



Rivista N°: 4/2017  
DATA PUBBLICAZIONE: 26/11/2017

AUTORE: Graziella Caselli\*, Silvia Loi\*\*, Salvatore Strozza\*\*\*

## IMMIGRAZIONE, SALUTE E MORTALITÀ DEGLI STRANIERI IN ITALIA

*Sommario: 1.Introduzione. 2. Gli stranieri in Italia: un fenomeno dalle molte facce. 3. La salute della popolazione straniera residente in Italia. 3.1. Salute percepita, malattie croniche e limitazioni delle attività. 3.2.Ospedalizzazione, salute riproduttiva, infortuni e malattie professionali. 4. La mortalità degli stranieri residenti. 4.1. La mortalità infantile. 4.2. La mortalità degli adulti: totale e per causa. 5. Conclusioni: un futuro difficile da prevedere*

### 1. Introduzione

È a partire dalla seconda metà degli anni '70 del secolo scorso che l'Italia è diventata un paese di immigrazione, ma è solamente dagli anni '90 che i flussi d'ingresso sono progressivamente aumentati, fino a raggiungere una rilevanza numerica davvero notevole nel primo decennio del nuovo Millennio. Le statistiche più recenti informano che gli stranieri residenti superano i 5 milioni, e se si considerano anche i non residenti si arriva a quasi 6 milioni, cioè circa il 10% della popolazione<sup>1</sup>. Il fatto che gli stranieri siano sul nostro territorio relativamente da poco tempo limita temporalmente anche la serie delle informazioni sulle loro condizioni di salute e di sopravvivenza. Per questa ragione sono scarsi e per lo più recenti gli studi rivolti alla conoscenza dei diversi aspetti statistici e dinamici di questi processi<sup>2</sup>.

Lo scopo principale di questo lavoro è quello di presentare un'analisi della salute e della mortalità degli stranieri residenti nel nostro paese alla luce delle informazioni esistenti,

---

\* Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Università di Roma.

\*\* Max Planck Institute for Demographic Research, Rostock.

\*\*\* Dipartimento di Scienze Politiche, Università di Napoli Federico II.

<sup>1</sup> S. STROZZA, G. DE SANTIS (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017.

<sup>2</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, in F. TROVATO (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa).

partendo, però, da un quadro il più ampio possibile dell'immigrazione e delle caratteristiche della popolazione straniera. La prima parte del lavoro è, pertanto, dedicata alla descrizione dell'evoluzione del fenomeno migratorio, condotta partendo dalle statistiche ufficiali disponibili. In particolare, viene evidenziata la sua complessità e articolazione in termini di paesi di provenienza dei migranti, considerando le motivazioni del loro spostamento e le caratteristiche demografiche e sociali, con cenni alle modalità di insediamento sul territorio italiano e all'inserimento nel mercato del lavoro.

La seconda parte del lavoro affronta il tema delle condizioni di salute degli immigrati/stranieri, facendo ricorso ai dati dell'indagine realizzata dall'Istituto nazionale di statistica (Istat) nel 2009 su "Reddito e condizioni di vita delle famiglie con stranieri" e prendendo in esame tre dimensioni del fenomeno: la salute percepita, le limitazioni delle attività legate alle condizioni di salute (o salute funzionale) e la presenza di malattie croniche. Le rilevazioni correnti disponibili consentono di rivolgere uno sguardo anche alle condizioni di accesso ai servizi sanitari e di analizzare la salute riproduttiva, gli incidenti sul lavoro e le malattie professionali. Questi aspetti particolari consentono di mettere in luce alcune delle questioni più significative delle condizioni di salute della popolazione straniera che vive sul territorio italiano.

Il confronto tra i livelli di mortalità degli italiani e degli stranieri viene affrontato nella terza parte, facendo riferimento ai dati elaborati dall'Istat. Viene presa in considerazione sia la mortalità infantile, considerando il periodo neonatale che quello post-neonatale, sia la mortalità degli adulti distintamente per genere e per causa di morte.

Questo lavoro, che fa in parte riferimento ai contenuti di due articoli recenti<sup>3</sup>, distingue, ove possibile, gli stranieri per macro-aree di cittadinanza, seguendo l'ipotesi che alcune differenze che si osservano rispetto alle condizioni di salute, alla malattia e alla morte siano anche il risultato delle diverse storie di vita - sociali e culturali - dei comportamenti e condizioni lavorative che caratterizzano le persone provenienti da paesi tra loro molto diversi.

## **2. Gli stranieri in Italia: un fenomeno dalle molte facce**

È, come ricordato, dalla seconda metà degli anni '70 che l'Italia ha iniziato a registrare quello che all'epoca era evidentemente un "fenomeno nuovo": l'arrivo di immigrati stranieri provenienti dai paesi meno sviluppati del mondo<sup>4</sup>. Un flusso che inizia lentamente, ma che aumenta sensibilmente nei due decenni successivi, soprattutto a partire dagli anni '90, quando alle prime aree di origine degli immigrati se ne aggiungono di nuove. È però nel nuovo

---

<sup>3</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, in F. TROVATO (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa); G. GABRIELLI, P. GIANNANTONI, R. IMPICCIATORE, S. LOI, S. STROZZA, *I comportamenti demografici*, in S. STROZZA, G. DE SANTIS (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 61-98.

<sup>4</sup> S. STROZZA, *La presenza straniera in Italia*, in AA.VV., *L'integrazione delle comunità immigrate e l'imprenditoria straniera*, Firenze, Associazione Neodemos, 2015, pp. 9-30.

Millennio che l'immigrazione assume dimensioni imprevedibili, per l'intensificarsi di alcuni flussi, già numericamente rilevanti, provenienti da Romania, Albania, Marocco e Cina, e per l'emergere di nuove e consistenti migrazioni da alcune delle ex repubbliche sovietiche (prima di tutto Ucraina e Moldavia), dal sub-continente indiano e da alcuni paesi latinoamericani (prima dal Perù e poi dall'Ecuador), che si aggiungono a nazionalità meno dinamiche, ma presenti ormai da diverso tempo sul territorio italiano (ad esempio, quelle della ex Jugoslavia, della Tunisia, dell'Egitto e delle Filippine).

Più in dettaglio, al censimento del 2001 l'Istat conteggia quasi 1 milione e 335 mila stranieri residenti<sup>5</sup> con un errore di copertura del 10%, pari all'incirca a 155 mila unità<sup>6</sup>. A tale data i soli residenti stranieri sfiorano pertanto un milione e mezzo di persone, circa il 2,6% degli abitanti del paese. Solo dieci anni dopo, al censimento del 2011, vengono rilevati più di 4 milioni di stranieri residenti con una quota di sotto-copertura superiore all'11%<sup>7</sup>. Se si tiene conto di quelli sfuggiti alla rilevazione, i residenti stranieri censiti nel 2011 dovrebbero essere in totale all'incirca 4 milioni e mezzo, cioè più del 7,5% delle persone che vivono stabilmente in Italia. Una crescita davvero eccezionale, da imputare prevalentemente<sup>8</sup> ad un'immigrazione netta di quasi 3 milioni di persone in soli dieci anni<sup>9</sup>. La rilevazione continua dei flussi migratori, registrata dalle statistiche sulle iscrizioni anagrafiche dall'estero di cittadini stranieri, consente di sottolineare come gli arrivi siano stati particolarmente rilevanti fino al 2008 (Figura 1). La registrazione di una parte consistente di questi arrivi è avvenuta a seguito di due importanti regolarizzazioni<sup>10</sup>. Il massimo di iscrizioni anagrafiche dall'estero si regi-

---

<sup>5</sup> ISTAT, *Gli stranieri in Italia: analisi dei dati censuari. 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni*, Approfondimenti tematici, Roma, 2006, [http://www3.istat.it/dati/catalogo/20071109\\_04/stranieri\\_in\\_italia\\_analisi\\_dati\\_censuari.pdf](http://www3.istat.it/dati/catalogo/20071109_04/stranieri_in_italia_analisi_dati_censuari.pdf).

<sup>6</sup> G. BRANCATO, M. D'ORAZIO, M. FORTINI, *La copertura del censimento e l'errore di risposta*, in M. FORTINI, G. GALLO, E. PALUZZI, A. REALE, A. SILVESTRINI (a cura di), *La progettazione dei censimenti generali 2010-2011. Criticità di processo e di prodotto nel 14° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni: aspetti rilevanti per la progettazione del 15° Censimento*, Roma, ISTAT, pp. 107-123.

<sup>7</sup> M. MAZZIOTTA, *L'indagine di copertura (PES) del 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni. I risultati definitivi*, Seminario su "La misurazione della qualità del 15° Censimento generale della popolazione e delle abitazioni: i risultati dell'indagine di copertura (PES)", Roma, Istat, 27 giugno 2014. Dati analitici su dimensione e caratteristiche dei cittadini non comunitari presenti regolarmente sul territorio italiano più o meno alla stessa data sono desumibili da ISTAT, *Cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti. Anni 2012-2013*, Statistiche Report, 30 luglio 2013.

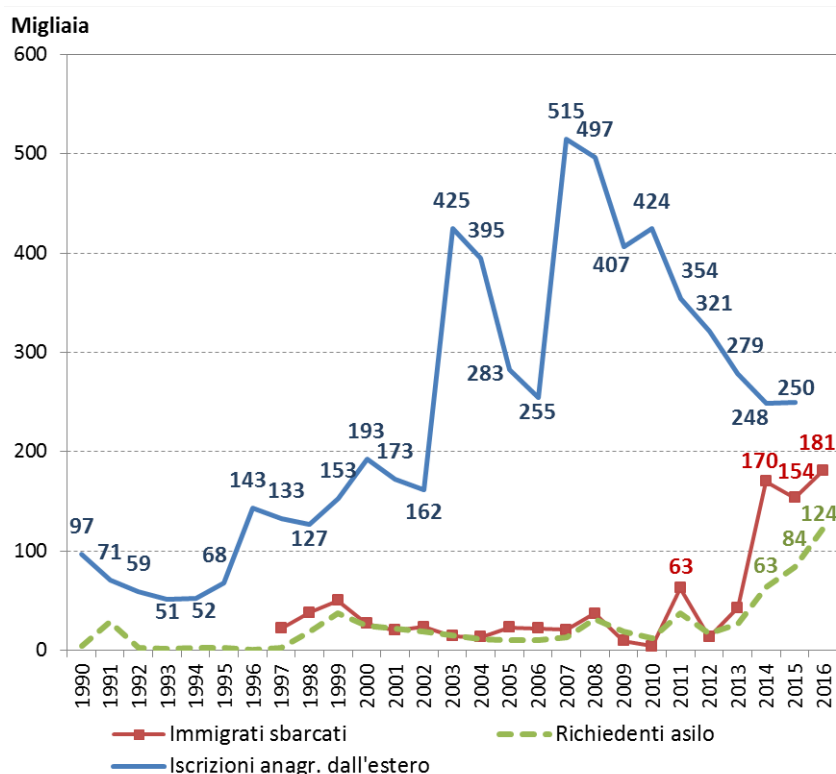
<sup>8</sup> Non esclusivamente perché tra gli ultimi due censimenti gli stranieri residenti in Italia sono triplicati anche per effetto di un saldo naturale (nati meno morti) positivo di quasi 550 mila unità, che ha più che compensato il saldo giuridico negativo dovuto alle 385 mila acquisizioni della cittadinanza italiana, ma la crescita è in larghissima prevalenza da imputare all'immigrazione netta.

<sup>9</sup> R. IMPICCIATORE, S. STROZZA, *Migrazioni internazionali e interne di italiani e stranieri*, in A. DE ROSE, S. STROZZA (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. L'Italia nella crisi economica*, Bologna, Il Mulino, 2015, pp. 109-140.

