* 2010;55(5):357-71. doi:10.1007/s00038-010-0145-4.
36. Eurofound. *Access to Healthcare in Times of Crisis*. Luxembourg, Publications Office of the European Union, 2014.

CAPITOLO 3

La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia

Cervical and breast cancer screening among immigrant women resident in Italy

Lisa Francovich,¹ Anteo Di Napoli,² Paolo Giorgi Rossi,^{3,4} Lidia Gargiulo,¹ Barbara Giordani,⁵ Alessio Petrelli²

¹ Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

² Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

³ UOC epidemiologia AUSL Reggio-Emilia

⁴ IRCCS Arcispedale Santa Maria Nuova, Reggio Emilia

⁵ Servizio epidemiologia ASL TO3, Regione Piemonte, Torino

Corrispondenza: Lisa Francovich; francovi@istat.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: confrontare l'andamento della copertura per Pap test e mammografia nel 2005 e nel 2013 tra donne italiane e immigrate residenti in Italia e valutare i fattori associati alla probabilità di aver fatto il test nei tempi raccomandati tra le donne immigrate.

DISEGNO: studio trasversale condotto con i dati delle Indagini Multiscopo "Salute e ricorso ai servizi sanitari" 2005 e 2013 dell'Istat.

SETTING E PARTECIPANTI: sono state incluse nello studio le donne in fascia di età target per il Pap test (25-64 anni: n. 32.831) e per la mammografia (50-69 anni: n. 16.459). Sono definite "immigrate" le donne con cittadinanza straniera, residenti in Italia.

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: sono stati calcolati: i tassi di prevalenza standardizzati per età di donne che dichiarano di aver fatto ricorso «almeno una volta nella vita» al test di prevenzione in assenza di sintomi; la «copertura» per ciascun test, cioè la percentuale di donne che ha dichiarato il ricorso ad almeno un Pap test in assenza di sintomi nei tre anni precedenti l'intervista e ad almeno una mammografia in assenza di sintomi nei due anni precedenti. Attraverso modelli di regressione logistica stimati sulle donne immigrate è stata valutata l'associazione tra gli indicatori di «copertura» e alcuni fattori demografici, socioeconomici, di stili di vita e di uso dei servizi sanitari.

RISULTATI: sia nel 2005 sia nel 2013, il ricorso alla prevenzione dei tumori femminili era più elevato tra le donne italiane rispetto alle immigrate, ma il divario si è ridotto nel 2013 in particolare per il Pap test, per effetto del maggior incremento dei tassi di copertura tra le immigrate rispetto alle italiane. Tale incremento ha un andamento differenziato sul territorio: è particolarmente marcato nel Nord-Est (+26,4%) e nel Centro (+26,4%), mentre nel Sud e Isole si osserva un incremento maggiore per le italiane. All'aumentare degli anni di permanenza in Italia per le donne straniere aumenta la quota di copertura sia per il Pap test sia per la mammografia. Per il Pap test tra le donne immigrate (n. 2.601) i livelli di copertura sono più elevati tra chi ha fatto almeno una visita di prevenzione nell'ultimo mese (OR: 2,13), ha un partner italiano (OR: 1,72), risiede in Italia da almeno 13 anni, è laureata (OR: 1,87), giudica ottime o adeguate le proprie ri-

sorse economiche (OR: 1,39), proviene dal continente americano (68% in più rispetto alle africane). Per quanto riguarda invece i livelli relativi alla mammografia tra le immigrate (n. 636), risultano più elevati tra chi si è sottoposto a visite mediche di prevenzione (OR: 3,35), ha un livello di istruzione elevato (OR: 2,51) o risorse economiche ottime o adeguate (OR: 1,75).

CONCLUSIONE: il nostro studio evidenzia una situazione sfavorevole all'accesso alla prevenzione oncologica da parte delle donne immigrate, analogamente con quanto osservato in precedenti studi italiani e di altri Paesi industrializzati, anche con storia di immigrazione più consolidata. Nel Sud lo svantaggio rispetto al resto del Paese è molto forte anche per le italiane, suggerendo che laddove l'offerta dei test di screening è più efficace e l'accessibilità migliore per le donne italiane lo è anche per le donne immigrate. La riduzione delle differenze fra italiane e immigrate nel periodo considerato, l'aumento dei livelli di copertura per le donne che risiedono in Italia da più tempo e che hanno un partner italiano, suggeriscono un effetto positivo dell'integrazione, seppur eterogeneo rispetto all'area di provenienza.

Parole chiave: prevenzione, disuguaglianze, immigrati, cancro al seno, cancro della cervice uterina.

ABSTRACT

OBJECTIVES: to compare Pap test and mammography uptake in 2005 and 2013 between Italian and immigrant women residing in Italy and to evaluate factors associated with probability of being up-to-date with screening testing in immigrant women.

DESIGN: cross-sectional study based on data of "Multi-purpose survey on health and use of health services" conducted in 2005 and 2013 by the Italian National Institute of Statistics (Istat).

SETTING AND PARTICIPANTS: the analysis includes the interviews of women included in the target age group for Pap test (25-64 years: No. 32,831) and mammography (50-69 years: No. 16,459). Women resident in Italy with foreign citizenship are defined as "immigrants".

MAIN OUTCOME MEASURES: standardized prevalence rates of women self-reporting having had a Pap test and a mammography in the absence of symptoms "at least once in

a lifetime"; standardized prevalence ratio of up-to-date test uptake according to recommendation, i.e., in the last three years for Pap test and two years for mammography. A logistic regression model has been built to evaluate the association between up-to-date test uptake and demographic, socioeconomic, behavioural, and health service utilization factors in immigrant women.

RESULTS: prevalence of Pap test and mammography uptake was lower in immigrants, both in 2005 and 2013. This difference reduced in 2013 due to a stronger increase in immigrants than in Italians, except for mammography. The increase in Pap test uptake among immigrant women was stronger in North-Eastern (+26,4%) and Central Italy (+26,4%), while in Southern Italy and in the Islands the increase was stronger among Italian women. Test uptake in immigrants increases with longer length of stay in Italy for both tests. Among immigrants (No. 2,601), Pap test uptake was higher in women who: had a preventive examination in the previous month (OR: 2.13); have an Italian partner (OR: 1.72); have been staying in Italy for more than 13 years; are graduated (OR: 1.87); perceive their economic resources as adequate or optimal (OR: 1.39); come from the Americas (68% more if compared to Africans). As regards mammography uptake in immigrants (No. 636), associated factors are: having had a preventive examination in the previous month (OR: 3.35); having high educational level (OR: 2.51); perceiving economic resources as adequate or optimal (OR: 1.75).

CONCLUSION: this study shows that there is a lower screening uptake in immigrant women, as observed in other studies conducted both in Italy and in industrialized Countries, even with longer history of immigration. In the South of Italy, the uptake is very low also for Italian women, with prevalence lower than immigrants in Northern Italy. This phenomenon suggests that high accessibility to screening facilities is effective in increasing uptake in both Italian and immigrant women. The decreasing trend in differences with longer lengths of stay, the improvement in 2013 compared to 2005, and the advantage of women with Italian partners suggest a positive effect of integration on preventive behaviours, even if there are differences between immigrants' areas of origin.

Keywords: prevention, inequalities, immigrants, breast cancer, cervical cancer.

INTRODUZIONE

Lo screening della cervice uterina con Pap test e del seno con mammografia sono interventi di comprovata efficacia^{1,2} e la Comunità europea ne raccomanda l'implementazione ai suoi stati membri.³ In Italia i programmi di screening dei tumori femminili, cervice uterina tramite Pap test con cadenza triennale (dal 2013 anche con HPV test quinquennale⁴) e mammella tramite mammografia biennale, sono parte dei livelli essenziali di assistenza (LEA). Si basano sull'invito attivo di tutte le donne

residenti appartenenti a specifiche fasce di età: 25-64 anni per il Pap test e 50-69 anni per la mammografia.⁵

In particolare per il cancro della cervice uterina, le donne immigrate hanno un rischio maggiore rispetto alle italiane per due motivi: il basso ricorso al Pap test nei Paesi di provenienza e l'alta prevalenza di papillomavirus umano in alcune aree geografiche, come Africa sub-sahariana ed Est Europa, queste ultime molto rappresentate nelle comunità immigrate presenti in Italia.^{6,7} Pertanto, il loro coinvolgimento nei programmi di

screening rappresenta un obiettivo prioritario del servizio sanitario nazionale, sia per l'impatto sull'incidenza di cancro invasivo della cervice uterina e l'incremento potenziale delle diagnosi precoci delle patologie tumorali del seno, sia per la possibilità di veicolare informazioni generali sulla prevenzione, a partire da quelle relative ad abitudini e stili di vita, nei confronti di cittadine che hanno livelli di informazione diversi a seconda del Paese e delle culture di origine. Purtroppo una minore partecipazione ai programmi organizzati, in particolare per la cervice uterina, è stata descritta per l'Italia.⁸ Le barriere all'accesso agli screening femminili della popolazione immigrata residente in Italia non sono ancora stati studiati; la letteratura internazionale si è focalizzata sui problemi linguistici, sulla scarsa *health literacy* e su fattori religiosi, culturali e psicologici che possono limitare l'accesso delle donne alla prevenzione secondaria qualora il sistema sanitario non sia sufficientemente responsivo.⁹⁻¹¹ D'altra parte, le barriere logistiche che la letteratura ha individuato come molto rilevanti per la popolazione nativa italiana (mancanza di tempo, difficoltà a raggiungere gli ambulatori in orario di lavoro) possono essere ancora più limitanti per le donne immigrate.¹² In seguito ai flussi migratori dell'ultimo decennio in Italia le immigrate sono aumentate fino a raggiungere il 9,3% del totale delle donne residenti in Italia al 31 dicembre 2015.¹³ Pertanto, l'aumento dei livelli di copertura di questi due test nei programmi di screening tra le donne immigrate costituisce anche un'opportunità di integrazione, e rappresenta uno strumento attraverso il quale favorire l'accesso a interventi di comprovata efficacia, contrastando disuguaglianze e barriere che non di rado le immigrate sperimentano.

Obiettivi di questo studio sono:

- confrontare l'andamento dei livelli di copertura per Pap test e mammografia nel 2005 e nel 2013, tra donne italiane e immigrate;
- valutare i fattori associati alla probabilità di accedere alla prevenzione oncologica femminile tra le donne immigrate.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato realizzato con i dati delle Indagini Multiscopo "Salute e ricorso ai servizi sanitari" 2005 e 2013 dell'Istat, condotte su un campione di famiglie residenti in Italia estratte dalle liste anagrafiche comunali.¹⁴ L'unità di rilevazione dell'indagine è la famiglia di fatto, costituita dalle persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affetto. Tutti gli individui appartenenti al nucleo familiare sono stati inclusi nel campione e, di conseguenza, nel presente studio. L'indagine si occupa di tre aree tematiche:

- condizioni di salute e salute percepita;
- ricorso a servizi e trattamenti sanitari;
- prevenzione e stili di vita.

Nel questionario si rileva una specifica sezione sulla prevenzione femminile riservata alle sole donne di 25 anni e più. Tale sezione è strutturata in modo che molti indicatori siano confrontabili tra le due edizioni dell'indagine, 2005 e 2013. Ai fini dello studio lo status di immigrata è stato definito attraverso la cittadinanza straniera, dichiarata dalla persona intervistata.

La copertura nella prevenzione oncologica è stata valutata attraverso i seguenti indicatori:

1. tassi di prevalenza standardizzati per età di donne in fascia di età target che dichiarano di aver fatto ricorso almeno una volta nella vita al test di prevenzione in assenza di sintomi, assumendo come popolazione standard quella derivante dal Censimento 2011;

2. «copertura» citologica, intesa come percentuale di donne in fascia target (25-64 anni: n. 32.831, che rappresentavano una popolazione pari 16.752.400 donne) che hanno dichiarato il ricorso ad almeno un Pap test in assenza di sintomi nei tre anni precedenti l'intervista (a partire dal 2013 le raccomandazioni italiane prevedono l'uso del test HPV per le donne dai 30-35 anni in su con intervallo quinquennale; al momento delle interviste la proporzione di donne coperte con test HPV era marginale se non in alcune aree geografiche dove erano in corso programmi pilota);¹⁵

3. «copertura» mammografica, ovvero la percentuale di donne in fascia target (50-69 anni: n. 16.459 che rappresentavano una popolazione pari a 7.925.570 donne) che hanno dichiarato il ricorso ad almeno una mammografia in assenza di sintomi nei due anni precedenti l'intervista (a partire dal 2010 alcune Regioni¹⁶ hanno ampliato alla fascia 45-74 anni l'età della popolazione obiettivo dello screening mammografico, ma per mantenere la confrontabilità regionale nel presente studio si fa riferimento alle fasce di età previste per i LEA).

Attraverso modelli di regressione logistica applicati sul sottocampione delle donne immigrate (per il Pap test n. 2.601, rappresentanti una popolazione pari a n. 1.639.128; per la mammografia n. 636, rappresentanti una popolazione pari a n. 352.886) è stata valutata l'associazione tra gli indicatori 2 e 3 e alcuni fattori potenzialmente predittivi di tali esiti: età, livello d'istruzione, giudizio sulle risorse economiche familiari, area geografica di provenienza, tipologia della coppia, abitudine al fumo, aver fatto visite di prevenzione di recente, aver fatto prevenzione attraverso esami medici, anni di residenza in Italia.

I modelli sono stati elaborati utilizzando una metodologia che permette di inserire progressivamente le variabili per importanza (*forward*) in termini di capacità predittiva. A tal fine è stato utilizzato quale livello di significatività per l'ingresso e l'uscita delle variabili dai modelli il valore di 0,05.

RISULTATI

La **figura 1** (p. 20) mette a confronto i tassi standardizzati per età di ricorso al Pap test e alla mammografia, in assenza di sintomi o disturbi, tra donne italiane e immigrate residenti in Italia, nel 2005 e nel 2013, nelle fasce di età target (25-64 anni per il Pap test e 50-69 anni per la mammografia). Sia nel 2005 sia nel 2013 il ricorso alla prevenzione dei tumori femminili è più elevato tra le donne italiane rispetto alle immigrate, ma il divario si riduce nel 2013, con la sola eccezione del ricorso alla mammografia nei due anni precedenti l'intervista. Infatti, si osserva un incremento dei tassi di copertura maggiore tra le immigrate rispetto alle italiane, che determina quindi una convergenza dei comportamenti preventivi tra i due gruppi.

La **figura 2** (p. 20) mette a confronto le percentuali di copertura del Pap test, ovvero il ricorso al test negli ultimi tre anni in assenza di sintomi o disturbi, nel 2005 e nel 2013 tra donne italiane e immigrate, di età 25-64 anni, per area geografica di residenza. Nel periodo considerato si osserva un forte incremento nella co-

Figura 1. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) e alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi, almeno una volta nella vita o nei tempi raccomandati. Tassi standardizzati per età (%). Anni 2005 e 2013.

Figure 1. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years old) and a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders at least once in a lifetime or up-to-date according to recommendations. Age-standardized rates (%). Years 2005 and 2013.

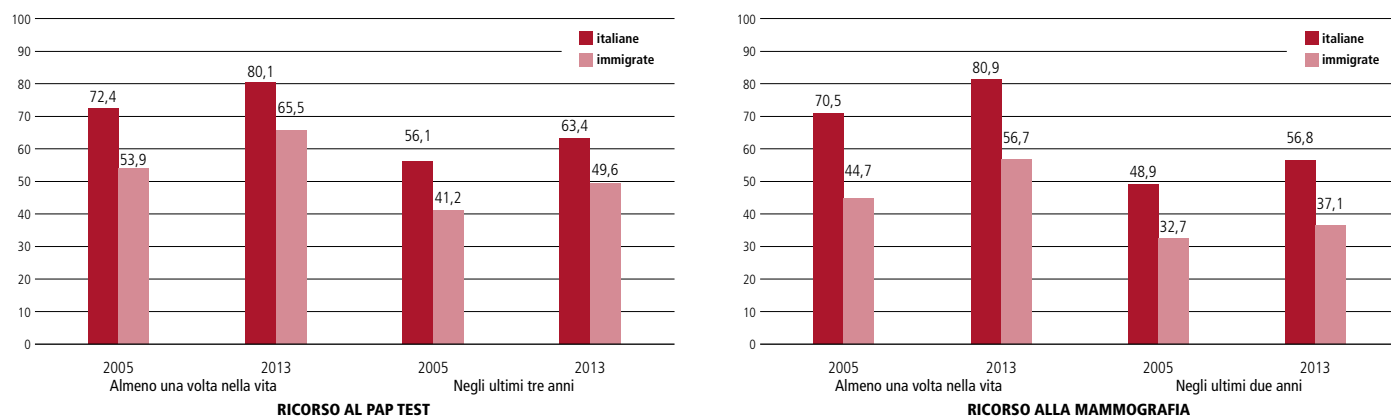


Figura 2. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) in assenza di sintomi o disturbi nei tempi raccomandati (negli ultimi tre anni), per ripartizione geografica (%). Anni 2005 e 2013.

Figure 2. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years old) in the absence of symptoms or disorders up-to-date according to recommendations (in the last three years), by geographic area (%). Years 2005 and 2013.

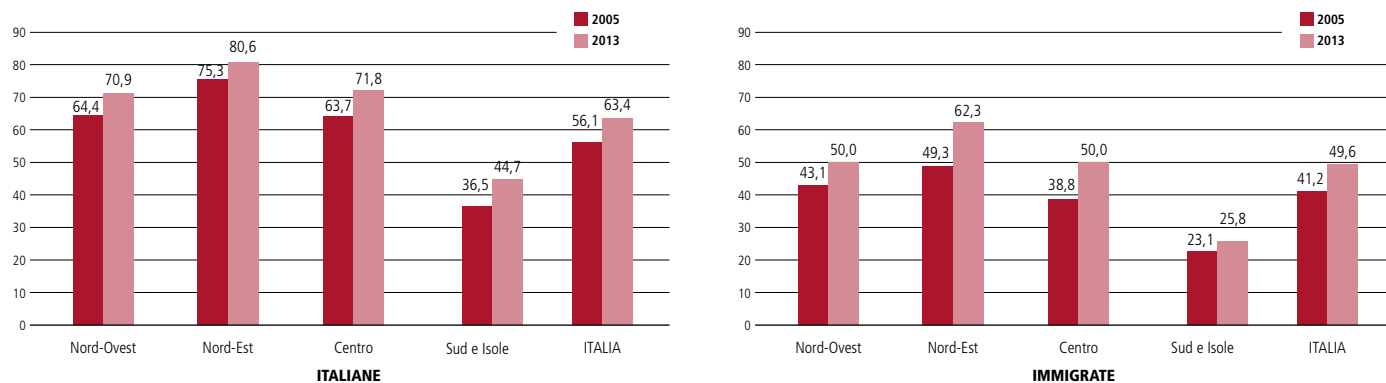
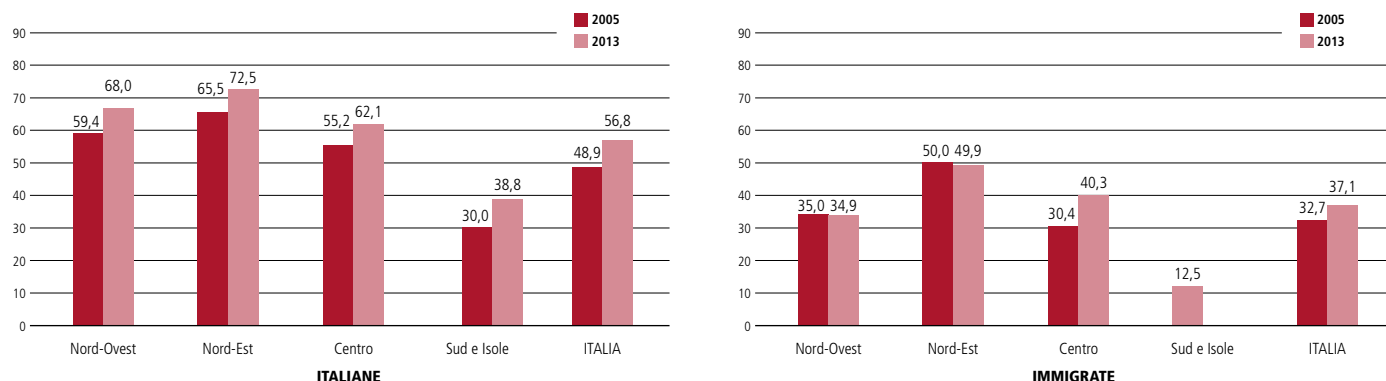


Figura 3. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi nei tempi raccomandati (negli ultimi due anni), per ripartizione geografica (%). Anni 2005 e 2013.

Figure 3. Italian and foreign women self-reporting having had a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders up-to-date according to recommendations (in the last two years), by geographical area (%). Years 2005 and 2013.



apertura per le immigrate residenti nel Nord-Est (+26,4%) e nel Centro (+26,4%), superiore a quello registrato per le italiane (rispettivamente +7,0% e +12,7%). Nel Sud e Isole, dove il trend temporale è comunque in crescita per tutte le donne, si osserva un aumento maggiore per le italiane, diversamente da tutte le altre ripartizioni: la quota di immigrate coperte da Pap test passa dal 23,1% al 25,8% (+11,7%), mantenendo il livello di copertura su

valori bassi, e pari alla metà di quello osservato nel Centro e nel Nord-Ovest (50,0% nel 2013).

La **figura 3** mette a confronto le percentuali di copertura della mammografia, ovvero il ricorso al test nei due anni precedenti l'intervista in assenza di sintomi o disturbi, nel 2005 e nel 2013 tra le donne italiane e immigrate, di età 50-69 anni, per area geografica di residenza. La stima dei livelli di copertura della mam-

mografia tra le donne immigrate residenti nel Sud e Isole nel 2005 non è valutabile a causa della ridotta numerosità del sottocampione. Al Nord la percentuale di immigrate che aveva effettuato la mammografia si mantiene stabile nel tempo, mentre aumenta al Centro. Tuttavia, nel periodo considerato le differenze tra italiane e immigrate sono addirittura aumentate nel Nord, perché è aumentata la percentuale di copertura per le italiane, mentre è rimasta immutata per le immigrate, dato rilevante in quanto ben oltre la metà (57,4%) delle donne immigrate risiede nel settentrione. Solo nel Centro si osserva un miglioramento dei livelli di copertura fra le donne immigrate.

Nella **figura 4** è riportata la percentuale di ricorso ai test di screening, per durata della permanenza in Italia. All'aumentare degli anni di permanenza cresce anche il livello di copertura, sia per il Pap test sia per la mammografia. Per il Pap test la quota di copertura passa dal 36% per le donne immigrate che risiedono in Italia da meno di tre anni al 57,8% per quelle che vi risiedono da 13 anni e oltre, inferiore di 6,6 punti percentuali rispetto alla copertura nelle italiane (63,4%). Risultato analogo si osserva per la copertura «almeno una volta nella vita», pari al 75,9% nelle immigrate da oltre 13 anni in Italia e all'80,1% nelle italiane (dati non mostrati). Non si rileva per la mammografia una relazione altrettanto evidente tra livelli di copertura e durata della permanenza in Italia, con valori di poco superiori al 45% per le diverse durate considerate, e un valore anomalo del 20,2% registrato tra chi risiedeva in Italia da 4-6 anni.

La convivenza o il matrimonio con un uomo italiano determina un incremento assoluto nella percentuale di copertura tra le donne immigrate in età target, di 18,6 punti percentuali per il Pap test e di 11,5 punti percentuali per la mammografia (**tabella 1**). Sia per il Pap test sia per la mammografia (**figura 5**), i valori di copertura più elevati si osservano tra le donne provenienti da

Figura 4. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) e alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi, per anni di permanenza in Italia (%). Anni 2005 e 2013.

Figure 4. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years) and a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders, by length of stay in Italy (%). Years 2005 and 2013.

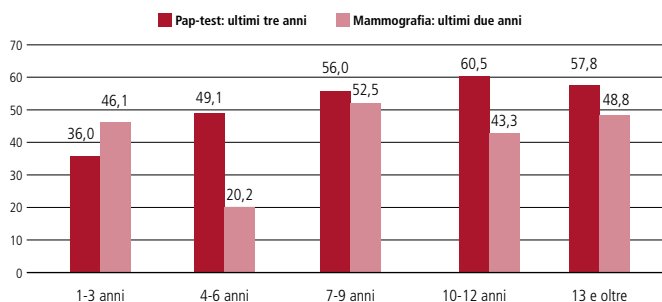


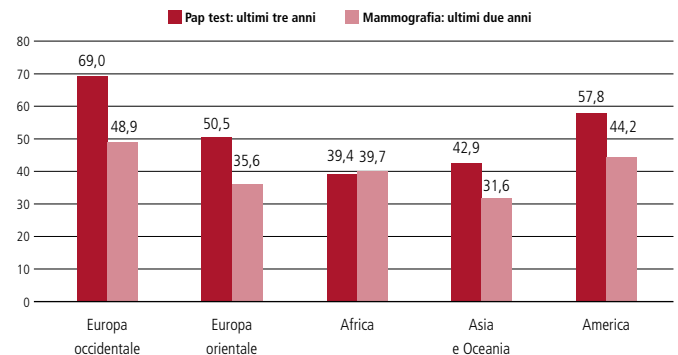
Tabella 1. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) e alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi, per cittadinanza del partner (%). Anno 2013.

Table 1. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years) and a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders, by citizenship of the partner (%). Year 2013.

CITTADINANZA PARTNER	PAP TEST (ULTIMI 3 ANNI)	MAMMOGRAFIA (ULTIMI 2 ANNI)
Italiana	67,4%	48,6%
Straniera	48,8%	37,1%

Figura 5. Donne italiane e straniere che dichiarano di aver fatto ricorso al Pap test (25-64 anni) e alla mammografia (50-69 anni) in assenza di sintomi o disturbi, per area di provenienza. Tassi standardizzati per età (%). Anno 2013.

Figure 5. Italian and foreign women self-reporting having had a Pap test (age group: 25-64 years) and a mammography (age group: 50-69 years) in the absence of symptoms or disorders, by area of origin. Age-standardized rates (%). Year 2013.



Paesi a sviluppo avanzato, in particolare dall'Europa occidentale. In oltre il 90% dei casi le donne migranti europee provengono da Paesi dell'Est, con livelli di copertura molto più bassi, sia per il Pap test (50,5%) sia per la mammografia (35,6%). Più elevata invece la quota di copertura delle donne americane, che per la gran parte provengono dal Sud America (95,4%). Molto basso invece il ricorso alla prevenzione tra le donne di provenienza africana, di cui il 68,9% viene da Paesi nordafricani, in particolare per quella del cancro della cervice (39,4%). La quota di copertura tra le donne asiatiche è invece particolarmente bassa per la mammografia (31,6%).

Nella **tabella 2** (p. 22) sono riportati i risultati del modello di regressione logistica che ha valutato i fattori associati alla probabilità di aver fatto il Pap test negli ultimi tre anni (copertura) tra le donne immigrate. I risultati confermano la maggiore propensione alla prevenzione oncologica tra chi ha una maggiore attitudine individuale alla salute: infatti, le donne che hanno fatto almeno una visita di prevenzione nell'ultimo mese hanno il doppio della probabilità di aver fatto il Pap test negli ultimi tre anni rispetto a chi non ne aveva fatti. Importanti anche i fattori di integrazione: chi è legata a un uomo di nazionalità italiana ha il 70% in più di probabilità di essere coperta con Pap test, mentre le donne presenti da meno di 7 anni presentano *odds* di copertura inferiori (1-3 anni e 4-6 anni con OR pari rispettivamente a 0,61 e a 0,67) rispetto a chi risiede in Italia da 13 anni o più.

Differenze si osservano anche per lo status socioeconomico: elevati livelli d'istruzione e risorse economiche ottime/adequate sono positivamente associate con la probabilità di essere coperte. Il possesso della laurea rispetto alla scuola dell'obbligo è associato a *odds* di livelli di copertura del test quasi doppi (OR: 1,87) e anche risorse economiche giudicate ottime o adeguate accrescono la probabilità di copertura (OR: 1,39). Per quanto riguarda l'area geografica di provenienza, si osserva un 70% in più di probabilità di essere coperte per le donne di origine americana rispetto alla categoria di riferimento, costituita dall'Africa. Infine, la variabile relativa al fumo segnala che le ex fumatrici hanno una probabilità più alta di essere coperte.

Nella **tabella 3** (p. 22) sono presentati i risultati del modello di regressione logistica per i fattori associati alla probabilità di aver eseguito una mammografia negli ultimi due anni (copertura) tra

le donne immigrate, da cui emerge un quadro diverso per alcuni aspetti rispetto al Pap test. Tale probabilità è infatti associata principalmente allo status socioeconomico della donna: l'istruzione elevata rispetto alla scuola dell'obbligo favorisce la copertura di 2,5 volte in più e le risorse economiche giudicate «ottime

Tabella 2. Fattori associati alla copertura del Pap test negli ultimi tre anni tra le donne immigrate. *Odds ratio* (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%). Anno 2013.

Table 2. Factors associated to Pap test uptake in the last three years among immigrant women. Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (CI95%). Year 2013.

FATTORI		OR	IC95%
Classi età (riferimento: 25-34)	55-64	0,40	0,29-0,55
	45-54	0,99	0,79-1,25
	35-44	1,17	0,96-1,44
Istruzione (riferimento: obbligo)	diploma	1,21	1,01-1,45
	laurea	1,87	1,44-2,43
Risorse economiche familiari (riferimento: scarse, assolutamente insufficienti)	ottime, adeguate	1,39	1,17-1,65
	America	1,68	1,20-2,36
Area provenienza (riferimento: Africa)	Asia e Oceania	1,01	0,73-1,41
	Europa orientale	1,28	0,99-1,65
	Europa occidentale	1,40	0,86-2,29
Tipologia della coppia (riferimento: non in coppia)	coppia italo-straniera	1,72	1,35-2,19
	entrambi stranieri	1,18	0,97-1,43
Fumo (riferimento: non fumatrice)	ex fumatrice	1,48	1,14-1,92
	fumatrice	1,21	0,96-1,53
Visite mediche nelle ultime 4 settimane (riferimento: nessuna visita)	almeno una visita di prevenzione	2,13	1,54-2,94
	altro tipo di visite	1,75	1,41-2,17
Esami medici di prevenzione generale (riferimento: nessun tipo di controllo)	1 o 2 controlli	1,46	1,05-2,02
	tutti i controlli	1,78	1,43-2,21
Anni permanenza in Italia (riferimento: 13 anni e oltre)	1-3 anni	0,61	0,45-0,84
	4-6 anni	0,68	0,53-0,87
	7-12 anni	1,07	0,87-1,32

Tabella 3. Fattori associati alla copertura della mammografia negli ultimi due anni tra le donne immigrate. *Odds ratio* (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%). Anno 2013.

Table 3. Factors associated to mammography uptake in the last two years among immigrant women. Odds ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI). Year 2013.

FATTORI		OR	IC95%
Classi età (riferimento: 50-59)	60-69	0,58	0,39-0,87
Istruzione (riferimento: obbligo)	diploma	1,62	1,11-2,35
	laurea	2,51	1,57-4,03
Risorse economiche familiari (riferimento: scarse, assolutamente insufficienti)	ottime, adeguate	1,75	1,25-2,44
Esami medici di prevenzione generale (riferimento: nessun tipo di controllo)	1 o 2 controlli	3,35	1,46-7,69
	tutti i controlli	2,13	1,17-3,89

o adeguate» del 74% in più rispetto a risorse familiari giudicate «scarse o insufficienti». Non si osserva nessuna relazione significativa tra la copertura e l'area geografica di provenienza della donna immigrata. L'aver svolto esami medici di prevenzione invece, come per il Pap test, porta a una maggiore copertura (OR: 3,35), mentre non sembrano avere effetto le eventuali visite di prevenzione.

DISCUSSIONE

SINTESI DEI RISULTATI PRINCIPALI

Il livello di copertura del Pap test nel 2013 è stato stimato pari al 63,4% per le donne italiane, al 49,6% per le immigrate; per la copertura mammografica la stima è pari al 56,8% per le italiane e solo al 37,1% per le immigrate. Queste nette differenze costringono a porre l'attenzione sulle cause del basso accesso delle donne immigrate alla prevenzione oncologica. Si segnala che i livelli di copertura nazionali per le donne immigrate e per le italiane sono al di sotto degli standard previsti dalle linee guida europee: 70% accettabile e 75% desiderabile per la mammella e 70% accettabile e 85% desiderabile per la cervice.¹

Una minore partecipazione agli screening oncologici femminili da parte delle donne immigrate è stata osservata in molti altri Paesi industrializzati^{17,18} e, in precedenti studi, anche in Italia.¹⁹⁻²² Coperture più basse sono state registrate anche tra le minoranze in Paesi in cui l'immigrazione è un fenomeno molto meno recente che in Italia, e con una rilevante presenza di immigrati di seconda generazione.²³⁻²⁷ L'entità delle differenze è però molto variabile²⁸ e recentemente alcuni lavori hanno mostrato alcune inversioni di tendenza per le comunità più integrate.^{29,30}

Nel panorama europeo, le differenze osservate in questo studio mostrano come il sistema di sanità pubblica italiano riesca a mantenere le differenze su livelli piuttosto bassi. Anche in altri studi europei la differenza di copertura tra le native e le immigrate è maggiore per lo screening del cancro al seno rispetto a quello della cervice uterina.³¹ I motivi possono essere molti, ma sicuramente l'apporto dello screening opportunistico alla copertura di test mammografici tra le donne immigrate è molto limitato, sia per il costo del test, sia perché non permette di sfruttare le opportunità legate alla salute riproduttiva e alle gravidanze, come invece avviene per il Pap test.

Complessi fattori legati al Paese di origine influenzano l'attitudine delle donne migranti verso la prevenzione dei tumori femminili; tra questi, la conoscenza delle problematiche di salute che intendono prevenire, insieme all'esperienza di prevenzione fatta nel Paese di origine o riportate da altre donne vicine alla persona migrante. Anche questo fattore può essere alla base della maggiore copertura di Pap test rispetto alla mammografia: campagne per la diffusione del Pap test infatti sono state fatte in molti dei Paesi d'origine delle donne immigrate e, sebbene il livello effettivo di copertura e l'efficacia di queste campagne non siano sempre elevati, possono aver creato una certa familiarità con il test.³² L'epidemiologia di queste due patologie oncologiche cambia fra Paesi industrializzati. Il cancro della mammella ha un'alta incidenza nei contesti industrializzati, dovuta sia alla presenza di fattori di rischio comportamentali e di *background* genetico, sia all'anticipazione diagnostica e alla sovradiagnosi introdotte dallo

screening stesso,^{33,34} mentre nei Paesi non industrializzati l'incidenza è più bassa (figura 6). A fronte di queste variazioni d'incidenza, la mortalità è invece simile in tutti i continenti. Al contrario, l'incidenza di cancro della cervice uterina è bassa nei Paesi industrializzati per effetto dello screening (che in questo caso è in grado di ridurre l'incidenza dei cancri invasivi attraverso il trattamento delle lesioni pre-invasive³⁵) e nei Paesi non industrializzati a bassa prevalenza di HPV, Nord Africa e Medio Oriente, mentre è alta dove lo screening non è diffuso o ben organizzato e la prevalenza di HPV è alta; il rapporto fra mortalità e incidenza però è basso solo dove lo screening è diffuso ed efficace.³⁶

I rischi nei Paesi d'origine e le particolari modalità di diagnosi di questi tumori si rispecchiano nella mortalità osservata tra le immigrate in Italia: per la mammella, dove il rischio è minore o uguale alle italiane, si osserva chiaramente una minore mortalità nelle immigrate, compatibile sia con il rischio di *background* sia con il cosiddetto *healthy migrant effect*, cioè il fatto che i migranti siano selezionati per un miglior stato di salute al momento della partenza.³⁷ Al contrario, per la cervice si osservano sia una maggiore mortalità³⁷ sia una maggiore incidenza;^{13,38} in questo caso infatti la lunga fase preclinica del tumore e il fatto che venga individuato spesso al primo Pap test effettuato in Italia riduce molto la possibilità di *healthy migrant effect* e lascia emergere i maggiori rischi di *background*.¹³

LE DIFFERENZE TERRITORIALI

Se si osserva la copertura nelle diverse macroaree italiane, lo svantaggio delle donne del Sud e Isole nei confronti delle connazionali è sicuramente più forte dello svantaggio che si osserva fra italiane e immigrate all'interno della stessa macroarea. Ciò suggerisce che laddove l'offerta pubblica dei test di screening è più efficace e l'accessibilità migliore per le donne italiane lo è anche per le donne immigrate, sebbene si mantenga una piccola differenza.³⁹ Le differenze osservate fra le macroaree rispecchiano infatti una più lenta e incompleta diffusione dei programmi organizzati di screening nel Sud rispetto al Centro-Nord, che non è stata compensata dall'offerta opportunistica.^{20,40} Solo negli anni più recenti i programmi di screening sono riusciti a estendere la popolazione invitata nel Sud,⁴⁰ ma probabilmente le interviste del 2013, riguardanti i tre anni precedenti, hanno potuto cogliere solo in minima parte gli effetti di questa estensione.

L'INTEGRAZIONE E I DETERMINANTI DELLA COPERTURA NELLE DONNE IMMIGRATE

La differenza di copertura per il Pap test fra italiane e immigrate si sono andate attenuando dal 2005 al 2013, periodo nel quale la popolazione immigrata è molto aumentata mentre si è consolidata la presenza di comunità maggiormente integrate: per le donne presenti da più anni e per quelle con un partner italiano si osservano maggiori livelli di copertura per il Pap test. Il dato suggerisce che è in atto un processo di integrazione della popolazione immigrata che, almeno per alcune abitudini preventive, acquisisce comportamenti più simili alle donne italiane in relazione al tempo trascorso in Italia.

Perché ciò non sia avvenuto per la mammografia è difficile da spiegare e differisce da quanto osservato in altri Paesi.^{30,41} Tuttavia, i risultati sono consistenti con altri studi che mostrano differenti determinanti nella copertura nelle donne immigrate per il Pap test e per la mammografia.³⁰ Infatti, oltre a un effetto di facilitazione rappresentato dalle visite per prevenzione ed eventuali contatti opportunistici con il servizio sanitario, tra le immigrate gli unici determinanti rilevanti per la mammografia sono quelli socioeconomici: titolo di studio e difficoltà economiche. Al contrario, per il Pap test, oltre all'effetto delle variabili indicative di integrazione, si nota un minore effetto delle variabili socioeconomiche e delle visite opportunistiche. Inoltre, si possono osservare differenze in base all'area geografica di provenienza, con una minore copertura per le donne africane e per quelle asiatiche che non si osserva per la mammografia, dove però il campione non ha sufficiente potenza, data la minore estensione della fascia di età target e la minore presenza di alcune comunità nelle 50-69enni.

