FONDAZIONE ISMU
INIZIATIVE E STUDI SULLA MULTIETNICITÀ

Welfare tra immigrazione e sostenibilità

di Veronica Merotta

Luglio 2015

Welfare tra immigrazione e sostenibilità

di Veronica Merotta

Il presente report si propone di analizzare percezioni e tendenze di un sistema di welfare italiano in trasformazione, che sempre più si deve confrontare con una presenza di immigrati strutturale e consolidata.

Il report si apre con la descrizione dei timori percepiti dai cittadini rispetto alla sostenibilità futura del sistema di Welfare.

Successivamente l'attenzione si sposta su quello che nei sistemi di welfare è considerato il pilastro principale, ovvero quello pensionistico, il quale viene letto attraverso l'analisi delle voci di spesa pubblica destinate al welfare e attraverso le previsioni demografiche nel Paese e infine si propone una riflessione sugli scenari futuri e sul "ruolo" dell'immigrazione nel welfare.

Nella terza ed ultima parte vengono descritte le condizioni di salute della popolazione straniera, vengono riportate informazioni relative ai servizi di cura e al loro utilizzo da parte della popolazione immigrata e infine, vengono rielaborate alcune analisi sulla percezione di salute, ponendo a confronto italiani e stranieri.

1. I timori sul welfare: gli immigrati sono un vantaggio o uno svantaggio?

Si stanno diffondendo timori che l'immigrazione possa costituire un peso ai sistemi di welfare nazionali. Molti paesi hanno adottato forme di protezionismo nelle politiche di welfare introducendo discriminanti all'accesso ai servizi basati sulla residenza o su aspetti legati alla regolarità del soggiorno. Il governo britannico, guidato dal partito conservatore e unionista di Cameron, è solo il più recente degli esempi di tentativi tesi a contenere i sussidi sociali offerti agli immigrati. L'aspetto peculiare sta nel fatto che, in questo caso, le restrizioni non riguardano gli immigrati provenienti da Paesi a forte pressione migratoria[1], ma coloro che provengono da paesi dell'Unione Europea. Il pacchetto di misure presentato da Cameron, che vorrebbe venisse adottato dall'Unione Europea, prevede una serie di restrizioni: prima tra tutte, la restrizione all'accesso all'edilizia popolare nei primi quattro anni di residenza per gli immigrati che lavorano in Gran Bretagna; restrizioni alla fruizione di sgravi fiscali previsti nel sistema di welfare nazionale e, per gli immigrati in cerca di lavoro, l'esclusione alla richiesta di assegni di sostegno al reddito e, nell'eventualità della permanenza nello stato di disoccupato, il rimpatrio.

[1] Per la definizione "Paesi a forte pressione migratoria" e l'elenco dei paesi inclusi si veda ORIM 2014.

Studi che richiedono all'opinione pubblica un parere sull'utilizzo del welfare da parte degli immigrati confermano la percezione politica che gli immigrati siano un peso alle finanze pubbliche. Recenti sondaggi svolti in Paesi europei e in Canada hanno messo in luce che circa il 50% della popolazione ritiene che gli immigrati ricevano in sanità e in welfare, in termini monetari, più di quanto versino in termini di tasse (IlSole24ore, 13 giugno 2013). Anche l'indagine Euro-barometro 2010 pubblicata dalla Commissione europea rivela che un cittadino su due dell'EU27 è dell'opinione che gli immigrati siano più beneficiari di Welfare che contribuenti. Queste percezioni contrastano con la tendenza diffusa adottata da molti Paesi a mettere in cima alle priorità delle agende politiche l'*austerity*, in termini di consolidamento dei conti pubblici e di riduzione di deficit e debito pubblico: tali scelte colpiscono molto spesso i budget delle politiche sociali e, nello specifico, quelle di integrazione rivolte quindi ai cittadini stranieri.

Oltre a questa evidenza, non mancano studi che confermano che gli immigrati usano meno i servizi di welfare di quanto sia la loro incidenza sulla popolazione residente. In un'altra ricerca particolarmente dettagliata con oggetto la spesa pubblica per servizi sociali imputabili alla popolazione nata all'estero e residente in Italia si descrivono le voci di spesa del welfare da parte degli immigrati (Lunaria, 2013).