<sup>10</sup> Circa 650 mila concessioni del permesso di soggiorno con la legge Bossi-Fini del 2002 - per informazioni e analisi dettagliate cfr. M. BARBAGLI, A. COLOMBO, G. SCIORTINO (a cura di), *I sommersi e i sanati. Le regolarizzazioni degli immigrati in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2004 e S. STROZZA, E. ZUCCHETTI (a cura di), *Il Mezzogiorno dopo la grande regolarizzazione. Vecchi e nuovi volti della presenza migratoria. Volume secondo*, Milano, Franco Angeli, 2006 - e circa 550 mila domande avanzate a seguito del decreto flussi del 2006 che ha dato luogo ad una "non dichiarata" regolarizzazione - cfr. A. COLOMBO, E. MARTINI, *Il flusso legale di lavoratori dall'estero*, in AA.VV., *1° Rapporto sugli immigrati in Italia*, Roma, Ministero dell'Interno, 2007, pp. 80-131 e J. PEIXOTO, J. ARANGO, C. BONIFAZI, C. FINOTELLI, C. SABINO, S. STROZZA, A. TRIANDAFYLIDOU, *Immigrants, markets and policies in Southern*

stra nel 2007 (oltre 500 mila persone), per l'effetto congiunto della sanatoria del 2006, dell'adesione da inizio anno di Romania e Bulgaria all'Unione Europea (UE) e dell'adozione da parte del governo italiano della direttiva europea sulla libertà di circolazione e soggiorno dei cittadini dell'EU tra gli Stati membri (Direttiva 2004/38/CE del Parlamento europeo). Ciò ha prodotto in un solo anno la registrazione tra la popolazione residente di oltre 260 mila Romeni.

Figura 1 – Iscrizioni anagrafiche dall'estero di cittadini stranieri, immigrati sbarcati e richiedenti asilo. Italia, 1990-2016 (valori assoluti in migliaia)



Fonti: Istat e Ministero dell'Interno.

Negli anni della recente crisi economica cambia il volto dell'immigrazione. Mentre si riduce il numero di arrivi per motivi di lavoro, i ricongiungimenti familiari diventano la principale causa dell'immigrazione regolare<sup>11</sup>. A questa, si aggiunge anche una crescente immigrazione di profughi e richiedenti asilo.

*Europe: The making of an immigration model?*, in M. Okólski (a cura di), *European Immigration. Trends, Structures and Policy Implications*, Amsterdam, IMISCOE Research, Amsterdam University Press, 2012, pp. 107-147.

<sup>11</sup> R. IMPICCIATORE, S. STROZZA, *Migrazioni internazionali e interne di italiani e stranieri*, in A. DE ROSE, S. STROZZA (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. L'Italia nella crisi economica*, Bologna, Il Mulino, 2015, pp. 109-140.

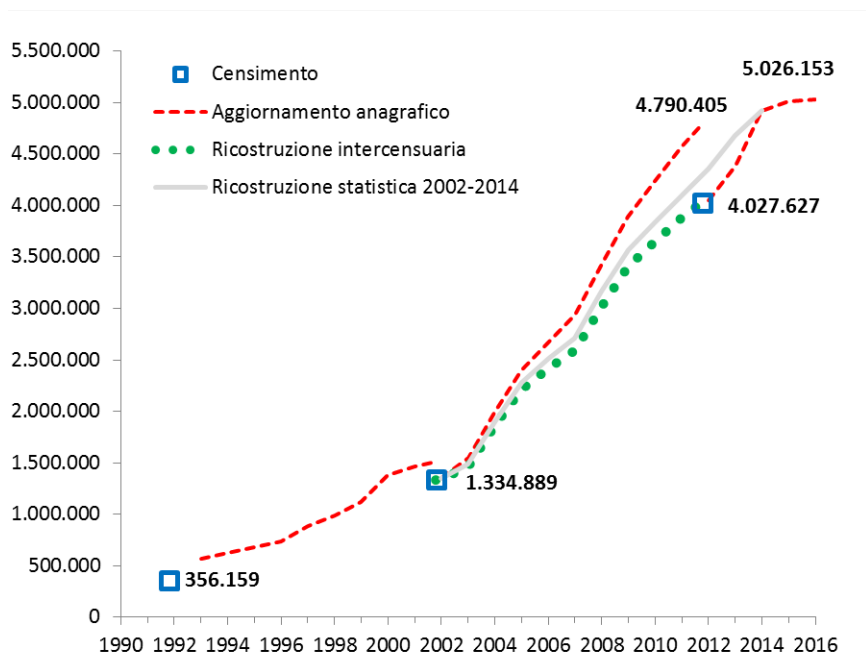
Così, fino al primo decennio del 2000 l'Italia è stata interessata prevalentemente da un'immigrazione di stranieri arrivati per motivi di lavoro - quasi sempre senza avere un'autorizzazione o con visti ricevuti per altri motivi (migrazioni camuffate) -, gestita attraverso periodiche regolarizzazioni straordinarie (se ne contano almeno otto a partire da quella del 1987-88) e seguita dai ricongiungimenti familiari, mentre a partire dal 2011 sono diventati rilevanti i flussi di altra natura. Infatti, a seguito della primavera araba e poi delle crisi politico-istituzionali e dei conflitti armati nei paesi del Medio Oriente (Siria in testa), dell'Asia centrale e dell'Africa sub-sahariana, sono aumentati gli arrivi via mare di profughi, di richiedenti asilo e di altri immigrati che rischiano la loro vita in mare attraversando il Mediterraneo pur di raggiungere le coste italiane e greche. Si tratta di una vera e propria emergenza umanitaria visto che nell'ultimo triennio 2014-2016 si contano oltre 500 mila persone salvate in mare e sbarcate in Italia e migliaia di morti e dispersi nel Mediterraneo (più di 12 mila quelli accertati nel periodo 2014-2016 secondo l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni). Coloro che arrivano attraverso le cosiddette carrette del mare si differenziano dagli altri immigrati (oltre che per la loro ovvia visibilità) per una serie di elementi, quali le motivazioni dello spostamento (per lo più si tratta di richiedenti protezione internazionale), le aree di provenienza (soprattutto Africa sub-sahariana e Asia occidentale e centrale), le caratteristiche demografiche (in prevalenza si tratta di uomini, rilevante è la componente dei minori non accompagnati), nonché la necessità di essere immediatamente soccorsi e assistiti da medici e psicologi.

L'immigrazione, tendenzialmente crescente fino al 2008 e successivamente meno consistente oltre che dalle caratteristiche differenti, ha determinato anche negli anni della crisi economica un ulteriore incremento della popolazione straniera residente. Nell'insieme, nell'ultimo quarto di secolo, la popolazione straniera passa da meno di 500 mila persone a inizio degli anni '90 a oltre 5 milioni (dieci volte tanto) nel 2016 (Figura 2). Cifra che, come segnalato, si avvicina ai 6 milioni se si considerano anche i non residenti, presenti sul territorio italiano in modo sia regolare che irregolare. Senza contare che il collettivo di origine "immigrata o straniera" comprenderebbe anche quelle persone che hanno acquisito la cittadinanza italiana e quelle nate in Italia da coppie miste e quindi italiane dalla nascita. Le prime, solo tra il 2001 e il 2011 sono state quasi 400 mila, per un ammontare di naturalizzati che al censimento del 2011 risulta costituito da oltre 671 mila residenti e ad inizio 2016 si può stimare in oltre 1 milione e 100 mila. Le seconde, che fanno riferimento ai nati da un genitore straniero ed uno italiano, sono circa 400 mila nell'ultimo ventennio. Pertanto, si tratta di un collettivo che, volendo dar fede alle statistiche disponibili, dovrebbe ad inizio 2016 aggirarsi intorno ai 7 milioni e mezzo di persone, oltre il 12% della nostra popolazione.

Tra gli stranieri residenti al primo gennaio 2016 le donne sono leggermente più numerose (52%) degli uomini e la loro struttura per età risulta ancora molto giovane, sensibilmente più giovane di quella della popolazione italiana (Figura 3). Alla stessa data, l'età media degli stranieri è di appena 33,6 anni, oltre 12 anni in meno rispetto a quella degli italiani. Tra i primi, i giovani (minori di 18 anni) sono oltre il 21% della popolazione mentre tra i secondi raggiungono appena il 16%. Capovolta è la situazione per quanto concerne gli anziani (65 anni e più), che tra gli italiani sono quasi il 24% mentre tra gli stranieri sono poco più del 3%. Non solo le due strutture per età sono sensibilmente diverse ma, come si vedrà in seguito, la

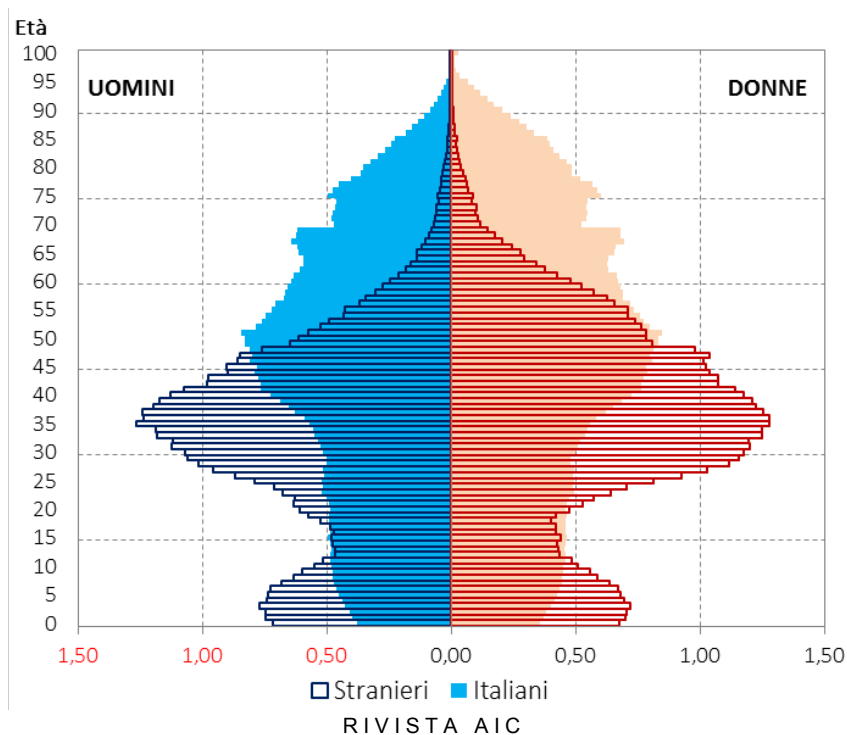
scarsa numerosità di questi ultimi rende impossibile esaminare le loro condizioni di salute e di sopravvivenza proprio nelle età della vita dove i due fenomeni sono più rilevanti.

Figura 2 – Evoluzione della popolazione straniera residente secondo le rilevazioni censuarie, gli aggiornamenti e le ricostruzioni. Italia, 1991-2016 (valori assoluti)



Fonte: Istat.

Figura 3 – Piramidi per età della popolazione residente italiana e straniera. Italia, 1° gennaio 2016 (valori percentuali) Fonte: Istat.



Al di là dei valori medi complessivi, bisogna rilevare che la popolazione straniera in Italia, più che in altri paesi di accoglimento, è un *puzzle* estremamente complesso e articolato per origini, caratteristiche e comportamenti<sup>12</sup>. I dati anagrafici ad inizio 2016 segnalano che Romeni, Albanesi e Marocchini formano i tre gruppi nazionali più numerosi (quasi il 23% del totale degli stranieri i primi, poco oltre e poco meno del 9 gli altri due gruppi), ma che occorrono le prime cinque cittadinanze per raggiungere il 50% e le prime 16 per cogliere il 75% del totale degli stranieri residenti in Italia. Si tratta nella stragrande maggioranza (96%) di stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (qui indicati come Pfp<sup>m</sup>)<sup>13</sup>, soprattutto dell'Europa centrale e orientale (poco meno del 49%), con una leggera prevalenza di quelli appartenenti all'UE (27 contro il 22%). Rilevante appare anche il contingente di Africani (21%), di Asiatici (quasi 20%) e di Latinoamericani (più del 7%). All'ampio ventaglio di cittadinanze corrispondono spesso differenti caratteristiche demografiche, sociali e/o migratorie, nonché modelli insediativi, livelli di radicamento e/o comportamenti socio-economici specifici di ogni gruppo<sup>14</sup>. Si può ritenere che questi aspetti, strettamente legati alle condizioni di vita e di lavoro, alle abitudini e comportamenti individuali, potrebbero incidere sulle diverse condizioni di salute e di sopravvivenza della popolazione straniera.