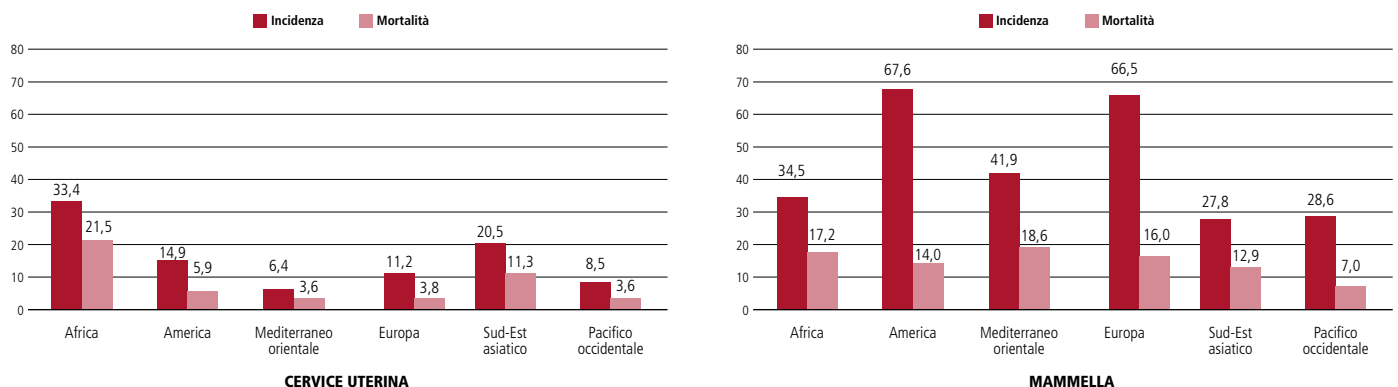
LIMITI E PUNTI DI FORZA

Il maggiore punto di forza dello studio è la rappresentatività e la potenza statistica del campione. Ciononostante, come già detto, il campione non ha una potenza sufficiente per studiare alcuni determinanti della copertura nel sottogruppo delle immigrate di 50-69 anni e in particolare per il 2005, quando la presenza di immigrati in Italia era molto minore.

Dalle domande presenti nell'intervista si possono ricavare due indicatori di ricorso ai test di prevenzione:

- «almeno una volta nella vita»;

Figura 6. Incidenza e mortalità per cancro della cervice uterina e della mammella nel mondo. Tassi standardizzati per età (x100.000). Fonte Globocan (OMS). 2012.
Figure 6. Incidence and mortality by cervical and breast cancer worldwide. Age-standardized rate (x100,000). Fonte Globocan (WHO). 2012.



■ la copertura secondo la cadenza raccomandata, cioè un test negli ultimi due anni per la mammografia e negli ultimi tre anni per il Pap test.

Il primo è una misura molto più grezza rispetto alle misure di «copertura», perché aggrega insieme donne che possono avere avuto percorsi preventivi molto diversi per tempi di attuazione, frequenza degli accertamenti e infine anche relativamente al Paese in cui sono stati svolti. Inoltre, per quanto riguarda la mammografia l'effettuazione di un solo test nella vita non può avere un impatto rilevante sulla mortalità: anticipando la diagnosi solo di pochi anni⁴² e non individuando lesioni pre-invasive, può impattare solo su una piccola parte dei cancri che possono insorgere nella vita della donna. Anche per il Pap test l'impatto di un solo test nella vita ha mostrato un impatto piccolo o nullo sulla mortalità, nonostante la sua capacità di anticipare di molti anni la diagnosi e di ridurre l'incidenza di cancri invasivi.⁴³ L'analisi della copertura è sicuramente più correlata agli esiti di salute rispetto all'indicatore «almeno una volta nella vita». Tuttavia i due indicatori mostrano sempre risultati coerenti fra loro.

CONCLUSIONI

I livelli di copertura dei test di prevenzione dei tumori femminili delle cittadine immigrate rispecchiano, con criticità maggiori, quella delle donne italiane: i fattori socioeconomici, quali

istruzione e reddito familiare, influenzano la generale predisposizione a fare prevenzione, ma per le straniere è rilevante anche l'integrazione nella società italiana. Le differenze fra le macroaree geografiche inoltre rispecchiano la diversa capacità del servizio sanitario di organizzare la propria offerta di servizi per la prevenzione, in particolare l'offerta attiva di programmi multidisciplinari di screening; in altre parole, un sistema sanitario accessibile per le donne italiane riesce ad esserlo anche per la popolazione immigrata. Il prossimo passaggio al test HPV per tutti i programmi di screening organizzati, previsto dal Piano nazionale della prevenzione per il 2018,⁴⁴ potrebbe aprire nuove problematiche legate all'esplicitazione del nesso causale fra cancro della cervice e un'infezione sessualmente trasmessa, per l'adesione in alcune comunità di immigrate.⁴⁵ Va considerato che al momento dell'intervista la diffusione del test HPV era piuttosto bassa e limitata ad alcune aree geografiche.¹⁰

Le differenze tra italiane e immigrate sono ancora forti e costringono a riflettere su come raggiungere le immigrate: poiché per esse risulta molto forte il ruolo facilitante dell'aver effettuato altre visite mediche, per prevenzione o altri motivi, è probabilmente opportuno che si continui a sfruttare ogni occasione d'incontro fra donne immigrate e servizio sanitario per informare le donne sui vantaggi e le criticità degli screening e sulle modalità di accedervi.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Arbyn M, Anttila A, Jordan J et al. European guidelines for quality assurance in cervical cancer screening. Second edition-summary document. *Ann Oncol* 2010;21(3):448-58.
2. Perry N, Broeders M, de Wolf C, Törnberg S, Holland R, Von Karsa L. European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis. Luxembourg, European Commission, Office for Official Publications of the European Communities, 2006.
3. The Council of the European Union. Council Recommendation of 2 December 2003 on cancer screening. *Off J Eur Union* 2003;(L327):34-38.
4. Ronco G, Biggeri A, Confortini M et al (a cura di). HTA Report—Ricerca del DNA di papillomavirus umano (HPV) come test primario per lo screening dei precursori del cancro del collo uterino. *Epidemiol Prev* 2012;36(3-4 Suppl. 1):1-72.
5. Ministero della salute. *Raccomandazioni per la pianificazione e l'esecuzione degli screening di popolazione per la prevenzione del cancro della mammella, del cancro della cervice uterina e del cancro del colon retto*. 2006. Disponibile all'indirizzo: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_publicazioni_774_allegato.pdf
6. Ico. *Human Papillomavirus and Related Diseases Report*. 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.hpvcentre.net/statistics/reports/XFX.pdf> (ultimo accesso: 08.03.17).
7. Istat. <http://www.demo.istat.it> (ultimo accesso: 08.03.17).
8. Campari C, Fedato C, Iossa A et al. Cervical cancer screening in immigrant women in Italy: a survey on participation, cytology and histology results. *Eur J Cancer Prev* 2016;25(4):321-28.
9. Shommu NS, Ahmed S, Rumana N, Barron GR, McBrien KA, Turin TC. What is the scope of improving immigrant and ethnic minority healthcare using community navigators: A systematic scoping review. *Int J Equity Health* 2016;15:6.
10. Scarinci IC, Garcia FA, Kobetz E et al. Cervical cancer prevention: new tools and old barriers. *Cancer* 2010;116(11):2531-42.
11. Andreeva VA, Pokhrel P. Breast cancer screening utilization among Eastern European immigrant women worldwide: a systematic literature review and a focus on psychosocial barriers. *Psychooncology* 2013;22(12):2664-75.
12. Giorgi Rossi P, Camilloni L, Cogo C et al. (a cura di). Metodi per aumentare la partecipazione ai programmi di screening oncologici. *Epidemiol Prev* 2012;36(1 Suppl. 1):1-104.
13. Di Felice E, Caroli S, Paterlini L, Campari C, Prandi S, Giorgi Rossi P. Cervical cancer epidemiology in foreign women in Northern Italy: role of human papillomavirus prevalence in country of origin. *Eur J Cancer Prev* 2015;24(3):223-30.
14. Istat. <http://siqual.istat.it/SiQual/visualizza.do?id=0071201> (ultimo accesso: 29.09.16).
15. Ronco G, Giorgi Rossi P, Giubilato P, Del Mistro A, Zappa M, Carozzi F. A first survey of HPV-based screening in routine cervical cancer screening in Italy. *Epidemiol Prev* 2015;39(3 Suppl. 1):77-83.
16. Ventura L, Giorgi D, Giordano L, Frigerio A, Mantellini P, Zappa M. Mammographic breast cancer screening in Italy: 2011-2012 survey. *Epidemiol Prev* 2015;39(3 Suppl. 1):21-29.
17. Azerkan F, Sparen P, Sandin S, Tillgren P, Faxelid E, Zendehele K. Cervical screening participation and risk among Swedish-born and immigrant women in Sweden. *Int J Cancer* 2012;130(4):937-47.
18. Behbakht K, Lynch A, Teal S, Degeest K, Massad S. Social and cultural barriers to Papanicolaou test screening in an urban population. *Obstet Gynecol* 2004;104(6):1355-61.
19. Campari C, Fedato C, Petrelli A et al. HPV prevalence and risk of pre-cancer and cancer in regular immigrants in Italy: results from HPV DNA test-based screening pilot programs. *Infect Agent Cancer* 2015;10(1):14.
20. Carrozzi G, Sampaolo L, Bolognesi L et al. Cancer screening uptake: association with individual characteristics, geographic distribution, and time trends in Italy. *Epidemiol Prev* 2015;39(3 Suppl. 1):9-18.
21. Vallesi G, Bietta C, Marri M, Petrella M. Provenienza da Paesi a forte pressione migratoria e partecipazione allo screening citologico nell'AUSL 2 dell'Umbria. Impatto sulla probabilità di presentare lesioni di alto grado e tumori del collo dell'utero. *Epidemiol Prev* 2012;36(2):95-99.
22. Visioli CB, Crocetti E, Zappa M et al. Participation and risk of high grade cytological lesions among immigrants and Italian-born women in an organized cervical cancer screening program in central Italy. *J Immigr Minor Health* 2015;17(3):670-78.
23. Hemminki K, Li X. Cancer risks in Nordic immigrants and their offspring in Sweden. *Eur J Cancer* 2002;38(18):2428-34.
24. Mousavi SM, Sundquist K, Hemminki K. Morbidity and mortality in gynecological cancers among first- and second-generation immigrants in Sweden. *Int J Cancer* 2012;131(2):497-504.
25. Massad NJ, Douglas E, Waller J, Wardle J, Duffy SW. Variation in cervical and breast cancer screening coverage in England: a cross-sectional analysis to characterise districts with atypical behaviour. *BMJ Open* 2015;5(7):e007735.
26. Szczepura A, Price C, Gumber A. Breast and bowel cancer screening uptake patterns over 15 years for UK south Asian ethnic minority populations, corrected for differences in socio-demographic characteristics. *BMC Public Health* 2008;8:346.
27. Price CL, Szczepura AK, Gumber AK, Patnick J. Comparison of breast and bowel cancer screening uptake patterns in a common cohort of South Asian women in England. *BMC Health Serv Res* 2010;10:103.
28. Jack RH, Moller H, Robson T, Davies EA. Breast cancer screening uptake among women from different ethnic groups in London: a population-based cohort study. *BMJ Open* 2014;4(10):e005586.
29. Melvin CL, Jefferson MS, Rice LJ, Cartmell KB, Halbert CH. Predictors of Participation in

- Mammography Screening among Non-Hispanic Black, Non-Hispanic White, and Hispanic Women. *Front Public Heal* 2016;4:188.
30. Douglas E, Waller J, Duffy SW, Wardle J. Socioeconomic inequalities in breast and cervical screening coverage in England: are we closing the gap? *J Med Screen* 2016;23(2):98-103.
 31. Palencia L, Espelt A, Rodriguez-Sanz M, et al. Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program. *Int J Epidemiol* 2010;39(3):757-65.
 32. WHO. *Comprehensive Cervical Cancer Control: A Guide to Essential Practice*. Geneva, WHO, 2006.
 33. DeSantis CE, Bray F, Ferlay J, Lortet-Tieulent J, Anderson BO, Jemal A. International Variation in Female Breast Cancer Incidence and Mortality Rates. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 2015;24(10):1495-506.
 34. Bray F, McCarron P, Parkin DM. The changing global patterns of female breast cancer incidence and mortality. *Breast Cancer Res* 2004;6(6):229-39.
 35. IARC. *Handbooks of Cancer Prevention Volume 10. Cervix Cancer Screening*. Lyon, 2005. Disponibile all'indirizzo: <http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/prev/handbook10/HANDBOOK10.pdf> (ultimo accesso 08.03.17).
 36. Giorgi Rossi P, Ronco G. The present and future of cervical cancer screening programmes in Europe. *Curr Pharm Des* 2013;19(8):1490-97.
 37. Pacelli B, Carretta E, Spadea T et al. Does breast cancer screening level health inequalities out? A population-based study in an Italian region. *Eur J Public Health* 2014;24(2):280-85.
 38. Crocetti E, Manneschi G, Visioli CB, Zappa M. Risk of invasive cervical cancer and cervical intraepithelial neoplasia grade III in central Italy by area of birth. *J Med Screen* 2010;17(2):87-90.
 39. Francovich L, Giorgi Rossi P, Gargiulo L et al. Screening cervico-vaginali e mammografici in Italia: livelli di copertura e differenze socio-economiche (anni 2012-13). In: Costa G, Crialesi R, Migliardi A et al. (a cura di). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*. Roma, Istituto superiore di sanità, 2016 (Rapporti ISTISAN 16/26):129-37.
 40. Zappa M, Carozzi FM, Giordano L et al. The diffusion of screening programmes in Italy, years 2011-2012. *Epidemiol Prev* 2015;39(3 Suppl.1):5-8.
 41. Brown WM, Considine NS, Magai C. Time spent in the United States and breast cancer screening behaviors among ethnically diverse immigrant women: evidence for acculturation? *J Immigr Minor Health* 2006;8(4):347-58.
 42. Chen Y, Brock G, Wu D. Estimating key parameters in periodic breast cancer screening-application to the Canadian National Breast Screening Study data. *Cancer Epidemiol* 2010;34(4):429-33.
 43. Sankaranarayanan R, Nene BM, Shastri SS et al. HPV screening for cervical cancer in rural India. *N Engl J Med* 2009;360(14):1385-94.
 44. Ministero della salute. Piano nazionale della prevenzione 2014-2018. Disponibile all'indirizzo: www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf (ultimo accesso: 8.3.16).
 45. Giorgi Rossi P, Baldacchini F, Ronco G. The Possible Effects on Socio-Economic Inequalities of Introducing HPV Testing as Primary Test in Cervical Cancer Screening Programs. *Front Oncol* 2014;4:20.

CAPITOLO 4

Sovrappeso e obesità nella popolazione immigrata adulta residente in Italia

Overweight and obesity among adult immigrant populations resident in Italy

Alessio Petrelli,¹ Anteo Di Napoli,¹ Alessandra Rossi,¹ Daniele Spizzichino,² Gianfranco Costanzo,¹ Monica Perez²

¹ Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

² Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

Corrispondenza: Alessio Petrelli; petrelli@inmp.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: valutare i fattori sociodemografici e comportamentali associati al sovrappeso e all'obesità nella popolazione immigrata in Italia.

DISEGNO: studio trasversale basato sul campione rappresentativo della popolazione straniera residente in Italia dell'indagine Istat "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" 2011-2012.

SETTING E PARTECIPANTI: lo studio è stato condotto sul sottocampione di 15.195 cittadini stranieri di età 18-64 anni, corrispondenti a una stima di 2.986.202 cittadini stranieri nella popolazione residente.

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: l'esito in studio è stato rappresentato dalle condizioni di sovrappeso o obesità, identificate secondo i criteri dell'OMS, rispettivamente per valori di indice di massa corporea (IMC) uguali o maggiori di 25 e 30 kg/m². L'IMC è stato calcolato a partire dalle informazioni su peso (in kg) e altezza (in cm) raccolte dal questionario. Attraverso un modello multivariato log-binomiale è stata valutata l'associazione tra sovrappeso/obesità e i seguenti fattori: genere, età, area di provenienza, anni di permanenza, condizione occupazionale, famiglia mista, livello di istruzione, tipo di alimentazione, abitudine al fumo.

RISULTATI: tra la popolazione straniera residente in Italia complessivamente il 30,9% è in sovrappeso (40,3% degli uomini e 23,2% delle donne) e il 7,5% è obesa (nessuna differenza per genere). Il modello log-binomiale multivariato evidenzia una probabilità di sovrappeso/obesità minore per le donne (PRR: 0,65) e per le famiglie in cui sono presenti italiani (PRR: 0,80); la probabilità cresce con l'età: 35-45 anni (PRR: 1,48), 46-55 (PRR: 1,73), 56-64 (PRR: 1,77) ed è maggiore per una permanenza in Italia di 5-10 anni (PRR: 1,11) o ≥11 anni (PRR: 1,09), per i non occupati (PRR: 1,05) e i me-

no istruiti (PRR: 1,06). Rispetto agli europei la probabilità è minore tra chi proviene dall'Africa sub-sahariana (PRR: 0,89), dall'Asia centro-occidentale (PRR: 0,93) e maggiore tra gli americani (PRR: 1,08).

CONCLUSIONE: il problema del sovrappeso/obesità tra gli immigrati ha dimensioni analoghe a quelle dei cittadini italiani, il che rappresenta un fattore di preoccupazione anche perché il peso demografico delle seconde generazioni è ormai rilevante. Sono auspicabili interventi di sanità pubblica multifattoriali, cioè in grado di agire sia sulle abitudini alimentari sia sulla promozione dell'attività fisica, diffusi all'interno delle singole comunità attraverso messaggi culturalmente orientati.

Parole chiave: sovrappeso, obesità, immigrati, alimentazione, prevenzione, Italia

ABSTRACT

OBJECTIVES: to evaluate sociodemographic and behavioural factors associated with overweight and obesity among immigrant population in Italy.

DESIGN: cross-sectional study on the representative sample of foreign population resident in Italy of the Italian National Institute of Statistics (Istat) survey "Social conditions and integration of foreign citizens in Italy", carried out in 2011-2012.

SETTING AND PARTICIPANTS: the study was conducted on a subsample of 15,195 foreigners aged 18-64 years, corresponding to an estimate of 2,986,202 foreign citizens among the resident population in Italy.

MAIN OUTCOME MEASURES: study outcome is the presence of overweight and obesity, conditions identified according to WHO criteria, namely body mass index (BMI) values ≥25 kg/m² and ≥30 kg/m², respectively. BMI was calculated

based on weight (expressed in kg) and height (expressed in cm) information collected through the questionnaire. A multivariate log-binomial model was used to evaluate association between overweight/obesity and the following factors: gender, age, origin, length of stay in Italy, occupational status, presence of Italians in the household, educational level, dietary, smoking habits.

RESULTS: among foreigners in Italy, 30.9% is overweight (40.3% among men and 23.2% among women) and 7.5% is obese (no differences were found between males and females). The multivariate log-binomial model shows lower probability of being overweight/obese among women (PRR: 0.65) and among families with at least one Italian person (PRR: 0.80); probability increases with age: 35-45 years show a PRR of 1.48; 46-55 years a PRR of 1.73; 56-64 years a PRR of 1.77. The probability is higher if the length of stay in Italy is between 5 and 10 years (PRR: 1.11) or longer than 11 years (PRR: 1.09); it is higher also among not employed (PRR: 1.05) and less educated people (PRR: 1.06). If compared to European people, probability is lower among people who come from Sub-Saharan Africa (PRR: 0.89) and Central-Western Asia (PRR: 0.93), whereas it is higher among people from the Americas (PRR: 1.08).

CONCLUSIONS: overweight/obesity prevalence among immigrants has the same dimensions as for Italians. This is a worrying result, also considering the increasing demographic weight of second-generation immigrants. Multifactorial public health interventions in each community are advisable, both acting on dietary habits and on the promotion of physical activity, even through culturally oriented messages.

Keywords: overweight, obesity, immigrants, diet, prevention, Italy

INTRODUZIONE

Il sovrappeso e l'obesità costituiscono un rilevante e crescente problema di sanità pubblica, poiché rappresentano fattori di rischio prevenibili per diabete, ipertensione, malattie cardiovascolari, disturbi muscoloscheletrici (soprattutto artrosi, malattia degenerativa delle articolazioni altamente invalidante) e diversi tipi di tumore (tra cui endometrio, mammella, ovaio, prostata, fegato, cistifellea, reni e colon).¹ Se acquisita in età giovanile, l'obesità è associata a un rischio maggiore di problemi respiratori, fratture, ipertensione, marcatori precoci di malattie cardiovascolari, insulino-resistenza e problemi psicologici, determinando inoltre una maggiore probabilità di morte prematura e disabilità in età adulta.² Alla base del problema vi è un accumulo eccessivo o anomalo di grasso, generato da un eccesso di calorie assunte in relazione a quelle consumate. I livelli oltre i quali la persona è considerata in sovrappeso od obesa sono espressi principalmente dall'indice di massa corporea (IMC). L'Organizzazione mondiale della sanità (OMS) definisce in sovrappeso le persone adulte (di almeno 18 anni di età) con IMC maggiore o uguale 25 e obese quelle con IMC maggiore o uguale 30.²

A livello mondiale l'obesità è più che raddoppiata dal 1980, non solo nei Paesi sviluppati, ma anche in quelli a basso e medio red-

dito. Nel 2014 quasi 2 miliardi di persone (39%) di almeno 18 anni erano in sovrappeso, di cui 600 milioni (13%) obese.² Tra il 1980 e il 2008, a livello mondiale, il valore medio dell'IMC standardizzato per età è cresciuto di 0,4-0,5 kg/m² per decennio negli uomini e nelle donne.³ In particolare negli Stati Uniti la prevalenza di sovrappeso è quasi raddoppiata (dal 37% al 62%) e l'obesità triplicata (dall'8,7% al 27,8%).⁴ In Europa è in sovrappeso circa il 50% di persone, il 20% delle quali sono obese.⁵ All'obesità è attribuibile il 7,1% della mortalità per tutte le cause a livello mondiale (7,8% nei Paesi ad alto reddito) e il 4,9% (7,1% nei Paesi ad alto reddito) degli anni di vita persi per disabilità (DALYs).⁶ In tale scenario si parla ormai correntemente di epidemia di sovrappeso e obesità (*globesity*) per evidenziare la rapidità e l'impatto della diffusione del fenomeno a livello globale.⁷

Anche se le cause dell'obesità devono ancora essere pienamente spiegate, si può affermare che suscettibilità, comportamenti individuali e condizioni ambientali concorrono alla sua patogenesi.⁸ Diversi studi hanno dimostrato come il problema dell'eccesso ponderale sia presente nelle popolazioni native e tra gli immigrati. In particolare, nella popolazione immigrata è la risultante della complessa interazione di una molteplicità di fattori tra cui la predisposizione genetica, la diffusione nei Paesi di

origine, il contesto in quelli di arrivo e i comportamenti individuali, nei Paesi di origine e di destinazione, a loro volta spesso associati al livello socioeconomico.⁹ Mentre negli Stati Uniti è robusta l'evidenza di un trend fortemente crescente tra la popolazione immigrata, largamente spiegata con il processo di assimilazione di modelli culturali, le evidenze in Europa sono più recenti, riguardano principalmente i Paesi nordici e in modo assai più limitato quelli mediterranei.¹⁰⁻¹⁴

In Italia il fenomeno dell'obesità è ancora contenuto, probabilmente per effetto della dieta mediterranea, caratterizzata da un maggiore consumo di frutta e verdura, grassi insaturi e carboidrati di qualità mediamente più elevata. Recenti risultati ricavati da indagini Istat hanno mostrato come la prevalenza grezza di adulti obesi sia passata dal 7% nel 1994 all'11% nel 2013.¹⁵ Il sistema di sorveglianza in sanità pubblica Passi ha stimato nel periodo 2011-2015 che la prevalenza di persone obese o in sovrappeso era del 42% tra gli italiani e del 40% tra i cittadini stranieri, a conferma di un problema che riguarda gli immigrati non meno della popolazione italiana.¹⁶

L'obiettivo del presente studio è valutare i fattori sociodemografici e comportamentali associati al sovrappeso e all'obesità nella popolazione immigrata in Italia.

DATI E METODI

Per lo studio sono stati utilizzati i risultati dell'indagine nazionale "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri in Italia",¹⁷ condotta dall'Istat tra il 2011 e il 2012 su un campione di circa 9.500 famiglie con presenza di almeno un cittadino straniero residente, per un totale di oltre 20.379 soggetti, includendo sia immigrati sia stranieri nati in Italia (immigrati di seconda generazione). Per ogni famiglia del campione base sono state estratte tre famiglie suppletive costituenti la quartina campionaria; il tasso di sostituzione è pari al 18,4%, calcolato dal rapporto tra le interviste complete a famiglie suppletive e il totale di quartine assegnate. L'analisi è stata ristretta ai cittadini stranieri di età 18-64 anni, per un totale di 15.195 casi, corrispondenti a una stima di 2.986.202 cittadini stranieri nella popolazione residente. Lo status di immigrato è definito in base alla cittadinanza. Nel questionario di indagine, che ha esplorato numerosi aspetti delle condizioni di vita, è presente una sezione specifica sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari. Ai fini dell'oggetto dello studio, abbiamo utilizzato i quesiti sul peso (in kg) e sull'altezza (in cm), informazioni a partire dalle quali è stato calcolato l'IMC.

L'esito in studio è stato rappresentato dalla presenza di sovrappeso od obesità, condizioni identificate secondo i criteri dell'OMS, rispettivamente per valori di IMC uguali o maggiori a 25 e 30 kg/m². È stato costruito un modello multivariato log-binomiale¹⁸ per valutare i seguenti fattori associati al sovrappeso o all'obesità: genere, età, area di provenienza, anni di permanenza, condizione occupazionale, famiglia mista, livello di istruzione, tipo di alimentazione, abitudine al fumo. È stato inoltre testato un modello logistico per valutare i fattori associati a una condizione di obesità, tenendo conto delle stesse covariate.

Per le sole analisi descrittive, relativamente alla cittadinanza sono state considerate le prime dieci nazionalità più frequenti in

Italia al momento dell'indagine: Romania, Albania, Marocco, Cina, Ucraina, Filippine, Tunisia, Polonia, India, Moldavia.

Per quanto riguarda la definizione di area di provenienza, si precisa che con il termine «americani» ci si riferisce sostanzialmente agli immigrati provenienti dai Paesi dell'America Latina, poiché la frequenza di stranieri provenienti da Stati Uniti e Canada è molto bassa (circa il 5% del campione pesato degli americani). Poiché l'errore campionario risultava essere troppo elevato nella classe di età 56-64 anni, se stratificata per area di provenienza e genere, le prevalenze in questi sottogruppi di popolazione non sono state commentate, seppur rappresentate graficamente per esautività di presentazione.

Le analisi statistiche descrittive sono state condotte sul campione pesato, mentre il modello multivariato sulle frequenze grezze del campione.

RISULTATI

Il 38,4% della popolazione straniera residente in Italia è sovrappeso/obeso (47,8% dei maschi e 30,7% delle femmine), il 58,1% è normopeso (51,4% dei maschi e 63,5% delle femmine) e il 3,5% è sottopeso (0,8% dei maschi e 5,7% delle femmine) (tabella 1, p. 28).

Tra i cittadini stranieri sovrappeso la quota degli uomini (58,8%) e delle persone oltre i 36 anni (33,8% degli stranieri di età 36-45 anni, 20,6% di quelli in età 46-55 anni e 7,6% in età 56-64 anni) è maggiore rispetto al totale degli stranieri, mentre le donne e le persone più giovani (18-35 anni) sono più presenti nelle categorie dei normopeso o sottopeso.

Tra gli uomini la percentuale più elevata di sovrappeso/obesità si osserva tra chi proviene dall'America (42,5% e 11,5% rispettivamente), dall'Europa (42,4% e 8,6%) e dall'Africa settentrionale (41,0% e 7,6%). Tra le donne la quota maggiore di sovrappeso/obesità si registra tra chi proviene dall'Africa settentrionale (33,1% e 10,4% rispettivamente), dall'Africa sub-sahariana (30,0% e 10,4%) e dall'Asia centro-occidentale (29,9% e 5,4%) (figura 1, p. 29).

Considerando le dieci cittadinanze straniere più frequenti in Italia, tra gli uomini prevalenze di sovrappeso/obesità superiori al valore medio (47,8%) si osservano tra i moldavi (53,8%), gli ucraini (53,2%), i romeni (52,1%), gli albanesi (50,8%) e i marocchini (49,1%). Tra le donne, prevalenze di sovrappeso/obesità superiori al valore medio (30,7%) si osservano tra le marocchine (42,3%), le moldave (38,3%), le ucraine (35,6%), le indiane (32,5%), le tunisine (31,7%) e le filippine (31,1%). Inoltre, per alcune nazionalità la differenza nella prevalenza assoluta di sovrappeso/obesità tra maschi e femmine è superiore al 20% (Romania e Albania), mentre per altre (Marocco, Tunisia e Cina) è inferiore al 10% (figura 2, p. 29).

La figura 3 (p. 30) mostra le prevalenze di sovrappeso od obesità per genere, età e area di provenienza. Tra gli uomini le prevalenze di sovrappeso e obesità sono sempre più elevate del 50% nella classe di età 46-55 anni, a eccezione di chi proviene dall'Asia orientale e dall'Oceania. Tra coloro che provengono dall'America la prevalenza di sovrappeso od obesità è superiore al 50% per tutte le classi di età. Percentuali superiori al 60% si osservano per gli europei con più di 35 anni.

Tabella 1. Cittadini stranieri di età 18-64 anni per IMC e caratteristiche potenzialmente associate. Istat, 2011-2012.
Table 1. Foreign citizens aged 18-64 years by BMI classification and potentially associated characteristics. Istat, 2011-2012.

	SOTTOPESO			NORMOPESO			SOVRAPPESO			OBESO			TOTALE	
	n.	% col	% riga	n.	% col	% riga	n.	% col	% riga	n.	% col	% riga	n.	% col
Totale	104.440		3,5	1.734.630		58,1	922.780		30,9	224.352		7,5	2.986.202	100
Genere														
Maschi	10.300	9,9	0,8	692.261	39,9	51,4	542.455	58,8	40,3	100.599	44,8	7,5	1.345.615	45,1
Femmine	94.140	90,1	5,7	1.042.370	60,1	63,5	380.325	41,2	23,2	123.753	55,2	7,6	1.640.588	54,9
Età														
18-35	81.336	77,9	5,8	913.368	52,7	64,7	350.746	38,0	24,8	66.309	29,6	4,7	1.411.759	47,2
36-45	16.630	15,9	1,9	486.059	28,0	54,7	311.900	33,8	35,0	74.355	33,1	8,4	888.944	29,8
46-55	4.948	4,7	1,0	251.915	14,5	49,7	190.053	20,6	37,4	60.202	26,8	11,9	507.118	17,0
56-64	1.525	1,5	0,9	83.289	4,8	46,7	70.081	7,6	39,3	23.485	10,5	13,1	178.381	6,0
Anni di permanenza														
4 anni	19.156	18,3	4,0	303.249	17,5	63,3	129.967	14,1	27,2	26.260	11,7	5,5	478.631	16,0
5-10 anni	57.334	54,9	4,4	767.501	44,3	58,5	397.971	43,1	30,3	88.790	39,6	6,8	1.311.596	43,9
≥11 anni	27.951	26,8	2,3	663.881	38,2	55,5	394.842	42,8	33,0	109.302	48,7	9,2	1.195.975	40,1
Area di cittadinanza														
Europa	64.831	62,1	3,9	987.201	56,9	58,8	497.423	53,9	29,6	128.202	57,2	7,7	1.677.656	56,2
Africa settentrionale	9.779	9,4	2,5	201.771	11,6	51,1	148.939	16,1	37,7	34.531	15,4	8,7	395.019	13,2
Africa sub-sahariana	5.549	5,3	3,0	105.115	6,1	56,9	60.515	6,6	32,8	13.467	6,0	7,3	184.647	6,2
Asia centro-occidentale	6.383	6,1	2,5	143.756	8,3	56,5	92.213	10,0	36,3	11.891	5,3	4,7	254.243	8,5
Asia orientale e Oceania	8.879	8,5	4,1	151.463	8,7	69,2	49.817	5,4	22,7	8.834	3,9	4,0	218.993	7,3
America	9.020	8,6	3,5	145.325	8,4	56,9	73.873	8,0	28,9	27.427	12,2	10,7	255.645	8,6
Occupazione														
Occupati	56.725	54,3	2,8	1.162.417	67,0	57,4	659.337	71,5	32,6	146.121	65,1	7,2	2.024.600	67,8
Disoccupati/inattivi	47.715	45,7	5,0	572.214	33,0	59,5	263.443	28,5	27,4	78.231	34,9	8,1	961.602	32,2
Istruzione														
Alta	51.667	49,5	4,2	736.814	42,5	60,4	345.600	37,5	28,4	84.747	37,8	7,0	1.218.828	40,8
Nessuna/bassa/media	52.772	50,5	3,0	997.817	57,5	56,5	577.180	62,5	32,6	139.605	62,2	7,9	1.767.374	59,2
Alimentazione														
Piatti tipici del tuo stato di origine o di un altro stato estero	10.476	10,0	2,6	232.679	13,4	58,0	127.130	13,8	31,7	30.717	13,7	7,7	401.003	13,4
Piatti tipici italiani	45.766	43,8	4,7	588.489	33,9	60,0	279.933	30,3	28,5	67.134	29,9	6,8	981.321	32,9
In egual misura piatti italiani e di stato di origine o altro stato estero	48.198	46,2	3,0	913.463	52,7	57,0	515.717	55,9	32,1	126.501	56,4	7,9	1.603.878	53,7
Tipologia della coppia														
Entrambi stranieri	70.041	67,1	3,0	1.322.780	76,3	56,3	769.611	83,4	32,7	188.962	84,2	8,0	2.351.395	78,7
Italiano/straniero	34.399	32,9	5,4	411.850	23,7	64,9	153.169	16,6	24,1	35.389	15,8	5,6	634.807	21,3
Fumatore														
Mai fumatore	74.824	71,6	4,0	1.079.664	62,2	58,4	557.683	60,4	30,1	137.992	61,5	7,5	1.850.162	62,0
Fumatore attuale	19.496	18,7	2,6	436.596	25,2	59,4	234.228	25,4	31,9	44.805	20,0	6,1	735.125	24,6
Ex fumatore	10.120	9,7	2,5	218.371	12,6	54,5	130.869	14,2	32,6	41.555	18,5	10,4	400.915	13,4

Figura 1. Cittadini stranieri di età 18-64 anni sovrappeso/obesi per genere e area di provenienza. Istat, 2011-2012.
Figure 1. Overweight/obese foreign citizens aged 18-64 years, by gender and area of origin. Istat, 2011-2012.

Nota: Prevalenza di sovrappeso e obesità tra gli italiani di età ≥ 18 anni: obesità: maschi 10,8%; femmine 9%; sovrappeso: maschi 44%, femmine 27,3%. Fonte: Istat, 2015.
Note: Overweight/obesity prevalence among Italians aged ≥ 18 years: obesity: males 10.8%; females 9%; overweight: males 44%, females 27.3%. Source: Istat, 2015.

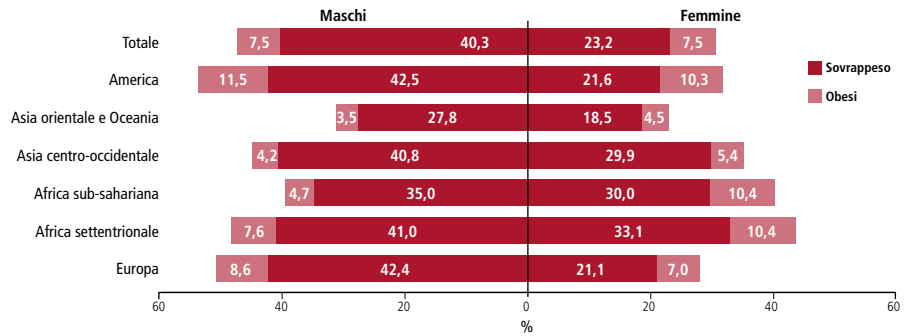
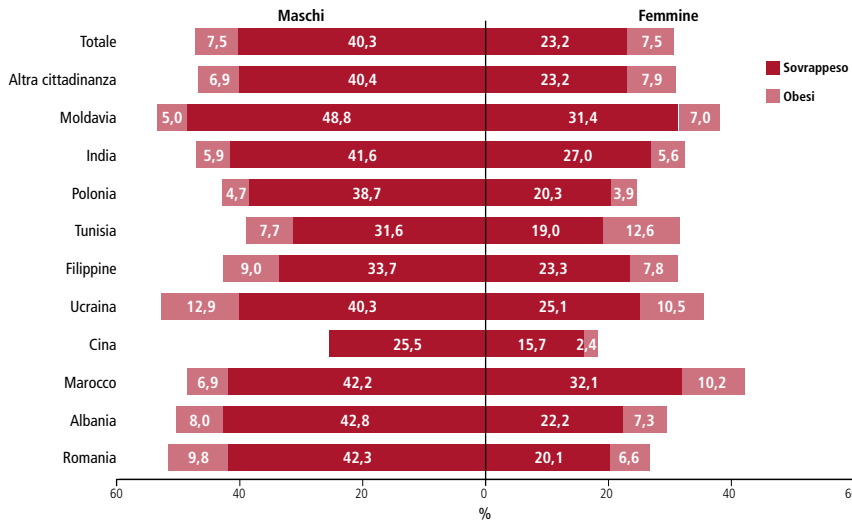


Figura 2. Cittadini stranieri di età 18-64 anni sovrappeso/obesi per le prime 10 cittadinanze e genere. Istat, 2011-2012.

Figure 2. Overweight/obese foreign citizens aged 18-64 years, by the first 10 citizenships and gender. Istat, 2011-2012.



Nota: Prevalenza di sovrappeso e obesità tra gli italiani di età ≥ 18 anni: obesità: maschi 10,8%; femmine 9%; sovrappeso: maschi 44%, femmine 27,3%. Fonte: Istat, 2015.

Note: Overweight/obesity prevalence among Italians aged ≥ 18 years: obesity: males 10.8%; females 9%; overweight: males 44%, females 27.3%. Source: Istat, 2015.

Per quanto riguarda le donne, si osserva invece un aumento lineare delle prevalenze di sovrappeso/obesità al crescere dell'età. Le immigrate provenienti dall'Africa settentrionale hanno valori di prevalenza di sovrappeso od obesità superiori ai valori medi per ciascuna classe di età, superando il 60% oltre i 45 anni di età. I risultati dei modelli multivariati (tabella 2, p. 31) evidenziano che nella popolazione immigrata l'essere donna e vivere in famiglia con italiani costituiscono un fattore protettivo dalla condizione di sovrappeso/obesità. Il rischio di sovrappeso/obesità aumenta al crescere dell'età ed è maggiore per coloro che vivono in Italia da oltre 5 anni. Una probabilità superiore di essere sovrappeso od obeso è stata poi osservata tra coloro che hanno un livello socioeconomico basso, in termini di assenza di occupazione e livello di istruzione medio/basso. Rispetto agli europei si osservano probabilità inferiori di sovrappeso/obesità tra gli stranieri provenienti dall'Africa sub-sahariana e dall'Asia, probabilità superiori tra gli americani. Probabilità lievemente superiori si hanno per gli ex fumatori rispetto a coloro che non hanno mai fumato e più basse per chi fuma attualmente.

Analizzando solo l'associazione con l'obesità si osserva: un gradiente più accentuato con l'età e con la durata della permanenza, una maggiore protezione per i cittadini provenienti dall'Asia orientale e per le coppie miste; si evidenzia inoltre un odds più elevato per gli americani, per i disoccupati e per gli ex fumatori.