Tabella 1.1. - Spesa totale e spesa imputabile alla popolazione straniera. Valori in Euro, anno 2011

Voci di spesa	Anno	Spesa totale	Spesa per stranieri	% rispetto alla spesa specifica	% della spesa totale per stranieri
Istruzione primaria e secondaria	2011	54.777.000.000	4.848.414.000	8,85	32,43
Sanità	2011	112.039.000.000	5.160.873.475	4,61	34,52
Pensioni	2010	258.447.000.000	1.350.820.000	0,52	9,04
Disoccupazione	2011	13.431.000.000	1.874.967.600	13,96	12,54
Esclusione e protezione sociale	2011	1.836.000.000	73.440.000	4,00	0,49
Carceri	2011	4.034.000.000	1.457.887.600	36,14	9,75
Spesa sociale dei comuni per "immigrati e nomadi"	2010	184.411.897	184.411.897	100	1,23
Spesa totale per stranieri		444.748.411.897	14.950.814.572	3,36	100

Fonte: Lunaria su dati Istat

La categoria di spesa su cui i costi per gli stranieri incidono di più è quella delle carceri dove i costi per i detenuti stranieri sono più di un terzo della spesa totale destinata ai detenuti. Negli altri casi la spesa per gli stranieri non è mai superiore al 15% del totale. Se si osserva la spesa totale assorbita dagli stranieri per servizi sociali si nota, invece,

che le voci sanità e istruzione sono le voci più costose (5 miliardi di euro – il 34% della spesa e 4,8 miliardi – 32% della spesa). Complessivamente, gli immigrati beneficiano di 15 miliardi di euro in servizi e prestazioni sociali, poco più del 3,4% sul totale della spesa pubblica considerata; e se si considera che la popolazione straniera residente al 2011 risultava pari al 7,6% della popolazione totale, il peso della spesa sociale per beneficiari immigrati sul totale della spesa sociale risulta essere pari a meno della metà (3,4%) (Lunaria, 2013).

Inoltre, gli immigrati usano i servizi di welfare e i servizi sanitari meno degli italiani. Va ricordato che in termini assoluti, gli immigrati, avendo un'età media inferiore agli italiani, essendo più sani, per effetto di una selezione dell'immigrazione, usano il welfare meno degli autoctoni, mentre la popolazione italiana, con età media nettamente superiore, è portatrice di numerosi e diversificati bisogni di cura sanitaria oltre che di richieste di prestazioni pensionistiche (Merotta, Pasini, 2013) (ISMU, SIMM, ISS).

Infine, in termini di contributi versati, gli immigrati risultano più contributori che fruitori di welfare. Valutare l'impatto degli immigrati sul sistema fiscale del paese di accoglimento non è affatto facile, sia perché è difficile stabilire quali voci di spesa includere, sia perché possono essere adottati diversi modelli che considerano elementi diversi: esistono, infatti, 1) modelli che considerano a posizione fiscale netta degli immigrati in uno specifico anno, 2) modelli che tengono in considerazione l'evoluzione nel tempo del profilo fiscale degli immigrati e, ancora, modelli che provano a valutare il "ruolo degli immigrati sul bilancio statale, ovvero quanto sia il loro peso o valore aggiunto. Non mancano studi che pur analizzando il fenomeno da prospettive diverse, hanno provato ad analizzare il ruolo economico dell'immigrazione. Diversi sono gli studi dai quali emerge l'apporto economico positivo dei cittadini stranieri alle casse dello Stato in termini di contributo attivo al PIL (OECD, 2014).

Secondo UnionCamere, il valore aggiunto al PIL grazie all'immigrazione è pari al 13%, l'equivalente di 178,5 miliardi. Mentre secondo l'OCSE, l'impatto sul welfare nei Paesi OCSE sarebbe, in media, irrilevante, se si rapporta al PIL, un peso che arriva all'1% se si considerano le pensioni e i momenti di forte recessione: in ogni caso, anche tenendo conto dei possibili valori negativi, il valore oscilla intorno allo 0,5% del PIL. Sempre secondo l'OCSE, in Italia gli immigrati risultano essere un aiuto economico allo Stato nella misura dello 0,9% del PIL (Sole24ore, 13 giugno 2013). In sintesi c'è accordo nel ritenere che l'impatto fiscale della popolazione sia ridotto e che, in generale, non ecceda lo 0,5% del PIL né in termini positivi né negativi.

Pertanto, per concludere,

> "(…) se i cittadini stranieri hanno una posizione fiscale meno favorevole degli italiani è perché i primi pagano meno tasse e contributi dei secondi a causa delle inferiori retribuzioni e non perché beneficiano in maniera maggiore dei servizi sociali" (Lunaria, 2013, p: 43).

2. Previsioni dei flussi migratori e del loro impatto sul sistema di welfare

I cambiamenti del sistema pensionistico hanno aumentato l'età pensionabile. La riforma delle pensioni ha introdotto il nuovo sistema contributivo, in vigore dal 1 gennaio 2012: le anzianità contributive maturate dopo il 30 dicembre 2011 vengono calcolate sul sistema contributivo, ovvero sulla base dei contributi versati nella propria vita lavorativa e non più sulla media delle retribuzioni percepite negli ultimi anni del periodo lavorativo. Il *pensionamento di vecchiaia* viene raggiunto a 62 anni per i dipendenti, 63 e 6 mesi per gli autonomi, liberi professionisti. L'età pensionabile delle donne è destinata a salire ulteriormente a 66 anni entro il 2018, età già attualmente prevista per gli uomini e le donne del settore pubblico. Altra condizione per conseguire la pensione di vecchiaia è che i lavoratori abbiano raggiunto un'anzianità contributiva di almeno 20 anni. Per la *pensione anticipata* è necessario far valere 41 anni e un mese di contribuzione per le donne, e 42 anni e un mese per gli uomini. Se però viene richiesta prima del raggiungimento dell'età di 62 anni, la prestazione pensionistica subisce una decurtazione.

