

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 peggiore 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.

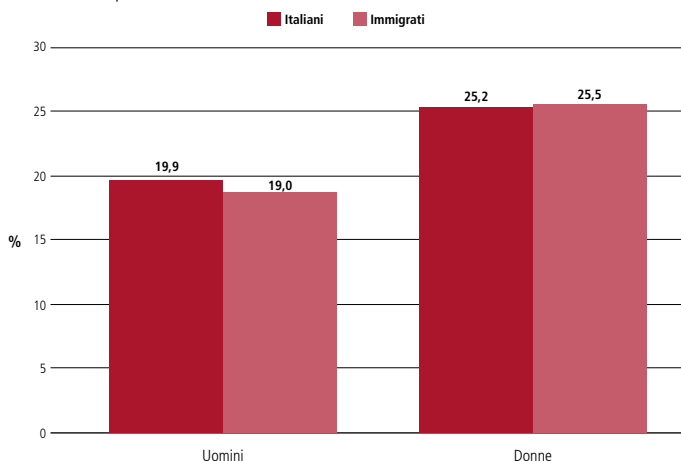
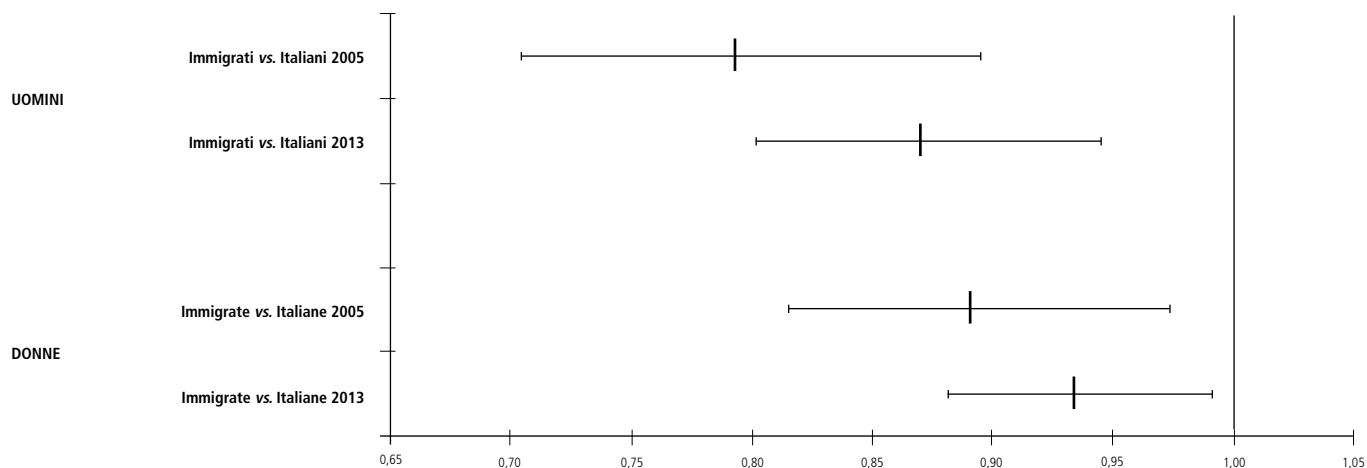


Tabella 1. Confronto tra le caratteristiche del campione per genere, cittadinanza e anno. Anni 2005, 2013.
Table 1. Comparison among population characteristics, by gender, citizenship, and year. Years 2005 and 2013.

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	

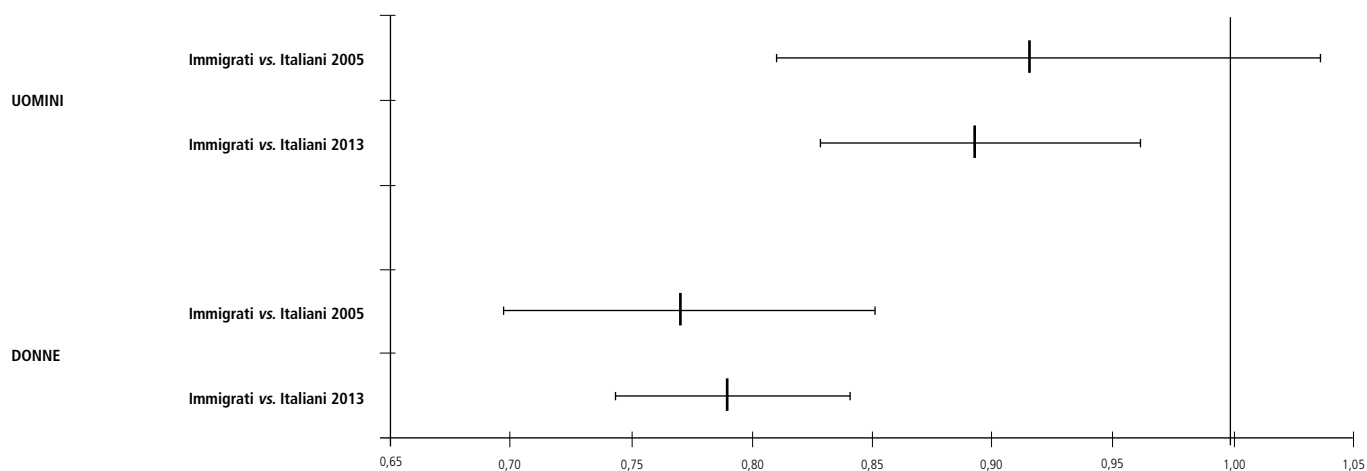
*non significativo / no statistical significance **prevalenze standardizzate per età / prevalences standardized by age

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.