DISCUSSIONE

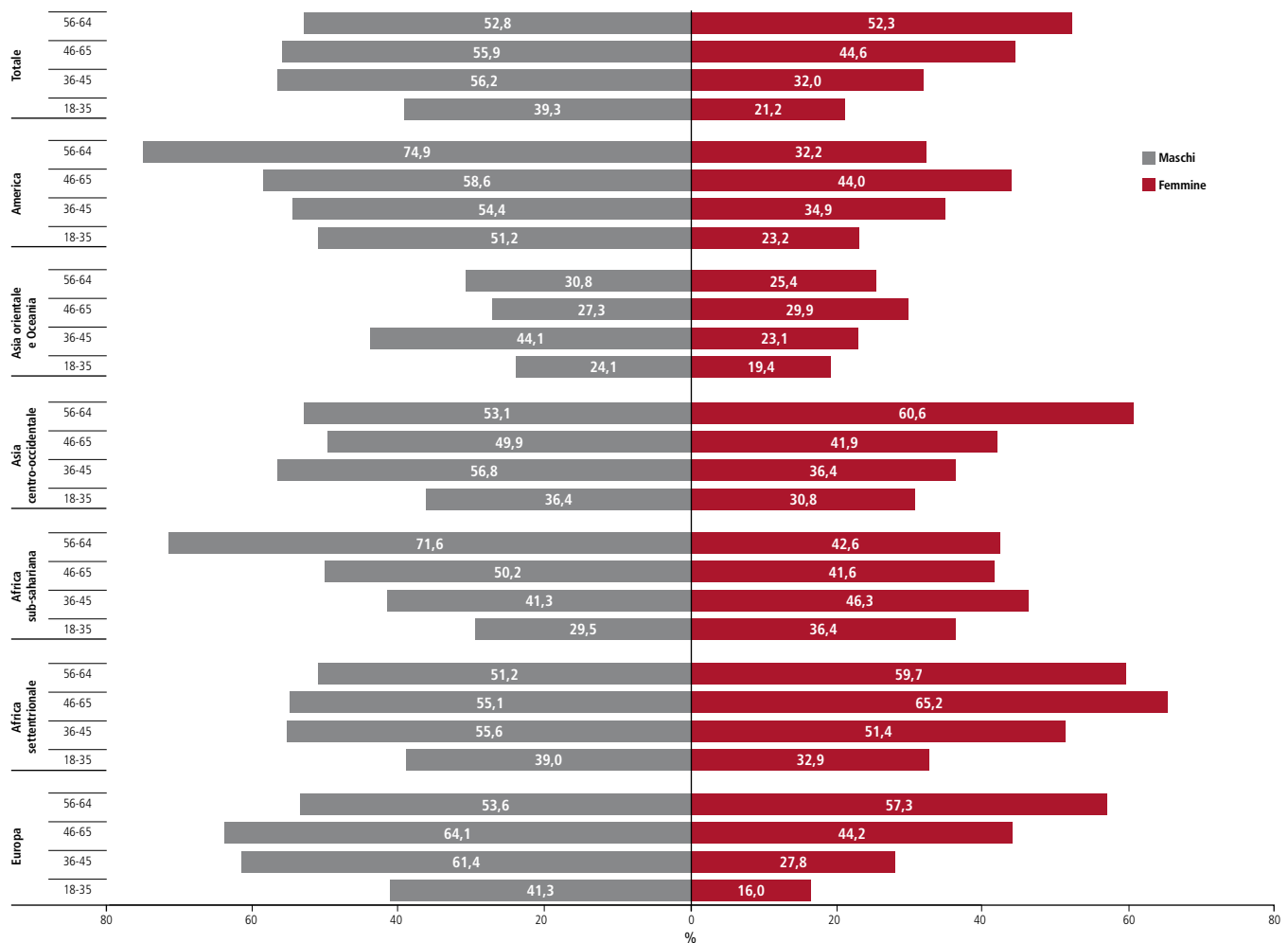
Lo studio ha confermato che circa il 40% della popolazione immigrata in Italia si trova in una condizione di sovrappeso/obesità, come già rilevato da altre indagini nazionali.^{15,19,20} Tale preva-

lenza è simile a quella della popolazione nativa, anche se si osserva una rilevante variabilità per area di provenienza, coerentemente con tutti gli studi condotti sul tema.^{3,21,22} Infatti, osservando nello specifico la distribuzione per area di cittadinanza si può notare come la prevalenza di sovrappeso/obesità sia più elevata per i cittadini provenienti da Paesi dell'Europa orientale: un recente studio condotto in Svizzera sulla popolazione caucasica ha evidenziato livelli di obesità superiori tra gli immigrati provenienti dall'ex Jugoslavia.²³ Anche tra le donne provenienti dall'Africa sub-sahariana abbiamo rilevato livelli di sovrappeso/obesità molto elevati: le prevalenze osservate per questo ultimo gruppo di popolazione risultano diverse, superiori²⁴ o inferiori,²⁵ rispetto a quanto evidenziato in due studi condotti rispettivamente in Olanda e in Norvegia su popolazioni africane.

Dopo aver aggiustato per fattori sociodemografici e per stili di vita, i risultati evidenziano una maggiore probabilità di sovrappeso/obesità tra gli immigrati americani. Uno studio condotto in Perù ha mostrato un incremento significativo dell'obesità nella popolazione immigrata da aree rurali verso aree urbane, effetto forse analogo a quello osservabile nella popolazione peruviana che emigra all'estero.²⁶ Il risultato è anche consistente con uno studio svedese che riporta prevalenze aggiustate di IMC tra i cileni superiori ai nativi svedesi.²⁷ Si osserva, inoltre, una probabilità inferiore di eccesso ponderale tra i cittadini provenienti dall'Asia orientale, coerentemente con quanto osservato altrove.^{8,28}

L'andamento nei Paesi con livello di sviluppo basso e medio è dovuto principalmente alla modificazione degli stili alimentari dovuta alla pervasività delle industrie multinazionali, capaci di introdurre in modo efficace un'offerta alimentare caratterizzata

Figura 3. Cittadini stranieri in sovrappeso od obesi per genere, area di provenienza e classe di età. Istat, 2011-2012.
Figure 3. Overweight/obese foreign citizens, by gender, area of origin, and age group. Istat, 2011-2012.



Nota: Prevalenza di sovrappeso/obesità tra gli italiani: maschi, classe di età 18-24: 20,7%; 25-34: 38,3%; 35-44: 54,3%; 45-54: 59,7%; Femmine, classe di età 18-24: 11,6%; 25-34: 18,9%; 35-44: 25,6%; 45-54: 35,8%. Fonte: Istat, 2015. Stime non rappresentative della popolazione nella classe di età 56-64 anni a causa di errori campionari troppo elevati.
Note: overweight/obesity prevalence among Italians; males: 18-24 years: 20.7%; 25-34 years: 38.3%; 35-44 years: 54.3%; 45-54 years: 59.7%; females: 18-24 years: 11.6%; 25-34 years: 18.9%; 35-44 years: 25.6%; 45-54 years: 35.8%. Source: Istat 2015. Estimated are not representative of people aged 56-64 years, because of too high sampling errors.

da elevati contenuti di grassi saturi, zuccheri, carboidrati raffinati contenenti micronutrienti poveri, che tendono a essere meno costosi, ma anche più poveri in termini di qualità nutritiva.²⁹ Questi modelli alimentari, abbinati alla tendenza a stili di vita più sedentari, hanno determinato il forte aumento dell'obesità osservato.

Analogamente ad altre ricerche, i risultati di questo studio mostrano inoltre che la probabilità di sovrappeso/obesità è direttamente associata alla durata della permanenza in Italia.^{28,30,31} Per esempio, negli Stati Uniti si è osservato come gli immigrati provenienti da Paesi con prevalenze di obesità inferiori tendono a raggiungere i livelli della popolazione statunitense in circa 15 anni.¹¹ Tale evidenza è generalmente spiegata in termini di «transizione nutrizionale», vale a dire il passaggio da un'alimentazione sana e bilanciata nei Paesi di origine a una ricca di grassi e di cibi processati nei Paesi di arrivo.^{32,33}

Viceversa, i risultati di questo studio non sono consistenti con evidenze che provengono dalla Spagna, che non trovano associazioni tra durata di permanenza e obesità¹³ e tendono a supportare l'ipotesi di un adattamento verso la dieta mediterranea al crescere della durata di permanenza, cioè verso uno stile alimen-

tare più sano, ricco di fibre, grassi insaturi e poco zucchero.¹⁴ Una recente revisione sistematica ha investigato la relazione tra obesità negli immigrati e assimilazione di modelli culturali occidentali; emerge che tutti gli studi su tale tematica sono stati condotti negli Stati Uniti ed evidenziano una relazione diretta tra assimilazione e IMC nei maschi, mentre meno consistenti sono i risultati tra le donne.⁹ Questi risultati vengono spiegati con la maggiore facilità di accesso a stili di vita insalubri tra gli uomini e all'effetto di moderazione sulla tendenza obesogenica determinato dal modello estetico di donna occidentale.

Lo studio evidenzia un'associazione lieve tra livello socioeconomico e sovrappeso/obesità a svantaggio delle persone non occupate e con basso titolo di studio. Tale modesta evidenza è in linea con uno studio olandese³⁴ che ha rilevato come il sovrappeso/obesità si associ alla condizione socioeconomica solo per alcuni sottogruppi di popolazione immigrata, suggerendo pertanto di orientare gli interventi di prevenzione in maniera specifica per le singole comunità, indipendentemente dalla posizione sociale. La relazione tra livello socioeconomico e obesità è stata ampiamente studiata negli Stati Uniti, mostrando che le differenze socioeconomiche tra gli immigrati sono inferiori rispetto

Tabella 2. Fattori potenzialmente associati al rischio di sovrappeso od obesità tra i cittadini immigrati di età 18-64 anni. Modelli multivariati. Istat, 2011-2012.
Table 2. Factors which are potentially associated with the risk of being overweight or obese among immigrants aged 18-64 years. Multivariate models. Istat, 2011-2012.

Covariate	Modalità	SOVRAPPESO/OBESITÀ		OBESITÀ	
		PRR	IC95%	OR	IC95%
Genere	Uomo	1,00	-	1,00	-
	Donna	0,65	0,63-0,68	0,90	0,79-1,04
Età	18-35	1,00	-	1,00	-
	36-45	1,48	1,40-1,56	1,72	1,46-2,02
	46-55	1,73	1,64-1,83	2,49	2,10-2,97
	56-64	1,77	1,66-1,90	2,95	2,37-3,68
Anni di permanenza	≤4	1,00	-	1,00	-
	5-10	1,11	1,05-1,19	1,27	1,04-1,55
	≥11	1,09	1,02-1,16	1,37	1,12-1,69
Macroarea di cittadinanza	Europa	1,00	-	1,00	-
	Africa settentrionale	0,98	0,93-1,03	0,93	0,77-1,12
	Africa sub-sahariana	0,89	0,82-0,97	0,71	0,53-0,96
	Asia centro-occidentale	0,93	0,87-1,00	0,61	0,46-0,81
	Asia orientale e Oceania	0,62	0,55-0,69	0,29	0,19-0,43
	America	1,08	1,00-1,16	1,29	1,02-1,62
Occupazione	Occupati	1,00	-	1,00	-
	Non occupati	1,05	1,00-1,10	1,40	1,21-1,61
Livello di istruzione	Alto	1,00	-	1,00	-
	Basso/medio	1,06	1,01-1,10	1,03	0,90-1,17
Tipo di alimentazione	Piatti del Paese di origine	1,00	-	1,00	-
	Piatti italiani	0,98	0,92-1,05	0,84	0,67-1,05
	In egual misura piatti italiani e del Paese di origine	0,99	0,93-1,05	0,92	0,75-1,12
Tipologia della coppia	Entrambi stranieri	1,00	-	1,00	-
	Italiano/straniero	0,80	0,75-0,86	0,65	0,53-0,79
Abitudine al fumo	Mai fumatore	1,00	-	1,00	-
	Fumatore attuale	0,89	0,85-0,94	0,81	0,69-0,95
	Ex fumatore	1,05	1,00-1,10	1,27	1,07-1,50

a quelle osservate nella popolazione nativa,⁴ anche se in maniera non sempre consistente.^{35,36} Alcuni studi hanno inoltre osservato una relazione tra livello di sviluppo economico del Paese di origine, livello socioeconomico e obesità: lo svantaggio socioeconomico accumulato nei Paesi di destinazione sarebbe più accentuato per chi proviene da aree in via di sviluppo con livelli più elevati di PIL, dove la relazione tra livello socioeconomico e obesità è inverso, similmente a quanto accade nei Paesi a sviluppo avanzato, rispetto a coloro che invece provengono da aree a più basso PIL, nei quali l'associazione è diretta.^{37,38}

Va sottolineato che questi fenomeni non sono ancora stati osservati in Italia, dove l'immigrazione è un fenomeno piuttosto recente, ma devono tuttavia essere monitorati, poiché il peso delle seconde generazioni è ormai rilevante, tenendo conto che dal 1993 al 2014 è nato quasi 1 milione di bambini da genitori stranieri e oltre il 70% dei minori stranieri è nato in Italia.³⁹ In letteratura le evidenze sulla salute dei figli degli immigrati sono contrastanti: alcuni studi sottolineano la presenza del cosiddetto «paradosso epidemiologico degli immigrati», secondo cui, nonostante le condizioni di vita maggiormente deprivate, i livelli

di IMC dei giovani immigrati siano inferiori,⁴⁰ mentre altri trovano condizioni di sovrappeso/obesità superiori,^{12,41} anche indipendentemente dal livello socioeconomico.⁴² A tale riguardo, gli immigrati di seconda generazione, anche se tendenzialmente raggiungono livelli di istruzione più elevati dei genitori, potrebbero comunque acquisire nel corso del processo di assimilazione comportamenti alimentari meno salubri rispetto a quelli dei coetanei nativi, come osservato in altri studi.³⁷

A nostra conoscenza, il presente studio è tra i pochi condotti nell'area mediterranea ad aver valutato i fattori associati all'incremento ponderale nella popolazione immigrata, in quanto la maggior parte delle indagini sono stati condotti negli Stati Uniti e in Nord Europa.

Nella valutazione delle stime di prevalenza riportate in questo studio è necessario considerare che l'IMC è stato calcolato a partire dall'informazione sul peso e sull'altezza non rilevati oggettivamente ma dichiarati dagli intervistati, il che può generare imprecisione nella misura, soprattutto relativamente al peso. Tuttavia, è noto che un'eventuale distorsione è in termini di sottostima del peso reale.⁴³

CONCLUSIONI

Le strategie generali efficaci per contrastare sovrappeso e obesità prevedono la promozione di stili di vita basati su un'alimentazione che riduce il consumo di zuccheri, grassi insaturi e carboidrati raffinati a favore di frutta, verdura, legumi e alimenti ricchi di fibre, oltre all'incremento dell'attività fisica (almeno 150 minuti a settimana per la popolazione adulta).²

Le evidenze in merito a interventi di prevenzione mirati a singoli gruppi etnici sono ancora piuttosto modeste⁴⁴ e si basano

su azioni specificamente orientate alla prevenzione del diabete o alla riduzione dell'IMC o della circonferenza addominale.⁴⁵ Sarebbe quindi auspicabile l'attivazione di interventi di sanità pubblica multifattoriali, cioè in grado di agire sia sulle abitudini alimentari sia sulla promozione dell'attività fisica, diffusi all'interno delle singole comunità attraverso messaggi culturalmente orientati.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Prospective Studies Collaboration. Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet* 2009;373:1083-96.
2. WHO. *Obesity and overweight*. 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/> (ultimo accesso: 16.12.16).
3. Finucane MM, Stevens GA, Cowan MJ et al. National, regional, and global trends in body-mass index since 1980: Systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 960 country-years and 9.1 million participants. *Lancet* 2011;377:557-67.
4. Singh GK, Siahpush M, Hiatt RA, Timsina LR. Dramatic increases in obesity and overweight prevalence and body mass index among ethnic-immigrant and social class Groups in the United States, 1976-2008. *J Community Health* 2011;36(1):94-110.
5. WHO Europe. *Obesity*. 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/obesity/data-and-statistics> (ultimo accesso: 16.12.16).
6. *Global Burden of Disease*. Disponibile all'indirizzo: <http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool>. 2015 (ultimo accesso: 08.03.15).
7. WHO. *Global database on Body Mass Index*. 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://apps.who.int/bmi/index.jsp> (ultimo accesso: 16.12.16).
8. Kumar BN, Meyer HE, Wandel M, Dalen I, Holmboe-Ottesen G. Ethnic differences in obesity among immigrants from developing countries, in Oslo, Norway. *Int J Obes* 2006;30(4):684-90.
9. Delavari M, Sønderlund AL, Swinburn B, Mellor D, Renzaho A. Acculturation and obesity among migrant populations in high income countries – a systematic review. *BMC Public Health* 2013;13:458.
10. Agyemang C, Addo J, Bhopal R, de Graft Akins A, Stronks K. Cardiovascular disease, diabetes and established risk factors among populations of sub-Saharan African descent in Europe: a literature review. *Global Health* 2009;5(1):7.
11. Goel MS, McCarthy EP, Phillips RS, Wee CC. Obesity among US immigrant subgroups by duration of residence. *JAMA* 2004;292(23):2860-67.
12. Dijkshoorn H, Nicolaou M, Ujic-Voortman JK et al. Overweight and obesity in young Turkish, Moroccan and Surinamese migrants of the second generation in the Netherlands. *Public Health Nutr* 2014;17(9):2037-44.
13. Gutiérrez-Fisac JL, Marin-Guerrero A, Regidor E, Guallar-Castillón P, Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F. Length of residence and obesity among immigrants in Spain. *Public Health Nutr* 2010;13(10):1593-98.
14. Marin-Guerrero A, Rodríguez-Artalejo F, Guallar-Castillón P, López-García E, Gutiérrez-Fisac JL. Association of the duration of residence with obesity-related eating habits and dietary patterns among Latin-American immigrants in Spain. *Br J Nutr* 2014;(2015):1-7.
15. Silvano LAG. Prevalenza dell'obesità tra gli adulti in Italia nel periodo 1994-2013. In: Costa G, Crialesi R, Migliardi A et al. (a cura di). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2016 (Rapporti ISTISAN 16/26):71-79.
16. CNESPS. Epicentro. 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/dati/sovrappeso.asp> (ultimo accesso: 16.12.16).
17. Istat. *Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri: informazioni sulla rilevazione*. 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/10825> (ultimo accesso: 16.12.16).
18. Barros AJ, Hirakata VN. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Med Res Methodol* 2003;3:21.
19. Istat. *Fattori di rischio per la salute: fumo, obesità, alcol e sedentarietà*. 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/189498> (ultimo accesso: 16.12.16).
20. Campostrini S, Carrozzi G, Salmaso S, Severini S (a cura di). *Malattie croniche e migranti in Italia. Rapporto sui comportamenti a rischio, prevenzione e disuguaglianze di salute*, Organizzazione Mondiale della Sanità - Istituto Superiore della Sanità - Università Ca' Foscari, Venezia, 2015.
21. Ng M, Fleming T, Robinson M et al. Global, regional, and national prevalence of overweight and obesity in children and adults during 1980-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet* 2014;384:766-81.
22. Istat. *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. Anno 2011-2012*. 2014. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/110879> (ultimo accesso: 16.12.16).
23. Marques-Vidal P, Vollenweider P, Waeber G, Paccaud F. Prevalence of overweight and obesity among migrants in Switzerland: association with country of origin. *Public Health Nutr* 2011;14(7):1148-56.
24. Agyemang C, Meeks K, Beune E et al. Obesity and type 2 diabetes in sub-Saharan Africans – Is the burden in today's Africa similar to African migrants in Europe? The RODAM study. *BMC Med* 2016;14(1):166.
25. Gele A a, Mbalilaki AJ. Overweight and obesity among African immigrants in Oslo. *BMC Res Notes* 2013;6(1):119.
26. Antiporta DA, Smeeth L, Gilman RH, Miranda JJ. Length of urban residence and obesity among within-country rural-to-urban Andean migrants. *Public Health Nutr* 2016;19(7):1270-78.
27. Wändell PE, Ponzer S, Johansson S-E, Sundquist K, Sundquist J. Country of birth and body mass index: a national study of 2,000 immigrants in Sweden. *Eur J Epidemiol* 2004;19(11):1005-10. Disponibile all'indirizzo: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mcd&AN=15648593&site=ehost-live>.
28. Choi JY. Prevalence of overweight and obesity among US immigrants: results of the 2003 New Immigrant Survey. *J Immigr Minor Health* 2012;14(6):1112-18.
29. Prentice AM. The emerging epidemic of obesity in developing countries. *Int J Epidemiol* 2006;35(1):93-99.
30. Oza-Frank R, Narayan KMV. Effect of length of residence on overweight by region of birth and age at arrival among US immigrants. *Public Health Nutr* 2010;13(6):868-875.
31. Ro A, Geronimus A, Bound J, Griffith D, Gee G. Cohort and Duration Patterns Among Asian Immigrants: Comparing Trends in Obesity and Self-Rated Health. *Biodemography Soc Biol* 2015;61(1):65-80.
32. Popkin BM, Adair LS, Ng SW. Global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries. *Nutr Rev* 2012;70(1):3-21.
33. Gilbert PA, Khokhar S. Changing dietary habits of ethnic groups in Europe and implications for health. *Nutr Rev* 2008;66(4):203-15.
34. Dijkshoorn H, Nierkens V, Nicolaou M. Risk groups for overweight and obesity among Turkish and Moroccan migrants in The Netherlands. *Public Health* 2008;122:625-30.
35. Frank R, Akresh IR. Social Patterning in Body Mass Index (BMI) Among Contemporary Immigrant Groups: The Emergence of a Gradient. *Demography* 2013;50:993-1012.
36. Sánchez-Vaznaugh E V., Kawachi I, Subramanian S V., Sánchez BN, Acevedo-García D. Do socioeconomic gradients in body mass index vary by race/ethnicity, gender, and birthplace? *Am J Epidemiol* 2009;169(9):1102-12.
37. Van Hook J, Stamper Balistreri K. Immigrant generation, socioeconomic status, and economic development of countries of origin: A longitudinal study of body mass index among children. *Soc Sci Med* 2007;65(5):976-89.
38. Wang Y. Cross-national comparison of childhood obesity: the epidemic and the relationship between obesity and socioeconomic status. *Int J Epidemiol* 2001;30(5):1129-36.
39. Istat. *Rapporto Annuale 2016*. Disponibile all'indirizzo: www.istat.it/it/files/2016/05/Ra2016.pdf (ultimo accesso: 02.08.17).
40. Mendoza FA. Health disparities and children in immigrant families: a research agenda. *Pediatrics* 2009;124(Suppl.3):S187-95.
41. Baker EH, Rendall MS, Weden MM. Epidemiological Paradox or Immigrant Vulnerability? Obesity Among Young Children of Immigrants. *Demography* 2015;52(4):1295-320.
42. Balistreri KS, Van Hook J. Socioeconomic status and body mass index among hispanic children of immigrants and children of natives. *Am J Public Health* 2009;99(12):2238-46.
43. Loret de Mola C, Pillay TD, Diez-Canseco F, Gilman RH, Smeeth L, Miranda JJ. Body Mass Index and Self-Perception of Overweight and Obesity in Rural, Urban and Rural-to-Urban Migrants: PERU MIGRANT Study. *PLoS One* 2012;7(11):1-8.
44. Tovar A, Renzaho AMN, Guerrero AD, Mena N, Ayala GX. A Systematic Review of Obesity Prevention Intervention Studies among Immigrant Populations in the US. *Curr Obes Rep* 2014;3(2):206-22.
45. Renzaho AMN, Mellor D, Boulton K, Swinburn B. Effectiveness of prevention programmes for obesity and chronic diseases among immigrants to developed countries - a systematic review. *Public Health Nutr* 2010;13(3):438-50.

CAPITOLO 5

Discriminazione percepita sul luogo di lavoro in quanto straniero: uno studio sulla salute mentale percepita dagli immigrati in Italia

Perceived discrimination at work for being an immigrant: a study on self-perceived mental health status among immigrants in Italy

Anteo Di Napoli,¹ Rosaria Gatta,¹ Alessandra Rossi,¹ Monica Perez,² Gianfranco Costanzo,¹ Concetta Mirisola,¹ Alessio Petrelli¹

¹ Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

² Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

Corrispondenza: Anteo Di Napoli; dinapoli@inmp.it

RIASSUNTO

INTRODUZIONE: la discriminazione basata sull'origine culturale è un importante determinante di salute e di disuguaglianze. Pochi sono gli studi, in particolare in Italia, sugli effetti della discriminazione subita dagli immigrati nei luoghi di lavoro.

OBIETTIVI: analizzare l'associazione tra discriminazione autoriferita nell'ambiente di lavoro e salute mentale percepita tra gli immigrati regolarmente residenti in Italia.

SETTING E PARTECIPANTI: lo studio analizza un campione composto da 12.408 immigrati regolarmente residenti in Italia.

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: lo stato di salute mentale autopercepito dai migranti è stato misurato mediante il test *Mental Health*. La fonte dei dati è stata l'indagine Istat "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri", condotta per la prima volta nel 2011-2012. Lo stato di salute mentale è stato misurato attraverso il punteggio del *mental component summary* (MCS) del questionario SF-12, un indice di qualità della vita costruito su vitalità, funzione sociale, ruolo emozionale, salute mentale. Abbiamo assunto come indice di peggiore salute mentale un punteggio MCS inferiore o uguale al 1° quartile. Per valutare la probabilità di peggiore salute mentale abbiamo utilizzato un modello multivariato log-binomiale, assumendo come determinante la discriminazione percepita sul luogo di lavoro in quanto straniero e come confondenti le seguenti variabili: età, genere, livello di istruzione, status occupazionale, area di provenienza, area di residenza in Italia, durata di permanenza in Italia, senso di solitudine e soddisfazione per propria vita.

RISULTATI: tra gli immigrati in Italia il 15,8% ha riferito di aver subito discriminazione sul luogo di lavoro in quanto straniero. Una probabilità più elevata di peggiore salute mentale è stata osservata tra chi dichiarava di aver subito discriminazione sul lavoro perché straniero (*prevalence rate ratio* – PRR: 1,16), tra chi era arrivato in Italia da almeno 5 anni (PRR: 1,14), tra

i non occupati (PRR: 1,31). Rispetto a chi proveniva dall'Europa orientale, i latino-americani (PRR: 1,14) avevano con maggiore probabilità una peggiore salute mentale, mentre stavano meglio coloro i quali provenivano dall'Asia centro-occidentale (PRR: 0,83) e dall'Asia orientale/Oceania (PRR: 0,79). Inoltre, rispetto ai residenti nel Nord-Est, abbiamo registrato una probabilità maggiore di peggiore salute mentale tra chi viveva nel Nord-Ovest (PRR: 1,30), nel Centro (PRR: 1,26) e nel Sud (PRR: 1,15) Italia.

CONCLUSIONI: lo studio evidenzia che la discriminazione percepita nei luoghi di lavoro è un fattore di rischio per la salute mentale degli immigrati residenti in Italia, suggerendo che risposte di politiche sanitarie, e non solo, sono fondamentali per la tutela da atti discriminatori in tale ambito. Il miglioramento delle condizioni di lavoro e la promozione di strategie organizzative per supportare i meccanismi di coping potrebbero migliorare anche lo stato di salute mentale degli immigrati.

Parole chiave: discriminazione, lavoro, salute mentale, immigrati

ABSTRACT

BACKGROUND: exposure to discrimination is widely understood as a social determinant of psychophysical health and a contributing factor to health inequities among social groups. Few studies exist, particularly in Italy, about the effects of discrimination among immigrants at workplace.

OBJECTIVES: to analyse the association between perceived discrimination at work for being an immigrant and mental health status among immigrants in Italy.

SETTING AND PARTICIPANTS: a sub-sample of 12,408 immigrants residing in Italy was analysed.

MAIN OUTCOME MEASURES: data came from the survey "Social conditions and integration of foreign citizens in Ita-

ly", carried out in 2011-2012 by the Italian National Institute of Statistics (Istat). Self-perceived mental health status was measured through mental component summary (MCS) of SF-12 questionnaire, assuming as worse health status MCS score distribution $\leq 1^{st}$ quartile. In order to evaluate the probability of poor health status, a multivariate log-binomial model was performed assuming: discrimination at work for being an immigrant as determinant variable; age, gender, educational level, employment status, area of origin, residence in Italy, length of stay in Italy, self-perceived loneliness and satisfaction about life as potential confounding variables.

RESULTS: among immigrants, 15.8% referred discrimination at his/her workplace in Italy for being an immigrant. Higher probability of poor mental health status was observed for immigrants who referred discrimination at workplace (*Prevalence Rate Ratio* – PRR: 1.16) who arrived in Italy since at least 5 years (PRR: 1.14), for not employed subjects (PRR: 1.31), and for people from the Americas (PRR: 1.14). Lower probability of poor mental health status was found in immigrants from Western-Central Asia (PRR: 0.83) and Eastern-Pacific Asia (PRR: 0.79). Compared to immigrants residing in North-Eastern Italy, higher probability of worse mental health status was observed in people who resided in Northern-Western (PRR: 1.30), Central (PRR: 1.26), and Southern (PRR: 1.15) Italian regions.

CONCLUSIONS: our findings confirm that discrimination at workplace for being an immigrant is a risk factor for self-perceived mental health among immigrants in Italy, suggesting that an overall public health response is essential in addition to work-based interventions. Improving working conditions, promoting organisational strategies to support coping behaviours, and challenging discrimination can improve mental health status of immigrants.

Keywords: discrimination, workplace, mental health, immigrants

INTRODUZIONE

Nonostante la crisi economico-finanziaria, iniziata circa dieci anni fa, si è registrato un incremento dei flussi migratori verso l'Unione europea (UE) per motivi economici. All'1 gennaio 2013, i cittadini extra-UE erano il 4,1% (20,4 milioni) del totale della popolazione residente, concentrati soprattutto in Germania (7,7 milioni), seguita da Spagna (5,1 milioni), Regno Unito (4,9 milioni) e Italia (4,4 milioni).¹

L'immigrazione è spesso vissuta come una sfida, se non una minaccia, al benessere della popolazione, soprattutto tra le fasce sociali più deboli, anche per effetto dei processi di indebolimento delle tutele dei lavoratori conseguenti alla globalizzazione dell'economia. Tali fenomeni hanno innescato meccanismi competitivi potenzialmente in grado di determinare condizioni di stress per la maggiore concorrenza, l'aumento dell'offerta di lavoratori, il generale abbassamento delle retribuzioni e, conseguentemente, il peggioramento delle condizioni di lavoro.¹ Inoltre, è noto come in ambito lavorativo gli immigrati, rispetto

alla popolazione nativa, subiscano maggiormente le conseguenze della concorrenza interna nel mercato del lavoro, svolgendo più frequentemente lavori precari e con minori tutele ed essendo privi in molti casi di qualsiasi rete di protezione sociale, talora di tutela legislativa, fino a poter sperimentare veri e propri atti discriminatori.¹⁻⁴

La discriminazione si definisce come un insieme di comportamenti, pratiche, convinzioni e pregiudizi che producono disuguaglianze sistematiche ed evitabili; essa può assumere forme di esclusione sociale fondata sull'origine culturale, orientamento sessuale o fede religiosa.⁵⁻⁹ Nell'ambito del mondo del lavoro, in particolare, una discriminazione si verifica quando i comportamenti di un datore di lavoro, un superiore o un collega neghino a un singolo individuo o a gruppi composti da più persone l'eguaglianza di trattamento alla quale avrebbero diritto.^{8,10-12} L'esposizione alla discriminazione può rappresentare un determinante sociale di salute fisica e mentale e una delle cause di disuguaglianza di salute tra i gruppi sociali, in particolare tra quelli

di origine e cultura differenti.^{6,7,13} Infatti, sono state dimostrate robuste associazioni tra discriminazione razziale percepita ed esiti negativi di salute psicofisica, quali depressione, ansia, autostima, soddisfazione e percezione della qualità della propria vita.^{14,15} Associazioni consistenti, sia pur meno robuste, sono state osservate anche per esiti negativi di salute fisica, tra cui ipertensione, patologie cardiovascolari, prematurità e basso peso alla nascita.^{6,7}

Numerosi studi condotti in particolare in ambito extraeuropeo (soprattutto negli Stati Uniti,¹⁶⁻²⁰ meno frequenti in Europa^{2,21-23}) hanno mostrato come la discriminazione basata sull'origine culturale sia un importante determinante di salute e di disuguaglianze. Tuttavia, a nostra conoscenza non risultano, in particolare in Italia, studi specifici sugli effetti della discriminazione subita dagli immigrati nei luoghi di lavoro, tranne uno, nel quale si osserva come la percezione di subire una discriminazione sia più frequente tra i lavoratori immigrati rispetto a quelli italiani.²⁴

Lo scopo del presente studio è analizzare l'associazione tra la percezione di discriminazione sul lavoro in quanto cittadino straniero e lo stato di salute mentale tra gli immigrati che vivono e lavorano regolarmente in Italia.

METODI

La fonte dei dati è stata l'indagine Istat "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri", condotta per la prima volta nel 2011-2012. L'indagine ha esplorato numerosi aspetti delle condizioni di vita e di integrazione sociale degli immigrati in Italia; in particolare, sono state rilevate informazioni sullo stato socioeconomico, il percorso migratorio, la discriminazione e l'integrazione, la storia lavorativa, lo stato fisico e mentale, l'accessibilità e l'utilizzo dei servizi sanitari.²⁵

La dimensione complessiva del campione Istat è stata di quasi 10.000 famiglie con almeno un componente straniero residente, equivalente a circa 20.000 cittadini, rappresentativi degli stranieri residenti in Italia. Poiché lo studio era focalizzato sull'ambito lavorativo, abbiamo ristretto le analisi ai 12.408 immigrati residenti che lavoravano o avevano lavorato in Italia, di età 18-64 anni, rappresentanti una popolazione di 2.431.915 cittadini stranieri.

Lo stato di salute mentale auto-percepito dai migranti è stato misurato mediante il *Mental Health Component Summary* (MCS) score, un indice di *Health Related Quality of Life* che tiene conto di vitalità, funzione sociale, ruolo emozionale, salute mentale. In particolare il punteggio MCS è stato calcolato sulla base dei 12 item inclusi nel questionario SF-12 (*Short Form Health Survey*), tratto da una versione più estesa (SF-36). Con l'SF12 vengono rilevate informazioni, mediante 12 quesiti, su otto diverse dimensioni dello stato di salute: attività fisica, limitazioni di ruolo dovute alla salute fisica, stato emotivo, dolore fisico, percezione dello stato di salute generale, vitalità, attività sociali e salute mentale. Per valori di MCS molto bassi la salute mentale è giudicata scadente con frequente disagio psicologico, importante disabilità sociale e personale dovuta a problemi emotivi; viceversa, per valori di MCS molto alti la salute mentale è giudicata eccellente con frequente attitudine psicologica po-

sitiva, assenza di disagio psicologico e di limitazioni nelle attività sociali e personali dovute a problemi emotivi.^{26,27}

Ai fini delle analisi il punteggio MCS è stato dicotomizzato, assumendo come valore-soglia il 1° quartile della sua distribuzione; in particolare, i soggetti con un valore di MCS inferiore o uguale al 1° quartile misurato (MCS: 50) sono stati considerati affetti da un peggiore stato di salute mentale. Tale scelta è stata fatta su base empirica, come in altri casi,²⁸ considerando che alcuni esempi di cut-off dell'MCS proposti in letteratura sono stati calcolati su condizioni cliniche troppo specifiche,²⁹ mentre l'oggetto del nostro studio era rappresentato dallo stato di salute mentale percepita dagli immigrati; si rendeva pertanto necessario tenere conto anche di potenziali condizioni *borderline*, indicative per esempio di disagio e ansia sociale. Inoltre, a nostra conoscenza, l'MCS non è stato ancora validato a livello transculturale e quindi l'applicazione di un criterio basato su un cut-off specifico a popolazioni molto diverse per vissuto e per percezione del disagio mentale avrebbe potuto generare un maggiore rischio di misclassificazione. La scelta, invece, di un cut-off basato sulla distribuzione generale osservata nel campione studiato, pur essendo altrettanto arbitraria, avrebbe presumibilmente ridotto il rischio che tale misclassificazione fosse differenziale tra le popolazioni studiate.

Nel campione in studio, i valori di MCS avevano un range variabile da un minimo di 8 a un massimo di 70, con una mediana di 56.

Lo stato di salute mentale dei lavoratori immigrati, misurato con l'MCS dicotomizzato, è stato considerato come esito per il modello multivariato log-binomiale, preferito al logistico per tenere conto dell'alta prevalenza dell'esito in studio. In relazione all'obiettivo principale dello studio, nel modello si è assunto come determinante la percezione di essere stato discriminato sul luogo di lavoro in quanto cittadino straniero, variabile costruita a partire dalle due seguenti domande del questionario Istat: «Durante la tua permanenza in Italia, ti è capitato di essere discriminato/a, cioè trattato/a meno bene degli altri, mentre lavoravi?» e, tra chi aveva risposto «sì», «Pensando all'ultima volta, pensi di essere stato discriminato/a perché sei straniero/per le tue origini straniere?». Abbiamo considerato come potenziali confondenti dell'associazione tra esito e determinante l'età, il genere, il livello di istruzione, la condizione occupazionale, l'area geografica di provenienza, l'area di residenza in Italia, la durata della permanenza in Italia, la percezione di solitudine in Italia e il grado di soddisfazione della propria vita. In particolare, l'informazione sul livello di solitudine è stata ottenuta sulla base della domanda «Ti senti solo qui in Italia?», considerando come soggetti che percepivano solitudine coloro i quali avevano risposto «molto/abbastanza», al contrario di chi aveva risposto «poco/per niente». Il livello di soddisfazione è stato misurato attraverso un punteggio da 1 a 10 assegnato dagli individui intervistati sul tema; abbiamo considerato individui con alto livello di soddisfazione quelli che attribuivano un punteggio superiore a 7, mentre chi si assegnava un punteggio minore o uguale a 7 era considerato con basso livello di soddisfazione.

Le nostre analisi sono state effettuate utilizzando il software SAS 9.3.

RISULTATI

La **tabella 1** sintetizza la distribuzione di alcune caratteristiche dei lavoratori migranti rispetto alla percezione di presenza/assenza di discriminazione sul lavoro subita in quanto straniero. Abbiamo osservato una più elevata percentuale di presenza di discriminazione percepita tra chi dichiarava di sentirsi solo, di avere un basso livello di soddisfazione per la propria vita ed era in Italia da almeno 5 anni. Inoltre si sentivano più discriminate le donne, le persone di età 25-44 anni, gli immigrati provenienti dall’Africa e chi risiedeva nel Sud Italia o nelle Isole.

La **tabella 2** (p. 36) sintetizza la distribuzione delle caratteristiche dei lavoratori immigrati, confrontando chi aveva un punteggio MCS minore o uguale oppure un punteggio superiore al 1° quartile. Sul totale dei soggetti intervistati il 15,8% ha riferito di essere stato discriminato in Italia sul luogo di lavoro in quanto straniero, il 44,4% ha riferito un basso livello di soddisfazione per la propria vita in generale e il 16,3% ha dichiarato di sentirsi solo in Italia. Abbiamo osservato una più elevata percentuale di punteggio MCS minore o uguale al 1° quartile

della distribuzione tra i soggetti che dichiaravano di aver subito discriminazione sul lavoro in quanto stranieri, tra chi dichiarava di sentirsi solo, tra persone con basso livello di soddisfazione per la propria vita.

Come atteso in una popolazione di lavoratori immigrati, la maggior parte erano giovani (50% aveva meno di 38 anni), con un’età media di 38,9±10,2 anni. Abbiamo osservato una più alta percentuale di basso punteggio MCS nella classe di età 45-64 e 25-44 rispetto alle persone di 15-24 anni. Una più elevata percentuale di basso punteggio MCS è stata rilevata tra le donne rispetto agli uomini.