Un quadro più dettagliato delle caratteristiche per sesso ed età della popolazione straniera può essere tracciato relativamente alla situazione rilevata al censimento del 2011 (tabella 1). Anche se la data non è la più recente, va sottolineato che si tratta di un riferimento temporale coerente con gli approfondimenti che saranno via via proposti. Osservando la tabella 1, appare evidente come tra le cosiddette macro-aree di cittadinanza sia forte lo squilibrio nella struttura di genere, soprattutto tra alcune delle cittadinanze più numerose: gli uomini sono nettamente maggioritari tra i cittadini del Senegal (le donne sono appena il 27%), nonché all'interno dei gruppi nazionali del sub-continente indiano e del Nord Africa; mentre le donne sono chiaramente prevalenti tra i cittadini Esturopei (Ucraini, Polacchi e Modavi) e Latinoamericani (Peruviani ed Ecuadoriani). Abbastanza ampie appaiono anche le differenze

---

<sup>12</sup> S. STROZZA, *International migration in Europe in the first decade of the 21st century*, in *Rivista Italiana di Economia Demografia e Statistica*, 3-2010, pp. 7-43; J. PEIXOTO, J. ARANGO, C. BONIFAZI, C. FINOTELLI, C. SABINO, S. STROZZA, A. TRIANDAFYLIDOU, *Immigrants, markets and policies in Southern Europe: The making of an immigration model?*, in M. OKÓLSKI (a cura di), *European Immigration. Trends, Structures and Policy Implications*, Amsterdam, IMISCOE Research, Amsterdam University Press, 2012, pp. 107-147.

<sup>13</sup> Il gruppo dei Pfp<sup>m</sup> include tutti i Paesi africani, quelli dell'America centro-meridionale, l'Asia (ad esclusione di Giappone, Israele e Corea del Sud), l'Oceania (a esclusione di Australia e Nuova Zelanda); i Paesi di nuova adesione UE entrati nell'UE a partire da Maggio 2004 e Gennaio 2007 (a esclusione di Malta e Cipro) e, cioè, Repubblica Ceca, Estonia, Ungheria, Lettonia, Lituania, Polonia, Slovacchia, Slovenia, Bulgaria e Romania; tutti i restanti Paesi dell'Europa orientale non inclusi nei Paesi di nuova adesione UE. Mentre, i Paesi a sviluppo avanzato (Psa) includono i Paesi della UE-15, Norvegia, Islanda, Svizzera, Liechtenstein, Principato di Monaco, Andorra, Cipro, Malta, Giappone, Israele, Australia, Nuova Zelanda, Canada, Stati Uniti d'America e Corea del Sud.

<sup>14</sup> F. ROSSI, S. STROZZA, *Mobilità della popolazione, immigrazione e presenza straniera*, in G. GESANO, F. ONGARO, A. ROSINA, *Rapporto sulla popolazione. L'Italia all'inizio del XXI secolo*, Bologna, Il Mulino, 2007, pp. 111-137; S. STROZZA, *La presenza straniera in Italia*, in AA.VV., *L'integrazione delle comunità immigrate e l'imprenditoria straniera*, Firenze, Associazione Neodemos, 2015, pp. 9-30.

nella composizione per età tra le diverse cittadinanze ma in alcuni casi anche all'interno dello stesso gruppo tra uomini e donne.

Inoltre, genere e provenienza si associano in modo significativo con le opportunità occupazionali degli immigrati, tanto da determinare l'etnicizzazione del mercato del lavoro<sup>15</sup>. Nella pluralità di modelli territoriali di inserimento lavorativo (non riducibili alla sola dicotomia Nord-Sud) le donne di alcune nazionalità sono concentrate nella collaborazione domestica e/o nella cura di anziani e ammalati, mentre per determinati gruppi nazionali gli uomini si collocano prevalentemente in agricoltura, nell'edilizia o nel commercio<sup>16</sup>.

Tabella 1 – Ammontare e struttura per sesso ed età della popolazione straniera residente distinta per macro-area e primi 15 paesi di cittadinanza. Italia, 9 ottobre 2011 (valori assoluti in migliaia, valori percentuali ed età media distinta per sesso).

Aree e primi 15 paesi di cittadinanza	Residenti (in migliaia)	% per cittad.	% donne	% per classi di età				Età media		
				0-14	15-39	40-64	65+	Totale	Uomini	Donne
Psa	169,3	4,2	61,6	6,9	28,5	49,5	15,1	45,7	46,5	45,2
Nuovi paesi UE	976,0	24,2	58,9	16,7	53,8	28,8	0,7	31,6	29,2	33,2
Europa dell'Est	1.017,7	25,3	56,7	19,5	46,1	31,4	3,0	32,5	29,8	34,5
Nord Africa	578,3	14,4	43,5	29,0	44,2	24,6	2,2	28,4	29,7	26,9
Africa sub-Sahariana	267,5	6,6	42,3	22,9	48,2	28,0	0,9	29,8	31,1	28,1
Asia	703,8	17,5	46,4	23,2	48,7	26,8	1,2	29,7	29,4	30,0
America Latina	314,7	7,8	63,4	15,6	51,5	30,7	2,1	32,8	29,7	34,6
TOTALE	4.027,6	100,0	53,3	20,2	48,0	29,5	2,3	31,6	30,2	32,8
Romania	823,1	20,4	56,6	17,7	54,3	27,4	0,6	30,8	29,0	32,2
Albania	451,4	11,2	47,8	23,8	48,1	23,2	4,8	30,3	30,3	30,2
Marocco	407,1	10,1	45,9	28,1	44,7	24,4	2,8	28,8	29,6	27,9
Cina	194,5	4,8	49,2	26,2	47,8	25,1	0,9	28,1	27,9	28,3
Ucraina	178,5	4,4	79,5	7,3	35,4	55,3	2,0	40,9	30,3	43,6
Moldova	130,6	3,2	66,6	14,1	51,1	34,2	0,5	33,2	28,4	35,6
Filippine	129,0	3,2	57,1	18,4	38,7	41,1	1,8	34,4	32,0	36,2
India	116,8	2,9	40,5	24,3	52,2	22,1	1,3	28,5	28,8	27,9
Perù	93,9	2,3	60,0	16,6	46,9	34,1	2,3	33,4	31,0	34,9
Polonia	84,6	2,1	73,9	12,0	50,8	36,0	1,2	35,6	30,1	37,6
Tunisia	82,1	2,0	39,7	29,7	41,0	28,1	1,1	28,5	30,3	25,6
Ecuador	80,6	2,0	58,7	21,2	48,7	29,0	1,0	30,2	27,3	32,3
Bangladesh	80,6	2,0	33,1	23,8	63,3	12,6	0,3	26,6	28,6	22,5
Macedonia	73,4	1,8	45,3	25,9	48,4	24,5	1,2	27,9	28,4	27,4
Senegal	72,5	1,8	26,9	20,7	40,4	38,5	0,4	32,4	35,5	24,0

<sup>15</sup> L. ZANFRINI, *Politiche delle 'quote' ed etnicizzazione del mercato del lavoro italiano*, in *Sociologia del lavoro*, 88-2002, pp. 186-226.

<sup>16</sup> S. STROZZA, A. PATERNO, L. BERNARDI, G. GABRIELLI, *Migrants in the Italian labour market: Gender differences and regional disparities*, in H. STALFORD, S. VELLUTI AND S. CURRIE (a cura di), *Gender and Migration in 21st Century Europe*, The Liverpool Law School, University of Liverpool, 2009, pp. 131-160; E. DE ROSA, E. DI PASQUALE, M. LIVI BACCI, E. MARZILLI, F. PINTALDI, M.E. PONTECORVO, C. TRONCHIN, *Gli stranieri e il mercato del lavoro*, in S. STROZZA, G. DE SANTIS (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 99-135.



Fonte: Istat, 15° Censimento generale della popolazione e della abitazioni.

Prima dell'ultima crisi economica gli stranieri non avevano rischi di disoccupazione significativamente più elevati di quelli della forza lavoro italiana, ma erano, e rimangono tuttora, fortemente penalizzati per quanto riguarda il loro status socio-professionale. Secondo i dati dell'indagine sulle forze di lavoro, risulta elevata la loro segregazione per settore occupazionale ed è ugualmente forte la loro concentrazione nei livelli più bassi della scala delle professioni (gli stranieri sono un terzo degli operai generici). Si tratta spesso dei cosiddetti lavoratori delle 3D – *dirty, dangerous and demanding*<sup>17</sup> –, categoria che nella letteratura italiana è stata ulteriormente ampliata nella sua connotazione negativa con l'espressione lavori «delle cinque P», cioè “pesanti, pericolosi, precari, poco pagati e penalizzati socialmente”<sup>18</sup>. Tale situazione non è causata dai bassi livelli di istruzione degli immigrati. Al contrario, il loro svantaggio rispetto agli italiani aumenta proprio quando è preso in considerazione il loro livello d'istruzione<sup>19</sup>. Gli immigrati, anche se istruiti, rispondono ad una domanda di lavoro poco qualificata e spesso proveniente dall'economia sommersa. L'accesso a lavori manuali non qualificati e semi-qualificati risultava per gli immigrati abbastanza facile prima della crisi economica e un po' meno negli ultimi anni, mentre l'impiego in proprio e soprattutto quello in lavori non manuali era e rimane davvero difficile, con scarsissime possibilità di mobilità professionale ascendente<sup>20</sup>.

In sintesi, dopo quasi quarant'anni d'immigrazione, oggi la popolazione straniera si compone di: persone giunte da poco tempo per lavoro o in cerca di protezione con un progetto di permanenza più o meno breve; persone arrivate da diverso tempo e che hanno deciso di stabilirsi per sempre o quantomeno per alcuni anni nel paese; giovani o giovanissimi - giunti con i genitori o successivamente per ricongiungimento o nati in Italia - che sono in procinto di entrare o sono già inseriti nel sistema scolastico o che hanno terminato gli studi e sono alla ricerca o svolgono già un'attività lavorativa<sup>21</sup>. È importante ribadire che i nuovi arrivi continuano ad essere consistenti, ma sempre meno per motivi di lavoro e sempre più per ricongiungimento familiare o per richiesta di protezione. Nel frattempo, crescono le seconde generazioni e gli immigrati arrivati da qualche decennio invecchiano. Rispetto alla struttura per età, se all'inizio la popolazione straniera era composta prevalentemente da giovani adul-

---

<sup>17</sup> J. CONNELL, *Kitanai, Kitsui and Kiken: The Rise of Labour Migration to Japan*, Economic & Regional Restructuring Research Unit, University of Sydney, 1993; M.I. ABELLA, Y. PARK, W.R. BOHNING, *Adjustments to Labour Shortages and Foreign Workers in the Republic of Korea*, International Migration Papers,1, Genève, ILO, 1995.

<sup>18</sup> M. AMBROSINI, *Sociologia delle migrazioni*, Bologna, Il Mulino, 2005, p. 59.

<sup>19</sup> G. FULLIN, E. REYNERI, *Low unemployment and bad jobs for new immigrants in Italy*, in *International Migration*, 1-2011, pp. 118-147; C. DELL'ARINGA, L. PAGANI, *Labour market assimilation and over-education: The case of immigrant workers in Italy*, in *Economia Politica*, 2-2011, pp. 219-240.

