

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.

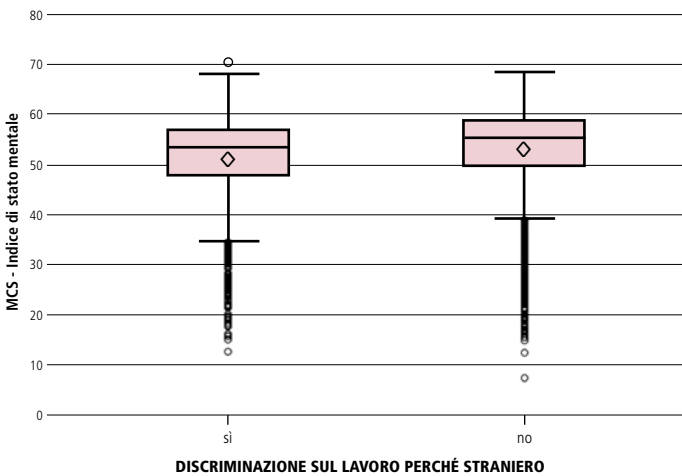
La **figura 1** (p. 37) illustra la distribuzione del punteggio MCS tra chi dichiarava di avere o meno subito discriminazione sul lavoro in quanto cittadino straniero. Le persone che riferivano discriminazione avevano punteggi MCS più bassi rispetto ai non discriminati (media±DS: 52 ± 8 vs. 54 ± 7; mediana: 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.



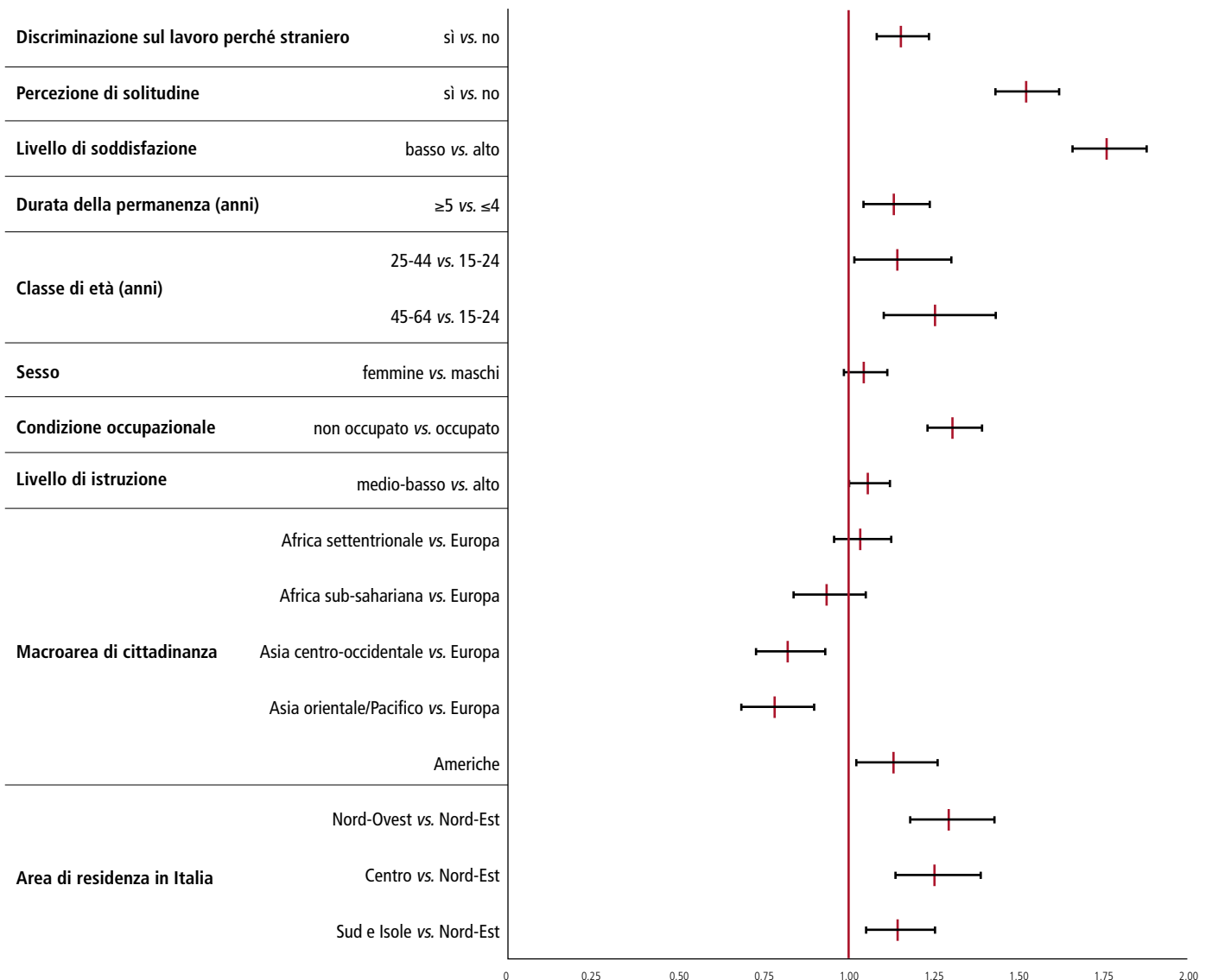
DISCUSSIONE

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-

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.



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

- Bettin G, Cela E. The evolution of migration flows in Europe and Italy. *J App Econ* 2014;33(1):37-63.
- 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.
- 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.
- Viruell-Fuentes E, Miranda PY, Abdulrahim S. More than culture: structural racism, intersectionality theory, and immigrant health. *Soc Sci Med* 2007;75:2099-106.
- Fozdar F, Torezani S. Discrimination and well-being: perceptions of refugees in western Australia. *Int Migr Rev* 2008;42:30-63.
- Williams D, Mohammed S. Discrimination and racial disparities in health: evidence and needed research. *J Behav Med* 2009;32:20-47.
- Paradies Y. Defining, conceptualising and characterising racism in health research. *Crit Public Health* 2006;16:143-57.
- Krieger N. Discrimination and health inequities. *Int J Health Serv* 2011;44:643-710
- 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.
- Allport GW. *The Nature of Prejudice*. Cambridge (MA), Perseus Books, 1979.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- Ferdinand A, Paradies Y, Kelahe M. Mental health impacts of racial discrimination in Victorian aboriginal communities. Melbourne, Lowitja Institute, 2013.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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.
- 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).
- 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.
- 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.
- Odono 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.
- Ware JE, Kosinski M, Keller SD. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A User's Manual. Boston (MA), The Health Institute, 1994.
- 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.
- Zheng X, Sang D, Wang L. Acculturation and subjective well-being of Chinese students in Australia. *J Happiness Stud* 2004;5:57-72.
- 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.