La popolazione immigrata studiata era giunta in Italia da lungo tempo (il 50% da oltre 10 anni), con una permanenza media di 10,7 anni (DS: 6,4). Una percentuale più elevata di basso punteggio MCS è stata osservata tra i soggetti che risiedevano in Italia da almeno 5 anni rispetto a chi era arrivato da meno di 5 anni. Circa il 38,7% del campione aveva un livello di istruzione alto. Una percentuale più elevata di bassi punteggi MCS è stata osservata tra i soggetti con livello di istruzione medio-basso.

Tabella 1. Caratteristiche della popolazione straniera, per discriminazione percepita sul lavoro perché straniero. Istat, 2011-2012.

Table 1. Characteristics of foreign population, by perceived discrimination at work for being an immigrant. Istat, 2011-2012.

		DISCRIMINAZIONE PERCEPITA SUL LAVORO PERCHÉ STRANIERO					p-value
		Sì		No		Totale	
		n.	% riga	n.	% riga	n.	
		1.962	15,8	10.446	84,2	12.408	
Sentirsi soli in Italia	no	1.451	14,0	8.934	86,0	10.385	<0,0001
	sì	511	25,3	1512	74,7	2.023	
Grado di soddisfazione per la propria vita	alto	889	12,9	6.011	87,1	6.900	<0,0001
	basso	1.073	19,5	4.435	80,5	5.508	
Durata della permanenza in Italia	≤4 anni	212	12,1	1.538	87,9	1.750	<0,0001
	≥5 anni	1.750	16,4	8.908	83,6	10.658	
Classe di età	15-24 anni	94	9,7	876	90,3	970	<0,0001
	25-44 anni	1.326	17,1	6.432	82,9	7.758	
	45-64 anni	542	14,7	3.138	85,3	3.680	
Sesso	donne	890	14,4	5.301	85,6	6.191	<0,0001
	uomini	1.072	17,2	5.145	82,8	6.217	
Livello di istruzione	alto	736	15,3	4.072	84,7	4.808	0,18
	medio/basso	1.226	16,1	6.374	83,9	7.600	
Occupato	sì	1.610	15,6	8.706	84,4	10.316	0,07
	no	352	16,8	1.740	83,2	2.092	
Area di provenienza	Europa	1.151	15,1	6.453	84,9	7.604	<0,0001
	Africa settentrionale	307	20,1	1.219	79,9	1.526	
	Africa sub-sahariana	188	26,4	523	73,6	711	
	Asia occidentale/centrale	128	14,7	745	85,3	873	
	Asia orientale/Pacifico	65	7,6	789	92,4	854	
	Americhe	123	14,6	717	85,4	840	
Area di residenza in Italia	Nord-Est	324	14,4	1.928	85,6	2.252	<0,0001
	Nord-Ovest	354	16,1	1.839	83,9	2.193	
	Centro	287	13,0	1.915	87,0	2.202	
	Sud e Isole	997	17,3	4.764	82,7	5.761	

Tabella 2. Caratteristiche della popolazione straniera, per distribuzione del punteggio *Mental Component Summary* (MCS). Istat, 2011-2012.
Table 2. Characteristics of foreign population, by *Mental Component Summary* (MCS) score distribution. Istat, 2011-2012.

		≤1° QUANTILE		>1° QUANTILE		TOTALE	p-value
		n. 3.367		n. 9.041		n. 12.408	
		n.	%	n.	%	n.	
Discriminazione sul lavoro perché straniero	no	2.673	25,6	7.773	74,4	10.446	<0,0001
	sì	694	35,4	1.268	64,6	1.962	
Sentirsi soli in Italia	no	2.475	23,8	7.910	76,2	10.385	<0,0001
	sì	892	44,1	1.131	55,9	2.023	
Livello di soddisfazione propria vita	alto	1.310	19,0	5.590	81,0	6.900	<0,0001
	basso	2.057	37,3	3.451	62,7	5.508	
Durata permanenza in Italia	≤4 anni	434	24,8	1.316	75,2	1.750	0,02
	≥5 anni	2.933	27,5	7.725	72,5	10.658	
Classe di età	15-24 anni	204	21,0	766	79,0	970	<0,0001
	25-44 anni	2.045	26,4	5.713	73,6	7.758	
	45-64 anni	1.118	30,4	2.562	69,6	3.680	
Sesso	donne	1.743	28,2	4.448	71,8	6.191	0,01
	uomini	1.624	26,1	4.593	73,9	6.217	
Livello di istruzione	alto	1.227	25,5	3.581	74,5	4.808	0,001
	medio/basso	2.140	28,2	5.460	71,8	7.600	
Condizione occupazionale	occupato	2.620	25,4	7.696	74,6	10.316	<0,0001
	non occupato	747	35,7	1.345	64,3	2.092	
Area di provenienza	Europa	2.065	27,2	5.539	72,8	7.604	<0,0001
	Africa settentrionale	472	30,9	1.054	69,1	1.526	
	Africa sub-sahariana	205	28,8	506	71,2	711	
	Asia occidentale/centrale	200	22,9	673	77,1	873	
	Asia orientale / Pacifico	176	20,6	678	79,4	854	
	Americhe	249	29,6	591	70,4	840	
Area di residenza in Italia	Nord-Est	488	21,7	1.764	78,3	2.252	<0,0001
	Nord-Ovest	665	30,3	1.528	69,7	2.193	
	Centro	599	27,2	1.603	72,8	2.202	
	Sud e Isole	1.615	28,0	4.146	72,0	5.761	

Al momento dell'intervista, l'83,1% dei soggetti aveva un'occupazione. Una percentuale più elevata di basso punteggio MCS è stata osservata tra i soggetti non occupati rispetto agli occupati. Abbiamo rilevato una più alta percentuale di basso punteggio MCS tra immigrati dal Nord Africa, dall'Africa sub-sahariana e dall'America, rispetto a chi proveniva da Paesi europei, e tra gli immigrati residenti nel Nord-Ovest, nel Centro e nel Sud Italia, rispetto a chi si era stabilito nel Nord-Est d'Italia.

La **figura 1** (p. 37) illustra la distribuzione del punteggio MCS tra chi dichiarava di avere o meno subito discriminazione sul lavoro in quanto cittadino straniero. Le persone che riferivano discriminazione avevano punteggi MCS più bassi rispetto ai non discriminati (media±DS: 52 ± 8 vs. 54 ± 7; mediana: 54 vs. 56). Nella **figura 2** (p. 37) sono mostrati i risultati del modello multivariato log-binomiale che valuta l'associazione tra il punteggio MCS (esito), la discriminazione percepita sul lavoro in quanto stranieri (determinante) e altri fattori considerati come potenziali confondenti. Gli immigrati che riferivano di essere stati di-

scriminati sul lavoro in quanto stranieri mostravano una probabilità di peggiore salute mentale più elevata del 16%. Inoltre, una probabilità più alta di peggiore salute mentale si osservava tra chi affermava di sentirsi solo in Italia (PRR: 1,53), tra chi aveva un più basso livello di soddisfazione per la propria vita (PRR: 1,76), tra chi era giunto in Italia da almeno 5 anni (PRR: 1,14), per chi aveva 25-44 anni (PRR: 1,15) e 45-64 anni (PRR: 1,26) rispetto a chi ne aveva meno di 25, tra chi era disoccupato al momento dell'intervista (PRR: 1,31) e tra persone con livello di istruzione medio-basso (PRR: 1,06).

Rispetto a immigrati provenienti da Paesi europei, chi proveniva dall'America aveva una maggiore probabilità di peggiore salute mentale (PRR: 1,14), mentre tale probabilità era più bassa per chi veniva dall'Asia occidentale e centrale (PRR: 0,83) o dall'Asia orientale e Pacifico (PRR: 0,79). Rispetto a immigrati residenti nel Nord-Est, abbiamo osservato una maggiore probabilità di peggiore salute mentale tra chi risiedeva nel Nord-Ovest (PRR: 1,30), nel Centro (PRR: 1,26) o nel Sud Italia (PRR: 1,15).

Figura 1. Distribuzione del punteggio MCS per discriminazione percepita sul lavoro perché straniero. Istat, 2011-2012.

Figure 1. Distribution of MCS score by perceived discrimination at work for being an immigrant. Istat, 2011-2012.

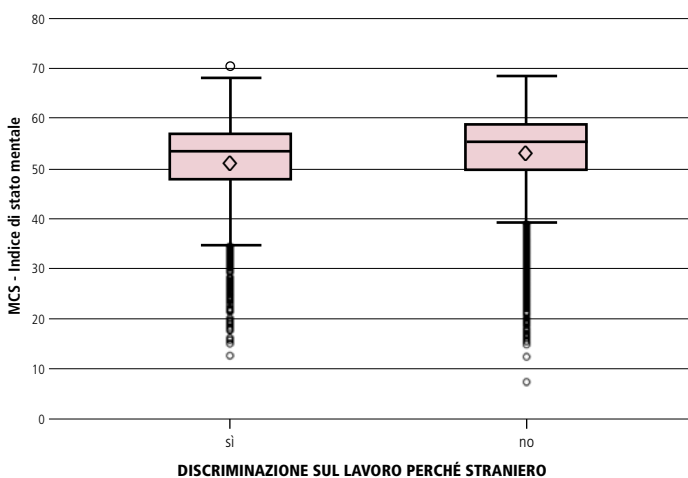
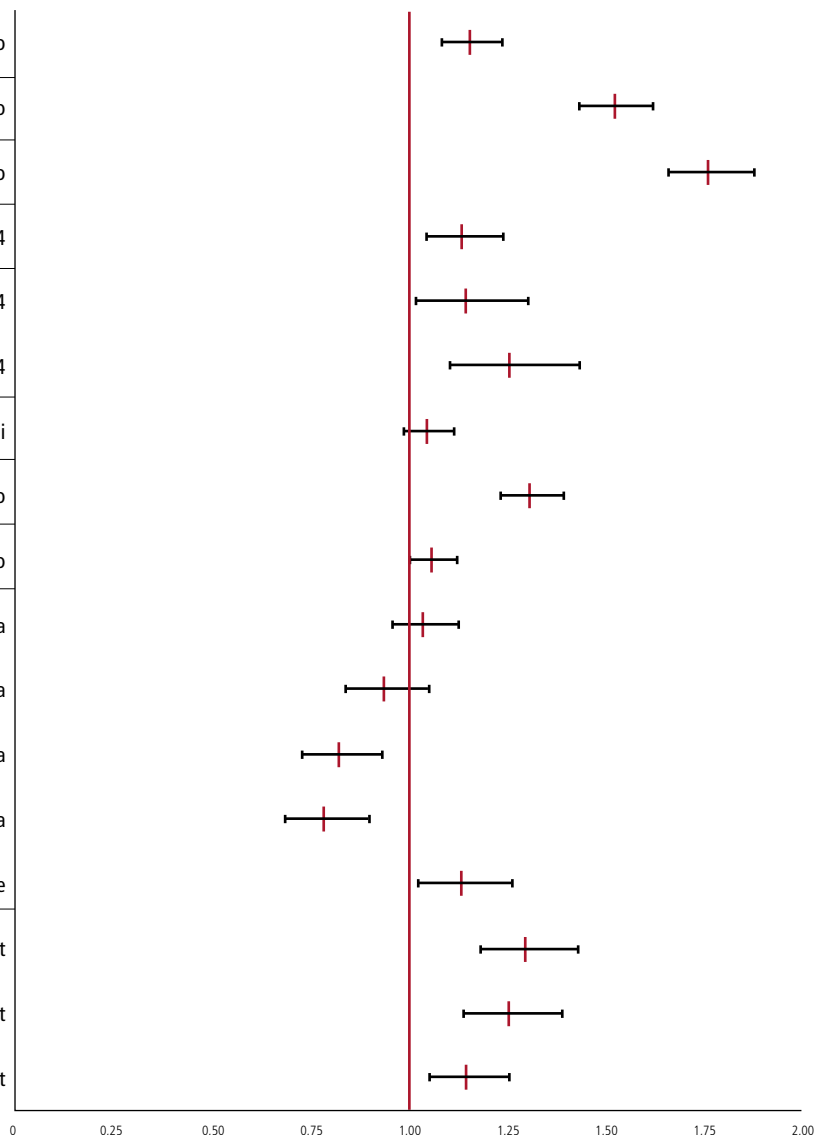


Figura 2. Fattori associati alla probabilità di peggiore salute mentale. Modello log-binomiale multivariato. Prevalence rate ratio (PRR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%). Istat, 2011-2012.

Figure 2. Factors associated to the probability of worse mental health status. Multivariate log-binomial model. Prevalence rate ratios (PRR) and 95% confidence intervals (95%CI). Istat, 2011-2012.

Discriminazione sul lavoro perché straniero	sì vs. no
Percezione di solitudine	sì vs. no
Livello di soddisfazione	basso vs. alto
Durata della permanenza (anni)	≥5 vs. ≤4
Classe di età (anni)	25-44 vs. 15-24
	45-64 vs. 15-24
Sesso	femmine vs. maschi
Condizione occupazionale	non occupato vs. occupato
Livello di istruzione	medio-basso vs. alto
Macroarea di cittadinanza	Africa settentrionale vs. Europa
	Africa sub-sahariana vs. Europa
	Asia centro-occidentale vs. Europa
	Asia orientale/Pacifico vs. Europa
Area di residenza in Italia	Americhe
	Nord-Ovest vs. Nord-Est
	Centro vs. Nord-Est
	Sud e Isole vs. Nord-Est



DISCUSSIONE

Il presente studio sembrerebbe dimostrare che tra gli immigrati in Italia la percezione di essere discriminati sul lavoro, proprio in quanto cittadini stranieri, aumenta la probabilità di riferire un peggiore stato di salute mentale. Il dato in questione sembrerebbe confermare i risultati di studi precedenti, secondo i quali la discriminazione vissuta durante un'esperienza di lavoro presente o passata può agire come fattore predittivo di problemi connessi a un peggiore status di salute mentale.^{3,5,6,21,30} I sintomi più comuni si manifestano come stati d'ansia, depressione, timore, frustrazione, senso di impotenza, perdita di speranza, ideazioni paranoidee, risentimento, livelli di autostima bassi.^{6,15,31,32}

L'impatto della discriminazione percepita sulla salute psicofisica della popolazione immigrata può essere analizzato da differenti punti di vista.^{4,5} È stato per esempio sottolineato come il luogo di lavoro sia un ambiente ove si sperimentano con più frequenza episodi di discriminazione per uno straniero a causa delle cat-

tive relazioni tra lavoratori e superiori o delle caratteristiche specifiche del lavoro.¹⁵

In generale, i lavoratori immigrati sperimentano maggiori difficoltà nel cambiare lavoro o accedere a posizioni più qualificate.¹ Inoltre, gli immigrati percepiscono che le opportunità di trovare posizioni corrispondenti al livello professionale che avevano nel Paese di origine sono scarse, limitate a pochi settori dell'economia, riducendone la mobilità sociale più di quanto non accada a lavoratori nativi del Paese ospitante.^{3,15} In considerazione del fatto che il lavoro e le sue implicazioni costituiscono probabilmente l'aspetto più rilevante di un progetto migratorio, percepire una discriminazione proprio in tale ambito può essere vissuto come particolarmente dannoso, soprattutto perché la discriminazione può divenire un acceleratore di stress mentale.^{22,33,34}

Ulteriori risultati del nostro studio mostrano come lo stato di salute mentale e il livello di soddisfazione della popolazione immigrata sembrano essere influenzati negativamente da una più lunga permanenza in Italia. Gli immigrati vissuti a lungo nei Paesi ospitanti tendono a investire maggiormente in progetti personali la cui realizzazione è determinante per la propria percezione esistenziale.^{35,36} Inoltre, se è vero che la maggior parte dei loro progetti è mirata al lavoro, dopo una fase iniziale in cui è prioritario soprattutto garantirsi la sopravvivenza economica subentra una visione più ampia, finalizzata a ottenere piuttosto legittime soddisfazioni di tipo personale e professionale.^{9,37} Gli stranieri che risiedono da più tempo nel Paese in cui sono emigrati si attendono un riconoscimento da parte della società, a maggior ragione se vi sono anche nati, per il contributo di esperienza e come risorsa produttiva, oltre che per l'arricchimento sociale e culturale; desidererebbero, pertanto, un riconoscimento dei propri diritti in quanto cittadini. Evidentemente un crollo delle aspettative riposte nella società ospitante potrebbe influenzare negativamente la percezione della propria soddisfazione di vita.^{35,36,38}

L'appartenere a una comunità consolidata in un Paese ospite facilita di gran lunga la ricerca e l'ottenimento di un lavoro, considerato che in Italia per il migrante il canale più utilizzato per trovare lavoro è l'intermediazione informale (59,5%).³⁹ Tale appartenenza, e avere un'occupazione lavorativa, è alla base di una buona inclusione sociale, fattore fortemente correlato con una migliore salute mentale.⁴⁰⁻⁴²

Il nostro studio mostra come gli immigrati provenienti dalle Americhe abbiano una più elevata probabilità di salute mentale peggiore, mentre le persone immigrate dall'Asia risultano essere protette relativamente a tale esito, rispetto a chi proveniva da Paesi europei, fondamentalmente dell'Europa orientale. Il dato conferma solo in parte i risultati di un precedente studio relativo a dati Istat 2007, che mostrava una maggiore probabilità di discriminazione percepita tra gli africani, i maschi asiatici e le donne sudamericane rispetto ai migranti provenienti dall'Europa orientale.²⁴ Una possibile lettura del dato del presente studio risiede nel fatto che le comunità asiatiche, prevalentemente di origine cinese o filippina (probabilmente il gruppo asiatico presente in Italia da più tempo), dispongono di una rete di supporto interna alle stesse comunità particolarmente strutturata rispetto a immigrati provenienti da altre aree. L'Italia è il paese

dell'Unione europea con il maggior numero di immigrati asiatici, passati da circa centomila all'inizio degli anni Novanta a quasi un milione nel 2011.⁴³

Di più complessa interpretazione è l'osservazione che, rispetto a immigrati residenti nel Nord-Est d'Italia, quelli che vivevano in particolare nel Nord-Ovest e al Centro (in minor misura al Sud), presentavano una più elevata probabilità di peggiore stato di salute mentale. Un precedente studio basato su una indagine Istat 2007 aveva osservato una più elevata esposizione alla discriminazione tra gli immigrati residenti nel Centro-Sud rispetto al Nord.²⁴ Il nostro dato differisce dai risultati pubblicati nel rapporto Istat secondo il quale non si registrano differenze significative a livello territoriale relativamente ai punteggi medi dell'indice di salute psicologica (MCS).⁴⁴

I risultati del nostro studio sembrerebbero inoltre suggerire un'interessante associazione tra l'assenza di impiego e una peggiore salute mentale. È noto come emozioni quali timore e vergogna dello stigma da parte della società d'appartenenza agiscano da fattore di rischio per la stabilità della salute mentale di un individuo.⁴⁵ L'assenza di lavoro influenzerebbe in maniera considerevole la capacità previsionale degli esseri umani rispetto al presente e al futuro con effetti devastanti sulla salute mentale rispetto a una possibile perdita di controllo sulla propria esistenza.⁴² Il dato sembrerebbe confermato dall'osservazione di un peggiore stato di salute mentale tra gli immigrati che avevano perso il lavoro. Il risultato conferma ulteriormente il ruolo centrale svolto dallo stato occupazionale sul benessere psicologico, soprattutto per questo gruppo di persone. A tal proposito, gli effetti della recente crisi economico-finanziaria globale hanno colpito soprattutto le classi sociali più vulnerabili,⁴⁶ a cui appartiene la maggior parte dei cittadini stranieri. In Italia, in particolare, tra il 2008 e il 2013 i livelli di occupazione hanno subito un forte calo, soprattutto tra gli stranieri (-9% e -2,5% tra gli italiani), contribuendo ad ampliare le differenze socioeconomiche tra i due gruppi.⁴⁷ Esistono evidenze consolidate supportanti l'associazione tra perdita di occupazione e di risorse economiche con il peggioramento della salute mentale, soprattutto tra gli stranieri, sui quali maggiormente ha gravato l'aumento della disoccupazione conseguente alla crisi economica globale.⁴⁸

POTENZIALITÀ E LIMITI

I risultati del presente studio dovrebbero essere interpretati con cautela per la presenza di alcuni limiti. Uno di questi è la natura trasversale dei dati che può rendere difficile valutare la catena causale delle associazioni: se la discriminazione percepita può influenzare negativamente gli esiti di salute mentale, è anche possibile che uno stato di salute mentale compromesso potrebbe indurre a non ricordare correttamente l'intensità e la frequenza di passate esperienze e a vivere come discriminatori episodi che non sarebbero interpretati analogamente da altre persone.¹⁴ Infatti, si deve tener conto del fatto che l'informazione sullo stato di salute mentale è autoriferita, pertanto suscettibile a *self-report bias*.²⁶ Un ulteriore limite è che lo strumento utilizzato per la misura dell'outcome (MCS), a nostra conoscenza, non è stato ancora validato dal punto di vista dell'utilizzo transculturale, criticità alla quale abbiamo provato a ovviare con la scelta di un cut-off

empirico basato sulla distribuzione dei valori osservati nella nostra popolazione.

Nonostante i suddetti limiti, a nostra conoscenza questo è il primo studio che analizza in Italia l'associazione tra discriminazione percepita subita sul lavoro in quanto straniero e gli effetti sulla salute psicologica in un gruppo di immigrati in età lavorativa. In generale, le implicazioni di un evento migratorio sulla salute mentale hanno ricevuto poca attenzione,³³ soprattutto in quanto non valutate in relazione agli esiti di salute conseguenti alla discriminazione percepita, il che ribadisce l'importanza del presente studio. In particolare, abbiamo contribuito ad allargare gli ambiti studiati dalle ricerche già pubblicate esaminando proprio gli effetti indipendenti sulla salute mentale della discriminazione vissuta da uno straniero, specialmente se riferita in un contesto di estrema rilevanza qual è il luogo di lavoro. Va poi considerata la grande rappresentatività del campione nazionale studiato che, tra l'altro, consente il confronto tra i gruppi considerati.

CONCLUSIONI

Il nostro studio conferma che la discriminazione percepita sul luogo di lavoro per il fatto di essere un cittadino straniero si associa in maniera robusta con problemi mentali, suggerendo la necessità che a una risposta in termini di sanità pubblica si af-

fianchino specifici interventi in ambito lavorativo.^{2,7,36} I modelli organizzativi, specie nei luoghi di lavoro, giocano un ruolo fondamentale nel conseguimento di gratificazioni sociali, nella differenziazione, se non nella discriminazione, tra diversi gruppi sociali.^{2,49,50} È stato dimostrato come l'adozione di politiche adeguate per migliorare le condizioni di lavoro e di strategie organizzative per supportare comportamenti di *coping* e per affrontare eventuali discriminazioni potrebbero migliorare la salute mentale di gruppi sociali, specie se appartenenti a minoranze.^{32,37} In tale scenario, processi di integrazione tra lavoratori del Paese ospitante e immigrati dovrebbero essere concepiti come rapporto bidirezionale tra gruppi e non ridotti a un modello di mera assimilazione alla cultura del Paese ospitante, senza una politica di autentica armonizzazione.³⁵

Dal punto di vista della ricerca, studi futuri sui lavoratori devono prevedere disegni prospettici di lungo periodo, oltre a studi qualitativi finalizzati a esplorare i meccanismi che mediano gli effetti della discriminazione sulla salute mentale. Inoltre, meritano un approfondimento le differenze osservate sulla probabilità di peggiore salute mentale per area geografica di residenza in Italia.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Bettin G, Cela E. The evolution of migration flows in Europe and Italy. *J App Econ* 2014;33(1):37-63.
2. Borrell C, Palència L, Bartoll X et al. Perceived discrimination and health among immigrants in Europe according to national integration policies. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(9):10687-99. doi:10.3390/ijerph120910687.
3. Agudelo-Suárez A, Gil-González D, Ronda-Pérez E et al. Discrimination, work and health in immigrant populations in Spain. *Soc Sci Med* 2009;68(10):1866-74. doi:10.1016/j.socscimed.2009.02.046.
4. Viruell-Fuentes E, Miranda PY, Abdulrahim S. More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Soc Sci Med* 2007;75:2099-106.
5. Fozdar F, Torezani S. Discrimination and well-being: perceptions of refugees in western Australia. *Int Migr Rev* 2008;42:30-63.
6. Williams D, Mohammed S. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009;32:20-47.
7. Paradies Y. Defining, conceptualising and characterising racism in health research. *Crit Public Health* 2006;16:143-57.
8. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv* 2011;44:643-710.
9. Dipboye R, Colella A. The dilemmas of workplace discrimination. In: *The psychological and organizational bases of discrimination at work* (Dipboye R, Colella A eds). Hove (UK), Lawrence Erlbaum Associates, 2005.
10. Allport GW. *The Nature of Prejudice*. Cambridge (MA), Perseus Books, 1979.
11. Brown T, Williams D, Jackson J et al. "Being black and feeling blue": The mental health consequences of racial discrimination. *Race Soc* 2000;2(2):117-31. doi:10.1016/S1090-9524(00)00010-3.
12. Krieger N, Carney D, Lancaster K et al. Combining explicit and implicit measures of racial discrimination in health research. *Am J Public Health* 2010;100(8):1485-92. doi:10.2105/AJPH.2009.159517.
13. Finch B, Kolody B, Vega W. Perceived discrimination and depression among Mexican-origin adults in California. *J Health Soc Behav* 2000;41(3):295-313. doi:10.2307/2676322.
14. Brondolo E, Brady N, Libby DJ et al. Racism as a psychosocial stressor. In: *Handbook of stress science* (Conrada RJ, Baum A eds):167-184. New York, Springer, 2011.
15. Ferdinand A, Paradies Y, Kelaheh M. Mental health impacts of racial discrimination in Victorian aboriginal communities. Melbourne, Lowitja Institute, 2013.
16. Tobler AL, Maldonado-Molina MM, Staras SA et al. Perceived racial/ethnic discrimination, problem behaviors, and mental health among minority urban youth. *Ethnicity & Health* 2013;18:337-49.
17. Chae DH, Nuru-Jeter AM, Lincoln KD et al. Racial discrimination, mood disorders, and cardiovascular disease among black Americans. *Ann Epidemiol* 2012;22(2):104-11. doi:10.1016/j.annepidem.2011.10.009.
18. Chae DH, Walters KL. Racial discrimination and racial identity attitudes in relation to self-rated health and physical pain and impairment among two-spirit American Indians/Alaska Natives. *Am J Public Health* 2009;99(Suppl 1):S144-51. doi:10.2105/AJPH.2007.126003.
19. Chou KL. Perceived discrimination and depression among new migrants to Hong Kong: the moderating role of social support and neighborhood collective efficacy. *J Affect Disord* 2012;138(1-2):63-70. doi:10.1016/j.jad.2011.12.029.
20. Moomal H, Jackson PB, Stein DJ et al. Perceived discrimination and mental health disorders: the South African Stress and Health study. *S Afr Med J* 2009;99(5 Pt 2):383-89.
21. Bastos JL, Celeste RK, Faerstein E et al. Racial discrimination and health: a systematic review of scales with a focus on their psychometric properties. *Soc Sci Med* 2010;70:1091-99.
22. Agudelo-Suárez AA, Ronda-Pérez E, Gil-González D et al. The effect of perceived discrimination on the health of immigrant workers in Spain. *BMC Public Health* 2011;11:652. doi:10.1186/1471-2458-11-652.
23. Bals M, Turi AL, Skre I et al. Internalization symptoms, perceived discrimination, and ethnic identity in indigenous Sami and non-Sami youth in Arctic Norway. *Ethn Health* 2010;15(2):165-79. doi:10.1080/13557851003615545.
24. Salvatore MA, Baglio G, Cacciani L, Spagnolo A, Rosano A. [Discrimination at the workplace among immigrants in Italy] La discriminazione nell'ambiente di lavoro tra gli immigrati in Italia. *Med Lav* 2012;103(4):249-58.
25. ISTAT. Indagine statistica multiscope sulle famiglie con stranieri "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri". Anno 2011-2012. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/archivio/10825> (ultimo accesso 25.11.16).
26. Ware JE Jr, Kosinski M, Bayliss MS et al. Comparison of methods for the scoring and statistical analysis of SF-36 health profile and summary measures: summary of results from the Medical Outcomes Study. *Med Care* 1995;33(4 Suppl):AS264-79.
27. Jenkinson C, Layte R, Jenkinson D et al. A shorter form health survey: can the SF-12 replicate results from the SF-36 in longitudinal studies? *J Public Health Med* 1997;19(2):179-86.
28. Odone A, Landriscina T, Costa G. Salute mentale e crisi economica: analisi sulla popolazione in Italia. In: Costa G, Crialesi R, Migliardi A (eds). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*. Roma, Istituto Superiore di Sanità, 2016 (Rapporti ISTISAN 16/26):129-37.
29. Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston (MA), The Health Institute, 1994.
30. Ruggiero K, Taylor R. Why minority group members perceive or do not perceive the discrimination that confronts them: the role of self-esteem and perceived control. *J Pers Soc Psychol* 1997;72:373-89.
31. Zheng X, Sang D, Wang L. Acculturation and subjective well-being of Chinese students in Australia. *J Happiness Stud* 2004;5:57-72.
32. Noh S, Kaspar V. Perceived discrimination and depression: Moderating effects of coping, acculturation, and ethnic support. *Am J Public Health* 2003;93(2):232-38. doi:10.2105/AJPH.93.2.232.

33. Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv* 2014;44(4):643-710.
34. Tingho P, Hemmingsson T, Lundberg I et al. To what extent may the association between immigrant status and mental illness be explained by socioeconomic factors? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007;42:990-96.
35. Verkuyten M. Life satisfaction among ethnic minorities: the role of discrimination and group identification. *Soc Indic Res* 2008;89:391-404.
36. Colic-Peisker V, Tilbury F. Integration into the Australian labour market: the experience of three "visibly different" groups of recently arrived refugees. *Int Migr* 2007;45:59-85.
37. Krieger N, Waterman PD, Hartman C et al. Social hazards on the job: workplace abuse, sexual harassment, and racial discrimination – a study of Black, Latino, and White low-income women and men workers in the United States. *Int J Health Serv* 2006;36(1):51-85.
38. Giamo LS, Schmitt MT, Outten HR. Perceived discrimination, group identification, and life satisfaction among multiracial people: a test of the rejection-identification model. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol* 2012;18(4):319-28. doi: 10.1037/a0029729.
39. Istat. *L'integrazione degli stranieri e dei naturalizzati nel mercato del lavoro. Il trimestre 2014*. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files/2015/12/Lavoro_stranieri.pdf?title=Integrazione+degli+stranieri+nel+lavoro+++28%2Fdic%2F2015+-+Testo+integrale+e+nota+integrale.pdf (ultimo accesso: 31.07.17)
40. Gee GC, Ro A, Shariff-Marco S et al. Racial discrimination and health among Asian Americans: Evidence, assessment, and directions for future research. *Epidemiol Rev* 2009;31:130-51.
41. Murphy GC, Athanasou JA. The effect of unemployment on mental health. *JOOP* 1999;72:83-99.
42. Strandh M, Novo M, Hammarström A. Mental health among the unemployed and the unemployment rate in the municipality. *Eur J Public Health* 2011;21(6):799-805. doi: 10.1093/eurpub/ckq147. Epub 2010 Oct 13.
43. Demaio G, Nanni M (a cura di). *L'immigrazione asiatica in Italia. Presenze, lavoro, rimesse*. Affari Sociali internazionali – Nuova Serie, n. 1-2/2013, Edizioni Idos.
44. Istat – Ministero della salute. *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità e dei servizi sanitari. Anno 2011-2012*. Disponibile all'indirizzo: https://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri+++30%2Fgen%2F2014+-+Testo+integrale.pdf (ultimo accesso: 31.07.17)
45. Takahashi M, Morita S, Ishidu K. Stigma and mental health in Japanese unemployed individuals. *J Employment Couns* 2015;52.
46. Istat. *Il mercato del lavoro negli anni della crisi. Dinamiche e divari. Rapporto annuale 2014*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.istat.it/it/files/2014/05/cap3.pdf> (ultimo accesso: 31.07.17)
47. Catalano R, Goldman-Mellor S, Saxton K et al. The health effects of economic decline. *Annu Rev Public Health* 2011;32:431-50. doi: 10.1146/annurev-publhealth-031210-101146. Review.
48. Bartoll X, Palencia L, Malmusi D et al. The evolution of mental health in Spain during the economic crisis. *Eur J Public Health* 2014;24(3):415-18. doi:10.1093/eurpub/ckt208.
49. Branscombe NR, Schmitt MT, Harvey RD. Perceiving pervasive discrimination among African Americans: Implications for group identification and well-being. *J Pers Soc Psychol* 1999;77:135-49.
50. Lee H, Turney K. Investigating the Relationship between Perceived Discrimination, Social Status, and Mental Health. *Soc Ment Health* 2012;2(1):1-20.

CAPITOLO 6

Fattori associati al ricorso a visite mediche: confronto tra cittadini italiani e stranieri residenti in Italia

Factors associated to medical visits: comparison among Italians and immigrants resident in Italy

Anteo Di Napoli,¹ Monica Perez,² Alessandra Rossi,¹ Daniele Spizzichino,² Laura Iannucci,² Lidia Gargiulo,² Daniela Panaccione,² Concetta Mirisola,¹ Alessio Petrelli¹

¹ Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

² Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

Corrispondenza: Anteo Di Napoli; dinapoli@inmp.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: valutare il ruolo di fattori potenzialmente associati al ricorso a visite mediche da parte della popolazione immigrata residente in Italia, effettuando un confronto con la popolazione italiana.

DISEGNO: studio trasversale basato sul campione rappresentativo della popolazione residente in Italia dell'indagine Multiscopo Istat 2013 "Salute e ricorso ai servizi sanitari".

SETTING E PARTECIPANTI: lo studio è stato condotto su un campione di cittadini nella fascia di età 18-64 anni (72.476 individui) che rappresentava una popolazione di 37.290.440 persone residenti in Italia (33.900.000 italiani e 3.390.440 stranieri) nel 2013.

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: è stato utilizzato come outcome l'indicatore sul ricorso a visite mediche, costruito a partire dal quesito «Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia, pediatra, o da medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?». A partire da tale outcome, utilizzando il quesito «Mi può indicare il motivo prevalente delle visite effettuate nelle ultime 4 settimane?», sono stati costruiti due ulteriori variabili di esito, per valutare separatamente il ricorso a visite mediche per «malattie o disturbi» e per «controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi». Per ciascun outcome è stato costruito un modello di regressione logistica, considerando come variabili indipendenti informazioni relative al livello socioeconomico e di condizione di salute dell'intervistato.

RISULTATI: il 21,4% degli stranieri (18-64 anni) residenti in Italia ha fatto ricorso a visite mediche nelle quattro settimane precedenti l'intervista, percentuale inferiore al 27,0% registrato tra i cittadini italiani. I risultati dei modelli di regressione logistica hanno mostrato che, tenendo conto delle caratteristiche socioeconomiche, degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati, gli stranieri hanno una probabilità inferiore rispetto agli italiani di ricorrere a una visita medica, sia nel caso in cui si valutino visite motivate da qualche pro-

blema di salute (OR: 0,80; IC95% 0,73-0,87), sia quando la visita medica è effettuata con finalità di tipo preventivo (OR: 0,72; IC95% 0,64-0,82).

CONCLUSIONE: gli immigrati residenti tendono a manifestare i problemi di salute delle fasce di popolazione autoctona più svantaggiate al crescere della loro permanenza nel Paese ospitante, presumibilmente per la perdita del vantaggio iniziale di salute legata al cosiddetto "effetto migrante sano". In tale ottica, essi vanno considerati come più vulnerabili in termini di salute, e un'attenzione particolare deve essere dedicata alla prevenzione. Il minore ricorso alla medicina di base o specialistica potrebbe indicare la presenza di disuguaglianze di salute. Pertanto, eventuali barriere che influenzano un accesso equo all'assistenza sanitaria devono essere rimosse, tenendo conto dell'eterogeneità delle popolazioni immigrate, caratterizzate da specificità culturali e orientamenti diversi anche nei confronti del sistema sanitario.

Parole chiave: visite mediche, prevenzione, immigrati, uso dei servizi sanitari, livello socioeconomico, Italia

ABSTRACT

OBJECTIVES: to evaluate the role of factors potentially associated with the use of medical visits by the immigrant population living in Italy, making a comparison with the Italian population.

DESIGN: cross-sectional study based on the representative sample of the population residing in Italy considered in the Survey "Health and use of health services" conducted by the Italian National Institute of Statistics (Istat) in 2013.

SETTING AND PARTICIPANTS: the study was conducted on a sample of citizens aged 18-64 years (72,476 individuals) representing a population of 37,290,440 residents in Italy (33.9 million Italians and 3,390,440 foreigners) in 2013.

MAIN OUTCOME MEASURES: an indicator on the use of medical visits has been used as an outcome, based on people who had replied affirmatively to the question: «In the last

four weeks, have you been examined by the family doctor, by the pediatrician, or by medical specialists, as an eye doctor, dentist, etc.?». Starting from this outcome, the question «Can you indicate the main reason of the visits made in the last 4 weeks?» was used to build two additional outcome variables for separately evaluating the use of medical examinations for "diseases or disorders" from the use of medical examination for "health check in the absence of diseases or disorders". For each outcome, a logistic regression model was fitted, considering as independent variables information related to socioeconomic status and to the respondent's health condition.

RESULTS: 21.4% of foreigners (18-64 years) living in Italy used medical visits during the four weeks before the interview, a percentage lower than the one recorded among Italian citizens (27.0%). Taking into account the socioeconomic characteristics, lifestyle and health status of respondents, the results of logistic regression models showed that foreigners have a lower probability than Italians to make a medical examination, both for visits motivated by any health problems (OR: 0.80; 95%CI 0.73-0.87), and in case of medical examination carried out for preventive purposes (OR: 0.72; 95%CI 0.64-0.82).

CONCLUSION: the more the time living in the host Country increases, the more immigrants residing in Italy tend to have the same health problems of the most disadvantaged groups of the autochthonous population, maybe because of the deterioration of the so-called "healthy immigrant effect". In this context, they should be considered as more vulnerable in terms of health, and special attention must be paid to prevention. The lower use of medical visits highlights inequities in access to services. In order to reduce health inequalities, barriers that affect equitable access to health care should be removed, taking into account the heterogeneity of these sub-groups, characterized by different cultures and attitudes towards the health system.