<sup>20</sup> A. VENTURINI, C. VILLOSIO, *Labour-market assimilation of foreign workers in Italy*, in *Oxford Review of Economic Policy*, 3-2008, pp. 517-541.

<sup>21</sup> S. STROZZA, *Le seconde generazioni in Italia: i numeri di un fenomeno in ascesa*, in O. CASACCHIA, L. NATALE, AND A. GUARNERI (a cura di), *Tra i banchi di scuola. Alunni stranieri e italiani a Roma e nel Lazio*, Milano, Franco Angeli, 2009, pp. 19-42.

ti, oggi contano più che in passato gli adulti meno giovani, le seconde generazioni in età pre-scolare o scolare e, non di rado, anche gli individui prossimi all'età al pensionamento.

Le differenti tipologie dei flussi migratori generano bisogni sanitari altrettanto differenti, con un impatto variabile a breve termine sul sistema sanitario nazionale. Così, l'arrivo di lavoratori, per lo più giovani, produce nel breve periodo un impatto praticamente irrilevante sulla salute pubblica; i ricongiungimenti familiari fanno emergere bisogni connessi alla salute riproduttiva delle donne e alla salute dei bambini; l'accoglimento dei profughi richiede il sostegno psicologico immediato di coloro che fuggono da guerre e persecuzioni e, spesso, anche l'immediato supporto medico dei soggetti che giungono in condizioni critiche, situazione frequente tra le persone salvate in mare.

Ci si attende quindi che l'eterogeneità delle provenienze degli immigrati, originari di paesi che hanno condizioni sanitarie e socio-economiche, nonché livelli di sopravvivenza notevolmente variabili, possa incidere in modo significativo sulle condizioni della salute complessiva e della mortalità delle popolazioni oggetto di studio. Inoltre, bisogna tener presente che con il trascorrere del tempo, le domande di salute possono modificarsi anche in relazione alla diversa composizione per caratteristiche demografiche, tipologie migratorie e condizioni di presenza.

Queste considerazioni spingono nella direzione di esaminare in una prospettiva comparativa lo stato di salute degli immigrati, il loro ricorso ai servizi sanitari, nonché i relativi livelli di mortalità. Una comparazione condotta a più livelli, tra migranti di diverse origini e tra questi e gli italiani, tenendo però presente che l'analisi delle differenze tra italiani e stranieri che di seguito viene proposta, non può che essere incompleta e che, pertanto, consente solo una prima lettura di una storia ancora tutta da scrivere.

### **3. La salute della popolazione straniera residente in Italia**

#### ***3.1. Salute percepita, malattie croniche e limitazioni delle attività***

Tra le numerose dimensioni del processo di integrazione degli immigrati, l'accesso ai servizi sanitari e le condizioni di salute ricoprono un ruolo di primaria importanza. La salute, infatti, oltre che un diritto fondamentale dell'essere umano, è anche un requisito indispensabile affinché ogni individuo possa essere parte attiva della società.

Come già ricordato, lo studio delle condizioni di salute degli immigrati in Italia pone diverse sfide dovute alla difficile reperibilità di dati utili allo scopo. La letteratura è pertanto piuttosto limitata, soprattutto se paragonata allo sviluppo della ricerca sullo stesso tema in altri paesi di più lunga storia migratoria, come gli Stati Uniti, il Canada, l'Australia e, in Europa, il Regno Unito, la Francia e la Germania. L'evidenza empirica internazionale presenta delle caratteristiche generali che sembrano essere universalmente valide: gli immigrati godono, in genere, di buone condizioni di salute all'arrivo (fenomeno noto in letteratura come "effetto migrante sano"), mediamente migliori di quelle delle popolazioni ospiti, a causa della forte selezione che nei paesi di origine porta ad emigrare in prevalenza gli individui più sani e robusti. La selezione all'origine è comprensibilmente più forte per coloro che emigrano per

ragioni economiche, legate alla ricerca di lavoro e di una condizione economica e di vita migliore di quella lasciata nel paese di origine, rispetto a quelli che emigrano forzatamente o per ragioni di ricongiungimento familiare. Inoltre, un altro aspetto noto è che all'aumentare della distanza tra il paese di origine e quello di destinazione, la selezione è ancora più marcata, per effetto delle maggiori difficoltà legate al processo migratorio.

Nonostante i meccanismi appena descritti rendano spesso le popolazioni immigrate mediamente più sane di quelle native, è noto che con il passare del tempo di permanenza nel luogo di arrivo gli immigrati vedono la loro salute deteriorarsi rapidamente<sup>22</sup>. Ciò accade per effetto dei meccanismi di assimilazione degli stili di vita (comprese le abitudini alimentari) e dei comportamenti a rischio<sup>23</sup>, e anche per effetto delle loro svantaggiate condizioni economiche e di lavoro nei paesi di arrivo<sup>24</sup>. Con l'avanzare dell'età il deterioramento delle condizioni di salute avviene più rapidamente di quanto succeda per il resto della popolazione, innescando un processo di convergenza dei livelli di salute degli immigrati verso quelli dei nativi e, talvolta, superandoli.

Con i dati attualmente disponibili nel contesto italiano è possibile delineare le condizioni di salute degli immigrati in Italia che non può però tenere conto della dinamica del fenomeno, a causa dell'assenza di informazioni longitudinali<sup>25</sup>. L'evidenza empirica sul caso italiano, seppur limitata, conferma i meccanismi descritti in precedenza. È stato dimostrato<sup>26</sup> come gli immigrati presentino migliori condizioni di salute rispetto agli italiani nel periodo immediatamente successivo alla migrazione, ma vedano il vantaggio ridursi all'aumentare della durata della permanenza in Italia.

A livello descrittivo, la figura 4 consente di apprezzare, per macro-aree geografiche di nascita e per genere, le differenze nella cattiva salute percepita, nelle limitazioni alle attività

---

<sup>22</sup> Per gli Usa cfr. G. JASSO, e D. MASSEY, *Immigrant health: selectivity and acculturation*, IFS Working Papers, 2004, No. 04/23, Institute for Fiscal Studies (IFS); H. ANTECOL, K. BEDARD, *Unhealthy assimilation: why do immigrants converge to American health status levels?*, in *Demography*, 2-2006, pp. 337-360; per il Canada cfr. J. T. McDONALD, S. KENNEDY, *Insights into the 'healthy immigrant effect: Health status and health service use of immigrants to Canada*, in *Social Science & Medicine*, 8-2004, pp. 1613-1627; per l'Australia cfr. N. BIDDLE, S. KENNEDY, J.T. McDONALD, *Health Assimilation Patterns Amongst Australian Immigrants*, in *Economic Record*, 260-2007, pp. 16-30; B.R. CHISWICK, Y.L. LEE, P.W. MILLER, *Immigrant selection systems and immigrant health*, in *Contemporary Economic Policy*, 4-2008, pp. 555-578.

<sup>23</sup> G. JASSO, D. MASSEY, *Immigrant health: selectivity and acculturation*, IFS Working Papers, 2004, No. 04/23, Institute for Fiscal Studies (IFS); J.T. McDONALD, S. KENNEDY, *Insights into the healthy immigrant effect: Health status and health service use of immigrants to Canada*, in *Social Science & Medicine*, 8-2004, pp. 1613-1627.

<sup>24</sup> C. BORRELL, C. MUNTANER, J. SOL'E, L. ARTAZCOZ, R. PUIGPINOS, J. BENACH, S. NOH, *Immigration and self-reported health status by social class and gender: the importance of material deprivation, work organisation and household labour*, in *Journal of Epidemiology and Community Health*, 2008, 62.5, e7-e7; J. ALVAREZ-GALVEZ, *Measuring the effect of ethnic and non-ethnic discrimination on Europeans' self-rated health*, in *International Journal of Public Health*, 3-2016, pp. 367-374.

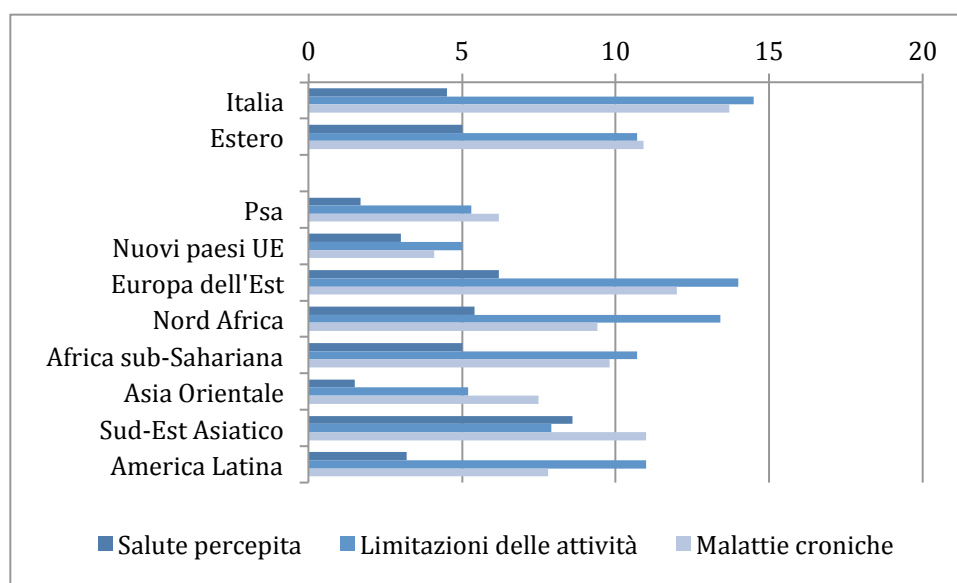
<sup>25</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, in F. TROVATO (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa); G. GABRIELLI, P. GIANNANTONI, R. IMPICCIATORE, S. LOI, S. STROZZA, *I comportamenti demografici*, in S. STROZZA, G. DE SANTIS (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 61-98.

<sup>26</sup> S. LOI, *Social Determinants of Migrants' Health in Italy, Evidence from Duration of Stay and Migration History*, Tesi di Dottorato, Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Un. di Roma, 2016.

quotidiane e nella presenza di malattie croniche in età adulta<sup>27</sup>. Come nelle attese, nel complesso la popolazione immigrata ha condizioni migliori di quella nativa: la prevalenza di cattiva salute degli individui nati all'estero è inferiore per tutti gli indicatori presi in considerazione.

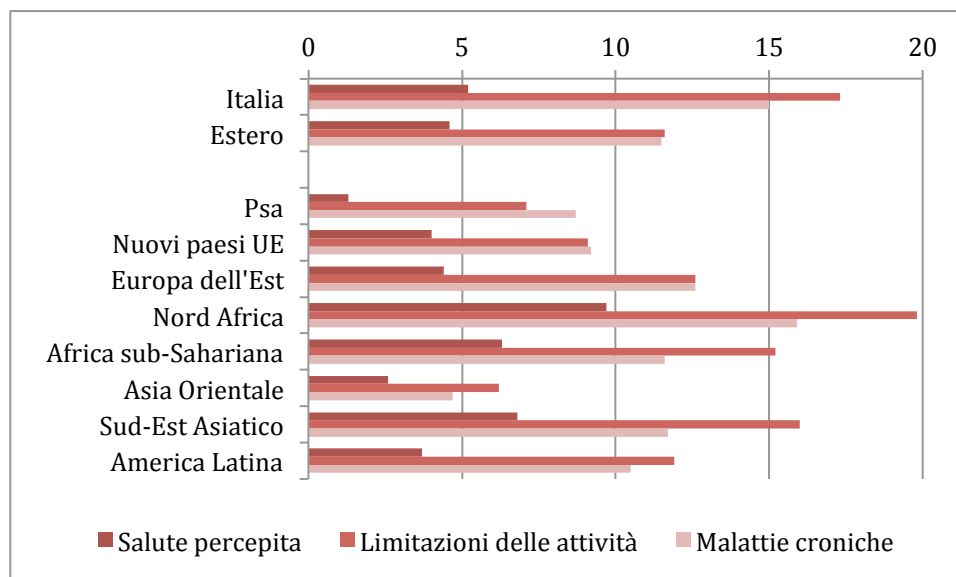
Figura 4 - Prevalenza della cattiva salute percepita, delle limitazioni alle attività e della presenza di malattie croniche nelle età comprese tra i 18 e i 64 anni, per area geografica di nascita e genere<sup>(a)</sup>. Italia, anno 2009 (valori percentuali)

*Uomini*



<sup>27</sup> La salute percepita, così come definita dalla Organizzazione Mondiale della Sanità indica “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non semplicemente l’assenza di malattia e di infermità” (OMS, Costituzione dell’Organizzazione mondiale della Sanità, 1946); l’indicatore delle limitazioni delle attività (*Global Activity Limitation Indicator*, GALI), fa riferimento alla incapacità, moderata o grave, di svolgere le normali attività di tutti i giorni a causa della presenza di uno o più problemi di salute; mentre l’ultimo indicatore identifica la presenza di almeno una malattia cronica.