Keywords: medical visits, prevention, immigrants, use of health services, socioeconomic status, Italy

INTRODUZIONE

I crescenti flussi migratori che hanno interessato l'Italia a partire dagli anni Novanta, prima prevalentemente per motivazioni economiche, poi anche per la richiesta di protezione internazionale da parte di persone in fuga dai conflitti successivi alle cosiddette "primavere arabe", hanno determinato un forte incremento della presenza di cittadini stranieri, trend che proseguirà nei prossimi anni, secondo le previsioni demografiche Istat.¹

All'1 gennaio 2016 la presenza straniera in Italia ha raggiunto l'8,3% della popolazione residente, una quota molto rilevante, che presenta caratteristiche di salute e di accesso ai servizi sanitari diverse da quelle della popolazione italiana, e con cui il servizio sanitario nazionale (SSN) deve confrontarsi. In particolare, appare centrale il tema della promozione della salute degli immigrati, determinata da una molteplicità di fattori che agiscono e interagiscono nel tempo, a partire da quelli sperimenta-

ti nel Paese di origine, come per esempio l'esposizione ad agenti infettivi o la presenza di scarse condizioni igieniche, piuttosto che la carente qualità dei sistemi sanitari, nonché il clima di violenza e repressione presente in alcuni contesti geopolitici di provenienza che influenza le condizioni psicofisiche. Altri fattori di rischio per la salute fisica e mentale agiscono durante il percorso migratorio (fame, violenza, razzismo, separazione dalla famiglia e rischi dovuti alle condizioni di viaggio) e infine nel Paese ospitante. Nell'evoluzione dello stato di salute degli immigrati vanno quindi distinte le condizioni immediatamente successive all'arrivo, che possono determinare condizioni di isolamento e segregazione a causa del sentirsi straniero, della separazione dalla famiglia, degli episodi di razzismo e discriminazione e dei problemi di lingua e di comprensione, da quelle che continuano o insorgono quando la permanenza diventa stabile, spesso caratterizzata da condizioni di maggiore deprivazione, e che

possono indurre a stili di vita insalubri, come una dieta povera di vegetali e frutta, fumo, abuso di alcol, o all'insorgenza di problemi di salute mentale per il persistere di condizioni di discriminazione e razzismo.²⁻⁴ Inoltre, seppure più giovani e inizialmente più sani degli italiani, gli immigrati sono più esposti al rischio di alcune malattie, come quelle a trasmissione sessuale, e ad alcune forme tumorali, in particolare quelle a eziopatogenesi infettiva (per esempio della cervice uterina, dello stomaco, del fegato e del pancreas) principalmente a causa di pregresse esposizioni nei Paesi di origine.

La presa in carico dei bisogni di salute della popolazione straniera è dunque particolarmente complessa, in quanto i fattori di rischio per la salute possono agire in modo differenziato tra le molteplici comunità straniere che caratterizzano l'immigrazione in Italia, anche a causa delle differenze nell'attitudine a rapportarsi con il sistema sanitario, non solo rispetto ai cittadini italiani, ma anche tra le singole comunità di provenienza, per aspetti culturali, religiosi, linguistici. Pur in presenza di un sistema sanitario di tipo universalistico, come quello italiano, le difficoltà culturali e linguistiche possono costituire barriere all'accesso ai servizi. La diversa o carente alfabetizzazione sanitaria nonché della percezione dello stato di salute/malattia possono influenzare negativamente la partecipazione alle attività di prevenzione primaria (come le vaccinazioni o l'adozione di stili di vita salubri) e secondaria (screening).^{2,5-8}

La promozione della salute attraverso strumenti di prevenzione primaria e secondaria potrebbe consentire di modificare comportamenti a rischio orientandoli verso stili di vita più salubri o agevolare la diagnosi precoce delle malattie. Tuttavia, va considerato che oltre all'adesione ad attività di prevenzione primaria e secondaria, il mancato ricorso all'assistenza da parte di persone che riferiscono problemi di salute può rappresentare un indicatore importante della presenza di eventuali barriere all'accesso al servizio sanitario.

Lo studio condotto ha l'obiettivo di valutare il ruolo di alcuni fattori potenzialmente associati al ricorso a visite mediche da parte della popolazione immigrata, effettuando un confronto con la popolazione italiana.

MATERIALI E METODI

I dati utilizzati ai fini dello studio provengono dall'indagine Multiscopo Istat 2013 "Salute e ricorso ai servizi sanitari", condotta su un campione nazionale di 49.811 famiglie residenti in Italia, per un totale di 119.073 individui. L'unità di rilevazione è la famiglia di fatto, intesa come insieme di persone coabitanti e legate da vincoli di matrimonio, parentela, affinità, adozione, tutela o affettivi. Il periodo di riferimento va da luglio 2012 a giugno 2013.⁹

Ai fini del presente studio è stato selezionato il campione di età compresa fra 18 e 64 anni (72.476 individui) che rappresentava una popolazione di 37.290.440 persone residenti in Italia (33.900.000 italiani e 3.390.440 stranieri) nel 2013. Lo status di immigrato è stato definito in base alla cittadinanza. Come variabile di esito è stato utilizzato l'indicatore sul ricorso a visite mediche costruito utilizzando il quesito «Nelle ultime 4 settimane ha fatto ricorso a visite effettuate dal medico di famiglia,

pediatra, o da medici specialisti, come oculista, dentista, ecc.?». A partire da tale outcome, utilizzando il quesito «Mi può indicare il motivo prevalente delle visite effettuate nelle ultime 4 settimane?», sono stati costruiti due ulteriori variabili di esito, per valutare separatamente il ricorso a visite mediche per «malattie o disturbi» e per «controllo dello stato di salute in assenza di malattie o disturbi».

La distribuzione delle caratteristiche del campione tra italiani e stranieri è stata confrontata attraverso test del chi-quadrato. Sono stati costruiti tre modelli di regressione multivariata per valutare i fattori associati alla probabilità di ricorrere a visite mediche, indipendentemente dal motivo della visita, in presenza di malattie o disturbi, oppure per controllo di salute. La probabilità di ricorso a visite mediche (indipendentemente dal motivo) è stata stimata attraverso un modello di regressione log-binomiale al fine di tenere conto dell'elevata frequenza della variabile di esito. Invece i modelli che avevano come esito il motivo delle visite (salute o controlli) sono stati per omogeneità costruiti entrambi come di tipo logistico, pur essendo la prevalenza di visite effettuate per motivi di salute di poco superiore al 10%. Come variabili indipendenti sono state scelte le seguenti informazioni relative a caratteristiche sociodemografiche e di condizione di salute dell'intervistato: cittadinanza, genere, età, livello di istruzione, condizione occupazionale, risorse economiche percepite, indice di massa corporea (IMC), abitudine al fumo, area di residenza in Italia. Inoltre nei tre modelli di regressione è stata inserita, come variabile indipendente indicativa dello stato di salute dell'intervistato, l'informazione relativa alla presenza di almeno una delle seguenti gravi patologie croniche: diabete, infarto del miocardio, angina pectoris, altre malattie del cuore, ictus, emorragia cerebrale, bronchite cronica, enfisema, insufficienza renale, cirrosi epatica, tumore maligno (inclusi linfoma/leucemia), parkinsonismo, Alzheimer, demenze senili. Nei tre modelli di regressione l'associazione di ogni singola variabile indipendente con la variabile di esito è valutata controllando simultaneamente per gli effetti di tutte le altre variabili indipendenti considerate. Inoltre, sono state effettuate analisi stratificate per sottogruppi specifici di popolazione.

RISULTATI

Nella **tabella 1** (p. 43) è presentato il confronto tra cittadini italiani e stranieri rispetto alla distribuzione delle motivazioni del ricorso a una visita medica, delle caratteristiche sociodemografiche, degli stili di vita e dello stato di salute. I cittadini stranieri fanno complessivamente meno ricorso a visite mediche, sia generiche sia specialistiche. Nel campione studiato è più frequente la prevalenza di donne tra i cittadini stranieri, che sono più rappresentati nelle classi di età più giovani rispetto agli italiani. Circa l'80% degli stranieri risiede nelle regioni settentrionali e centrali, nelle quali vive meno del 60% dei cittadini italiani. Rispetto agli italiani, gli stranieri presentano meno frequentemente un elevato livello di istruzione e risorse economiche riferite come ottime o adeguate, ma la percentuale di chi si dichiara occupato è lievemente più alta degli italiani. È maggiore anche la percentuale di stranieri che dichiara di non aver mai fumato, mentre gli italiani sono più spesso ex fumatori. I cittadini ita-

Tabella 1. Ricorso a visite mediche, caratteristiche sociodemografiche e cliniche, per cittadinanza. Istat, 2012-2013.
Table 1. Use of medical visits, sociodemographic and clinical characteristics, by citizenship. Istat, 2012-2013.

		ITALIANI		STRANIERI		p-value
		n.	%	n.	%	
		67.295	92,9	5.181	7,1	
Visite nelle ultime 4 settimane	si	18.184	27,0	1.108	21,4	<0,01
- per malattie/disturbi	si	9.560	14,2	627	12,1	<0,01
- per controllo dello stato di salute in assenza di malattie/disturbi	si	5.181	7,7	290	5,6	<0,01
- per prescrizione di ricette	si	5.410	8,0	280	5,4	<0,01
- per certificati o atti amministrativi	si	829	1,2	34	0,7	<0,01
- per altro	si	932	1,4	54	1,0	<0,05
Sesso	maschi	33.355	49,6	2.302	44,4	<0,01
	femmine	33.940	50,4	2.879	55,6	
Età	18-34	18.589	27,6	2.019	39,0	<0,01
	35-49	24.978	37,1	2.227	43,0	
	50-64	23.728	35,3	935	18,0	
Area di residenza	Italia Nord-Ovest	14.234	21,2	1.570	30,3	<0,01
	Italia Nord-Est	12.993	19,3	1.448	27,9	
	Italia centrale	11.518	17,1	1.178	22,7	
	Italia Sud e Isole	28.550	42,4	985	19,0	
Livello di istruzione	alto	35.422	52,6	2.142	41,3	<0,01
	medio/basso	31.873	47,4	3.039	58,7	
Condizione professionale	occupato	38.455	57,1	3.129	60,4	<0,01
	non occupato	28.840	42,9	2.052	39,6	
Risorse economiche	ottime/adequate	42.087	62,5	1.950	37,6	<0,01
	scarse/insufficienti	25.208	37,5	3.231	62,4	
IMC	normopeso/sottopeso	39.698	59,0	3.097	59,8	ns
	sovrappeso/obeso	27.597	41,0	2.084	40,2	
Abitudine al fumo	mai fumatore	35.516	52,8	3.193	61,6	<0,01
	fumatore attuale	17.295	25,7	1.215	23,5	
	ex fumatore	14.484	21,5	773	14,9	
Attività fisica con sforzo rilevante o moderato	si	21.563	32,0	1.053	20,3	<0,01
	no	45.732	68,0	4.128	79,7	
Almeno 1 grave condizione di cronicità	no	61.105	90,8	4.822	93,1	<0,01
	si	6.190	9,2	359	6,9	

liani dichiarano più frequentemente degli stranieri di svolgere nel tempo libero attività fisica moderata o rilevante, mentre non si rilevano differenze tra i due gruppi rispetto alla distribuzione dell'indice di massa corporea. Da rilevare, infine, come la prevalenza di persone che riferisce di soffrire di almeno una grave patologia cronica sia più alta tra gli italiani rispetto ai cittadini stranieri.

Nella **tabella 2** (p. 44) sono presentati i risultati del modello di regressione log-binomiale nel quale si è valutata la probabilità di ricorrere a una visita medica indipendentemente dal motivo, tenendo conto della nazionalità (italiana o straniera) e di altre caratteristiche sociodemografiche, nonché degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati. Si osserva che gli stranieri hanno una probabilità di effettuare una visita medica inferiore rispetto agli italiani. La probabilità è invece maggiore per

le donne, le persone di età più avanzata, per chi riferisce risorse economiche scarse/insufficienti e per i non occupati. Inoltre, rispetto a un residente nel Nord-Ovest la probabilità è maggiore per chi risiede nel Nord-Est e inferiore nel Sud e nelle Isole. Le persone in sovrappeso o obese, i fumatori o gli ex fumatori e soprattutto coloro i quali riferiscono almeno una malattia cronica grave hanno una probabilità maggiore di effettuare una visita medica.

Nella **figura 1** (p. 45) sono presentati i risultati del modello di regressione logistica nel quale si è valutata la probabilità di ricorrere a una visita medica in presenza di malattie o disturbi, tenendo conto della nazionalità (italiana o straniera) e di altre caratteristiche sociodemografiche, degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati. Gli stranieri hanno una probabilità inferiore rispetto agli italiani di ricorrere a una visita medica per

Tabella 2. Fattori associati alla probabilità di effettuare una visita medica. *Prevalence rate ratio* (PRR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%). Istat, 2012-2013.
Table 2. Factors associated to probability of using a medical visit. *Prevalence rate ratios* (PRR) and 95% confidence intervals (95%CI). Istat, 2012-2013.

		PRR	IC95%
Cittadinanza	italiani	1,00	
	stranieri	0,81	0,77-0,86
Sesso	maschi	1,00	
	femmine	1,45	1,42-1,49
Età	18-34	1,00	
	35-49	1,20	1,16-1,25
	50-64	1,34	1,30-1,39
Area di residenza	Italia Nord-Ovest	1,00	
	Italia Nord-Est	1,09	1,05-1,12
	Italia centrale	1,02	0,99-1,06
	Italia Sud e Isole	0,89	0,87-0,92
Livello di istruzione	alto	1,00	
	medio/basso	0,94	0,92-0,97
Condizione professionale	occupato	1,00	
	non occupato	1,02	0,99-1,04
Risorse economiche	ottime/adequate	1,00	
	scarse/insufficienti	1,07	1,04-1,09
IMC	normopeso/sottopeso	1,00	
	sovrappeso/obeso	1,09	1,06-1,12
Abitudine al fumo	mai fumatore	1,00	
	fumatore attuale	1,04	1,01-1,07
	ex fumatore	1,23	1,19-1,26
Attività fisica con sforzo rilevante o moderato	sì	1,00	
	no	0,99	0,96-1,02
Almeno 1 grave condizione di cronicità	no	1,00	
	sì	1,80	1,75-1,85

qualche problema di salute (OR: 0,80; IC95% 0,73-0,87). La probabilità è maggiore per le donne (OR: 1,49; IC95% 1,42-1,56), le persone di 50-64 anni (OR: 1,40; IC95% 1,31-1,49) e 35-49 anni (OR: 1,30; IC95% 1,22-1,38) rispetto a chi ha 18-34 anni. Rispetto a un residente nel Nord-Ovest, si è osservata una probabilità più elevata di ricorrere a visite mediche per chi risiede nel Nord-Est (OR: 1,16; IC95% 1,08-1,23) e minore per un residente nell'Italia meridionale e insulare (OR: 0,81; IC95% 0,76-0,86). È più probabile ricorrere a una visita medica in presenza di problemi di salute tra le persone che riferiscono risorse economiche scarse/insufficienti (OR: 1,21; IC95% 1,15-1,26). I soggetti in sovrappeso o obesi (OR: 1,07; IC95% 1,02-1,12), i fumatori (OR: 1,11; IC95% 1,05-1,17), gli ex fumatori (OR: 1,29; IC95% 1,23-1,37) e, soprattutto, coloro i quali riferiscono di essere affetti almeno da una malattia cronica grave (OR: 2,45; IC95% 2,30-2,61) hanno una probabilità maggiore di effettuare una visita medica in caso di problemi di salute. Nella **tabella 3** (p. 45) sono presentati i risultati di due modelli di regressione logistica effettuati rispettivamente per italiani e stranieri. Nel confronto tra i due gruppi, OR significativamente più elevati di ricorrere a una visita medica con finalità di controllo della salute sono osservati tra le persone straniere con al-

meno una cronicità grave; inoltre risultano più elevati gli OR tra gli stranieri residenti nel Nord-Est, tra le donne e gli ultracinquantenni italiani.

Nella **figura 2** (p. 46) sono presentati i risultati del modello di regressione logistica nel quale si è valutata la probabilità di ricorrere a una visita medica con finalità di controllo della salute, tenendo conto della nazionalità (italiana o straniera) e di altre caratteristiche sociodemografiche, degli stili di vita e dello stato di salute degli intervistati. Gli stranieri hanno una probabilità inferiore rispetto agli italiani di ricorrere a una visita medica di tipo preventivo (OR: 0,72; IC95% 0,64-0,82). Tale probabilità è maggiore per le donne (OR: 1,86; IC95% 1,75-1,98), le persone di 50-64 anni (OR: 1,21; IC95% 1,12-1,32) e 35-49 anni (OR: 1,09; IC95% 1,01-1,18) rispetto a chi ha 18-34 anni. Una probabilità minore di ricorrere a una visita di controllo si è osservata tra chi possiede un titolo di studio medio-basso invece che alto (OR: 0,85; IC95% 0,80-0,90) e tra chi fa abitualmente attività fisica nel tempo libero (OR: 0,93; IC95% 0,87-0,99). Gli ex fumatori (OR: 1,35; IC95% 1,26-1,45) e soprattutto coloro i quali riferiscono di soffrire almeno di una malattia cronica grave (OR: 1,86; IC95% 1,71-2,02) hanno una probabilità maggiore di effettuare una visita di controllo con finalità di prevenzione.

Figura 1. Odds ratio e intervallo di confidenza al 95% di effettuare una visita medica per motivi di salute. Istat, 2012-2013.
Figure 1. Odds Ratios and 95% confidence intervals of using a medical visit for any health problems. Istat, 2012-2013.

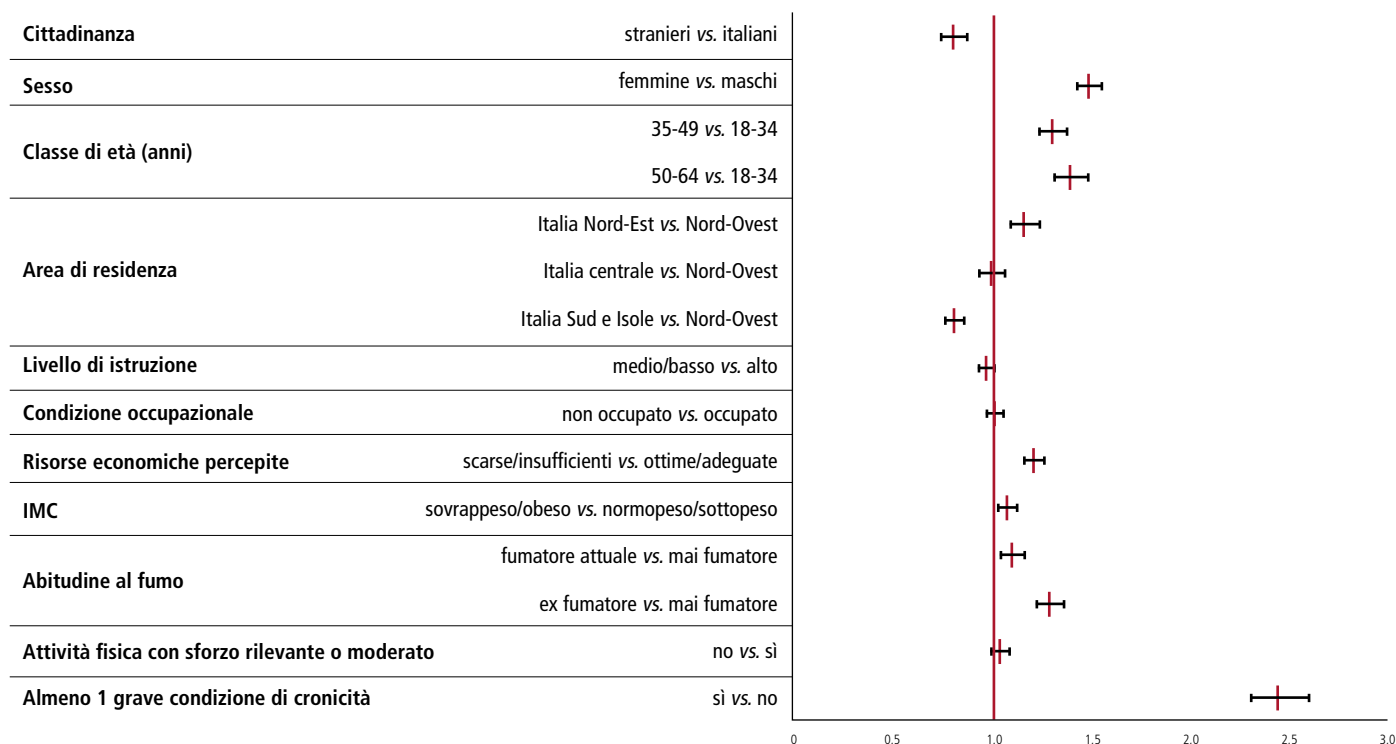
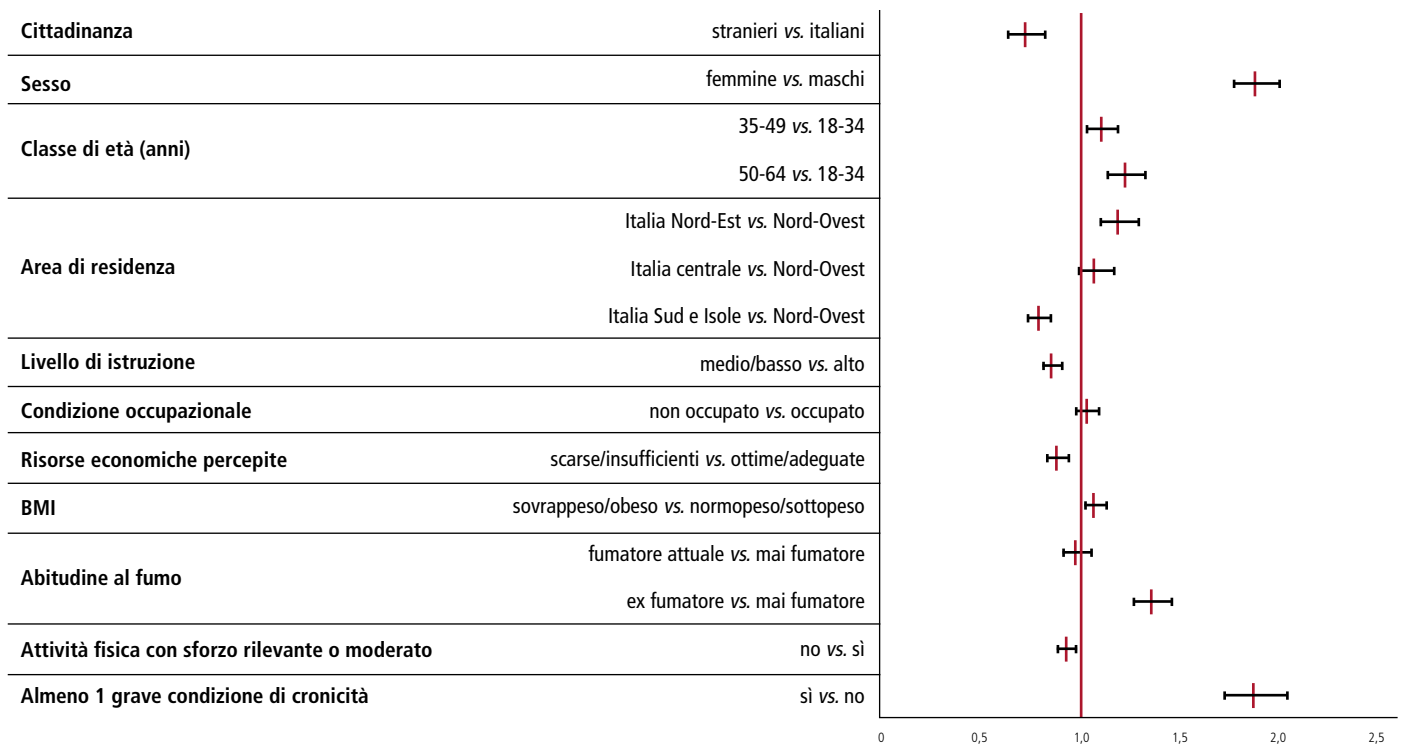


Tabella 3. Odds ratio (OR) e intervallo di confidenza al 95% (IC95%) di effettuare una visita medica per motivi di salute: modelli per italiani e stranieri. Istat, 2012-2013.
Table 3. Odds Ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) of using a medical visit for any health problems: models by Italians and foreigners. Istat, 2012-2013.

		ITALIANI		STRANIERI	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Sesso	maschi	1,00	–	1,00	–
	femmine	1,50	1,43-1,58	1,30	1,08-1,57
Età	18-34	1,00	–	1,00	–
	35-49	1,29	1,21-1,38	1,35	1,10-1,65
	50-64	1,41	1,32-1,50	1,19	0,92-1,53
Area di residenza	Italia Nord-Ovest	1,00	–	1,00	–
	Italia Nord-Est	1,14	1,07-1,22	1,32	1,06-1,64
	Italia centrale	0,98	0,92-1,06	1,06	0,83-1,35
	Italia Sud e Isole	0,81	0,76-0,86	0,78	0,59-1,02
Livello di istruzione	alto	1,00	–	1,00	–
	medio/basso	0,98	0,93-1,03	0,86	0,72-1,03
Condizione professionale	occupato	1,00	–	1,00	–
	non occupato	0,99	0,95-1,04	1,16	0,97-1,39
Risorse economiche	ottime/adequate	1,00	–	1,00	–
	scarse/insufficienti	1,21	1,15-1,26	1,22	1,02-1,47
IMC	normopeso/sottopeso	1,00	–	1,00	–
	sovrappeso/obeso	1,07	1,02-1,12	1,13	0,95-1,36
Abitudine al fumo	mai fumatore	1,00	–	1,00	–
	fumatore attuale	1,11	1,05-1,17	1,00	0,80-1,24
	ex fumatore	1,29	1,22-1,37	1,27	1,00-1,61
Attività fisica con sforzo rilevante o moderato	sì	1,00	–	1,00	–
	no	1,04	0,98-1,09	1,04	0,83-1,30
Almeno 1 grave condizione di cronicità	no	1,00	–	1,00	–
	sì	2,40	2,26-2,56	3,36	2,60-4,31

Figura 2. Odds ratio e intervalli di confidenza al 95% di effettuare una visita medica per finalità preventive. Istat, 2012-2013.
Figure 2. Odds Ratios and 95% confidence intervals of using a medical visit for preventive purposes. Istat, 2012-2013.



La **tabella 4** (p. 47) illustra i risultati di due modelli di regressione logistica effettuati rispettivamente per italiani e stranieri. Nel confronto tra i due gruppi si osservano OR più elevati di ricorrere a una visita medica con finalità di controllo della salute, seppure in assenza di significatività statistica, tra le donne straniere, tra gli stranieri con almeno una cronicità grave o non occupati e tra gli italiani ultracinquantenni o residenti nel Nord-Est.

DISCUSSIONE

I risultati del presente studio mostrano che gli stranieri residenti in Italia hanno effettuato una visita medica nelle quattro settimane precedenti l'intervista dell'indagine Multiscopo Istat sulla salute 2012-2013 in misura inferiore rispetto ai cittadini italiani (21,4% vs. 27,0%). Anche tenendo conto delle caratteristiche demografiche, di stato socioeconomico e relative agli stili di vita, e a parità di condizioni di morbosità cronica, la probabilità di effettuare una visita medica, indipendentemente dal motivo, da parte degli stranieri è inferiore rispetto agli italiani (PRR: 0,81). Tale risultato si conferma anche quando si consideri come outcome il ricorso a una visita medica specificamente per malattie o disturbi (OR: 0,80), oppure se la visita sia stata motivata da un controllo preventivo dello stato di salute (OR: 0,72). L'interpretazione di questi risultati non è univoca e diverse sono le ipotesi che si possono proporre per supportarli. Se da un lato i dati confermano precedenti osservazioni,¹⁰ una revisione sistematica sull'uso dei servizi sanitari da parte degli immigrati in Europa, inclusa la medicina generale, ha mostrato una tendenza maggiore da parte della popolazione immigrata ad accedere alla medicina di base.¹¹ Differenze nello stato di salute,¹² nelle condizioni socioeconomiche,¹³ la presenza di barriere linguistiche,

in particolare per i cinesi,¹⁴ sono state proposte come ulteriori possibili spiegazioni.

Uno studio recente condotto in Catalogna ha mostrato come l'utilizzo dei servizi sanitari da parte degli immigrati dipenda dall'area di origine. Latino-americani, nordafricani, africani sub-sahariani fanno ricorso a visite mediche più degli spagnoli, a differenza di quelli provenienti dai Paesi dell'Europa orientale e dall'Asia, che invece ricorrono al medico in misura minore.¹⁵ Ci sono stati studi in cui, invece, è stato segnalato un maggiore utilizzo delle cure primarie da parte degli immigrati rispetto ai nativi.^{16,17} Studi canadesi hanno evidenziato l'importanza di politiche atte a superare le barriere all'accesso ai servizi di cura primari da parte dei migranti, poiché in grado di incrementarne l'utilizzo a livelli pari o superiori a quello dei nativi,^{6,18} in analogia a quanto osservato anche come risultato di azioni mirate alle fasce più disagiate dal punto di vista socioeconomico.^{6,19} Una delle ipotesi più accreditate spiega il differente accesso a visite mediche in funzione di fattori legati alla condizione socioeconomica degli individui, primo fra tutti il titolo di studio, che rappresenta un importante determinante delle condizioni di salute, anche tra gli immigrati.² È noto come un grado di scolarizzazione più elevato abbia un impatto positivo sullo stile di vita degli individui, favorendo la consapevolezza dei benefici derivanti dall'adottare comportamenti più salutari e appropriate forme di prevenzione per la salute.²⁰ Il livello di istruzione è un importante determinante sociale delle condizioni di salute, anche tra gli immigrati.² Nel nostro studio un livello di istruzione più basso e la minore disponibilità di risorse economiche sono risultati essere associati a un minore ricorso a visite con finalità di prevenzione, senza differenze tra italiani e stranieri. Invece, la propensione a effettuare visite per motivi di salute è risulta-

Tabella 4. Odds ratio (OR) e intervalli di confidenza al 95% (IC95%) di effettuare una visita medica per finalità preventive: modelli per italiani e stranieri. Istat, 2012-2013.
Table 4. Odds Ratios (OR) and 95% confidence intervals (95%CI) of using a medical visit for preventive purposes: models by Italians and foreigners. Istat, 2012-2013.

		ITALIANI		STRANIERI	
		OR	IC95%	OR	IC95%
Sesso	maschi	1,00	–	1,00	–
	femmine	1,84	1,73-1,96	2,34	1,75-3,15
Età	18-34	1,00	–	1,00	–
	35-49	1,12	1,03-1,21	0,84	0,63-1,11
	50-64	1,24	1,14-1,35	1,06	0,75-1,48
Area di residenza	Italia Nord-Ovest	1,00	–	1,00	–
	Italia Nord-Est	1,20	1,11-1,31	0,93	0,68-1,26
	Italia Centrale	1,07	0,98-1,17	0,94	0,68-1,30
	Italia Sud e Isole	0,80	0,74-0,86	0,70	0,47-1,01
Livello di istruzione	alto	1,00	–	1,00	–
	medio/basso	0,84	0,79-0,90	0,98	0,77-1,26
Condizione professionale	occupato	1,00	–	1,00	–
	non occupato	1,01	0,95-1,08	1,39	1,08-1,79
Risorse economiche	ottime/adequate	1,00	–	1,00	–
	scarse/insufficienti	0,89	0,83-0,94	0,76	0,59-0,98
BMI	normopeso/sottopeso	1,00	–	1,00	–
	sovrappeso/obeso	1,07	1,00-1,14	0,96	0,74-1,24
Abitudine al fumo	mai fumatore	1,00	–	1,00	–
	fumatore attuale	0,98	0,91-1,06	0,80	0,56-1,12
	ex fumatore	1,34	1,25-1,44	1,64	1,20-2,24
Attività fisica con sforzo rilevante o moderato	sì	1,00	–	1,00	–
	no	0,93	0,87-1,00	0,88	0,65-1,20
Almeno 1 grave condizione di cronicità	no	1,00	–	1,00	–
	sì	1,84	1,69-2,01	2,10	1,43-3,00

ta essere maggiore tra chi riferisce scarsità o insufficienza di risorse economiche, senza differenze tra italiani e stranieri. Questo risultato potrebbe suggerire che chi ha minori disponibilità economiche si rivolge al medico solo quando avverte una necessità legata a malattie o disturbi. L'ipotesi alternativa potrebbe essere un migliore stato di salute delle persone di più elevato livello socioeconomico, che invece ricorrono maggiormente a visite di controllo in quanto più consapevoli dei benefici della prevenzione.

L'analisi stratificata per cittadinanza del ricorso a visite mediche tra le persone che riferiscono almeno una cronicità grave ha mostrato una propensione più elevata tra gli stranieri rispetto agli italiani, marcatamente quando la visita era dovuta a malattie o disturbi (OR: 3,36 vs. OR: 2,40) e in modo più lieve quando era legata a un controllo. Tale differenza suggerisce che il recarsi dal medico, pur in presenza di una cronicità, può dipendere da altri fattori, per esempio la disponibilità di tempo e barriere informali di tipo logistico.⁸ Tale ipotesi sembrerebbe supportata dai risultati sulla condizione occupazionale, che mostrano un odds di visite di controllo tra i non occupati superiore rispetto a chi ha un'occupazione solo tra gli stranieri, e che potrebbe trovare spiegazione in relazione a una minore disponibilità di tempo da dedicare alla propria salute per visite di prevenzione tra i

lavoratori stranieri, spesso vincolati da orari di lavoro che lasciano meno tempo da dedicare a se stessi rispetto a un italiano.⁸ Va inoltre considerato che verosimilmente gli stranieri sono meno inseriti in contesti professionali in cui le visite di controllo fanno parte delle procedure organizzative del lavoro.

I residenti nel Nord-Est si recano a fare una visita medica se hanno problemi di salute più di quelli del Nord-Ovest, e tra gli stranieri più che tra i cittadini italiani, al contrario dei residenti al Sud e nelle Isole, specie se italiani. Questo risultato è consistente, ma solo parzialmente, con l'ipotesi che la propensione al ricorso a visite mediche possa risiedere nell'eterogeneità territoriale nell'organizzazione dei servizi sanitari. Infatti, ci si aspetterebbe che laddove i servizi sanitari funzionano meglio, il beneficio ricada in egual modo sugli italiani e sugli stranieri.^{8,21,22} Nel complesso, le donne ricorrono più degli uomini a visite mediche, a conferma di una maggiore attenzione e sensibilità alla tutela della propria salute, anche attraverso il ricorso a forme diverse di prevenzione:²¹ la probabilità di effettuare una visita medica è maggiore se la finalità è il controllo della salute rispetto alla presenza di malattie o disturbi. Il tasso di fecondità delle donne immigrate, come è noto, è più elevato delle italiane, tra le quali non cambia la probabilità di ricorso al medico in funzione della motivazione. Pertanto, tenendo conto che la quota mag-

giore di donne che fa ricorso a visite in assenza di disturbi o sintomi si registra in corrispondenza della fascia di età riproduttiva, mentre si riduce nelle classi di età più avanzate, si può presumere che tale osservazione sia effetto dei controlli previsti durante la gravidanza.⁸ Infatti, escludendo dall'analisi le visite effettuate per motivo ostetrico-ginecologico (dati non mostrati), si riduce la probabilità per le straniere rispetto alle italiane di ricorrere a una visita, sia per malattie o disturbi (OR: 0,73; IC95% 0,65-0,81), sia per controllo (OR: 0,64; IC95% 0,52-0,77). Il risultato è in linea con l'ipotesi che spiega un più elevato utilizzo dei servizi primari da parte delle immigrate per visite durante e dopo la gravidanza, e con la maggiore necessità di accedere alla prevenzione (vaccinazioni o screening), in particolare tra chi è arrivato più di recente.^{6,8}

Tra gli uomini, invece, la quota di chi si rivolge a forme di prevenzione primaria come quelle qui considerate cresce con l'avanzare dell'età, probabilmente per la consapevolezza di un maggior rischio di peggioramento delle proprie condizioni di salute.⁸

La più elevata probabilità di una visita medica, in particolare se di controllo, tra gli ex fumatori piuttosto che tra i fumatori attuali, potrebbe essere invece spiegata dalla trasversalità del disegno dello studio, per cui gli ex fumatori potrebbero essere tali proprio in relazione a uno stato di salute già problematico.

A nostra conoscenza, questo è il primo studio ad aver analizzato i fattori associati alle differenze di accesso a visite mediche da parte della popolazione immigrata in Italia. Tuttavia presenta alcuni limiti, che devono essere segnalati. Abbiamo analizzato il ricorso a visite mediche nelle ultime 4 settimane: tale intervallo temporale potrebbe non essere sufficiente a fornire una stima attendibile della frequenza di uso dell'assistenza di base o specialistica. Comunque, non vi sono elementi per ipotizzare che una eventuale sottostima possa risultare differenziale tra italiani e immigrati e per i fattori considerati nello studio; i risultati dei modelli multivariati possono quindi ritenersi sufficientemente affidabili. Un altro importante limite dello studio è la mancanza di stratificazioni per area di provenienza. Come è noto, la salute e il ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione immigrata sono fortemente eterogenei a seconda dei Paesi di origine.

Tuttavia, i dati utilizzati non disponevano di sufficiente potenza per consentire tale livello di stratificazione nelle analisi. Infine, il mix di accesso a prestazioni sanitarie può differire tra cittadini stranieri e italiani, e il bisogno di cure sanitarie essere soddisfatto mediante il ricorso ad altri servizi sanitari territoriali, come l'accesso al consultorio familiare o quello, non sempre appropriato, ai servizi di emergenza (pronto soccorso).

CONCLUSIONI

I servizi sanitari europei si stanno solo lentamente adattando al fabbisogno assistenziale dei migranti, essendo stati a lungo focalizzati principalmente sulle malattie infettive, alle quali indubbiamente i migranti possono essere stati esposti durante il percorso migratorio, ma che costituiscono un problema del tutto residuale in termini complessivi di sanità pubblica.²

In generale, gli immigrati residenti tendono a manifestare i problemi di salute delle fasce di popolazione più svantaggiate del Paese ospitante: con la durata della permanenza si osserva infatti la perdita del vantaggio iniziale di salute legata al cosiddetto "effetto migrante sano". Lo scemare di tale effetto con la durata della permanenza è stato osservato anche in altri contesti, come conseguenza di alcune cause, tra cui il minore accesso ai servizi sanitari.²³⁻²⁵ Le popolazioni immigrate, in tale ottica, vanno considerate come un gruppo più vulnerabile in termini di salute, tenendo conto tuttavia che si tratta di gruppi molto eterogenei tra loro, ciascuno con i propri specifici problemi.^{2,8}

Una maggiore propensione alla prevenzione, per esempio nel caso dello screening oncologico per tumore al seno e della cerchia uterina, è associata alla presenza di italiani in famiglia, presumibilmente perché gli stranieri che vivono con italiani sono agevolati nel processo di integrazione e nell'accesso all'assistenza sanitaria.²⁶

Garantire equità di accesso a livelli di assistenza appropriati per gli immigrati è fondamentale, in quanto si è dimostrato che una efficace capacità di presa in carico e di risposta del sistema sanitario già al primo contatto è in grado di ridurre le disuguaglianze di salute.^{6,27-29}

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Istat. *Il futuro demografico del Paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065, Dicembre 2011*. Disponibile all'indirizzo: <https://www.istat.it/it/archivio/48875>
2. Spallek J, Zeeb H, Razum O. Prevention among immigrants: the example of Germany. *BMC Public Health* 2010;10:92. doi:10.1186/1471-2458-10-92.
3. Associazione italiana di oncologia medica (AIOM). *Problematiche oncologiche nei migranti: dall'emergenza alla gestione*. Atti del Congresso nazionale AIOM, Bologna, 5-7 novembre 2011. Disponibile all'indirizzo: <http://www.aiom.it/aiom-servizi/congresso-nazionale-AIOM/xiii-aiom-2011/1,1903,1>
4. Mandolini D, Di Napoli A, Costanzo G, Perez M, Petrelli A. Sovrappeso e obesità tra gli immigrati in Italia: evidenze dall'indagine multiscope Istat sugli stranieri. Atti del XXXIX Congresso dell'Associazione italiana di epidemiologia. Milano, 27-30 ottobre 2015:204(O). Disponibile all'indirizzo: <http://www.epidemiologia.it/xxxix-congresso-dell'associazione-italiana-di-epidemiologia>
5. Reeske A, Spallek J, Razum O. Changes in smoking prevalence among first- and second-generation Turkish migrants in Germany - an analysis of the 2005 Microcensus. *Int J Equity Health* 2009;8:26. doi:10.1186/1475-9276-8-26.
6. van Oort FV, van der Ende J, Crijnen AA, Verhulst FC, Mackenbach JP, Joung IM. Determinants of daily smoking in Turkish young adults in the Netherlands. *BMC Public Health* 2006;6:294.
7. Bhopal RS, Humphry RW, Fischbacher CM. Changes in cardiovascular risk factors in relation to increasing ethnic inequalities in cardiovascular mortality: comparison of cross-sectional data in the Health Surveys for England 1999 and 2004. *BMJ Open* 2013;3(9):e003485. doi:10.1136/bmjopen-2013-003485.
8. Istat. *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. Anno 2011-2012*. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri++30%2Fgen%2F2014++Testo+integrato.pdf (ultimo accesso: 17.02.17).
9. Istat. *Multiscopo sulle famiglie: condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari*. Disponibile all'indirizzo: <http://siqua.istat.it/SIQual/visualizza.do?id=0071201> (ultimo accesso: 17.02.17).
10. Gargiulo L, Iannucci L. Le condizioni di salute dei cittadini stranieri. In: De Rose A, Strozza S (eds). *Associazione italiana per gli studi di popolazione. Rapporto sulla popolazione. L'Italia nella crisi economica*. Bologna, Il Mulino, 2015:104-107.
11. Norredam M, Nielsen SS, Krasnik A. Migrants' utilization of somatic healthcare services in Europe - a systematic review. *Eur J Public Health* 2010;20(5):555-63. doi:10.1093/eurpub/ckp195.
12. Hjern A, Haglund B, Persson G, Rosén M. Is there equity in access to health services for ethnic minorities in Sweden? *Eur J Public Health* 2001;11(2):147-52.
13. Reijneveld SA. Reported health, lifestyles, and use of health care of first generation immi-

- grants in The Netherlands: do socioeconomic factors explain their adverse position? *J Epidemiol Community Health* 1998;52(5):298-304.
14. Sproston KA, Pitson LB, Walker E. The use of primary care services by the Chinese population living in England: examining inequalities. *Ethn Health* 2001;6(3-4):189-96.
 15. Muñoz MA, Pastor E, Pujol J, Del Val JL, Cordero S, Hermosilla E. Primary health care utilization by immigrants as compared to the native population: a multilevel analysis of a large clinical database in Catalonia. *Eur J Gen Pract* 2012;18(2):100-106. doi:10.3109/13814788.2012.656085.
 16. Lanting LC, Bootsma AH, Lamberts SW, Mackenbach JP, Joung IM. Ethnic differences in internal medicine referrals and diagnosis in the Netherlands. *MC Public Health* 2008;8:287. doi:10.1186/1471-2458-8-287.
 17. Nielsen SS, Hempler NF, Waldorff FB, Kreiner S, Krasnik A. Is there equity in use of health-care services among immigrants, their descendents, and ethnic Danes? *Scand J Public Health* 2012;40(3):260-70. doi:10.1177/1403494812443602.
 18. Newbold B. The short-term health of Canada's new immigrant arrivals: evidence from LSIC. *Ethn Health* 2009;14(3):315-36. doi:10.1080/13557850802609956.
 19. Asada Y, Kephart G. Equity in health services use and intensity of use in Canada. *BMC Health Serv Res* 2007;7:41.
 20. Grossman M. e Kaestner R. Effects of education on health. In: Behrman JR, Stacey N (eds). *The social benefits of education*. Michigan (MA), University of Michigan Press, 1997.
 21. Osservatorio nazionale sulla salute della donna. *La salute della donna. Stato di salute e assistenza nelle regioni italiane. Libro bianco 2009*. Milano, Franco Angeli, 2009.
 22. Francovich L, Giorgi Rossi P, Gargiulo L et al. Screening cervico-vaginali e mammografi-
ci in Italia: livelli di copertura e differenze socio-economiche (2012-2013). In: Costa G, Cialesi R, Migliardi A et al (eds). *Salute in Italia e livelli di tutela: approfondimenti dalle indagini ISTAT sulla salute*. Roma, Istituto superiore di sanità, 2016 (Rapporti ISTISAN 16/26):129-37.
 23. Choi J. Prevalence of overweight and obesity among US immigrants: results of the 2003 New Immigrant Survey. *J Immigr Minor Health* 2012;14(6):1112-18.
 24. Muggah E, Dahrouge S, Hogg W. Access to primary health care for immigrants: results of a patient survey conducted in 137 primary care practices in Ontario, Canada. *BMC Fam Pract* 2012;13:128. doi:10.1186/1471-2296-13-128.
 25. De Maio FG. Immigration as pathogenic: a systematic review of the health of immigrants to Canada. *Int J Equity Health* 2010;9(1):27. doi:10.1186/1475-9276-9-27.
 26. Francovich L, Gargiulo L, Giordani B, Giorgi Rossi P, Petrelli A. La prevenzione dei tumori femminili nelle donne straniere. Convegno "Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT". Roma, 5 maggio 2017. Disponibile all'indirizzo: <http://www.inmp.it/index.php/ita/content/download/25682/172492/file/La%20prevenzione%20dei%20tumori%20femminili%20nelle%20donne%20straniere.pdf> (ultimo accesso: 17.02.17).
 27. Newbold B. Health status and health care of immigrants in Canada: a longitudinal analysis. *J Health Serv Res Policy* 2005;10(2):77-83.
 28. McDonald JT, Kennedy S. Insights into the "healthy immigrant effect": health status and health service use of immigrants to Canada. *Soc Sci Med* 2004;59(8):1613-27.
 29. Miedema B, Hamilton R, Easley J. Climbing the walls: Structural barriers to accessing primary care for refugee newcomers in Canada. *Can Fam Physician* 2008;54(3):335-36.

CAPITOLO 7

Differenze nella copertura vaccinale antinfluenzale tra sottogruppi di immigrati adulti residenti in Italia a rischio di complicanze (2012-2013)

Differences in influenza vaccination coverage among subgroups of adult immigrants residing in Italy at risk for complications (2012-2013)

Massimo Fabiani,¹ Anteo Di Napoli,² Flavia Riccardo,¹ Lidia Gargiulo,³ Silvia Declich,¹ Alessio Petrelli²

¹ Centro nazionale di epidemiologia, sorveglianza e promozione della salute (CNESPS), Istituto superiore di sanità, Roma

² Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

³ Istituto nazionale di statistica (Istat), Roma

Corrispondenza: Massimo Fabiani; massimo.fabiani@iss.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: valutare le differenze di copertura vaccinale antinfluenzale (CVal) tra gli immigrati a rischio di complicanze in funzione della loro area di origine e durata di soggiorno in Italia.

DISEGNO: studio osservazionale trasversale condotto sul campione di cittadini stranieri incluso nell'indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione residente in Italia (Istituto nazionale di statistica, 2012-2013).

SETTING E PARTECIPANTI: analisi condotta su 885 stranieri adulti (≥ 18 anni) a rischio di complicanze per influenza (anziani ≥ 65 anni e persone affette da specifiche malattie croniche).

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: rapporti della CVal (RCVal) tra immigrati di lunga permanenza (≥ 10 anni) e immigrati recenti (< 10 anni) e tra immigrati non africani e immigrati africani aggiustati per caratteristiche demografiche e socioeconomiche e livello di utilizzo dei servizi sanitari.

RISULTATI: la CVal tra gli immigrati è risultata pari al 15,6%, significativamente superiore tra gli immigrati di lunga permanenza (18,3%) rispetto agli immigrati recenti (10,2%) (RCVal: 1,79; IC95% 1,21-2,66), e tra gli immigrati non africani (17,1%) rispetto a quelli africani (9,4%) (RCVal: 1,82; IC95% 1,04-3,17). Aggiustando per le differenze demografiche, socioeconomiche e nel livello di utilizzo dei servizi sanitari tra i sottogruppi confrontati, la differenza di CVal rispetto alla durata di permanenza appare notevolmente ridotta (RCVal: 1,41; IC95% 0,94-2,10), mentre la riduzione della

differenza di CVal rispetto all'area di provenienza appare meno rilevante (RCVal: 1,66; IC95% 0,95-2,91).

CONCLUSIONI: le caratteristiche demografiche e socioeconomiche e il livello di utilizzo dei servizi sanitari spiegano parte della differenza di CVal tra i sottogruppi confrontati, in particolare quella tra gli immigrati recenti e di lunga permanenza. La differenza di CVal tra gli immigrati africani e quelli provenienti da altre aree rimane invece piuttosto pronunciata anche dopo aver controllato l'analisi per questi fattori. Questo suggerisce che la CVal, specialmente tra gli immigrati africani, sia influenzata da altre barriere informali, quali quelle culturali e linguistiche, che dovrebbero essere considerate nella pianificazione di efficaci strategie di accesso alla vaccinazione.

Parole chiave: immigrati, copertura vaccinale, influenza

ABSTRACT

OBJECTIVES: to evaluate differences in influenza vaccination coverage (IVC) in immigrants at risk for influenza-related complications, according to their area of origin and length of stay in Italy.

DESIGN: cross-sectional survey conducted on the sample of foreign citizens included in the survey on health conditions and use of health services of the Italian resident population (Italian national institute of statistics, 2012-2013).

SETTING AND PARTICIPANTS: analysis conducted on 885 foreign adult citizens (≥ 18 years) at risk for influenza-related complications (elderly residents ≥ 65 years and residents with specific chronic diseases).

MAIN OUTCOME MEASURES: vaccination coverage ratios (VCR) comparison between long-term immigrants (≥ 10 years) and recent immigrants (< 10 years), and between non-African and African immigrants, adjusted by demographic and socioeconomic characteristics and level of health services utilization.

RESULTS: IVC among immigrants was 15.6%, significantly higher in long-term immigrants (18.3%) compared to recent immigrants (10.2%) (VCR: 1.79; 95%CI 1.21-2.66), and in non-African immigrants (17.1%) compared to African immigrants (9.4%) (VCR: 1.82; 95%CI 1.04-3.17). After adjusting on the basis of demographic and socioeconomic characteristics and for level of health services utilization between the compared subgroups, the difference in IVC according to the length of stay was greatly reduced (VCR: 1.41; 95%CI 0.94-2.10), while IVC difference reduction according to area of origin was less relevant (VCR: 1.66; 95%CI 0.95-2.91).

CONCLUSIONS: demographic and socioeconomic characteristics and level of health services utilization explained part of the difference in IVC between the compared subgroups, particularly between long-term and recent immigrants. The difference in IVC between African immigrants and immigrants from other areas remained quite pronounced even after adjusting on the basis of these factors. This suggests that IVC, especially in African immigrants, is affected by other informal barriers, such as cultural and linguistic barriers, that need to be addressed when planning effective immunization access strategies.

Keywords: immigrants, vaccination coverage, influenza

INTRODUZIONE

Il numero di cittadini stranieri residenti in Italia è raddoppiato nell'ultimo decennio, passando da 2,4 milioni nel 2005 a 5 milioni nel 2015, anno nel quale i cittadini stranieri costituivano l'8,2% della popolazione residente.¹

Malgrado i migranti arrivino generalmente in Italia in buone condizioni di salute (cosiddetto "effetto migrante sano"), possono divenire vulnerabili alle malattie trasmissibili.² Questa vulnerabilità è conseguenza di diversi fattori, tra i quali gli stili di vita associati a condizioni socioeconomiche particolarmente svantaggiate e un minore accesso ai servizi sanitari di prevenzione e cura.³

La vaccinazione costituisce una delle strategie con il miglior rapporto costo-efficacia per la prevenzione delle malattie infettive. A oggi sono disponibili 25 vaccini,⁴ tra i quali quello antinfluenzale. L'influenza costituisce un importante problema di sanità pubblica per le gravi complicanze che può causare, specialmente tra gli anziani e gli individui affetti da determinate patologie croniche,⁵ per i quali il vaccino è raccomandato e offerto gratuitamente dal servizio sanitario nazionale. In ge-

nerale, c'è una carenza di informazioni riguardo le coperture vaccinali nella popolazione immigrata presente in Europa. La maggior parte di queste informazioni riguarda le vaccinazioni in età pediatrica,⁶⁻⁹ mentre molto poco si sa relativamente alle coperture vaccinali, a partire dalla vaccinazione antinfluenzale, tra gli immigrati adulti.^{10,11} Uno studio recente ha mostrato una minore copertura vaccinale antinfluenzale (CVal) tra i cittadini stranieri residenti in Italia rispetto agli italiani.¹² In particolare, lo studio ha evidenziato una rilevante riduzione della CVal tra gli immigrati giunti in Italia più di recente (< 10 anni) e tra quelli provenienti dall'Africa, solo in parte spiegata dalle differenti caratteristiche demografiche e socioeconomiche, rispetto ai cittadini italiani.

Il presente lavoro ha l'obiettivo di approfondire tale osservazione, valutando i fattori associati con le differenti CVal, tra sottogruppi della popolazione immigrata, confrontando gli immigrati recenti con quelli di lunga permanenza (≥ 10 anni in Italia) e gli immigrati africani con quelli provenienti da altre aree. Inoltre, lo studio ha l'obiettivo di valutare i fattori associati con la CVal separatamente per ciascuno dei sottogruppi di immigrati.

MATERIALI E METODI

POPOLAZIONE DI STUDIO E FONTE DEI DATI

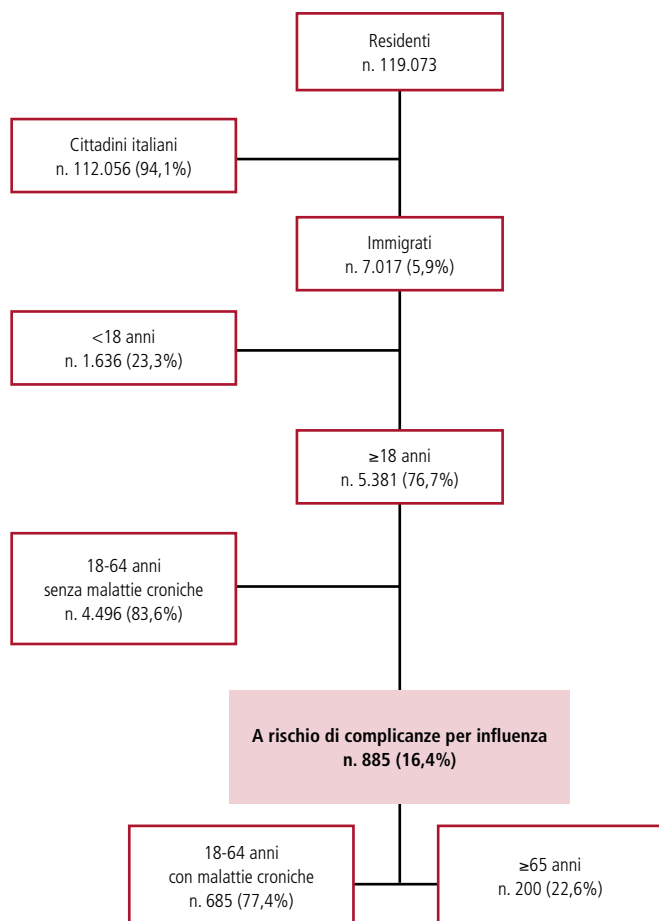
Nell'ambito dell'indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione residente in Italia, condotta dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) nel 2012-2013, sono state analizzate le informazioni raccolte sulla copertura vaccinale antinfluenzale. Dal campione intervistato di circa 120.000 individui, rappresentativo dell'intera popolazione residente in famiglia in Italia, sono stati selezionati per l'analisi gli 885 residenti stranieri adulti (≥ 18 anni) a rischio di complicanze per influenza (figura 1). Questi includevano gli anziani di età pari o maggiore a 65 anni (n. 200) e i residenti affetti da almeno una dalle seguenti patologie croniche: asma, diabete, ipertensione, infarto del miocardio, angina pectoris o altre patologie cardiache, ictus/emorragia cerebrale, tumore, cirrosi epatica, celiachia, insufficienza renale e bronchite/enfisema (n. 685).

ESPOSIZIONE, ESITO E POTENZIALI CONFONDENTI O MEDIATORI

Sono state valutate le associazioni tra due fattori di esposizione, la durata di soggiorno in Italia (immigrati recenti: < 10 anni; immigrati di lunga permanenza: ≥ 10 anni) e l'area geografica di provenienza (immigrati africani e non africani), e l'esito in studio, ossia l'esecuzione della vaccinazione antinfluenzale nella stagione epidemica precedente l'intervista. I seguenti fattori

Figura 1. Selezione dei residenti inclusi nello studio dal campione iniziale investigato dall'Istituto nazionale di statistica (2012-2013).

Figure 1. Selection of residents included in the study from the initial sample surveyed by the Italian National Institute of Statistics (2012-2013).



sono stati presi in considerazione come potenziali confondenti o mediatori della relazione tra esposizione ed esito: caratteristiche demografiche (età, sesso e area di residenza), condizioni socioeconomiche (titolo di studio, condizione occupazionale, tipologia familiare e percezione dello status economico) e utilizzo dei servizi sanitari (indicatore sintetico relativo con range 0-100 basato sulla combinazione pesata di dati riferiti all'anno precedente l'intervista circa i ricoveri ospedalieri inclusi, durata di degenza ed eventuali interventi chirurgici, numero di visite generiche e specialistiche, test diagnostici, frequenza di assunzione di farmaci e accessi ai servizi locali di riabilitazione, salute mentale e pianificazione familiare¹³).

ANALISI STATISTICA

Le caratteristiche demografiche e socioeconomiche e il livello di utilizzo dei servizi sanitari sono stati confrontati tra gli immigrati recenti e di lunga permanenza e tra gli immigrati africani e non africani utilizzando il test del chi-quadrato.

L'associazione della CVaI con la durata di soggiorno in Italia e l'area di provenienza è stata valutata tramite il modello di regressione log-binomiale, controllando per il potenziale confondimento dovuto ai fattori demografici. La forza delle associazioni è stata descritta tramite il rapporto delle CVaI (RCVaI) e il relativo intervallo di confidenza al 95% (IC95%). Al fine di valutare se l'associazione tra esposizione e CVaI fosse mediata da altri fattori, sono state aggiunte nel modello le variabili socioeconomiche e, successivamente, l'indicatore sintetico di utilizzo dei servizi sanitari. Lo stesso ordine di inclusione nel modello multivariato è stato utilizzato per valutare l'associazione tra la CVaI e le variabili demografiche e socioeconomiche separatamente per gli immigrati recenti e di lunga permanenza e per gli immigrati africani e quelli provenienti da altre aree, evitando così il possibile sovraggiustamento causato da variabili che potrebbero agire come mediatori di effetto (per esempio, è verosimile che il livello di utilizzo dei servizi sanitari agisca come mediatore nella relazione tra condizioni socioeconomiche e vaccinazione e non dovrebbe quindi essere considerato un confondente quando si studia questa associazione). Le differenze degli effetti delle variabili demografiche e socioeconomiche sulla CVaI tra gli immigrati recenti e di lunga permanenza, così come tra gli immigrati africani e quelli provenienti da altre aree, sono state valutate tramite il Wald test.

Tutte le analisi sono state ponderate attraverso un coefficiente di riporto all'universo che tiene conto del numero di unità della popolazione rappresentate da ciascuna unità inclusa nel campione. Le frequenze assolute e relative presentate di seguito sono quindi valori riportati al totale della popolazione immigrata residente in Italia e non al totale del campione.

L'analisi è stata condotta utilizzando il software Stata/MP 13.1 (StataCorp LP, Texas, USA).

RISULTATI

Un totale di 564.144 (16,1%) immigrati adulti erano a rischio di complicanze per influenza. Tra questi, 443.528 (78,6%) erano individui di età compresa tra 18 e 64 anni affetti da patologie croniche mentre i restanti 120.616 (21,4%) erano anziani di età pari o superiore a 65 anni.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE E SOCIOECONOMICHE E UTILIZZO DEI SERVIZI SANITARI

Circa 1/3 degli immigrati ha dichiarato di vivere in Italia da meno di 10 anni. In confronto a quelli di lunga permanenza, gli immigrati recenti erano più giovani ($p < 0,001$) e più frequentemente

donne ($p=0,024$) (tabella 1). Inoltre, la proporzione di residenti nel Sud Italia era maggiore tra gli immigrati recenti, sebbene entrambi i gruppi risiedessero prevalentemente nel Nord ($p=0,007$). Nessuna differenza significativa è stata osservata rispetto alle condizioni socioeconomiche e l'utilizzo dei servizi sanitari.

Tabella 1. Caratteristiche demografiche e socioeconomiche degli immigrati adulti a rischio di complicanze per influenza.
Table 1. Demographic and socioeconomic characteristics of adult immigrants at risk for influenza-related complications.

	IMMIGRATI - DURATA DI PERMANENZA			IMMIGRATI - AREA DI ORIGINE		
	<10 anni (n. 194.636) n. (%)	≥10 anni (n. 369.508) n. (%)	p-value	Africa (n. 110.904) n. (%)	Altre aree (n. 453.240) n. (%)	p-value
Sesso						
Uomini	64.067 (32,9)	154.804 (41,9)	0,024	58.775 (53,0)	160.096 (35,3)	<0,001
Donne	130.570 (67,1)	214.704 (58,1)		52.129 (47,0)	293.144 (64,7)	
Classe di età						
18-44 anni	96.603 (49,6)	128.275 (34,7)	<0,001	52.491 (47,3)	172.386 (33,5)	0,108
45-64 anni	65.762 (33,8)	152.890 (41,4)		35.447 (32,0)	183.204 (40,4)	
≥ 65 anni	32.272 (16,6)	88.344 (23,9)		22.966 (20,7)	97.650 (21,5)	
Area di residenza						
Nord	129.920 (66,8)	238.028 (64,4)	0,007	87.432 (78,8)	280.517 (61,9)	<0,001
Centro	34.712 (17,8)	95.735 (25,9)		12.246 (11,0)	118.201 (26,1)	
Sud e isole	30.004 (15,4)	35.745 (9,7)		11.226 (10,1)	54.522 (12,0)	
Durata di permanenza						
<10 anni	–	–	–	38.944 (35,1)	155.692 (34,4)	0,868
≥10 anni	–	–		71.960 (64,9)	297.548 (65,6)	
Area di origine						
Africa	38.944 (20,0)	71.960 (19,5)	0,868	–	–	–
Altre aree	155.692 (80,0)	297.548 (80,5)		–	–	
Titolo di studio						
Diploma o superiore	82.167 (42,2)	162.400 (44,0)	0,410	27.062 (24,4)	217.504 (48,0)	<0,001
Licenza media	66.871 (34,4)	136.322 (36,9)		35.302 (31,8)	167.890 (37,0)	
Elementare o nessuno	45.599 (23,4)	70.787 (19,2)		48.539 (43,8)	67.846 (15,0)	
Status occupazionale						
Occupato	80.533 (41,4)	174.700 (47,3)	0,137	42.457 (38,3)	212.775 (46,9)	0,076
Non occupato	114.104 (58,6)	194.808 (52,7)		68.447 (61,7)	240.465 (53,1)	
Tipologia familiare						
Persona sola	38.949 (20,0)	73.826 (20,0)	0,416	11.330 (10,2)	101.445 (22,4)	<0,001
Coppie senza figli	33.897 (17,4)	49.149 (13,3)		11.146 (10,1)	71.900 (15,9)	
Coppie con figli	85.566 (44,0)	164.619 (44,6)		65.944 (59,5)	184.241 (40,6)	
Altre tipologie	36.224 (18,6)	81.914 (22,2)		22.485 (20,3)	95.654 (21,1)	
Risorse economiche						
Ottime/adequate	67.257 (34,6)	150.537 (40,7)	0,110	19.700 (17,8)	198.095 (43,7)	<0,001
Scarse/insufficienti	127.379 (65,4)	218.971 (59,3)		91.204 (82,2)	255.146 (56,3)	
Utilizzo servizi sanitari						
1° quintile	74.842 (38,5)	115.738 (31,3)	0,168	45.035 (40,6)	145.545 (32,1)	0,181
2° quintile	59.790 (30,7)	127.727 (34,6)		32.903 (29,7)	154.615 (34,1)	
3° quintile	60.004 (30,8)	126.043 (34,1)		32.967 (29,7)	153.080 (33,8)	

Le frequenze assolute e relative presentate nella tabella sono valori riportati al totale della popolazione immigrata di riferimento tramite ponderazione basata sui coefficienti di riporto all'universo / Absolute and relative frequencies presented in the table are weighted to reflect the total reference immigrant population

Circa 1/5 degli immigrati proveniva dall’Africa. Tra i 453.240 provenienti da altre aree, la maggior parte giungeva dall’Europa orientale (58,3%), mentre la restante quota era approssimativamente equidistribuita tra Asia e Oceania (16,9%), America (14,6%) ed Europa occidentale (10,2%). Il profilo demografico e socioeconomico differisce significativamente in funzione della macroarea di origine degli immigrati (tabella 1). In particolare, rispetto agli immigrati provenienti da altre aree, gli africani erano più frequentemente uomini ($p < 0,001$) e residenti nel Nord Italia ($p < 0,001$), riferendo complessivamente peggiori condizioni socioeconomiche.

COPERTURA VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

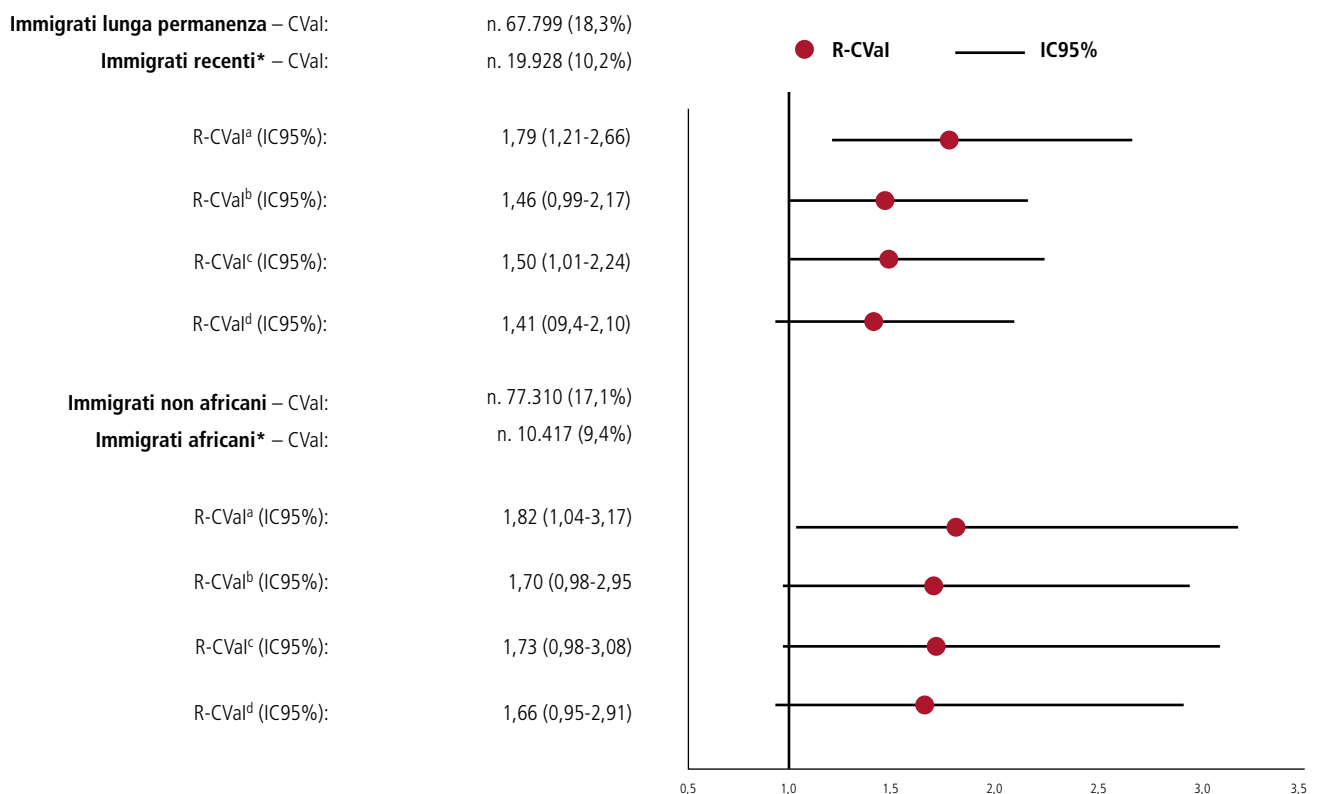
La CVaI tra gli immigrati a rischio di complicanze per influenza è risultata pari al 15,6%, significativamente superiore tra gli immigrati di lunga permanenza (18,3%) rispetto agli immigrati recenti (10,2%) (RCVaI: 1,79; IC95% 1,21-2,66) (figura 2). Aggiustando per le differenze demografiche tra i due gruppi, questa differenza appare ridotta, diventando statisticamente non significativa (RCVaI: 1,46; IC95% 0,99-2,17). L’aggiustamento aggiuntivo per i fattori socioeconomici e il livello di

utilizzo dei servizi sanitari non ha ridotto in maniera sostanziale la differenza di CVaI tra i due gruppi (RCVaI 1,41; IC95% 0,94-2,10).

La CVaI tra gli immigrati non africani (17,1%) è risultata significativamente superiore a quella tra gli immigrati africani (9,4%) (RCVaI: 1,82; IC95% 1,04-3,17) (figura 2). Aggiustando per le differenze tra i due gruppi rispetto alle caratteristiche demografiche e socioeconomiche e al livello di utilizzo dei servizi sanitari, la differenza della CVaI appare leggermente ridotta (RCVaI: 1,66; IC95% 0,95-2,91), sebbene non risulti più essere statisticamente significativa.

Gli immigrati recenti e quelli di lunga permanenza presentano un profilo simile rispetto ai fattori associati con la CVaI (figura 3 a p. 54). Allo stesso modo, non si osservano differenze significative tra gli immigrati africani e quelli provenienti da altre aree, tranne per l’età, la quale non appare associata con la CVaI tra gli immigrati africani mentre risulta esserlo positivamente tra quelli provenienti da altre aree (Wald test interazione: $p=0,040$). Un aumento della CVaI con l’età è stato osservato anche tra gli immigrati recenti e quelli di lunga permanenza. In tutti i sottogruppi analizzati, anche se con intensità minore nel sottogruppo

Figura 2. Copertura vaccinale antinfluenzale tra gli immigrati adulti a rischio di complicanze per durata di permanenza in Italia e area di origine.
Figure 2. Influenza vaccination coverage among adult immigrants at risk for complications, by length of stay in Italy and area of origin.



Le frequenze assolute e relative presentate nella figura sono valori riportati al totale della popolazione immigrata di riferimento tramite ponderazione basata sui coefficienti di riporto all’universo / Absolute and relative frequencies presented in the table are weighted to reflect the total reference immigrant population

* Categoria di riferimento per i R-CVaI / Reference category for VCR

^a R-CVaI grezzo / Crude VCR

^b R-CVaI aggiustato per sesso, classe di età e area di residenza e area-provenienza/durata-permanenza / VCR adjusted for sex, age group, area of residence and area of origin/length of stay

^c R-CVaI aggiustato per sesso, classe di età, area di residenza, area-provenienza/durata-permanenza, titolo di studio, status occupazionale, tipologia familiare e risorse economiche / VCR adjusted for sex, age group, area of residence, area of origin/length of stay, educational level, occupational status, household composition, and economic resources

^d R-CVaI aggiustato per sesso, classe di età, area di residenza, area-provenienza/durata-permanenza, titolo di studio, status occupazionale, tipologia familiare, risorse economiche e livello di utilizzo dei servizi sanitari / VCR adjusted for sex, age group, area of residence, area of origin/length of stay, educational level, occupational status, household composition, economic resources, and health services utilization index

degli immigrati africani, la CVaI è risultata positivamente associata anche con la mancanza di un'occupazione lavorativa e un maggiore livello di utilizzo dei servizi sanitari.

DISCUSSIONE

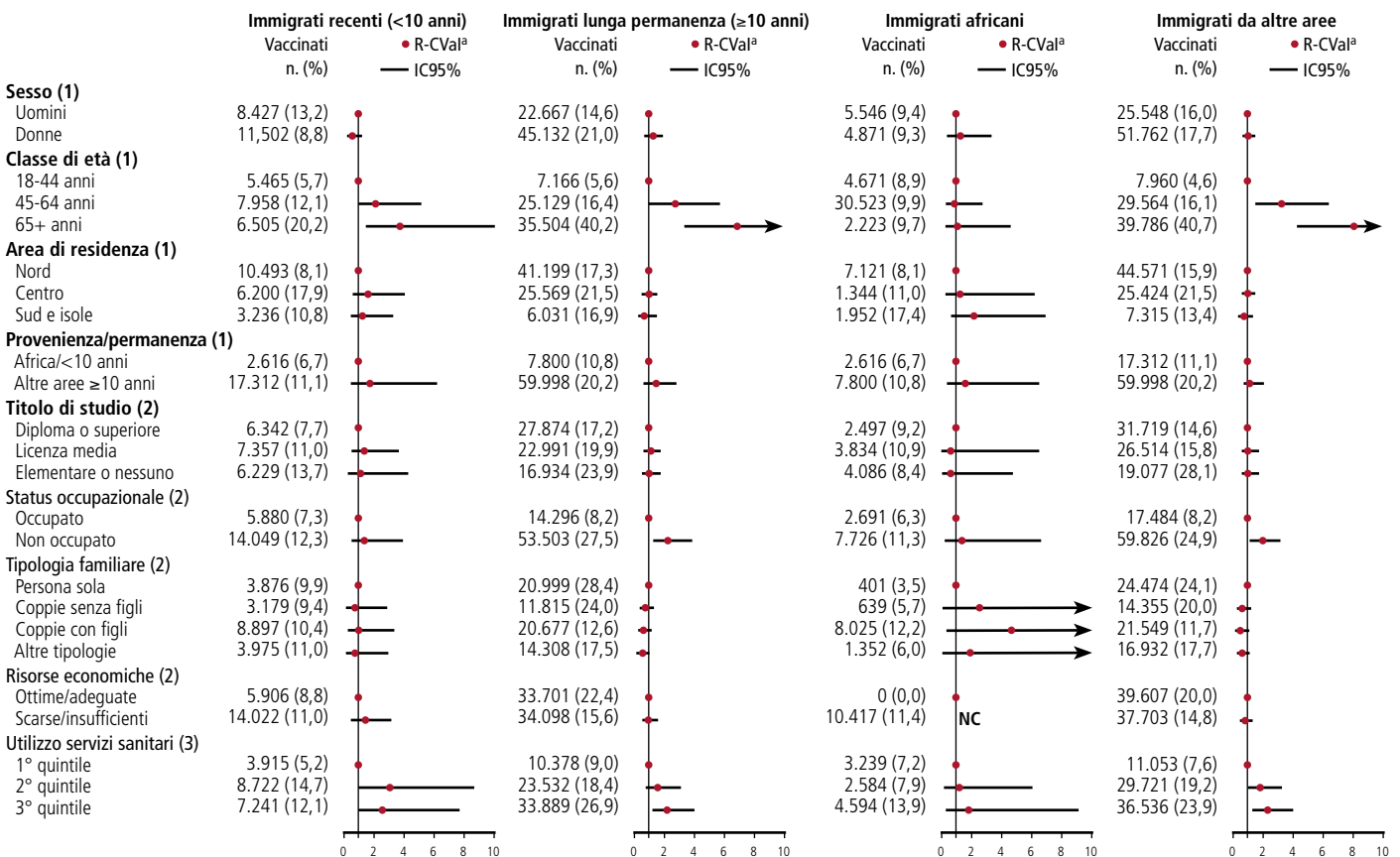
La CVaI complessiva tra gli immigrati a rischio di complicanze per influenza è risultata pari al 15,6%, inferiore a quella stimata per i cittadini italiani (39,5%)¹² e all'obiettivo del 75% raccomandato dal Consiglio dell'Unione europea,¹⁴ in linea con i risultati derivati dal sistema italiano di sorveglianza PASSI.¹¹ Essa appare in netto calo rispetto al 23,9% stimato nella stessa indagine condotta dall'Istat nel 2005, riflettendo probabilmente anche l'aumento generale del fenomeno della "esitazione vaccinale" registrato in Italia e in Europa negli ultimi anni.^{15,16} Le caratteristiche demografiche e socioeconomiche degli immigrati differiscono in funzione della durata di permanenza in Italia e della macroarea geografica di origine. La durata di permanenza è risultata associata con i fattori demografici, ma non con quelli socioeconomici. Al contrario, la macroarea di origine è risultata associata, oltre che con il profilo demografico, anche con le condizioni socioeconomiche, con gli immigrati africani

che hanno evidenziato condizioni più svantaggiate rispetto a quelli provenienti da altre aree. Questo risultato è in linea con dati riferiti ad altri Paesi europei, dove i migranti africani sono risultati meno istruiti e integrati nel mercato del lavoro.^{17,18}

La CVaI è apparsa significativamente inferiore tra gli immigrati giunti in Italia da meno di 10 anni (10,2%) rispetto a quelli che vi risiedevano da più tempo (18,3%). Inoltre, la CVaI è risultata significativamente inferiore tra gli immigrati provenienti dall'Africa (9,4%) in confronto a quelli non africani (17,1%). Tra questi ultimi, uno studio basato sugli stessi dati aveva mostrato coperture simili tra gli immigrati provenienti da diverse macroaree geografiche (range: 15-20%), a eccezione di quelli provenienti dall'Europa occidentale (37%), tra i quali la copertura era risultata simile a quella osservata tra i residenti italiani (40%).¹²

Le differenti caratteristiche demografiche e socioeconomiche e il diverso livello di utilizzo dei servizi sanitari tra i sottogruppi confrontati sono risultati spiegare parte di queste differenze nella CVaI, in particolare quella in funzione della durata di permanenza. Infatti, dopo aver aggiustato l'analisi per questi fattori, la differenza di CVaI tra gli immigrati recenti e quelli di lunga

Figura 3. Fattori associati alla vaccinazione antinfluenzale tra gli immigrati adulti a rischio di complicanze distinti per durata di permanenza in Italia e area di provenienza.
Figure 3. Factors associated with influenza vaccination among adult immigrants at risk for complications, by length of stay in Italy and area of origin.



Le frequenze assolute e relative presentate nella figura sono valori riportati al totale della popolazione immigrata di riferimento tramite ponderazione basata sui coefficienti di riporto all'universo / Absolute and relative frequencies presented in the table are weighted to reflect the total reference immigrant population

I numeri tra parentesi accanto al nome della variabile indicano il livello di inclusione assegnato a ciascun fattore nell'analisi multivariata (1-3) / Numbers in parentheses next to every variable name indicate the level of inclusion assigned to each factor in multivariable analysis (1-3)

NC: non calcolabile (no casi vaccinati nel gruppo di riferimento) / not calculable (no vaccinated cases in the reference group)

^a R-CVal aggiustato per tutti i fattori assegnati allo stesso livello di inclusione o ai precedenti / VCR adjusted for all the factors assigned to the same level of inclusion or the previous ones

permanenza appare ridotta di circa la metà, soprattutto per effetto delle diverse caratteristiche demografiche. Al contrario, la differenza di CVaI tra gli immigrati africani e quelli provenienti da altre aree rimane piuttosto pronunciata, seppure statisticamente non significativa, anche dopo l'aggiustamento per caratteristiche demografiche e socioeconomiche e livello di utilizzo dei servizi sanitari.