## Donne



Nota: (a) Valori standardizzati per età con il metodo diretto, popolazione standard: EU-28 del 2009.

Fonte: G. Gabrielli, P. Giannantoni, R. Impicciatore, S. Loi, S. Strozza, *I comportamenti demografici*, in S. Strozza, G. De Santis (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, p. 66 (dati Istat: per la popolazione italiana: *Indagine sul reddito e condizioni di vita, It-Silc 2009*; per la popolazione straniera: *Reddito e condizioni di vita delle famiglie con stranieri, 2009*).

Nel confronto tra cittadinanze si nota, tuttavia, come alcuni particolari gruppi abbiano condizioni di salute peggiori rispetto ai nativi. È questo il caso degli immigrati dal Sud-Est Asiatico, che presentano la prevalenza di cattiva salute percepita più elevata (4,1 punti percentuali in più rispetto ai nativi), seguiti dai cittadini dell'Europa dell'Est (+1,7), da quelli del Nord Africa (+0,9) e da quelli provenienti dai paesi dell'Africa sub-Sahariana (+0,5). Anche le cittadine del Nord Africa, della regione sub-Sahariana e del Sud-Est Asiatico presentano una percezione delle loro condizioni di salute decisamente peggiore di quella delle donne native (rispettivamente +4,5, +1,1 e +1,6 punti percentuali).

Come si può notare, le nord-africane costituiscono un gruppo particolarmente svantaggiato, rispetto a tutte le dimensioni di salute qui considerate e nel confronto con tutti gli altri gruppi di donne. Si può interpretare lo svantaggio di salute di queste donne come il risultato congiunto di due fenomeni. Da una parte, le donne africane sono meno caratterizzate

dal cosiddetto “effetto migrante sano”, poiché sono giunte in Italia in prevalenza per ricongiungimento familiare<sup>28</sup>, mentre gli immigrati positivamente selezionati dal punto di vista della salute, come già ricordato, sono quelli giunti nel paese di destinazione per lavoro<sup>29</sup>. Dall'altra parte, le donne africane costituiscono, insieme alla loro controparte maschile, uno dei gruppi più svantaggiati dal punto di vista della condizione socio-economica sperimentata in Italia.

Gli immigrati arrivati dai paesi del Sud-Est asiatico (in prevalenza da Bangladesh, India e Pakistan) presentano livelli di prevalenza particolarmente elevati, per tutte le dimensioni considerate. Anche in altri Paesi di accoglimento queste popolazioni hanno condizioni di salute particolarmente svantaggiate, ad esempio nel Regno Unito<sup>30</sup>. Le sfavorevoli condizioni socio-economiche e le condizioni di lavoro, anche in questo caso, giocano sicuramente un ruolo importante nel determinare le situazioni di svantaggio<sup>31</sup>.

Tra i gruppi di immigrati particolarmente “protetti” da condizioni di salute avverse, troviamo quelli provenienti dai Psa, dall'Asia Orientale e dell'America Latina. Per quanto riguarda gli immigrati dai Psa, all'effetto migrante sano si aggiunge senz'altro l'effetto delle loro migliori condizioni socio-economiche sia in Italia che nei paesi di origine. Diverso è il caso invece dei nati in Asia Orientale e dei Sudamericani. Per entrambi, come ricordato in precedenza, la grande distanza geografica che separa i paesi di origine di queste persone dall'Italia, può giocare un ruolo significativo nel determinare una maggiore selezione a favore del migrante sano al momento dell'arrivo.

Infine, gli immigrati nati nei paesi dell'Est Europa non UE (prevalentemente moldavi e ucraini) presentano peggiori livelli di salute rispetto agli immigrati provenienti dai paesi di recente ingresso nell'Unione (per la maggior parte nati in Romania). Tale risultato, secondo alcuni autori, sembra attribuibile alla probabile maggiore facilità di integrazione da parte dei cittadini UE rispetto agli altri immigrati<sup>32</sup>.

---

<sup>28</sup> F. ROSSI, S. STROZZA, *Mobilità della popolazione, immigrazione e presenza straniera*, in G. GESANO, F. ONGARO, A. ROSINA, *Rapporto sulla popolazione. L'Italia all'inizio del XXI secolo*, Bologna, Il Mulino, 2007, pp. 111-137; C. BONIFAZI, C. CONTI, *La transizione dell'Italia da paese di emigrazione a paese d'immigrazione*, in S. STROZZA, G. DE SANTIS (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 29-60.

<sup>29</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, F. Trovato (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa); G. GABRIELLI, P. GIANNANTONI, R. IMPICCIATORE, S. LOI, S. STROZZA, *I comportamenti demografici*, in S. STROZZA, G. DE SANTIS (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 61-98.

<sup>30</sup> J.Y. NAZROO, *Genetic, cultural or socio-economic vulnerability? Explaining ethnic inequalities in health*, in *Sociology of Health & Illness*, 5-1998, pp. 710-730; T. CHANDOLA, *Ethnic and class differences in health in relation to British South Asians: using the new National Statistics Socio-Economic Classification*, in *Social Science & Medicine*, 8-2001, pp. 1285-1296.

<sup>31</sup> Cfr. Loi S., *Social Determinants of Migrants' Health in Italy, Evidence from Duration of Stay and Migration History*. Tesi di Dottorato, Dipartimento di Scienze Statistiche, Sapienza Un. di Roma, 2016.

<sup>32</sup> G. GABRIELLI, P. GIANNANTONI, R. IMPICCIATORE, S. LOI, S. STROZZA, *I comportamenti demografici*, in S. STROZZA, G. DE SANTIS (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 61-98.

### **3.2. Ospedalizzazione, salute riproduttiva, infortuni e malattie professionali**

Alcune rilevazioni correnti consentono di disporre di informazioni specifiche direttamente collegate alla condizione di salute delle persone in generale e anche degli immigrati/stranieri. Su questi dati si è concentrata in passato l'attenzione degli studiosi italiani.

In particolare, lo studio delle ospedalizzazioni riveste un ruolo molto importante per la comprensione delle condizioni di salute della popolazione straniera. L'universalità del servizio sanitario nazionale, che per una serie di servizi sanitari di base è garantito anche agli stranieri presenti in maniera irregolare, contribuisce all'elevato utilizzo delle strutture ospedaliere da parte degli stranieri, soprattutto di quelli non regolari, che a causa del loro status giuridico non possono fare riferimento ad altre strutture. Inoltre, i dati sulle ospedalizzazioni costituiscono una fonte continua e affidabile sulle oggettive condizioni di salute.

I dati sulle dimissioni ospedaliere a seguito di ricovero ordinario (Figura 5) e di *day hospital* (Figura 6) della popolazione straniera e italiana pubblicati sul rapporto Osservasalute<sup>33</sup> mostrano come nel periodo 2003-2013 il numero totale di ricoveri dei pazienti stranieri sia aumentato per entrambi i regimi. Tale evoluzione riflette inevitabilmente l'incremento della popolazione straniera registrato negli ultimi anni, descritto in precedenza.

Maggiormente informativi sono i tassi di ospedalizzazione standardizzati che consentono di operare confronti al netto delle differenze nelle strutture per età. Questi evidenziano una progressiva riduzione nel tempo delle ospedalizzazioni sia per gli uomini che per le donne, italiani e stranieri. A conferma della generale migliore condizione di salute della popolazione straniera, si osservano tassi più bassi rispetto agli italiani per entrambi i sessi e per tutto il periodo considerato. Altrettanto evidenti sono le differenze per genere: le donne fanno registrare tassi sempre più alti degli uomini. Tuttavia, nel caso delle donne le differenze tra straniere e italiane sono meno accentuate rispetto a quelle che si osservano tra gli uomini. L'ampio differenziale di genere osservato tra gli stranieri può essere spiegato, almeno in parte, dal fatto che le donne fanno largo uso delle strutture ospedaliere per far fronte a bisogni di assistenza durante il periodo della gravidanza, al momento del parto, o per il ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza<sup>34</sup>. Questo trova riscontro anche sui dati delle ospedalizzazioni per causa. In effetti, le ospedalizzazioni per cause connesse alla salute riproduttiva sono le uniche a far registrare tassi più alti per le donne straniere rispetto a quelle delle italiane che spesso ricorrono alla sanità privata. In particolare, nei dati pubblicati dal rapporto<sup>35</sup> si evidenzia l'alto tasso di ospedalizzazioni per complicazioni della gestazione, gravidanza e puerperio (33,8‰ in regime di ricovero ordinario e 9,8‰ in regime di *day hospital* per le stra-

---

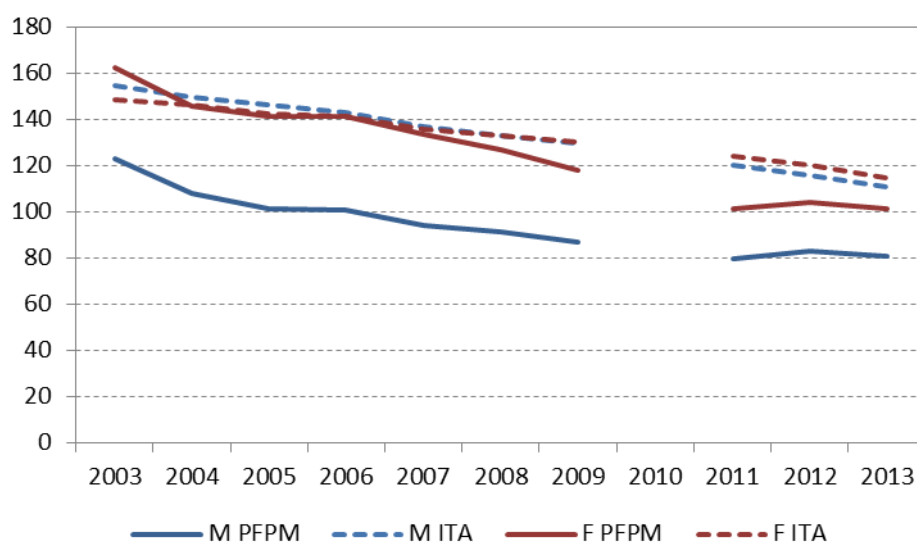
<sup>33</sup> A. BURGIO, G. BAGLIO, A. PETRELLI, A. PUGLIESE, *Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2015: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2016, p. 277-281.

<sup>34</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, in F. Trovato (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa); Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2014: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2015.

<sup>35</sup> Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2014: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2015, pp.279-280.

niere e rispettivamente 26,9‰ e 4,9‰ per le italiane) e per aborto (8,4‰ in regime di *day hospital* per le straniere e 3,3‰ per le italiane).