Questo risultato suggerisce che altre barriere informali, quali quelle culturali e linguistiche, possano aver ostacolato l'accesso alla vaccinazione, in particolare tra gli immigrati africani. È noto infatti come un aspetto di rilievo possa essere rappresentato, soprattutto per africani e asiatici, dalla difficoltà a comprendere le indicazioni del medico, sebbene essa tenda a ridursi con il protrarsi della residenza.¹⁹ Inoltre, la differenza di CVaI tra gli immigrati africani e quelli provenienti da altre aree potrebbe riflettere un diverso livello di sensibilizzazione sulla prevenzione vaccinale tra le popolazioni delle rispettive aree di origine, oltre a possibili differenze nel processo di integrazione culturale nel Paese ospitante.²⁰

Queste differenze specifiche per sottogruppi di immigrati dovrebbero essere prese in considerazione nell'implementazione delle misure generali proposte per superare tali barriere, che includono l'utilizzo di materiale informativo tradotto in lingue diverse, la formazione di personale e l'attivazione di servizi ritagliati per le necessità specifiche dei migranti, e l'identificazione e la formazione di mediatori culturali stranieri per informare e motivare gli immigrati riguardo l'accesso ai servizi vaccinali.²¹⁻²⁴ Lo studio ha anche mostrato che gli immigrati recenti e di lunga permanenza, così come gli immigrati africani e quelli provenienti da altre aree, presentano un profilo simile rispetto ai fattori associati con la CVaI, a eccezione dell'età. Questo fattore, associato positivamente con la copertura in tutti i sottogruppi tranne che negli immigrati africani, non sembra aver contribuito a ridurre le barriere informali di accesso alla vaccinazione tra questi ultimi, suggerendo l'esistenza di maggiori resistenze al processo di acculturazione in questo sottogruppo di immigrati. La vaccinazione è risultata sempre associata con la mancanza di un'occupazione lavorativa e un aumentato livello di utilizzo dei servizi sanitari, anche se con intensità minore nel sottogruppo degli immigrati africani. La mancanza di un'occupazione potrebbe in parte riflettere un'inabilità al lavoro dovuta a condizioni di salute relativamente peggiori rispetto a quelle degli immigrati occupati, la quale, a sua volta, potrebbe aver favorito l'utilizzazione dei servizi sanitari e quindi una maggiore sensibilità e consapevolezza sui temi di cura e prevenzione, incluse le vaccinazioni.

LIMITI DELLO STUDIO

Il campione analizzato in questo studio non include i migranti irregolari e quelli regolarmente presenti, ma con la residenza in

Italia non ancora formalizzata. La CVaI in questi sottogruppi, che si stima ammontino rispettivamente al 6% e al 7% di tutti i migranti presenti sul territorio nazionale,^{25,26} è verosimilmente inferiore a quella tra gli immigrati regolari residenti. Infatti, sebbene aventi legalmente diritto alla vaccinazione gratuita, questi sottogruppi sono probabilmente meno informati sui loro diritti di accesso ai servizi sanitari, preoccupati di eventuali costi, o spaventati dalla possibilità di essere segnalati ed eventualmente espulsi dalle autorità.²⁷

Il campione non ha consentito di identificare altre categorie di popolazione per le quali la vaccinazione è raccomandata e gratuita, come le donne al secondo o terzo trimestre di gravidanza, il personale sanitario e altre categorie di lavoratori, ospiti di strutture a lunga degenza, conviventi con persone a rischio di complicanze per influenza eccetera.²⁶ A ogni modo, questi gruppi costituiscono in generale una piccola quota della popolazione obiettivo della vaccinazione antinfluenzale e la loro esclusione probabilmente non ha causato una distorsione rilevante delle stime.²⁹

Inoltre, lo studio presenta stime basate sullo status vaccinale auto-risportato dagli intervistati, le quali potrebbero risentire della distorsione dovuta al ricordo e alla desiderabilità sociale e rappresentare quindi a una sovrastima della CVaI.^{30,31}

Infine, lo studio, focalizzato esclusivamente sugli immigrati, si basa su un campione non abbastanza ampio per ottenere stime di copertura sufficientemente precise negli strati di popolazione meno numerosi, così come per poter evidenziare tutte le differenze di qualche rilievo come statisticamente significative con un'adeguata potenza statistica.

CONCLUSIONI

La CVaI è risultata significativamente inferiore tra gli immigrati recenti e quelli provenienti dall'Africa. La ridotta copertura vaccinale in questi due sottogruppi sembrerebbe in parte spiegata dalle caratteristiche demografiche e socioeconomiche e dal livello di utilizzo dei servizi sanitari, specialmente nel confronto per durata di permanenza, meno in quello per area di provenienza. Questi risultati suggeriscono che l'accesso alla vaccinazione, specialmente tra gli immigrati africani, possa essere influenzato da altre barriere informali, quali quelle culturali e linguistiche, che dovrebbero essere indagate approfonditamente per promuovere efficaci strategie di accesso alla vaccinazione.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Ringraziamenti: si ringrazia il Prof. Giuseppe Costa per aver promosso e sostenuto l'utilizzo delle indagini sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari condotte dall'Istat. Si ringraziano inoltre la Dott.ssa Concetta Mirisola e il Dott. Gianfranco Costanzo per aver promosso le attività di epidemiologia delle malattie infettive all'interno dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Istituto nazionale di statistica (Istat). *Demografia in cifre*. Disponibile all'indirizzo: <http://demo.istat.it/>
2. Norredam M, Agyemang C, Hoeybjerg Hansen OK et al. Duration of residence and disease occurrence among refugees and family reunited immigrants: test of the "healthy migrant effect" hypothesis. *Trop Med Int Health* 2014;19(8):958-67.
3. Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet* 2013;381(9873):1235-45.
4. World Health Organization (WHO). *Global Vaccine Action Plan 2011-2020*. 2012. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/iris/bitstream/10665/78141/1/9789241504980_eng.pdf?ua=1
5. World Health Organization (WHO). Vaccines against influenza WHO position paper – November 2012. *Wkly Epidemiol Rec* 2012;87(47):461-76. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/wer/2012/wer8747.pdf>
6. Chiaradia G, Gualano MR, Di Thiene D, Galli L, Giacchino R, Gattinara GC. Health status of immigrant children: an epidemiological survey among Italian paediatricians. *Ital J Public Health* 2011;8(3):268-74.
7. Borrás E, Domínguez A, Batalla J et al. Vaccination coverage in indigenous and immigrant children under 3 years of age in Catalonia (Spain). *Vaccine* 2007;25(16):3240-43.
8. Poethko-Müller C, Mankertz A. Seroprevalence of measles-, mumps- and rubella-specific IgG antibodies in German children and adolescents and predictors for seronegativity. *PLoS one* 2012;7(8):e42867.
9. Vandermeulen C, Roelants M, Theeten H, Van Damme P, Hoppenbrouwers K. Vaccination coverage and sociodemographic determinants of measles-mumps-rubella vaccination in three different age groups. *Eur J Pediatr* 2008;167(10):1161-68.
10. Jiménez-García R, Esteban-Vasallo MD, Rodríguez-Rieiro C et al. Coverage and predictors of vaccination against 2012/13 seasonal influenza in Madrid, Spain: analysis of population-based computerized immunization registries and clinical records. *Hum Vaccin Immunother* 2014;10(2):449-55.
11. Venturelli F, Carozzi G, Sampaolo L et al. Self-reported influenza vaccination uptake in people with chronic diseases: data from Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia (PASSI). Poster. 7th European Public Health Conference (Glasgow, Scozia, 19-22 novembre 2014). Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/passi/pdf2015/Poster_PASSI_EUPHA_nov14.pdf
12. Fabiani M, Riccardio F, Di Napoli A, Gargiulo L, Declich S, Petrelli A. Differences in influenza vaccination coverage between adult immigrants and Italian citizens at risk for influenza-related complications: a cross-sectional study. *PLoS One* 2016;11(11):e0166517.
13. Gargiulo L, Iannucci L, Quattrociochi G, Sebastiani A, Tinto A. Innovazioni di processo nell'indagine ISTAT sulla salute. I quaderni di monitor 2008;22(Suppl 3):16-28. Disponibile all'indirizzo: http://www.agenas.it/images/agenas/monitor/quaderno/pdf/5_ISTAT_salute_2005.pdf
14. The Council of the European Union. *Council recommendation on seasonal influenza vaccination*. 2009. Disponibile all'indirizzo: http://ec.europa.eu/health/ph_threats/com/Influenza/docs/seasonflu_rec2009_en.pdf
15. Bonanni P, Ferro A, Guerra R et al. Vaccine coverage in Italy and assessment of the 2012-2014 national immunization prevention plan. *Epidemiol Prev* 2015;39(4 Suppl 1): 146-58.
16. World Health Organization (WHO). *Summary WHO SAGE conclusions and recommendations on vaccine hesitancy*. 2015. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/immunization/programmes_systems/summary_of_sage_vaccinehesitancy_2pager.pdf
17. Nicodemo C. *Heterogeneity across immigrants in the Spanish labour market: advantage and disadvantage*. Working Paper 09/09. Universitat Autònoma de Barcelona, Departament d'Economia Aplicada, 2009. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ecap.uab.es/repec/doc/wpdea0909.pdf>
18. Dustmann C, Frattini T. *Immigration: the European experience*. CREAM Discussion Paper 22/11. Department of Economics, University College London, Centre for Research and Analysis of Migration, 2011. Disponibile all'indirizzo: http://www.ucl.ac.uk/~uctpb21/doc/CDP_22_11.pdf
19. Istat. *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari*. Disponibile all'indirizzo: http://www.istat.it/it/files/2014/01/salute-stranieri_2011-2012-FINALE.pdf?title=Salute+degli+stranieri+++30%2Fgen%2F2014++Testo+integrale.pdf (ultimo accesso 14.12.16).
20. Aleksynska M, Algan Y. Assimilation and integration of immigrants in Europe. IZA Discussion Paper Series No. 5185. Bonn: September 2010. <http://ftp.iza.org/dp5185.pdf> (ultimo accesso 14.12.16).
21. Mladovsky P, Ingleby D, McKee M, Rechel B. Good practices in migrant health: the European experience. *Clin Med (Lond)* 2012;12:248-52.
22. Flores G. The impact of medical interpreter services on the quality of health care: a systematic review. *Med Care Res Rev* 2005;62(3):255-99.
23. Pallash G, Salman R, Hartwig C. Improvement of protection given by vaccination for socially underprivileged groups on the basis of "key persons approach" – results of an intervention based on cultural and language aspects for children of immigrants in Altlander Viertel provided by the Health Department of Stade. *Gesundheitswesen* 2005;67(1): 33-38.
24. Riccardo F, Dente MG, Kojouharova M et al. Migrant's access to immunization in Mediterranean countries. *Health Policy* 2012;105(1):17-24.
25. Centro studi e ricerche IDOS. *Dossier Statistico Immigrazione 2015*. 2015. Disponibile all'indirizzo: [http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/Scheda%20Dossier%202015\(4\).pdf](http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/Scheda%20Dossier%202015(4).pdf)
26. Papavero G. Sbarchi, richiedenti asilo e presenze irregolari. Fact sheet ISMU 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ismu.org/wp-content/uploads/2015/05/Sbarchi-richiedenti-asilo.pdf>
27. Barsanti S, Nuti S. *Migrant health in Italy: the right and access to health care as an opportunity for integration and inclusion*. Working paper 04/2013. Istituto di management – Scuola Superiore di Sant'Anna di Pisa, 2013. Disponibile all'indirizzo: <http://www.idm.sssup.it/wp/201304.pdf>
28. Ministero della salute. *Prevenzione e controllo dell'influenza: raccomandazioni per la stagione 2015-2016*. 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.trovanorme.salute.gov.it/norme/renderNormsanPdf?anno=2015&codLeg=52703&parte=1%20&serie>
29. Rizzo C, Rota MC, Bella A et al. Response to the 2009 influenza A(H1N1) pandemic in Italy. *Euro Surveill* 2010;15(49):pii 19744.
30. Grimaldi-Bensouda L, Aubrun E, Leighton P et al. Agreement between patients' self-report and medical records for vaccination: the PGRx database. *Pharmacoeconom Drug Saf* 2013;22(3):278-85.
31. Jiménez-García R, Hernandez-Barrera V, Rodríguez-Rieiro C et al. Comparison of self-report influenza coverage with data from a population based computerized vaccination registry and factors associated with discordance. *Vaccine* 2014;32(35):4386-92.

CAPITOLO 8

Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute?

Undocumented immigrants: what do we know about their health?

Giovanni Baglio, Raffaele Di Palma, Erica Eugeni, Antonio Fortino

Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP), Roma

Corrispondenza: Giovanni Baglio; baglio@inmp.it

RIASSUNTO

Gli immigrati in Italia rappresentano un insieme “sfocato”, difficilmente classificabile all'interno di categorie oppostive (regolari/irregolari, economici/forzati eccetera) che perdono significato se applicate rigidamente alla comprensione dei fenomeni sanitari. Piuttosto, il profilo epidemiologico di questa eterogenea popolazione dipende dal diverso peso che i determinanti di salute assumono nel *life-course* della migrazione.

Lo studio affronta il tema della salute degli stranieri irregolari adottando un approccio globale al fenomeno della migrazione, volto a cogliere gli elementi di continuità e la portata delle dinamiche epidemiologiche operanti trasversalmente alle diverse categorie. Ne emerge un quadro fortemente condizionato da fattori che operano in stretta sinergia: spinte selettive che agiscono soprattutto nelle fasi iniziali (“effetto migrante sano”) e finali (“effetto salmone”) del progetto migratorio, e che tendono a mantenere la popolazione in buona salute, si intrecciano con altre dinamiche riconducibili essenzialmente ai processi di integrazione sociale (“effetto migrante esausto”) e alla relazione con i servizi sanitari.

Tali dinamiche sono state ben studiate sui migranti “economici”. Tuttavia, vi sono oggi importanti evidenze che, per esempio, l’effetto “migrante sano” si applichi anche ai profughi che arrivano sulle coste italiane, come dimostrato dalla bassa prevalenza di patologie infettive di importazione (ivi compresa la tubercolosi). Un discorso a parte merita, invece, il tema della salute mentale, che rimane ancora oggi ampiamente sottaciuto,

nonostante l’alta incidenza di problemi psichici causati dalle violenze subite in patria o durante il viaggio.

Nel contesto delle migrazioni, dunque, la salute degli irregolari si presenta maggiormente vulnerabile per il sommarsi degli effetti delle condizioni di partenza e di viaggio e per la marginalità in cui molti di loro si trovano a vivere nel Paese ospite. Per tali ragioni, occorre recuperare equilibrio nel gestire un fenomeno così ricco di implicazioni e opportunità, attraverso lo sviluppo di politiche pubbliche altamente inclusive e saldamente ancorate alle evidenze.

Parole chiave: immigrati irregolari, stranieri temporaneamente presenti, profilo di salute, accesso ai servizi sanitari

ABSTRACT

In Italy, immigrants represent a “fuzzy” set, to which it is difficult to apply dichotomous categories as a classification (i.e., regular/irregular, economic/forced, etcetera). These categories lose its meaning when used to study health phenomena. Rather, the epidemiological profile of such a heterogeneous population depends on the varying influence of health determinants in the life-course of migration. This article builds on those assumptions, and analyses the health of irregularly-staying immigrants by adopting a global approach to the migration phenomenon.

The article aims at identifying cross-sectional elements of continuity and epidemiological dynamics in the different categories. Different factors, strictly interacting with each other, strongly influence the resulting picture. Specific push-factors

primarily influence the starting phases (“healthy migrant effect”) and the final stages of the migration process (“salmone effect”). These factors determine good health in these groups, but are also intertwined with other dynamics, connected both with the social integration process (“exhausted migrant effect”) and the relation with health services, which depends on the regional and local contexts of reference.

Such dynamics have been thoroughly examined for “economic migrants” arriving on the Italian coasts. However, nowadays there is important evidence that the “healthy migrant effect” can be also applied to incoming international protection seekers, as demonstrated, for example, by the low prevalence of imported infectious diseases (including tuberculosis). Mental health deserves special attention and a particular final focus, for it is a topic still not adequately addressed, in spite of the high incidence of psychic problems, caused by violence endured either before or during the journey.

In the framework of migration phenomena, health issues of irregularly staying immigrants stands hence as most vulnerable, due to the overlapping effects of departure and travel conditions, and of marginalization experienced by a wide group of them in the host Country. It is, therefore, essential to pursue a balanced management of this phenomenon – rich both in implications and in opportunities – by developing highly inclusive and evidence-based public policies.

Keywords: undocumented immigrants, foreigners, immigrants’ health status, health care access

GLI IMMIGRATI IRREGOLARI: UNA CATEGORIA FUZZY

Le caratteristiche di eterogeneità e diversificazione della presenza straniera in Italia fanno della nostra immigrazione un fenomeno particolarmente complesso da inquadrare, anche dal punto di vista epidemiologico, all’interno di facili schematismi e approssimate categorizzazioni socioantropologiche.

Si pensi, per esempio, alla distinzione tanto in uso oggi tra migranti “economici”, ossia coloro che scelgono di lasciare il proprio Paese per trovare condizioni di vita migliori, e migranti “forzati”, che invece fuggono da diverse situazioni di crisi. Si tratta di una distinzione assai vaga, se si considera che in molti contesti di provenienza la possibilità di scegliere implica la fuga, e che la fuga stessa esprime di per sé una legittima aspirazione a una vita migliore e a una tranquillità economica. Non mancano, peraltro, esempi in cui le situazioni politiche ed economiche all’origine delle migrazioni si intrecciano, sia a livello individuale sia di popolazione, nel concreto articolarsi dei processi migratori.

Allo stesso modo, si consideri la distinzione tra migranti “regolari” e “irregolari”. Da un punto di vista meramente definitorio, secondo l’Organizzazione internazionale per le migrazioni (OIM), per migrazione irregolare si intende «un movimento che avviene al di fuori delle norme vigenti nei Paesi di provenienza, transito e arrivo»; nel nostro Paese, si individuano come irregolari i cittadini extracomunitari privi di visto di ingresso o permesso di soggiorno in corso di validità. Nella realtà, però, la differenziazione tra regolari e irregolari si presenta incerta e pe-

riclitante, per via dei cambiamenti di status giuridico che possono intervenire anche più volte nel corso della vita di uno straniero (accesso alle sanatorie, mancato rinnovo del permesso di soggiorno a seguito della perdita del lavoro, accettazione o diniego della richiesta di protezione internazionale eccetera). Vi è sempre un intreccio di elementi e situazioni, per cui per esempio una donna irregolarmente presente ha diritto a uno speciale permesso di soggiorno, e dunque a una via di regolarizzazione, se vittima di tratta; o ancora, una persona può trovarsi nello stesso momento in cerca di un lavoro e in attesa del riconoscimento di protezione internazionale.

In questo senso, dovremmo abituarci a considerare gli immigrati come un insieme “sfocato”, difficilmente classificabile, dove l’attribuzione alle diverse categorie non si risolve in questioni del tipo tutto-o-niente, ma si gioca lungo un continuum di appartenenza, secondo una logica *fuzzy*¹ in cui nulla può essere separato dal resto una volta per tutte.

Le categorie possono anche mantenere una funzione di governamentalità, ma perdono coerenza se applicate rigidamente alla comprensione dei fenomeni sanitari, dal momento che non tengono in nessun conto i percorsi di vita e le traiettorie della migrazione, che sono in genere i principali determinanti di salute. A partire da tali premesse, il presente articolo tenta di ricostruire il profilo di salute degli immigrati definiti come “irregolari”, adottando un approccio globale che colga gli elementi di continuità e le dinamiche che operano trasversalmente alle diverse ti-

pologie di migranti, nella prospettiva di valutarne le implicazioni e l'impatto per la sanità pubblica.

CHE COSA SI SA OGGI DEGLI IMMIGRATI IRREGOLARI

Il fenomeno delle migrazioni interessa ampiamente l'Italia da diverse decadi. All'1 gennaio 2016 il numero di stranieri presenti sul territorio nazionale era stimato pari a 5.498.000, di cui 5.026.153 residenti (pari all'8,3% del totale dei residenti in Italia).²

E gli irregolari? Le stime demografiche ci dicono che la quota di irregolarità ha subito nel corso del tempo forti fluttuazioni a causa dell'altalenante flusso delle iscrizioni anagrafiche alimentate dalle ricorrenti sanatorie. Tuttavia, questa quota negli ultimi anni è calata, assestandosi intorno al 6-7%.³ Tale dinamica è sostanzialmente sovrapponibile a quella osservata tra gli stranieri regolarmente residenti, cresciuti nell'ultimo anno di sole 12.000 unità,² sullo sfondo di una crisi economica che ha visto ridursi la capacità di attrazione dell'Italia nel panorama delle migrazioni internazionali.

Parallelamente, si è registrato un aumento del flusso di profughi e richiedenti protezione internazionale che, nel triennio 2013-2015, ha portato sulle coste italiane oltre 500.000 persone: un fenomeno certamente non trascurabile, anche se contenuto nei numeri rispetto ai 5 milioni di stranieri residenti. All'interno di questo flusso è stata poi segnalata una quota di migranti cosiddetti "in transito", ossia di profughi che, allo scopo di eludere la Convenzione di Dublino e poter raggiungere altri Paesi dell'Unione europea, si sono sottratti all'identificazione, rendendosi invisibili sul territorio nazionale.⁴ La quota di migranti "in transito" è stata stimata intorno a 100.000 unità nel 2014 e 70.000 nel 2015 (tale è infatti la differenza tra il numero di sbarchi e le domande di asilo presentate alle commissioni territoriali).

Questo spaccato demografico aiuta a comprendere quanto il fenomeno delle migrazioni sia eterogeneo, multifattoriale e dinamico. Così anche il profilo epidemiologico di questa variegata popolazione dipende dal diverso peso che i determinanti di salute finiscono per assumere nel *life-course* della migrazione. Se, infatti, al momento dello sbarco o dell'arrivo in Italia prevalgono le condizioni acute e le immediate conseguenze delle violenze psicofisiche subite durante il viaggio, a media e lunga distanza (a oltre un anno dall'arrivo) si manifestano situazioni latenti o si sviluppano nuove malattie quale effetto dei determinanti socioeconomici e della mancata integrazione. Per contro, il sistema di tutela della salute di stampo universalistico consente anche agli irregolari di ottenere assistenza sanitaria attraverso l'attribuzione del codice STP (straniero temporaneamente presente) per cure urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative.

I LIMITI DELLE FONTI INFORMATIVE

A fronte della necessità di produrre evidenze sullo stato di salute e il ricorso ai servizi da parte degli stranieri presenti in Italia, non sono mancate in questi anni criticità nel reperimento e nell'utilizzo delle informazioni, tanto sul versante degli eventi d'interesse sanitario (numeratori) quanto su quello degli aggregati demografici (denominatori); e questo non solo rispetto agli

immigrati irregolari (per i quali, si sa, non esistono dati ufficiali sulla presenza in Italia), ma anche per gli stranieri regolarmente presenti e/o residenti.

Prima di addentrarsi nella disamina dei problemi legati alla disponibilità e alla qualità delle fonti, è utile accennare preliminarmente a una questione di fondo, che rimanda alla definizione stessa di "straniero/immigrato". Nonostante oggi i due termini siano considerati intercambiabili (e usati molto spesso come sinonimi), in realtà esistono differenze semantiche. La nozione di straniero si fonda sul criterio della cittadinanza, intesa come "nazionalità giuridica",⁵ e dal momento che la cittadinanza dipende dalle situazioni legislative esistenti in un dato Paese e in un dato momento storico, ne consegue che la condizione di straniero è di per sé modificabile. Più problematica appare la definizione di "immigrato", che assume forti connotati culturali e rimanda alle categorie socioantropologiche dell'appartenenza etnica, del legame con il Paese d'origine, del riconoscimento nella comunità ospitante. In questo senso, il termine presenta strette connessioni con il concetto di "nazionalità", questa volta non giuridica ma etnologica e politica, espressione di un sentimento di appartenenza identitaria collettiva.

È pur vero che in Italia la legislazione vigente in materia di cittadinanza è molto restrittiva, quindi il numero di immigrati che hanno acquisito la nazionalità italiana risulta ancora oggi piuttosto contenuto; questo fa sì che, sul piano operativo, il criterio attualmente più aderente alla definizione concettuale di straniero/immigrato sia quello della cittadinanza. Tuttavia, tale criterio potrebbe rivelarsi non più adeguato in futuro, allorché gli aspetti etnici e culturali divenissero prevalenti in conseguenza della progressiva "naturalizzazione" della popolazione immigrata. Ma veniamo ai limiti delle fonti.

Sul fronte dei denominatori, i due principali sistemi di rilevazione demografica dell'Istat (Stras e P.3) forniscono annualmente una distribuzione della popolazione straniera residente, per sesso e singolo Paese di cittadinanza (P.3) e per sesso ed età (Stras); tuttavia, la conduzione disgiunta delle due rilevazioni non consente, a tutt'oggi, di incrociare le informazioni relative all'età, al sesso e al Paese di cittadinanza per singola regione di residenza. Il problema è stato affrontato nell'ambito di un progetto di ricerca avviato dall'Isfol (ex Istituto per gli affari sociali), in collaborazione con l'Istat (anni 2009-2010). Tale progetto ha portato a sviluppare un algoritmo di calcolo che, a partire dalle distribuzioni marginali di Stras (per l'età) e P.3 (per la cittadinanza), mediante procedura iterativa (*iterative proportional fitting*), ha permesso di produrre stime attendibili della popolazione straniera residente per il periodo 2003-2011, disponibili a richiesta per scopi di ricerca.⁶ La procedura di stima è stata successivamente rivista per gli anni post-censuari (2012-2014), a partire dalle liste anagrafiche comunali (LAC) che dall'1 gennaio 2013 ciascun Comune italiano invia all'Istat, con i dati individuali sui residenti (italiani e stranieri). Le stime prodotte per sesso, singolo anno di età e Paese di cittadinanza vengono poi riproporzionate con procedura iterativa, al fine di ottenere dati coerenti con le fonti Stras e P.3.⁷ Tali dati si riferiscono, dunque, alla sola componente residente, mentre non esistono stime ufficiali sugli stranieri regolarmente presenti (ma non iscritti all'anagrafe), né sugli irrego-

lari (le cui uniche stime provengono da istituti di ricerca privati). Per quanto riguarda i numeratori, vengono segnalate gravi lacune in termini di disponibilità e qualità delle informazioni necessarie per l'identificazione degli stranieri all'interno dei flussi sanitari correnti e dei registri di patologia.^{8,9} In particolare, permane a tutt'oggi l'indisponibilità della variabile «Paese di cittadinanza» nel sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della salute, limitatamente alle patologie di classe III (di cui fa parte anche la tubercolosi). Per il calcolo delle misure di incidenza, quindi, vengono utilizzati al numeratore i casi relativi a stranieri «nati all'estero», mentre al denominatore l'unico aggregato demografico disponibile è quello dei «cittadini stranieri residenti» in Italia. Questo disallineamento tra numeratore e denominatore di fatto impedisce di costruire veri e propri tassi, ma solo misure orientative di occorrenza, e inoltre può determinare distorsioni dovute alla possibilità di includere tra i casi anche eventuali italiani nati all'estero. Problemi analoghi riguardano il valore di riferimento che, nel caso della tubercolosi, è generalmente costruito sulla popolazione nazionale e non solo sugli italiani. Occorre peraltro sottolineare come la stessa informazione sul Paese di cittadinanza, presente in quasi tutti gli altri sistemi informativi, abbia una qualità non omogenea a seconda dei flussi e delle Regioni in cui i dati vengono raccolti.

Un'ulteriore criticità rimanda all'identificazione degli stranieri per luogo di residenza: la non corretta codifica della residenza anagrafica, che viene spesso confusa con l'effettivo domicilio, è in grado di determinare una misclassificazione di una certa quota di soggetti o eventi di malattia, con probabile sovrastima dei tassi a carico degli immigrati. Tale criticità assume particolare rilevanza, in considerazione del fatto che al denominatore viene riportata la popolazione straniera residente.⁸

Infine, una questione in parte ricollegabile al problema dei residenti riguarda la difficoltà di identificare (anche ai fini dell'esclusione) gli immigrati irregolari negli archivi sanitari, per mancanza di variabili utili allo scopo o per la scarsa qualità delle informazioni disponibili (per esempio, il codice del tesserino STP o la segnalazione di irregolarità in relazione all'onere economico della prestazione).

DINAMICHE DI SALUTE: UN INQUADRAMENTO GENERALE

Nonostante le difficoltà e i limiti riscontrati sul versante delle fonti informative, è oggi possibile fare alcune considerazioni sul profilo di salute degli stranieri irregolari, allo scopo di fissare qualche punto fermo all'interno di un quadro epidemiologico coerente con quanto già documentato sui regolari e, in ogni caso, consistente rispetto alle evidenze disponibili.

In termini generali, il quadro appare fortemente condizionato da una serie di fattori che operano in stretta sinergia: specifiche spinte selettive (soprattutto nelle fasi iniziali e finali del progetto migratorio) si intrecciano con altre dinamiche riconducibili essenzialmente ai processi di integrazione sociale e alla relazione con i servizi sanitari, dipendenti in larga misura dai contesti regionali e locali di riferimento.

L'elemento essenziale del quadro è rappresentato dal cosiddetto «effetto migrante sano»: una sorta di selezione naturale all'origine, per cui decide di emigrare solo chi è in buone condi-

zioni di salute. La controprova epidemiologica della validità di tale meccanismo sta nella bassa occorrenza di patologie infettive di importazione tra gli immigrati che arrivano nel nostro Paese (oltretutto con rischi di trasmissione alla popolazione ospite trascurabili, in assenza di vettori specifici e/o delle condizioni socioeconomiche favorevoli alla loro diffusione).¹⁰ Un dato di conferma, in tal senso, viene dall'esperienza del poliambulatorio dell'INMP, a Roma: nel periodo compreso tra il 2008 e i primi dieci mesi del 2016, su 23.025 pazienti senza permesso di soggiorno (pari al 25% della casistica complessiva), sono state diagnosticate patologie infettive e parassitarie (codice ICD-9-CM 001-139) solo nel 10% dei soggetti visitati. Tra queste, solo 9 casi di rickettsiosi e altre malattie trasmesse da artropodi (080-088), 26 casi di elmintiasi (120-129) e 6 di malattie intestinali da protozoi a esclusione di amebiasi (007). Da tale esperienza non emerge, dunque, un quadro dominato dalla presenza di patologie tropicali o condizioni esotiche, ma da comuni affezioni della pelle (13%), alterazioni del visus e dell'udito (11%) e da problemi di salute mentale quali depressione (28%), disturbo post-traumatico da stress (27%), ansia (10%).

Un secondo meccanismo di selezione opera, invece, alla fine del progetto migratorio ed è ben conosciuto nella letteratura epidemiologica internazionale come «effetto salmone». Diversi studi condotti negli Stati Uniti su minoranze etniche avevano mostrato tassi di mortalità sistematicamente più bassi rispetto ai nativi americani per l'abitudine degli immigrati anziani di far ritorno nel proprio Paese d'origine, specie se malati (per tale ragione i loro decessi risultavano sottorappresentati nei registri di mortalità). In una lettera alla rivista americana *JAMA*, Pablo-Mendez per la prima volta utilizzò l'espressione «salmon bias» per indicare questo tipo di «perdite» selettive, in analogia con il comportamento dei salmoni che risalgono il fiume per deporre le uova e lasciarsi morire alla fonte.¹¹ Anche in Italia i dati Istat confermano per gli stranieri rischi relativi inferiori all'unità rispetto agli italiani, tanto per gli uomini quanto per le donne.¹² Questo spiega anche perché gli immigrati contribuiscano al mantenimento del *welfare* più di quanto non ne usufruiscano, con un saldo attivo per lo Stato stimato per l'anno 2014 tra 1,8 e 2,2 miliardi di euro, considerando le entrate (gettito fiscale e contributivo degli immigrati) e le uscite (per sanità, scuola, servizi sociali, casa, giustizia, sicurezza e trasferimenti economici).¹³ Se le spinte selettive sin qui descritte tendono a mantenere complessivamente alto il livello di salute della popolazione straniera, sui migranti (soprattutto irregolari) agiscono anche i fattori di rischio legati alla precarietà e allo svantaggio socioeconomico: è il cosiddetto «effetto migrante esausto», che si determina quando i processi di integrazione e le misure di tutela tardano a concretizzarsi nel Paese ospite.¹⁰ Una recente indagine condotta a Roma su immigrati irregolari ha evidenziato condizioni di salute peggiori rispetto agli italiani e agli stessi stranieri regolari: in particolare, gli indici sintetici del questionario SF-12 (confrontati con i dati Istat per gli italiani) mostravano una differenza mediana del 4% per lo stato fisico e del 12% per lo stato mentale; un'ulteriore comparazione con una precedente indagine condotta sugli immigrati regolari rilevava una differenza, rispettivamente, del 5% e del 10%.¹⁴

Su tale quadro di vulnerabilità, e sulle conseguenze in termini di depauperamento del patrimonio di salute, si inserisce infine, come possibile modificatore d'effetto, la relazione con i servizi. Occorre sottolineare come in questi anni il progressivo decentramento politico-amministrativo, avviato con la riforma del Titolo V della Costituzione nel 2001, abbia portato a un'estrema eterogeneità nelle garanzie di accesso ai livelli essenziali di assistenza, in ragione della diversa sensibilità e attenzione rivolte, nei contesti regionali e locali, ai temi del diritto alla tutela della salute e all'inclusione sociale. Tuttavia, laddove l'accesso alle cure e alle misure di prevenzione è assicurato e sostenuto, questo può rivelarsi un potente fattore in grado di migliorare sensibilmente le condizioni di salute, fino addirittura a invertire, in alcuni casi, i trend epidemiologici nazionali.

Un esempio significativo al riguardo è rappresentato dall'andamento dei tassi di incidenza dell'AIDS tra gli stranieri in Italia. Tale condizione si presta particolarmente all'analisi degli effetti delle cure sui trend di incidenza, in quanto l'accesso alle terapie è in grado di arrestare la progressione dalla sieropositività alla malattia conclamata, e quindi di agire non solo sulla prevalenza (attraverso una riduzione della durata), ma anche direttamente sulla comparsa di nuovi casi, e questo al netto delle dinamiche di propagazione epidemica. Se si prendono in considerazione gli immigrati adulti (soprattutto maschi) nel periodo 1992-2011 (figura 1),¹⁵ si osserva che, dopo un primo vertiginoso aumento dei livelli di malattia, i tassi decrescono da 58,4 per 100.000 nel 1995 (anno di massima incidenza) a 9,1 per 100.000 nel 2011. Tale inversione di tendenza si deve essenzialmente a due ragioni concomitanti: da una parte, l'arrivo di terapie efficaci e, dall'altra, la possibilità per gli immigrati di usufruirne, grazie a una normativa che, proprio a partire dal 1995 (anno di emanazione del DL n.489/1995, cosiddetto «Decreto Dini»), garantisce anche agli irregolari l'accesso alle cure «essenziali ancorché continuative», e non solo a quelle erogate in regime di urgenza.

Occorre tuttavia rilevare che il diritto di accesso alle cure da parte degli immigrati, senza discriminazioni legate allo status giuridico, è elemento necessario ma non sempre sufficiente a garantire livelli di salute adeguati, se nella pratica permangono barriere culturali e organizzative. Un esempio in tal senso viene dalla tubercolosi. È vero che, in questi anni, l'incidenza della malattia tra gli stranieri nati all'estero è calata (da 99,5 per 100.000 nel 2003 a 47,1 per 100.000 nel 2015),¹⁶ e questo dovrebbe di per sé essere sufficiente a ridimensionare l'allarme sociale connesso al cliché

del migrante-untore.¹⁰ Gli stessi dati dell'INMP riferiscono che su 51.000 pazienti visitati nell'arco degli anni 2009-2014 sono stati riscontrati solo 24 casi confermati di tubercolosi (quasi tutti migranti di lunga permanenza), di cui 4 recidive di diagnosi precedentemente stabilite. Tuttavia, emergono importanti criticità sul versante della relazione con i servizi e dell'efficacia della presa in carico. In particolare, diversi studi segnalano da anni un più elevato rischio di perdita al follow-up tra gli stranieri rispetto agli italiani, e una bassa compliance ai protocolli terapeutici.¹⁷ Una ricerca condotta dall'OIM nel 2010¹⁸ su una coorte di 308 pazienti italiani e stranieri (regolari e irregolari), assistiti in diverse città italiane (Brescia, Milano, Roma e Napoli), evidenziava un rischio di mancato completamento del follow-up 3 volte più alto per gli immigrati regolari rispetto agli italiani (OR: 3,1; IC95% 1,1-8,9) e addirittura 5 volte più elevato per gli irregolari (OR: 5,4; IC95% 1,8-16,4).

I fattori che influenzano in modo determinante la compliance terapeutica sono molteplici. Dall'approfondimento qualitativo che ha accompagnato l'indagine epidemiologica sopra menzionata è emerso come la salute non sia sempre percepita dai migranti come una priorità. Anche la durata del trattamento costituisce un fattore rilevante. La tubercolosi, infatti, necessita di terapie che durano molti mesi, il che contrasta con un progetto migratorio fortemente orientato al lavoro e all'aiuto economico delle famiglie nel Paese di origine.

Sempre sul versante della relazione problematica con i servizi, una revisione sistematica condotta nel 2015 segnalava a livello europeo un minore ricorso alle cure da parte degli immigrati irregolari (soprattutto donne in gravidanza e bambini nelle prime fasi della vita) e un più basso accesso alle misure di prevenzione. Questo si traduce in un carico assistenziale superiore (e tendenzialmente inappropriato) per le strutture di pronto soccorso, con conseguente lievitazione dei costi sanitari. Dalla revisione è emerso anche un rischio maggiore di traumi legati a condizioni di lavoro nero, senza alcuna tutela e in situazioni di forte sfruttamento.¹⁹

E PER I PROFUGHI, QUALI CONSIDERAZIONI VALGONO?

Le dinamiche di salute sopra descritte sono state evidenziate in questi anni sui migranti cosiddetti "economici", il cui progetto di vita, orientato alla ricerca di un lavoro nel Paese ospite, implica in partenza condizioni di piena integrità fisica e psichica. Ma le medesime considerazioni valgono per i profughi che sbarcano sulle coste italiane?

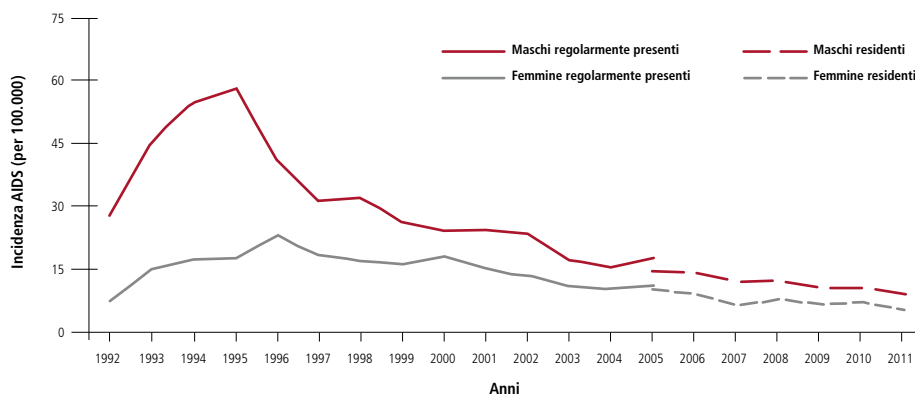


Figura 1. Tassi (per 100.000) di incidenza di AIDS nella popolazione straniera di età ≥18 anni, per genere. Italia, anni 1992-2011. Fonte: ISS.

Figure 1. Incidence rates (per 100,000) of AIDS among foreign population, aged ≥18 years, by gender. Italy, years 1992-2011. Source: ISS.