Figura 5 - Evoluzione delle dimissioni ospedaliere in regime di ricovero ordinario distintamente per sesso e cittadinanza (stranieri dei PfpM e Italiani). Tassi per 1.000 abitanti standardizzati per età<sup>(a)</sup>. Italia, 2003-2009 e 2011-2013.



Nota: (a) Valori standardizzati con il metodo diretto utilizzando come popolazione tipo quella residente in Italia al Censimento del 2001.

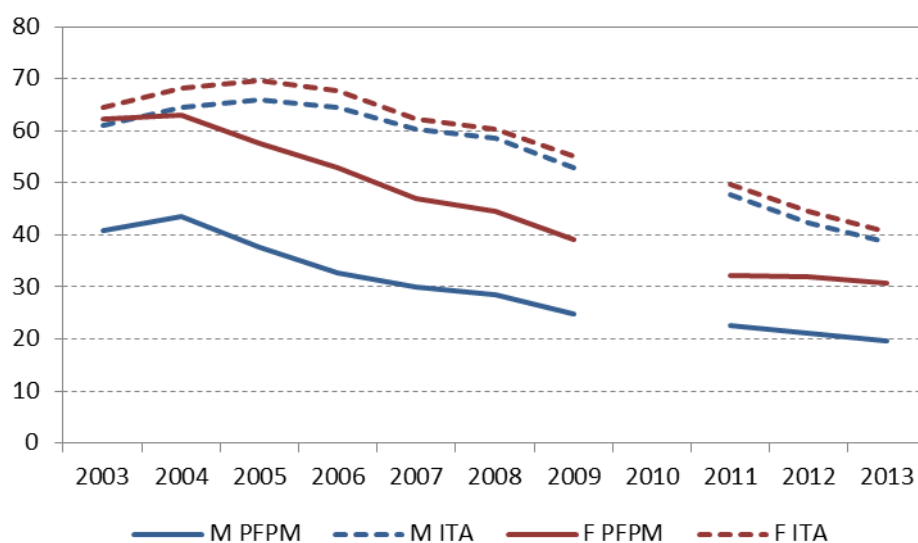
Fonte: Per i dati fino al 2011 A. Pugliese, A. Burgio, S. Geraci, A. Petrelli, G. Baglio, *Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2014: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2015, p. 276; Per i dati 2012-2013 A. Burgio, G. Baglio, A. Petrelli, A. Pugliese *Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2015: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2016, p. 279.

La salute perinatale rappresenta un'altra dimensione oggettiva della salute particolarmente importante perché legata alle condizioni socio-economiche della donna. L'associazione tra la condizione migratoria e gli esiti avversi nella salute perinatale è stato oggetto di un lavoro condotto nel Lazio relativamente a due diversi periodi (1996-1998 e 2006-2008), con riferimento alle informazioni provenienti dal *database* sulle dimissioni ospede-



daliere<sup>36</sup>. Dall'analisi degli indicatori della salute perinatale, che comprendono età gestazionale, indice di Apgar, disturbi respiratori neonatali, necessità di terapia intensiva neonatale e decessi in ospedale, emerge una evidente maggiore vulnerabilità dei figli di madre straniera rispetto a quelli di madre italiana per tutti gli indicatori e per entrambi i periodi<sup>37</sup>. Inoltre, nello stesso lavoro, vengono mostrate importanti differenze per cittadinanza della madre. In particolare, le madri dell'Africa Occidentale e sub-Sahariana hanno un rischio molto alto di sperimentare esiti perinatali avversi.

Figura 6 - Evoluzione delle dimissioni ospedaliere in regime di day hospital distintamente per sesso e cittadinanza (stranieri dei PfpM e Italiani). Tassi per 1.000 abitanti standardizzati per età. Italia, 2003-2009 e 2011-2013.



Nota: (a) Valori standardizzati con il metodo diretto utilizzando come popolazione tipo quella residente in Italia al Censimento del 2001.

Fonte: Per i dati fino al 2011 A. Pugliese, A. Burgio, S. Geraci, A. Petrelli, G. Baglio, *Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2014: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2015, p. 276; Per i dati 2012-2013 A. Burgio, G. Baglio, A. Petrelli, A. Pugliese *Ospedalizzazione tra gli stranieri in Italia*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2015: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2016, p. 279.

<sup>36</sup> L. CACCIANI, S. ASOLE, A. POLO, F. FRANCO, R. LUCCHINI, M. DE CURTIS, D. DI LALLO, G. GUASTICCHI, *Perinatal outcomes among immigrant mothers over two periods in a region of central Italy*, in *BMC Public Health*, 1-2011, p. 1.

<sup>37</sup> Ibidem p. 8.

Anche le informazioni sulla salute legate al tipo di lavoro svolto, così come le statistiche sugli incidenti sul lavoro, forniscono un quadro delle condizioni di salute che sono strettamente connesse alla condizione socio-economica e professionale degli stranieri. Gli effetti negativi del lavoro di tipo usurante sulla salute sono ben noti in letteratura<sup>38</sup>, pertanto un approfondimento di questi aspetti con riguardo alla popolazione immigrata riveste un ruolo di primaria importanza. Come è noto, i lavoratori stranieri in Italia sono spesso impiegati in professioni che richiedono una bassa qualifica e talvolta un grande sforzo fisico, volgendo spesso attività di tipo manuale. In generale, le professioni svolte dagli stranieri sono mediamente caratterizzate da una maggiore incidentalità rispetto a quelle svolte dagli italiani. In effetti, in uno studio recente<sup>39</sup>, riferito al 2007, è stato rilevato che il rischio di essere vittime di incidenti sul lavoro è più alto tra gli stranieri rispetto agli italiani e che, per i primi, tale rischio è particolarmente alto nel settore delle costruzioni, dove questi sono maggiormente occupati. Inoltre, a parità di settore di attività, il rischio è ancor più elevato quando gli stranieri non possiedono una qualifica professionale. Purtroppo, lo studio non è in grado di cogliere il fenomeno in riferimento alla componente non regolare della popolazione straniera, per la quale è ragionevole immaginare un quadro di rischio ancora più preoccupante.

Finora abbiamo descritto le condizioni di salute della popolazione straniera residente in Italia senza alcuna distinzione rispetto allo status giuridico individuale. Attualmente non è possibile analizzare le condizioni di salute e di mortalità separatamente per migranti economici, richiedenti asilo e rifugiati, a causa della mancanza di dati utili allo scopo. Questa distinzione sarebbe opportuna ed è auspicabile per il futuro. La diversa motivazione alla base della migrazione tra i rifugiati e i 'migranti economici', infatti, determina anche il diverso grado di selezione tra i due gruppi: è ragionevole ipotizzare che la selezione sia quasi nulla nel caso dei primi ma molto forte nel caso dei secondi. Inoltre, la modalità di migrazione dei rifugiati e richiedenti asilo, spesso via mare e in condizioni pericolose, costituisce un importante fattore di rischio sia per la salute che per la sopravvivenza.

Negli ultimi anni l'Italia è stata ed è meta di flussi migratori provenienti da paesi ad alta instabilità politica, in particolare da paesi dell'Africa sub-Sahariana e del Medio Oriente. Questi flussi hanno fatto temere che alcune malattie infettive (come la tubercolosi, la lebbra, la scabbia, ecc.) ormai da tempo debellate potessero fare la loro ricomparsa nel nostro paese.

I dati recentemente pubblicati nell'ultimo rapporto Osservasalute<sup>40</sup>, sui nuovi casi di tubercolosi registrati in Italia nel periodo 2006-2015 dal sistema di notifica delle malattie infettive del Ministero della Salute, forniscono indicazioni senza dubbio importanti.

---

<sup>38</sup> Per una rassegna cfr. L. BERKMAN, I. KAWACHI, M. GLYMOUR, *Social epidemiology* Oxford, Oxford University Press, 2014.

<sup>39</sup> M.A. SALVATORE, G. BAGLIO, L. CACCIANI, A. SPAGNOLO, A. ROSANO, *Work-related injuries among immigrant workers in Italy*, in *Journal of Immigrant and Minority Health*, 1-2013, pp. 182-187.

<sup>40</sup> S. D'AMATO, S. BONFIGLI, C. CENCI, F.P. MARAGLINO, *Tubercolosi tra gli stranieri in Italia*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2016: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2017, p. 291-293.

I tassi calcolati risentono di alcune imperfezioni, dovute ad una discrepanza tra numeratore e denominatore. Al numeratore sono riportati i casi di tubercolosi per persone nate all'estero, mentre al denominatore la popolazione è quella di persone straniere, cioè con cittadinanza diversa da quella italiana. Per questo motivo, i dati sono da considerarsi soltanto indicativi del fenomeno<sup>41</sup>. Nonostante l'allarme lanciato dai mezzi di comunicazione, nel periodo considerato i nuovi casi di tubercolosi, seppur rimangano più frequenti tra gli immigrati che tra gli italiani, sono in progressiva diminuzione. Complessivamente si è passati da 7,7 casi per 100.000 abitanti nel 2006 a 6,3 casi per 100.000 nel 2015<sup>42</sup>. In termini assoluti e con riferimento solo alle persone nate all'estero, si è passati dai 2.108 casi di tubercolosi del 2006 ai 1.794 del 2015, a fronte di un continuo aumento della popolazione straniera<sup>43</sup>.

Emergono fin qui tre aspetti fondamentali strettamente connessi sia alla recente storia migratoria del paese che alle diverse caratteristiche individuali - demografiche e migratorie - della popolazione straniera. In primo luogo la relazione negativa tra salute e svantaggio lavorativo degli uomini stranieri. In secondo luogo il bisogno di assistenza sanitaria pubblica da parte delle donne straniere nelle età riproduttive. In terzo e ultimo luogo, la necessità, emersa negli ultimi anni, di garantire un servizio sanitario di urgenza al numero crescente di persone salvate nel Mediterraneo e sbarcate nei porti dell'Italia meridionale<sup>44</sup>.

#### 4. La mortalità degli stranieri residenti

##### 4.1. La mortalità infantile

Una breve analisi della mortalità infantile consente di mettere maggiormente in rilievo quanto già visto precedentemente. Da un altro punto di vista generale, è ben noto che l'analisi della mortalità infantile permette di trarre indicazioni sia sullo stato di salute che sulla condizione socio-economica di una popolazione<sup>45</sup>. In effetti, focalizzare l'attenzione sulla mortalità dei bambini della popolazione straniera residente nel nostro paese e confrontarla con quella dei bambini italiani può dare indicazioni interessanti sul differente grado di benessere dei due gruppi. In particolare, considerando che nei paesi più sviluppati, la mortalità del primo anno di vita si concentra principalmente nel periodo post-neonatale (1-11 mesi),

---

<sup>41</sup> Ibidem p. 291.

<sup>42</sup> Ivi.

<sup>43</sup> Ibidem p. 292.

<sup>44</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, in F. Trovato (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa).

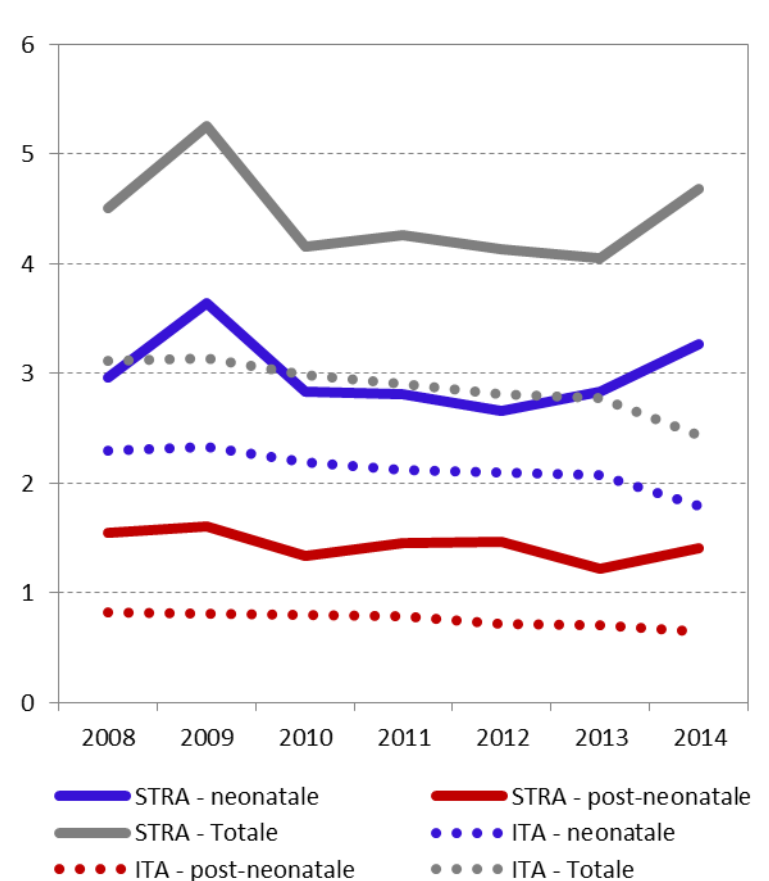
<sup>45</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, in F. Trovato (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa); G. GABRIELLI, P. GIANNANTONI, R. IMPICCIATORE, S. LOI, S. STROZZA, *I comportamenti demografici*, in S. STROZZA, G. DE SANTIS (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, pp. 61-98; G. DI FRAIA, S. SIMEONI, C. ORSI, L. FROVA, *La mortalità infantile degli stranieri residenti in Italia*, Giornate di Studio sulla popolazione, Palermo, AISP, 2015.

quest'ultima informazione aiuta ulteriormente nella formulazione delle ipotesi esplicative delle differenze che si osservano.

È utile ricordare che, come per la mortalità nelle altre età, l'analisi sulla mortalità infantile per cittadinanza è riferita ai soli residenti in Italia. Inoltre, un bambino è cittadino italiano se almeno uno dei genitori ha la cittadinanza italiana mentre è considerato straniero se ha entrambi i genitori di nazionalità non italiana. I tassi di mortalità infantile sono calcolati dall'Istat mettendo al numeratore del rapporto il numero dei morti nel primo anno (o nel primo mese) in un dato periodo e al denominatore i nati vivi dello stesso periodo, esprimendo il rapporto dei decessi per mille nati vivi.

Il tasso di mortalità nel primo anno di vita dei bambini stranieri residenti in Italia, come per l'analisi della salute perinatale condotta nel Lazio, risulta sempre superiore a quello dei bambini italiani, con un divario che negli ultimi anni è rimasto più o meno costante con l'eccezione del 2014, quanto lo svantaggio dei primi si accresce in tutte le sue componenti, sia in quella neonatale che in quella post-neonatale (Figura 7).

Figura 7 - Tassi di mortalità neo-natale, post-neonatale e infantile degli italiani e degli stranieri secondo la cittadinanza, dal 2006 al 2014 (valori per 1.000 nati vivi).



Fonte: Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2016: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2017.

La più alta mortalità infantile tra gli stranieri è certo collegata alle loro minori risorse economiche e al disagio sociale che spesso essi vivono, cioè agli stessi fattori che penalizzano anche la salute riproduttiva e materno infantile. Fattori che portano le donne straniere sia a fare minore ricorso ai sistemi sanitari nei primi mesi di gravidanza sia a ricorrere meno delle italiane all'aborto terapeutico (1,7% contro 4,2%). Elementi che possono comportare condizioni di salute e di sopravvivenza più difficili per un nascituro che provenga da una gravidanza a rischio. Questa considerazione è convalidata dall'analisi della mortalità infantile per causa di decesso (Tabella 2). Particolarmente elevati sono i differenziali nei tassi per le condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale<sup>46</sup> (nei due periodi indicati rispettivamente 2,39 e 2,14‰ per gli stranieri contro 1,78 e 1,61‰ per gli italiani) e in quelli per malformazioni e deformazioni congenite e anomalie cromosomiche (rispettivamente 1,25 e 1,20‰ contro 0,69 e 0,63‰). Inoltre, quasi doppio risulta lo svantaggio dei neonati stranieri rispetto a quelli italiani nei livelli di mortalità per altre malattie del periodo post-neonatale (rispettivamente 0,69 e 0,61‰ contro 0,39 e 0,38‰).

Tabella 2 - Tasso di mortalità infantile per cittadinanza della madre e principali cause iniziali di morte. Italia, triennio 2009-2011 (valori per 1.000 nati vivi).

Causa iniziale di morte	2009-2011			2012-2014		
	Ital-iana (a)	Strani- era (b)	Dif- fer. b-a	Ital- iana (a)	Strani- era (b)	Dif- fer. b-a
Alcune condizioni morbose che hanno origine nel periodo perinatale	1,78	2,39	0,61	1,61	2,25	0,64
Malformazioni e deformazioni congenite, anomalie cromosomiche	0,69	1,25	0,56	0,57	1,20	0,63
Altri sintomi, segni e risultati anormali di esami clinici e di laboratorio	0,11	0,12	0,01	0,10	0,16	0,06
Altre malattie	0,39	0,69	0,30	0,38	0,61	0,23
Cause esterne di traumatismo e avvelenamento	0,03	0,12	0,09	0,02	0,06	0,04
Totale	3,01	4,55	1,54	2,68	4,28	1,60

Fonti: G. Gabrielli, P. Giannantoni, R. Impicciatore, S. Loi, S. Strozza, *I comportamenti demografici*, in S. Strozza, G. De Santis (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, p. 69 (ripreso da G. Di Fraia, S. Simeoni, C. Orsi e L. Frova *La mortalità infantile degli stranieri residenti in Italia*, Giornate di Studio sulla popolazione, Palermo: AISP, 2015.) e Osservatorio nazionale sulla

<sup>46</sup> La mortalità perinatale si riferisce alle morti del periodo neonatale in aggiunta ai nati morti.

salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2016: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2017.

#### **4.2. La mortalità degli adulti: totale e per causa**

Per completare il quadro della mortalità della popolazione straniera è utile analizzare il fenomeno nel suo complesso e per causa. La giovane struttura per età della popolazione straniera non consente di calcolare stime attendibili di mortalità a tutte le età. Per questo motivo, è opportuno limitare le analisi fino all'età massima di 64 anni<sup>47</sup>.

La tabella 3 mostra i tassi standardizzati di mortalità della popolazione straniera in età 18-64 anni per sesso e area di cittadinanza nel periodo 2006-2013. I valori relativi agli immigrati delle tre macro-aree di provenienza degli stranieri risultano generalmente più bassi di quelli della popolazione italiana fino al 2010, indipendentemente dal genere. Solo a partire dal 2011, gli uomini provenienti dai nuovi paesi di adesione all'UE presentano valori crescenti e superiori a quelli degli italiani.

Come già osservato per le condizioni di salute, anche nel caso dei rischi di morte, il generale vantaggio della popolazione straniera rispetto a quella italiana è da attribuirsi all'azione combinata della selezione del "migrante sano" e dell'"effetto salmone", che agiscono anche in altri paesi europei di accoglimento<sup>48</sup>. Il rientro in patria poco prima della morte non è sempre dovuto al desiderio di trascorrere in famiglia gli ultimi giorni di vita. Ciò può accadere anche per motivi economici, in quanto il costo dei funerali in Italia è molto elevato e, ugualmente, il costo del rimpatrio della salma raggiunge cifre alle quali una famiglia di lavoratori stranieri non riesce a far fronte. Inoltre, vista l'alta presenza in Italia di cittadini di religione musulmana, la motivazione legata alla diversità dei riti funerari spinge molte persone di questa comunità al ritorno al paese di origine quando insorga una malattia tanto grave da far presagire la morte. Altre volte, il desiderio di ritornare in patria almeno da morti, induce a perseguire comportamenti tanto strani quanto illegali. La comunità cinese, ad esempio, è percepita in Italia come "immortale", non facendo registrare che pochissimi decessi nonostante la sua crescente numerosità. Già nel 2006, la pubblicazione del famoso saggio "Gomorra", ha svelato alcuni lati oscuri della storia dei morti cinesi nel nostro paese. Il saggio inizia con queste parole *"Il container dondolava mentre la gru lo spostava sulla nave ... I portelloni mal chiusi si aprono di scatto e iniziano a piovere decine di corpi.... Uscivano dal container uomini e donne. Anche qualche ragazzo. Morti. Congelati ... e stipati come sardine in scatola. Erano i cinesi che non muoiono mai. ... Ecco dove erano finiti ... Avevano tutti messo da parte i soldi per farsi seppellire nella loro città in Cina."*<sup>49</sup>.

---

<sup>47</sup> S. BRUZZONE, N. MIGNOLLI, *Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2015: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2016, pp. 293-301.

<sup>48</sup> M. TRIBALAT, *Cronique dell'immigration*, in *Population*, 1-1996, pp. 141-194.

<sup>49</sup> R. SAVIANO, *Gomorra. Viaggio nell'impero economico e nel sogno di dominio della camorra*, Milano, Mondadori, 2006, p. 11.

Tabella 3 - Tasso standardizzato di mortalità della popolazione residente in età 18-64 anni, per genere e per area di cittadinanza. Italia, periodo 2006-2012 (valori per 10.000 abitanti).

Area di cittadinanza	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
				Uomini				
Psa	10,6	8,5	9,2	8,7	10,7	17,2	11,5	12,8
Pfpm	16,1	15,5	15,5	14,5	14,0	14,5	15,2	14,7
Nuovi paesi UE	20,8	19,6	15,7	15,0	19,7	26,6	21,4	21,4
Italia	23,6	23,0	22,3	21,8	21,1	21,0	20,6	19,4
				Donne				
Psa	7,7	7,7	5,1	4,6	7,0	7,8	7,2	7,6
Pfpm	6,9	5,6	6,8	5,7	5,6	5,9	6,6	6,5
Nuova paesi UE	6,0	6,5	7,2	5,6	6,8	8,9	8,6	7,2
Italia	11,8	11,7	11,5	11,7	11,2	11,4	11,3	10,9

Fonte: G. Gabrielli, P. Giannantoni, R. Impicciatore, S. Loi, S. Strozza, *I comportamenti demografici*, in S. Strozza, G. De Santis (a cura di), *Rapporto sulla popolazione. Le molte facce della presenza straniera in Italia*, Bologna, Il Mulino, 2017, p. 70 (ripreso da S. Bruzzone, N. Mignolli, *Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2015: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2016, p. 299 e aggiornato con dati Istat 2017).

Se le motivazioni fin qui ricordate portano a sottostimare la mortalità degli stranieri, al contrario, una sovrastima è possibile quando si includano tra i decessi, come succedeva nel passato, quelli riferiti agli stranieri non residenti (regolari e non regolari), per i quali non è possibile individuare un'adeguata popolazione complessiva di riferimento.

Pur con i limiti evidenziati, in tutto l'intervallo temporale considerato in tabella, la mortalità degli uomini risulta di gran lunga superiore a quella delle donne, tanto per gli italiani quanto per gli stranieri. Tuttavia il differenziale risulta più accentuato per la popolazione straniera e, in particolare, per i cittadini dei paesi di nuova adesione all'UE. Non si può escludere che alcune modificazioni che si registrano nel 2011 siano dovute a correzioni dei denominatori effettuate dall'Istat in prossimità del censimento, ma la tendenza all'aumento che si registra dopo il 2010 per tutti gli stranieri, indipendentemente dalla loro provenienza e dal genere, merita alcuni approfondimenti, anche se non è da escludere che la permanenza prolungata nel nostro paese riduca notevolmente il rientro in patria immediatamente prima del decesso (riducendo il ruolo dell'effetto salmone).