Questa domanda continua a suscitare curiosità tra gli addetti ai lavori e allarme nell'opinione pubblica, soprattutto in relazione al rischio di potenziali epidemici e ai costi della sorveglianza sanitaria. Tuttavia, vi sono evidenze che l'“effetto migrante sano” si eserciti anche su tale popolazione, almeno per quanto riguarda le patologie infettive di importazione. In particolare, i dati raccolti dalle *équipe* dell'INMP presso gli *hotspot* di Lampedusa e di Trapani Milo nel periodo maggio 2015-ottobre 2016 non hanno evidenziato, su circa 6.000 visite effettuate, gravi malattie infettive e diffuse, ma solo malattie dermatologiche facilmente curabili: scabbia, prurito e affezioni correlate, pediculosi, varicella, impetigine e dermatite da contatto. Dalle testimonianze raccolte, è risultato invece che i pazienti – in prevalenza giovani, maschi, provenienti da Eritrea, Nigeria e Somalia – hanno intrapreso lunghi viaggi attraverso svariati Paesi prima di imbarcarsi in un porto libico, in condizioni al limite della sopravvivenza, con violenze e reclusioni nei posti di blocco (luoghi sovraffollati, privi di servizi igienici e ricambio d'aria) e sotto costante richiesta di denaro per recuperare la libertà e proseguire il percorso migratorio. Analogamente, i dati della sorveglianza sindromica condotta

dall'Istituto superiore di sanità presso 21 centri per immigrati in Sicilia, tra marzo e agosto 2015, hanno evidenziato, su una popolazione media giornaliera di 5.373 presenze, un totale di 48 allerte statistiche, 33 infestazioni (scabbia), 7 sindromi respiratorie febbrili, 7 malattie febbrili con rash cutaneo (morbilli e varicella) e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare.²⁰ Un'ulteriore conferma giunge infine dalle rilevazioni epidemiologiche condotte nel 2014 e nel 2015 a Roma, nell'ambito di un piano di assistenza sanitaria messo in atto dall'INMP e dalle ASL Roma A e Roma B, in collaborazione con diverse organizzazioni del privato sociale, su profughi in transito verso Paesi nordeuropei.²¹ In considerazione delle caratteristiche di questa specifica popolazione, il modello adottato è stato quello della prossimità dell'offerta assistenziale, con prestazioni di primo livello garantite direttamente negli insediamenti spontanei e nei siti occupati. Le *équipe* sanitarie mobili hanno raggiunto circa 12.000 persone, in prevalenza maschi (88%) e giovani (età media 22 anni), provenienti da Eritrea e Somalia. Sono state riscontrate in maggioranza patologie dermatologiche (soprattutto scabbia, foruncolosi e impetigine), comuni infezioni delle prime vie aeree e sindromi influenzali (**tabella 1**). Inoltre, nel 2014

Tabella 1. Distribuzione delle visite effettuate, per diagnosi o sospetto diagnostico, nell'ambito di un intervento di assistenza sanitaria per migranti in transito a Roma. Anni 2014 e 2015.
Table 1. Distribution of medical visits, by diagnosis or diagnostic suspect, in the context of health care intervention for “transient” immigrants in Rome. Years 2014 and 2015.

DIAGNOSI*	ANNO 2014		ANNO 2015	
	n.	%	n.	%
Condizioni generali/sistemiche	176	4,7	519	6,4
<i>sintomi/disturbi</i>	113	3,0	256	3,2
<i>malattie infettive</i>	21	0,5	108	1,3
Sangue/organi emopoietici e sistema immunitario	3	0,1	10	0,1
Apparato digerente	329	8,8	641	7,9
Occhio	72	1,9	122	1,5
Orecchio	54	1,4	88	1,1
Sistema cardiocircolatorio	25	0,7	47	0,5
Apparato muscolo-scheletrico	93	2,5	301	3,7
Sistema nervoso	114	3,1	250	3,1
Problemi psicologici	5	0,1	8	0,1
Apparato respiratorio	734	19,6	1.040	12,8
<i>sintomi/disturbi</i>	252	6,7	371	4,6
<i>infezioni</i>	468	12,5	643	7,9
Cute	2.038	54,5	4.912	60,4
<i>infezioni</i>	1.341	35,9	3.894	47,9
<i>lesioni traumatiche</i>	236	6,3	432	5,3
Endocrino/metabolico/nutrizionale	34	0,9	94	1,2
Sistema urinario	22	0,6	27	0,3
Gravidanza/parto	19	0,5	34	0,4
Apparato genitale femminile	12	0,3	15	0,2
Apparato genitale maschile	7	0,2	24	0,3
Problemi sociali	2	0,1		
Totale	3.739	100,0	8.132	100,0

*Per la codifica delle diagnosi è stata utilizzata la Classificazione internazionale delle cure primarie ICPC-2R (traduzione italiana: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-Italian.pdf>), modificata dall'INMP. / The International Classification of Primary Care ICPC-2R was used to encode diagnoses, with modified by INMP.

sono stati segnalati 21 casi di malattie infettive sistemiche (pari allo 0,5% della casistica totale): 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare (per nessuna delle quali è stata poi confermata la diagnosi); 8 casi di malaria e 6 di varicella. Nel 2015, le segnalazioni di sospetta malattia infettiva (in tutto 108) hanno riguardato prevalentemente casi di varicella (70) e malaria (27); i casi sospetti di tubercolosi sono stati 7 e solo per 2 di questi è stata confermata la diagnosi.²¹

In merito ai migranti in transito, è opportuno richiamare anche l'esperienza realizzata nel biennio 2013-2014 dal Comune di Milano, in collaborazione con la ASL e diverse organizzazioni del privato sociale (City angels, Save the children, Naga, Medici volontari italiani, Opera San Francesco, GrIS Lombardia). Inizialmente, è stato creato presso la stazione Centrale un punto di accoglienza con orientamento dei migranti (in prevalenza siriani) verso dormitori e mense. Successivamente, in seguito all'aumento dei migranti provenienti soprattutto dall'Eritrea e concentrati nell'area di Porta Venezia, sono state intraprese diverse iniziative volte a garantire accoglienza e assistenza sanitaria di base (anche mediante impiego di *équipe* itineranti). Nel 2015, sempre nel contesto della stazione, si è giunti alla ristrutturazione di un ampio spazio (*hub*), con un servizio di mensa, spazi di socializzazione e un ambulatorio gestito da personale sanitario (di lingua araba) della ASL.²²

LA QUESTIONE DELLA SALUTE MENTALE

Un discorso a parte merita il tema della salute mentale. Nonostante vadano accumulandosi evidenze sul carico di disagio psichico che grava sui migranti, per effetto delle violenze subite in patria o durante il viaggio, la questione rimane ancora oggi ampiamente sottovalutata. Un articolo apparso recentemente sulla rivista *Nature* riporta il dato secondo cui un elevato numero di rifugiati che vivono in Germania ha subito un'esperienza traumatica e circa la metà soffre di patologie psichiche, in particolare disturbi post-traumatici da stress.²³ Inoltre, i dati relativi a una coorte di 1,3 milioni di migranti giunti in Scandinavia prima del 2011 mostrano, a carico degli stranieri con status di rifugiato, un'incidenza di schizofrenia e psicosi tre volte più elevata rispetto ai nativi, e il 66% in più rispetto agli altri immigrati. L'incidenza di tali condizioni risulta essere maggiore nei bambini, in quanto strettamente associata alla precocità dell'esperienza migratoria e dei traumi a essa connessi.²³

Pertanto, una revisione sistematica condotta nel 2015 (con 20 studi inclusi, per un totale di 7.000 rifugiati in diversi Paesi europei) aveva già evidenziato una prevalenza di disturbi post-traumatici da stress dieci volte superiore in questo specifico gruppo di migranti rispetto alla popolazione generale.²⁴

Anche in Italia, un recente studio condotto su dati ospedalieri ha evidenziato a livello nazionale un aumento rilevante dei ricoveri effettuati presso i servizi psichiatrici da parte di pazienti stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria, dato questo che sembra confermare un impatto dei nuovi flussi di profughi sul profilo complessivo della salute psichica degli stranieri presenti in Italia. In particolare, i tassi di ospedalizzazione confermano, soprattutto tra gli uomini, un aumento del ricorso ai servizi psichiatrici: tra il 2008 e il 2015 si è passati da

22,4 a 28,3 ricoveri per 10.000.²⁵ Tale aumento, peraltro, risulta in controtendenza rispetto alla deospedalizzazione in atto nei reparti psichiatrici. Dal momento che l'analisi è stata condotta sul totale dei ricoveri della popolazione straniera, e non solo su quelli relativi ai profughi (non identificabili all'interno dell'archivio delle schede di dimissione ospedaliera), è presumibile che l'entità dell'incremento nel gruppo specifico dei richiedenti protezione internazionale sia molto più marcata.

CONCLUSIONI

L'immigrazione, con il suo carico di complessità, sfugge agli stereotipi che la dipingono come emergenza inarrestabile e minaccia per la salute pubblica, ma anche a quelli che la liquidano come fatto ordinario e ne trascurano aspetti peculiari e criticità. Nel contesto delle migrazioni, la salute degli stranieri irregolari – per quanto sia instabile e dinamica questa definizione – si presenta come quella maggiormente vulnerabile, per il sommarsi degli effetti delle condizioni di partenza e di viaggio, e per la marginalità in cui molti di loro vivono nel nostro Paese. Per gestire un fenomeno così ricco di implicazioni e opportunità occorre progettare lo sviluppo di politiche pubbliche altamente inclusive e saldamente ancorate alle evidenze. A tal fine, un attento monitoraggio degli indicatori epidemiologici e delle scelte programmatiche locali, in un'ottica di *health impact assessment*, rappresenta il presupposto per una corretta e razionale azione di *governance*.

Sul piano della sanità pubblica, emerge il tema dell'accessibilità dei servizi come nodo centrale delle diverse azioni di tutela. Per migliorare il livello di permeabilità del sistema e costruire efficaci percorsi di cura, è necessario adottare strategie globali di mediazione (la cosiddetta "mediazione di sistema") che rendano i servizi più sensibili alle specificità culturali e sappiano valorizzare il vissuto delle persone. Rispetto a situazioni di particolare distanza dai servizi, vi sono esperienze significative di "medicina di prossimità" su gruppi "hard to reach" (come quelle maturate a Roma e a Milano con i migranti in transito),²¹⁻²² che puntano sulla creazione di reti assistenziali tra istituzioni pubbliche e del privato sociale, e su modelli di offerta attiva in *outreach*.

Un aspetto particolarmente critico è rappresentato oggi dalla salute mentale. Per quanto riguarda tale ambito, l'"effetto migrante sano" sembra non determinare una selezione così efficace come avviene per altre condizioni (per esempio, le malattie infettive) e lo stesso "effetto migrante esausto" insorge piuttosto rapidamente, talvolta addirittura durante il viaggio. Rispetto all'emersione del bisogno – che certamente è reale – occorre tuttavia anche considerare la possibilità che l'arrivo in tempi brevi di migliaia di profughi che non conoscono la nostra lingua e con cui esiste un'oggettiva difficoltà a comunicare possa portare a una sovradiagnosi di psicopatologia e a un ricorso improprio ai servizi psichiatrici. Anche in questo caso, i dati indicano una situazione da monitorare e suggeriscono la necessità di studi più approfonditi per comprendere le complesse dinamiche operanti nella popolazione immigrata.

Con specifico riferimento ai profughi, ma in realtà con uno sguardo che si allarga all'intero fenomeno migratorio, vale qui richiamare le indicazioni dell'OMS contenute nel documento di

recente pubblicazione *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region* (oggetto dell'omonima risoluzione EUR/RC66/R6).²⁶ Il piano d'azione copre nove aree di intervento prioritario: stabilire una rete di collaborazione entro cui agire; fare *advocacy* per la tutela della salute di rifugiati, richiedenti asilo e migranti; tener conto dei determinanti sociali di salute; lavorare sulla competenza dei servizi sanitari e assicurare una risposta efficace commisurata ai bisogni; migliorare i

sistemi sanitari e la loro resilienza; prevenire le malattie infettive e ridurre i rischi rappresentati dalle malattie croniche; assicurare una sorveglianza sanitaria in modo etico ed efficace; migliorare l'informazione e la comunicazione sui temi della salute. Si tratta certamente di un'agenda ricca, su cui occorre canalizzare le migliori risorse del Paese per gli anni a venire.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

BIBLIOGRAFIA E NOTE/REFERENCES AND NOTES

1. Vineis P. Methodological insights: fuzzy sets in medicine. *J Epidemiol Community Health* 2008;62:273-38.
2. Centro studi e ricerche IDOS. *Dossier statistico immigrazione 2016*. Roma, Inprinting srl, 2016.
3. Blangiardo GC. Gli aspetti statistici. In: Fondazione Ismu (ed). *Ventesimo rapporto sulle migrazioni 2015*. Milano, Franco Angeli, 2015.
4. Baglio G, Napoli PA. *Salute e prevenzione tra i migranti invisibili*. Roma, INMP, 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://www.inmp.it/index.php/ita/Eventi-e-Formazione/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Convegno-INMP-Salute-e-prevenzione-tra-i-migranti-invisibili>
5. Il Decreto legislativo 286/98 «Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero» all'art. 1 (comma 1) definisce lo straniero come «cittadino proveniente da Paese non appartenente all'Unione europea». Tale definizione non è stata modificata dalla successiva Legge 189/2002 (Legge Bossi-Fini).
6. Salvatore MA, Tucci E, Rosano A. Stima della popolazione residente straniera. In: *Rapporto Osservasalute 2011. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Approfondimenti 2011*:19-21. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
7. Salvatore MA, Tucci E. La stima della popolazione residente straniera a partire dalle Liste Anagrafiche Comunali. In: *Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Approfondimenti 2015*:31-32. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
8. Geraci S, Baglio G. Salute degli immigrati. In: *Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2013:203-204. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
9. Geraci S, Baglio G, Burgio A. Salute degli immigrati. In: *Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2015:263-65. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
10. Baglio G. Tuberculosis and immigration: the answers that epidemiology can provide (and society is waiting for). *Epidemiol Prev* 2015;39(2):73-74.
11. Pablo-Méndez. Mortality among Hispanics. *JAMA* 1994;271(16):1237-38.
12. Bruzzone S, Mignolli N. Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia. In: *Rapporto Osservasalute 2015. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2016:277-81. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
13. Fondazione Leone Moressa, Stuppini A. L'impatto economico e fiscale dell'immigrazione. In: Centro Studi e Ricerche IDOS (ed). *Dossier statistico immigrazione 2016*. Roma, Inprinting srl, 2016: 315-23.
14. D'Egidio V, Mipatrini D, Massetti AP, Vullo V, La Torre G. How are the undocumented migrants in Rome? Assessment of quality of life and its determinants among migrant population. *J Public Health* 2016 [Epub ahead of print]. doi: 10.1093/pubmed/fdw056
15. Camoni L, Boros S, Suligoi B, Baglio G. AIDS e HIV tra gli stranieri in Italia. In: *Rapporto Osservasalute 2014. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano, Prex Ed, 2015:296-9. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservasalute.it/index.php/rapporto>
16. D'Amato S, Bonfigli S, Cenci C, Maraglino F P. Tuberculosis tra gli stranieri in Italia. In: *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (in press)*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2016>
17. Faustini A, Andrew JH, Mantovani J, Sangalli M, Perucci CA. Treatment outcomes and relapses of pulmonary tuberculosis in Lazio, Italy, 1999-2001: a six-year follow-up study. *Int J Infect Dis* 2008;12(6):611-21.
18. Celmi R, Sacco V, Forcella E et al. Ricerca operativa tubercolosi e stranieri. Studio osservazionale prospettico. Progetto O.I.M – Organizzazione internazionale per le migrazioni, Area migrazione e salute, Roma, Italia. In: *Atti XI Congresso Nazionale della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni «Salute per tutti: da immigrati a cittadini. Aprire spazi... costruire traiettorie»*. Palermo, 19-21 maggio 2011. Bologna, Pendragon, 2016:148.
19. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrants health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2015.
20. Bella A, Napoli C, Riccardo F et al. La sorveglianza sindromica nei Centri per migranti della Regione Sicilia nel periodo marzo-agosto del 2015. In: *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (in press)*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2016>
21. Napoli PA, Gnolfo F, Renzi S, Mazzarini G, Pajno C, Baglio G, per la Rete di assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma (anni 2014 e 2015). L'esperienza di rete per l'assistenza socio-sanitaria ai migranti in transito a Roma. In: *Atti XIV Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni «Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute»*. Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna, Pendragon, 2016: 69-75.
22. Panizzut D. Dal mare al nord Europa: profughi in transito a Milano. In: *Atti XIV Congresso Nazionale Società Italiana di Medicina delle Migrazioni «Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute»*. Torino, 11-14 maggio 2016. Bologna, Pendragon, 2016: 76-7.
23. Abbott A. The troubled minds of migrants. *Nature* 2016;538:158-60. Disponibile all'indirizzo: <http://www.nature.com/news/the-mental-health-crisis-among-migrants-1.20767>
24. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet* 2005;365:1309-14.
25. Mazzetti M, Geraci S, Burgio A, Baglio G. La salute psichica degli immigrati: cosa sta accadendo? In: *Rapporto Osservasalute 2016. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane (in press)*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2016>
26. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region. Regional Committee for Europe 66th Session. Copenhagen, WHO Regional Committee for Europe, 2016.

CONCLUSIONI CONCLUSIONS



Il profilo di salute degli stranieri immigrati nelle indagini Istat sulla salute e sull'integrazione: implicazioni per le politiche

Health profile of foreigner immigrants emerging from Istat surveys on health and integration: implications for public policies

I risultati illustrati nei contributi di questa monografia sono stati discussi da alcuni esperti e decisori convenuti al convegno INMP-Istat su salute e integrazione degli stranieri immigrati.¹ Il profilo di salute degli stranieri immigrati che è stato tracciato da questo comune impegno di analisi di INMP e di Istat mette in evidenza alcuni tratti specifici che rimandano a importanti implicazioni per l'agenda delle politiche di salute, implicazioni che sono a carico sia del servizio sanitario, sia del terzo settore, sia della ricerca e dei sistemi informativi.

Nel profilo epidemiologico si conferma anche in Italia quanto già noto nella letteratura scientifica di Paesi a più lunga storia migratoria.

In media, la salute degli immigrati è migliore di quella della popolazione nativa per un meccanismo di selezione (il cosiddetto effetto migrante sano che si applica soprattutto a chi è immigrato con un progetto di lavoro e di studio che richiede un buon capitale di salute). In alcuni gruppi ancora minoritari, come i rifugiati e i richiedenti asilo, la salute può anche essere più compromessa in partenza a causa delle stigmate e dei traumi che hanno motivato la ricerca di asilo. In altri gruppi, sempre più numerosi, dei parenti che si riuniscono ai loro cari per ragioni di ricongiungimento, la salute media non è molto differente da quella dei nativi. Viceversa, le sfavorevoli condizioni di vita e di lavoro nel Paese ospite insieme ai processi di acculturazione fanno perdere progressivamente la protezione dell'effetto migrante sano man mano che passa il tempo dalla migrazione, sciupando così il capitale di salute. Infine, le poche voci nosologiche che presentano da subito eccessi tra i migranti sono le malattie da importazione di origine endemica o costituzionale o culturale, come rispettivamente la tubercolosi o il cancro della cervice, la talassemia o le mutilazioni genitali. In questo quadro generale si incominciano a osservare inedite variazioni, come i segni sfavorevoli di impatto sulla salute mentale quando si è discriminati sul lavoro, o il migliore profilo di salute mentale tra le donne straniere immigrate, o il ruolo protettivo per il sovrappeso che ha l'esperienza delle famiglie miste. Mentre ancora molto poco è noto sul profilo di salute delle seconde generazioni.

In generale, un tratto comune a tutte le disuguaglianze di salute e di accesso alle cure osservate a svantaggio dello straniero immigrato è il ruolo del basso stato socioeconomico: lo svantaggio sociale sembra essere in misura significativa il vero determinante dello svantaggio di salute e di accesso di questi gruppi, fatto che rimette la soluzione di una parte dei problemi di salute degli stranieri immigrati alla responsabilità delle politiche e delle azioni che possono contrastare le disuguaglianze sociali in tutta la popolazione, politiche e azioni più spesso non sanitarie, che ricadono sotto l'approccio di "salute in tutte le politiche".

Ma questo tratto comune non deve farci considerare gli stranieri immigrati come un'unica categoria sociale: la definizione di "straniero immigrato" è una semplificazione che non dà conto

della sua eterogeneità anche dal punto di vista della salute, fatto che richiederebbe da parte della sanità una più sistematica sensibilità alla diversità e non solo una generica attenzione al tradizionale impegno del sistema sanitario e dei suoi professionisti a dotarsi di maggiori "competenze culturali".

Inoltre, il capitale di salute importato con l'effetto migrante sano, protezione che si osserva solo nella categoria più numerosa degli immigrati volontari per motivi economici, comincia a mostrare i primi segni di logoramento negli indicatori di salute fisica e mentale, un logoramento dovuto ai processi di acculturazione (verso stili di vita più insalubri) e di accumulazione di svantaggi sociali nelle sfavorevoli condizioni di vita e di lavoro che caratterizzano le carriere degli immigrati, con tutte le conseguenti ricadute sfavorevoli sui costi dell'assistenza che si sarebbero potute evitare. Nel caso di alcune minoranze etniche di più difficile integrazione e inclusione, come le popolazioni Rom, persino gli indicatori obiettivi, come la speranza di vita, presentano fin da ora svantaggi molto intensi.

Dal punto di vista dell'accesso alle cure la *inverse care law* (principio secondo cui la disponibilità di cure mediche e assistenza sociale varia in maniera inversamente proporzionale rispetto ai reali bisogni della popolazione assistita)² è in agguato in modo ancora più acuto per questi gruppi: non basta il diritto giuridico all'accesso, occorre una più veloce alfabetizzazione sanitaria da parte dell'assistito migrante e una organizzazione dell'offerta che faccia sì che l'accesso sia adeguato e tempestivo e dia luogo a cure appropriate e di qualità.

Questi processi di logoramento del capitale di salute di questa popolazione giovane e selezionata con l'effetto migrante sano, e le difficoltà di accesso alle cure potrebbero aver subito un'accelerazione con la crisi e con le misure di austerità, anche sanitarie, che tendono a colpire più severamente i gruppi più socialmente vulnerabili.

Tali rischi per la salute e i relativi impatti sulla morbosità e le limitazioni funzionali messi in luce da queste indagini non sono ancora adeguatamente monitorati in ogni punto della rete territoriale, cosa che sarebbe indispensabile per permettere a ogni punto di responsabilità della rete dei servizi sanitari di scrutinare sistematicamente se le cure che stanno erogando siano equamente distribuite per appropriatezza e risultato anche a questi nuovi assistiti. Sarà necessaria un'attenzione particolare nel disegno degli strumenti di indagine e dei sistemi informativi sanitari e statistici per permettere un "*health equity audit*" in ogni ganglio della rete assistenziale. Ma anche in questo caso non è detto che il sistema sanitario sia automaticamente preparato (per conoscenze e competenze) a tali diversità: occorre uno sforzo di costruzione di capacità non solo per i professionisti di prima linea ma anche per la struttura di direzione del sistema sanitario e per quella di ricerca.

In quale misura i centri di responsabilità del Ministero si sento-

no interpellati da questo profilo e in quale direzione sarebbe necessario adattare la programmazione sanitaria per governare questi processi verso obiettivi di salute?

La Direzione della prevenzione del Ministero della salute ha riconosciuto che questo profilo di salute offre importanti strumenti per orientare le azioni del Piano nazionale di prevenzione in modo più attento alle differenze di rischio, di salute e di accesso alle cure presentate dalle popolazioni migranti. Tuttavia segnala la necessità di non trascurare il fatto che nell'attuale momento storico e dal punto di vista preventivo il fenomeno più rilevante sfugge ancora a questi sistemi di indagine: è quello che capita nei nuovi flussi migratori dalla sponda dell'Africa verso l'Italia, che immediatamente causano un impatto di centinaia di morti nel Canale di Sicilia e mettono sotto pressione i sistemi di controllo e di sorveglianza di frontiera. In particolare sono da cogliere due fenomeni. Da un lato, nell'ultimo biennio si è osservato un peggioramento delle condizioni di arrivo e anche la componente dei migranti per condizioni economiche dopo il passaggio del suo esodo attraverso la Libia è assimilabile per esperienza alle vittime di tratta, con le relative conseguenze di salute (salute mentale, ricostruzione di identità, minori non accompagnati, ricoveri). Del resto, nel nostro Paese i migranti "circolari", che puntano cioè a Nord e non riescono ad avere successo nel loro tentativo, avendo fallito nel loro progetto entrano in circuiti di clandestinità e vulnerabilità alla criminalità e popolano la platea carceraria con conseguenze di salute ancora più sfavorevoli.

La Direzione programmazione sanitaria del Ministero della salute ricorda che per sua propria missione il SSN ha il mandato di cercare il massimo dell'equità di accesso e risultato raggiungibile, soprattutto nei confronti di popolazioni più vulnerabili, come gli stranieri immigrati. La programmazione sanitaria può dare il suo contributo orientando gli obiettivi prioritari di piano, l'adeguamento dei livelli di assistenza, il loro monitoraggio di garanzia anche sul rispetto della equità non solo tra i territori, ma tra i gruppi sociali e in particolare tra nativi e migranti.

A loro volta, in quale misura le istituzioni e gli enti che hanno responsabilità nei sistemi di misura si sentono interpellati da questo profilo e in quale direzione sarebbe necessario adattare i sistemi di indagine e gli sforzi di ricerca per assistere con adeguate informazioni la programmazione delle politiche di salute?

La Direzione sistemi informativi del Ministero della salute è consapevole delle nuove sfide per la conoscenza che emergono dalle dinamiche migratorie e assicura la massima disponibilità a utilizzare le procedure di integrazione tra le fonti informative NSIS di prossima regolamentazione al fine di potenziare la capacità di sorveglianza e valutazione, con particolare riguardo alla valorizzazione integrata dei dati sanitari con quelli sociali per il monitoraggio delle disuguaglianze.

Il contributo che può dare l'Istat a risolvere queste sfide è naturalmente nel campo della misura e dello studio dei fenomeni, come già documentano le indagini analizzate in questo seminario. Da tempo l'istituto ha raccolto la sfida di come migliorare la capacità di monitoraggio delle variazioni sociali di salute in Italia, soprattutto attraverso un uso integrato delle fonti informative sanitarie e statistiche con le fonti sociali, cosa che proprio nelle scorse settimane ha dato luogo ai primi risultati del follow-up di mortalità

degli italiani censiti al censimento di popolazione 2011, indagine che riesce a mettere a disposizione per la prima volta in Italia un quadro nazionale delle disuguaglianze di mortalità.

Sul piano delle lacune della ricerca sulla salute immigrata, l'Associazione italiana di epidemiologia riconosce che il rapporto tra salute e immigrazione rimane ancora da indagare sotto molti punti di vista che sono stimolanti per l'epidemiologia. In particolare, le principali lacune conoscitive riguardano il ruolo di intermediazione dello stato socioeconomico, lo sviluppo nelle traiettorie di vita dello svantaggio sociale e degli effetti sfavorevoli sulla salute, il profilo di svantaggio e di salute delle seconde e terze generazioni, l'esigenza di indagare anche il punto di vista delle diverse comunità. La rivista *Epidemiologia e Prevenzione* è a disposizione per ospitare originali contributi di ricerca in questo senso, come dimostra questo numero monografico.

Il CNR, che sta aprendo un programma strategico di ricerca sulle politiche dell'immigrazione, ha dimostrato molto interesse per i risultati di questo uso integrato dei dati di salute e delle storie migratorie e si impegna a inserire l'impatto marginale sulla salute tra gli indicatori di benessere che possono guidare la valutazione delle politiche non sanitarie, che più agiscono sui determinanti delle differenze di salute degli stranieri immigrati.

Infine, la voce dei professionisti e volontari impegnati sul campo, rappresentati dalla Società italiana di medicina delle migrazioni, ha mostrato apprezzamento circa l'ampiezza e la profondità del profilo epidemiologico degli stranieri immigrati che si può ricavare dalle indagini Istat, e ha ribadito che, per quanto rilevante per molti aspetti umanitari, l'emergenza rifugiati riguarda meno del 4% della popolazione straniera meritevole di studio, e che il merito di queste indagini è anche di tenere alta l'attenzione sul problema generale della salute straniera prima e oltre l'allarme derivante dalle emergenze. Dal punto di vista delle implicazioni per le politiche di salute l'esperienza sul campo segnala alcune priorità ancora poco indagate: la fragilità e patogenicità del sistema di accoglienza dei rifugiati, il forte rischio di disuguaglianze territoriali nell'accesso ai servizi, la necessità di indagare il profilo di salute e i meccanismi di rischio per le seconde generazioni, da un lato, e per le nuove fasce di invecchiamento dall'altra. Sono sfide che richiedono tre sforzi particolari: uno di fantasia (non basta la *evidence based medicine*, occorre anche saper personalizzare i livelli di assistenza e tutela), uno di concretezza (non si possono rimandare le soluzioni a problemi immediati) e uno di coerenza tra le risorse e le competenze istituzionali e della comunità. È evidente che il profilo di salute degli immigrati è ricco di implicazioni per le politiche e che l'agenda della ricerca e della sanità pubblica possono ricavare da questa monografia molti spunti per il futuro.

Giuseppe Costa

Università degli studi di Torino
Servizio epidemiologia ASLTO3 – Regione Piemonte

Corrispondenza: giuseppe.costa@epi.piemonte.it

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multisecolare Istat, Roma 5 maggio 2016.
2. Tudor Hart J. The inverse care law. *Lancet* 1971;297:405-12.

Salute straniera o salute degli stranieri?

Foreign health or foreigners' health?

Come stanno gli stranieri in Italia? Abbastanza bene, grazie! Questa sembra possa essere l'estrema sintesi del lavoro di analisi dei dati delle indagini Istat sulla «Salute e il ricorso ai servizi sanitari» e di quella sulla «Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri» che sono l'oggetto di questo supplemento di *Epidemiologia e Prevenzione*. Stanno *mediamente* bene. Ma le informazioni contenute nel volume sono ricchissime e permettono un dettaglio che non avevamo mai avuto in Italia.

Di interesse è la conferma che la durata della residenza è inversamente associata allo stato di salute, cioè che i cittadini stranieri arrivano sani ma, con il tempo, perdono il vantaggio di partenza e la loro salute si avvicina sostanzialmente a quella dei cittadini autoctoni. Anche per loro, quindi, il determinante principale delle differenze di salute diventa lo stato socioeconomico.

Ma vale la pena soffermarsi su un altro elemento determinante, quello culturale. Analizzando per esempio un fattore di rischio primario di malattia, l'obesità, abbiamo un quadro ampiamente sovrapponibile a quello dei cittadini italiani, con una prevalenza media di obesità e sovrappeso intorno al 40%.¹ Alcune nazionalità mostrano però importanti scarti rispetto a questo valore: gli uomini di alcuni Paesi dell'Europa dell'Est (Ucraina e Moldavia in particolare), così come quelli provenienti dall'Africa settentrionale o dall'America latina, tendono ad avere una prevalenza di queste condizioni nettamente superiore, così come avviene per le donne africane, in particolare quelle provenienti dal Marocco. Ciò che appare interessante in queste differenze è che non sembrano spiegabili da fattori diversi da quello culturale.

L'importanza del fattore culturale diviene evidente se guardiamo altri esempi: in un quadro di insufficiente copertura vaccinale per l'influenza, comune a tutti i cittadini stranieri, gli africani presentano dati drammaticamente più bassi;² ancora, per quanto riguarda la frequenza di visite preventive al proprio medico, le popolazioni provenienti dall'Asia (cinesi, indiani e filippini) mostrano frequenze molto più basse rispetto a quelle medie della popolazione immigrata (per i cinesi sono due terzi più basse).³

In sintesi, l'analisi dei determinanti dello stato di salute delle popolazioni immigrate in Italia, in particolare per quanto riguarda i dati di accesso alle prestazioni preventive e di prevalenza di fattori di rischio, sembrano evidenziare una interazione fra tre fattori essenziali: la condizione di migrante, i fattori culturali legati al Paese e alla cultura di provenienza e la condizione socioeconomica, che sembra divenire il fattore principale con il passare del tempo dall'arrivo nel nostro Paese.

La costruzione della risposta ai bisogni sanitari delle popolazioni immigrate riceve da questi dati una indicazione essenziale: deve essere orientata culturalmente e capace di interagire con le comunità straniere.

Per l'Associazione italiana di epidemiologia, come per le altre società scientifiche di sanità pubblica che hanno il compito di orientare la ricerca al fine di produrre informazioni utili alla soluzione dei problemi sanitari, questi dati sono di estremo inte-

resse. Una loro lettura approfondita fornisce lo spunto per molte raccomandazioni per la ricerca. Le più rilevanti mi sembrano però due.

Lo studio dell'influenza dei fattori culturali sulla salute.

Questo filone di ricerca ha potuto essere finora trascurato, grazie alla relativa omogeneità della popolazione italiana. I fattori socioeconomici hanno rappresentato uno strumento così potente di spiegazione delle differenze di salute da rendere poco interessante lo studio di altri aspetti meno influenti. Con l'immigrazione le cose stanno cambiando e la ricerca deve dotarsi di strumenti di analisi di network di causazione più complessi, che includano i fattori socioeconomici, ma anche quelli culturali, quelli religiosi etc. Si tratta di una sfida importante per i prossimi anni.

Lo studio del ruolo dei fattori sociali.

Rispetto alle popolazioni immigrate lo stato socioeconomico non è solo un indicatore di posizione sociale, ma soprattutto un indicatore di esposizione a fattori specifici di malattia. Questo merita un cambio di ottica nella ricerca, orientandola verso lo studio delle cause sociali dei problemi di salute. Oltre che analizzare la salute stratificando per le variabili sociali, cioè, diviene essenziale un approccio eziologico per studiare come, per esempio, il lavoro, la qualità dell'abitazione, la quantità e il tipo di reddito, la struttura della famiglia, il titolo di studio (che fra gli immigrati sembra spesso avere un effetto paradossale) influenzino la salute. Questo permetterebbe l'identificazione di obiettivi degli interventi sociali non generici, ma focalizzati sui fattori specifici che hanno un effetto misurabile sulla salute.

La focalizzazione sul ruolo di questi due fattori, e sulla loro interazione con la condizione migratoria, potrebbe essere ben convogliata da un approccio *life course*. Ciò permetterebbe di studiare che cosa avviene alla salute e al ricorso ai servizi sanitari nelle varie tappe della storia migratoria, e come i fattori culturali e socioeconomici interagiscano nelle diverse tappe. Sarebbe una fonte essenziale di informazioni utili per meglio intercettare i bisogni di queste popolazioni.

Un'ultima considerazione merita il problema delle seconde generazioni. Nei Paesi europei a più antica immigrazione è ormai il problema principale. Si tratta di ampie fasce di popolazione, pienamente integrate e "nazionalizzate", che hanno studiato nel Paese ospite, e quindi hanno una completa padronanza della lingua, degli usi e dei costumi, e soprattutto hanno le stesse aspettative di progresso delle popolazioni autoctone. Aspettative che però non ricevono una risposta adeguata. Tra queste fasce di popolazione si annida il disagio, e lì sono evidenti i maggiori problemi sociali e sanitari; ma si annidano anche i fattori che determinano la radicalizzazione religiosa e violenta e il terrorismo, che hanno subito oramai molti Paesi europei. Ciò è avvenuto infatti in quei Paesi, come il Regno Unito, la Francia, il

Belgio e la Germania, che hanno una storia di immigrazione decennale dai Paesi africani e asiatici, in cui le seconde generazioni sono ormai arrivate all'età adulta. L'Italia ha una storia di immigrazione da quei Paesi relativamente più recente, ed è ancora in tempo per poterla "deviare", adottando fin da subito interventi e *policy* che mirino a prevenire questa deriva verso l'insoddisfazione e il rancore.

Non sono certo le società scientifiche come l'AIE a dover suggerire gli interventi per la soluzione dei problemi di salute delle popolazioni migranti. Ma mi sembra che un paio di sollecitazioni meritino di essere fatte.

La prima è generale: il sistema di prevenzione di un Paese come l'Italia deve essere attrezzato per intervenire sui determinanti sociali (il Piano nazionale di prevenzione fa esplicitamente riferimento ai «determinanti socioeconomici, culturali, politici e ambientali» delle malattie),⁴ per cui è, in principio, già adeguato alle sfide poste dalla salute della popolazione immigrata. C'è però un problema di accesso. Gli stessi interventi previsti per la popolazione italiana devono essere proposti con un filtro culturale, attraverso cioè un adattamento che non è solo linguistico, per assicurarne la copertura. Vi sono già alcune esperienze

da cui vale la pena prender spunto (si veda per esempio un'esperienza veneta di promozione della vaccinazione, trasformata in una IPEST – Intervento preventivo efficace, sostenibile e trasferibile).⁵

La seconda sollecitazione riguarda il coinvolgimento delle comunità interessate: coinvolgere la comunità proveniente dall'America latina per la presa di coscienza del problema dell'obesità, o la comunità mussulmana per discutere la bassa frequenza di visite mediche preventive permetterebbe di identificare con loro le cause culturali dei deficit di prevenzione, i possibili interventi, e nel contempo favorire un dialogo che non può che essere positivo per prevenire la deriva verso l'insoddisfazione e il rancore. L'AIE è pronta a raccogliere queste sfide e a sollecitare l'impegno di tutta la comunità epidemiologica italiana, oltre che essere orgogliosa del privilegio di ospitare i risultati di questa ricerca sulle pagine della propria rivista.

Fabrizio Faggiano

Past president Associazione italiana di epidemiologia
Dipartimento di medicina traslazionale, Università del Piemonte Orientale

Corrispondenza: fabrizio.faggiano@uniupo.it

BIBLIOGRAFIA/REFERENCES

1. Petrelli A, Di Napoli A, Rossi A, Spizzichino D, Costanzo G, Perez M. Sovrappeso e obesità nella popolazione immigrata adulta residente in Italia. *Epidemiol Prev* 2017;41(3) Suppl.1:26-32.
2. Fabiani M, Di Napoli A, Riccardo F, Gargiulo L, Declich S, Petrelli A. Differenze nella copertura vaccinale antinfluenzale tra sottogruppi di immigrati adulti residenti in Italia a rischio di complicanze (2012-2013). *Epidemiol Prev* 2017;41(3) Suppl.1:50-56.
3. Perez M, Panaccione D, Spizzichino D, Petrelli A. Le visite mediche come forma di prevenzione primaria nella popolazione straniera. Convegno "Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT". INMP, Roma, 5 maggio 2016. Disponibile all'indirizzo: <http://www.inmp.it/index.php/ita/content/download/25685/172501/file/Le%20visite%20mediche%20come%20forma%20di%20prevenzione%20primaria%20nella%20popolazione%20straniera.pdf> (ultimo accesso: 08.03.17).
4. Baldissera M, Napoletano G, Della Camera M, Abrescia F, Valsecchi M. Un IpeST per ridurre le disuguaglianze di salute: un intervento per incrementare le coperture vaccinali in gruppi di popolazione difficili da raggiungere. In: Bassi M, Calamo-Specchia F, Faggiano F, Nicelli AL, Ricciardi W, Signorelli C, Siliquini R, Valsecchi M. *Rapporto Prevenzione 2015*. Fondazione Smith Kline. Il Mulino, 2015.
5. Piano nazionale di prevenzione 2014-2018. Disponibile all'indirizzo: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2285_allegato.pdf (ultimo accesso: 08.03.17).