L'analisi della mortalità per causa (Tabella 4) può aiutare sia a comprendere meglio le attuali distanze tra paesi e con l'Italia, sia ad individuare alcune criticità esistenti all'interno della popolazione immigrata. Nel confronto tra cittadinanze, si evidenzia chiaramente come nel 2013 (ultimo anno disponibile) la mortalità degli uomini provenienti dai paesi di nuova adesione all'UE, se si escludono le malattie infettive e parassitarie, sia più alta per tutte le cause considerate. Questi sono particolarmente sfavoriti da più alti livelli di mortalità per tu-

mori, per malattie del sistema circolatorio e per le cause di natura violenta. Il livello della mortalità per tumori è quasi il doppio di quello degli uomini provenienti dai paesi Pfm. Il risultato è particolarmente interessante se si ricorda che gli stranieri appartenenti ai nuovi paesi UE al censimento del 2011 rappresentavano il 24% degli stranieri residenti (il 26% al primo gennaio del 2013) e che tra questi la proporzione di Romeni è la più consistente (vedi anche tabella 1). Come si è visto considerando la loro salute, i Romeni appaiono sfavoriti rispetto ad alcune patologie strettamente legate ai loro stili di vita e alla loro attività lavorativa.

Uno sguardo alle donne straniere mette al primo posto per avere i più alti livelli di mortalità per tumori quelle appartenenti ai paesi a sviluppo avanzato (Psa). Queste appaiono generalmente più sfavorite anche per le altre cause, spiegando così i più alti livelli dei tassi evidenziati in tabella 3 relativamente alla mortalità complessiva in età 18-64 anni.

Il confronto dei livelli di mortalità per causa degli stranieri con quella degli italiani fornisce un'immagine più chiara del fenomeno. Nel confronto si fa riferimento ai rischi relativi di morte, che sono calcolati come rapporto tra i tassi di mortalità per causa della popolazione straniera e quelli della popolazione italiana, utilizzata come riferimento. Un rischio relativo minore di uno indica quindi una minore mortalità per gli stranieri (che risultano avvantaggiati), mentre un rischio relativo maggiore di 1 indica una loro mortalità più elevata (e una situazione di svantaggio). Osservando i valori in tabella 4 riportati nelle due ultime colonne, si nota come per gli uomini provenienti dai paesi di nuova adesione all'UE, la mortalità per tumori sia alta ma uguale a quella degli italiani, mentre, se si escludono le malattie infettive e quelle della voce altre cause, la mortalità per le più importanti cause presenta valori superiori. Le cause di morte di natura esterna e violenta sono certamente le più penalizzanti sia per gli uomini che per le donne. Tra gli uomini sul risultato negativo potrebbero influire le precarie condizioni di un'attività lavorativa svolta prevalentemente nel settore delle costruzioni, che, come ricordato, è tra i più a rischio di incidenti sul lavoro. Non è comunque da escludere che la più alta mortalità per queste cause, unitamente a quella per le altre cause di natura degenerativa, sia da mettere in relazione anche ad un elevato consumo di alcool<sup>50</sup> e, più in generale, ai rischi dovuti a stili di vita nocivi alla salute già acquisiti nel paese di origine.

Tabella 4 - Tassi standardizzati di mortalità della popolazione residente in età 18-64 anni, per genere, per area di cittadinanza e per causa di morte e rischi relativi. Anno 2013 (valori per 10.000 abitanti).

Cittadinanza	Causa di morte <sup>(a)</sup>	Tasso standardizzato di mortalità		Rischio Relativo di morte/Italia 2013	
		Uomini	Donne	Uomini	Donne
Psa	Malattie infettive e parassitarie	0,5	0,0	0.9	0.0
	Tumori	4,7	4,4	0.6	0.7

<sup>50</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, in F. Trovato (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa).



	Malattie del Sistema Circolatorio	2,1	1,1	0.5	0.8
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,3	0,3	0.6	1.1
	Cause esterne di morbosità/mortalità	3,1	0,2	1.1	0.3
	Altre malattie	2,0	1,5	0.6	0.9
	<i>Tasso standardizzato di mortalità totale</i>	<i>12,8</i>	<i>7,6</i>	<i>0.7</i>	<i>0.7</i>
Nuovi paesi UE	Malattie infettive e parassitarie	0,2	0,1	0.4	0.6
	Tumori	8,0	4,1	1.0	0.6
	Malattie del Sistema Circolatorio	5,2	1,0	1.2	0.7
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,7	0,1	1.3	0.4
	Cause esterne di morbosità/mortalità	4,3	0,9	1.5	1.2
	Altre malattie	2,9	0,9	0.9	0.5
	<i>Tasso standardizzato di mortalità totale</i>	<i>21,4</i>	<i>7,2</i>	<i>1.1</i>	<i>0.7</i>
Pfp	Malattie infettive e parassitarie	0,8	0,3	1,3	1.2
	Tumori	4,8	3,2	0.6	0.5
	Malattie del Sistema Circolatorio	3,4	1,2	0.8	0.8
	Malattie del Sistema Respiratorio	0,7	0,1	1,3	0.4
	Cause esterne di morbosità/mortalità	2,8	0,8	0.9	1.2
	Altre malattie	2,2	0,9	0.7	0.5
	<i>Tasso standardizzato di mortalità totale</i>	<i>14,7</i>	<i>6,5</i>	<i>0.8</i>	<i>0.6</i>

Nota: (a) I gruppi di cause di morte sono riferiti alla decima revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie ICD 10: Malattie infettive e parassitarie (A00-B99), Tumori (C00-D48), Malattie del Sistema Circolatorio (I00-I99); Malattie del Sistema Respiratorio (J00-J99); Cause esterne di morbosità e mortalità (V01-Y98); Altre malattie (D50-H95; K00-K93; L00-Q99; R00-R99).

Fonte: S. Bruzzone, N. Mignolli, *Mortalità per causa tra gli stranieri in Italia*, in Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane, *Rapporto Osservasalute 2015: stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, Milano, Università Cattolica del Sacro Cuore, 2016 e aggiornato con dati Istat 2017.

Un ultimo commento riguarda la mortalità per causa degli stranieri provenienti dai Pfp. Nel confronto con i valori italiani i rischi relativi evidenziano per questi stranieri un notevole svantaggio quando si consideri la mortalità per malattie infettive e parassitarie. Uno svantaggio che si rileva solo negli anni più recenti<sup>51</sup> e che colpisce gli uomini e le donne, ma che diventa particolarmente importante per gli uomini se osservato unitamente al rischio presente per la malattie del sistema respiratorio. Si può ricordare che tra queste ultime cause sono elencate due tra le più frequenti malattie di natura infettiva, quali le bronchiti e le polmoniti, mentre tra le malattie infettive è inclusa la tubercolosi. Gli stranieri provenienti dai paesi più poveri del mondo sono i più colpiti da queste patologie, sia perché possono essere già presenti al momento del loro arrivo, sia perché, contando tra questi stranieri anche indivi-

<sup>51</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, in F. Trovato (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa).

dui giunti recentemente nel nostro paese già debilitati, sono maggiormente esposti al rischio di contrarle.

## 5. Conclusioni: un futuro difficile da prevedere

L'analisi fin qui condotta consente di fornire un'immagine d'insieme delle caratteristiche della recente immigrazione e di inquadrare alcuni aspetti noti e meno noti sulla salute e sulla mortalità della popolazione straniera residente in Italia. L'analisi dei dati desunti dalle indagini del 2009 su reddito e condizioni di vita - unitamente a quelli di altre fonti - consente di confrontare la salute degli stranieri con quella degli italiani e di rilevare che, pur godendo i primi di migliori condizioni di salute, le distanze dai secondi tendono a convergere al trascorrere del tempo. Ciò consente di poter dire che le loro condizioni di vita – socioeconomiche, familiari e lavorative – nel paese ospitante sono sfavorevoli al mantenimento delle iniziali buone condizioni di salute e del vantaggio rispetto agli italiani.

Come per la salute, anche per la mortalità degli adulti e per la mortalità infantile, le distanze tra stranieri ed italiani tendono a ridursi evidenziando una chiara convergenza – soprattutto per gli uomini adulti - verso gli stessi livelli. Ciò porta a credere che col passare del tempo, quando la storia di vita passata del migrante gioca un ruolo meno importante rispetto a quella vissuta sul territorio di arrivo, anche le storie di mortalità potrebbero diventare più simili. Ovviamente, questa è pura speculazione, poiché i dati a disposizione sono ancora pochi e, inoltre, mal si prestano ad analisi che richiedono una prospettiva longitudinale dello studio della salute e della mortalità.

Rispetto al quadro attuale, le differenze di mortalità in età adulta che si riscontrano tra gruppi di diverse nazionalità inducono a credere che le esperienze di vita vissute prima della migrazione, così come il tipo di attività svolta nel nostro paese, giochino un ruolo importante nel determinare i livelli e le caratteristiche per causa di decesso<sup>52</sup>.

Uno dei limiti dei risultati qui presentati è che si riferiscono ad una migrazione relativamente recente, la più numerosa ma anche quella che presenta caratteristiche per sesso e per provenienza completamente diverse da quelle della prima migrazione degli anni '80 e '90. Il limite maggiore però è quello di non fornire risultati sulla salute e la mortalità degli anziani, cioè di quella parte della popolazione che nel nostro paese ha determinato l'85% dei decessi nel 2014 e contribuito per il 70% alla spesa sanitaria complessiva. È evidente che l'attuale consistenza degli stranieri oggi in età adulta e domani in età anziana, unitamente al loro crescente peso sul totale della popolazione, costituiscono uno dei problemi più importanti che il nostro paese dovrà affrontare nel prossimo futuro. Un futuro difficile da prevedere in quanto si potrebbe presentare con due facce tanto diverse da richiedere l'attuazione di politiche sanitarie contrapposte. In effetti, se giunti all'età della pensione, gli attuali immigrati de-

---

<sup>52</sup> G. CASELLI, S. LOI, S. STROZZA, *Migration, Health and Mortality in Italy: An Unfinished Story*, in F. Trovato (a cura di), *Migration, Health and Survival: International Perspectives*, Edward Elgar Publishing, 2017 (in stampa).

cidessero di ritornare al paese di origine, non contribuirebbero ad accrescere la popolazione anziana e, quindi la nostra spesa sanitaria sarebbe alleggerita da una decelerazione dell'invecchiamento. Ma se, al contrario, decidessero di rimanere nel nostro paese, l'effetto sulla crescita degli anziani, almeno in valore assoluto, sarebbe notevole e tale da richiedere un aumento consistente della domanda di salute e, quindi, della spesa sanitaria. In questa seconda prospettiva anche i modelli di mortalità in età anziana potrebbero cambiare. Qui si tratta di capire se l'anziano 'straniero', per effetto di una vita sociale e lavorativa poco favorevole alla sopravvivenza sperimentata nel paese di arrivo, sia destinato ad avere una minore longevità rispetto a quella degli italiani. È evidente che se ciò si verificasse, vista la numerosità degli stranieri, in un futuro non molto lontano anche l'evoluzione positiva dei livelli di sopravvivenza sperimentata fino ad ora nel nostro paese sarebbe rimessa in discussione<sup>53</sup>.

In effetti, se studiare la salute e la mortalità dei migranti in Italia è difficile, viste le limitazioni ricordate e in presenza di un quadro in grande evoluzione, ancor più difficile è prevedere quale sarà il futuro per questa quota di popolazione, già tanto diversa per origini e di cui poco o nulla si conosce sui progetti di un futuro da pensionati. Ovviamente, per prevedere è utile pensare in un'ottica longitudinale, sulla base di informazioni che riguardano l'evoluzione della salute e della mortalità delle attuali generazioni di migranti, anche ipotizzando che coloro che continueranno ad arrivare non siano troppo diversi dagli stranieri adulti di oggi. Un compito non facile per gli studiosi e un futuro incerto per l'attuazione di buone politiche sanitarie<sup>54</sup>.

---

<sup>53</sup> Ibidem.

<sup>54</sup> Ibidem.