La principale tipologia di prestazioni di Welfare erogata in Italia oggi è quella pensionistica. In confronto alla media europea e a parità di potere d'acquisto, l'Italia spende in gran lunga di più per le prestazioni pensionistiche di anzianità e superstiti, mentre per quanto riguarda tutte le altre voci di spesa pubblica sociale, l'Italia spende meno della media comunitaria (Tabella 1): in un recente studio a cura della rete europea Migrazioni EMN Italia, Ministero dell'Interno e Idos condotto nel 2014 in Italia il 61% della spesa per abitante risulta essere destinata alle prestazioni previdenziali, a fronte del 46% dell'UE 20; per contro, la spesa per l'esclusione sociale, già molto contenuta nella media comunitaria (1,6%), risulta praticamente assente in Italia (0,3%), la spesa per disoccupazione e la spesa per famigli a e minori risultano essere pari alla metà dei valori comunitari (3% vs 6,1% per la disoccupazione e 4,6% e 8,2% per famiglia e minori) e la spesa per malattia, salute e disabilità sono di 6 punti percentuali inferiori (31,5% contro 37,9%).

Tabella 1.2. - ITALIA e Unione Europea28: costi delle prestazioni di sicurezza sociale. 2010

Settore sicurezza sociale	ITALIA – Spesa per abitante (a parità di potere d'acquisto)		UE 28 – Spesa per abitante (a parità di potere d'acquisto)	
	v.a. in euro	%	v.a. in euro	%
Famiglia/figli minori	328	4,6	552	8,2
Disoccupazione	212	3,0	411	6,1
Esclusione sociale	18	0,3	105	1,6
Malattia/Salute e disabilità	2.259	31,5	2.546	37,9
Anziani e superstiti	4.365	60,8	3.109	46,2
Totale	7.182	100	6.723	100

Fonte: Elaborazioni EMN su dati Eurostat/ESSPROS

L'Italia spende quindi meno della media comunitaria in servizi di welfare diversi dalle prestazioni pensionistiche, e quindi in politiche che potrebbero essere maggiormente utilizzate dagli immigrati, più giovani e più in salute degli italiani, poco fruitori di prestazioni pensionistiche. Ad oggi, infatti, solo il 3% degli stranieri ha più di 65 anni (ISTAT, 31 dicembre 2011) e il profilo giovane degli immigrati continuerà ad essere tale per lungo tempo: gli immigrati incideranno sui pensionati per il 4,3% nel 2020 e per il 6% nel 2025 (Rete Europea Migrazioni, 2014). Se si guarda alle banche dati Inps, si nota che gli immigrati risultano iscritti soprattutto come lavoratori attivi e solo un numero esiguo di iscritti lo è come pensionato, disoccupato o mobilitati. Tuttavia, sebbene il numero di lavoratori stranieri sia aumentato, per ragioni legate all'aumento del numero delle presenze di immigrati, il tasso di occupazione risulta diminuito e parallelamente quello di disoccupazione aumentato (tale tendenza è dimostrata sia sulla regione Lombardia sia a livello nazionale (ORIM, 2014): tra il 2007 e il 2012 in Italia sono raddoppiati i pensionati con cittadinanza non comunitaria (da 25.800 a 56.500), sono quintuplicati i disoccupati (da 10.100 a 55.000) a fronte di un aumento dei lavoratori di circa 300.000 unità (da 1.221.000 a 1.550.000). Se da una parte, quindi, i dati appena menzionati mettono in chiara luce la natura prevalentemente attiva degli immigrati in Italia, dall'altra mostrano che seppur lentamente, anche il numero di immigrati dipendenti dal welfare è destinato ad aumentare nel numero di dipendenza dal welfare, sia in termini di pensionamenti sia di richiesta di sussidi di disoccupazione e di mobilità.

Lo scenario futuro in Italia: invecchiamento della popolazione e maggior bisogno di welfare.

Istat, provando a tener conto degli eventi demografici del prossimo cinquantennio, delinea uno scenario futuro che si caratterizza da alcune dinamiche (ISTAT, 2015). La popolazione crescerà con ritmi contenuti fino a subire una diminuzione negli ultimi anni del periodo di previsione, il 2065, questo perché il saldo naturale sarà negativo per oltre 11 milioni (28,5 milioni di nascite contro i 40 milioni di decessi) mentre il saldo migratorio sarà positivo per 12 milioni di unità (18 milioni in ingresso contro i 6 milioni in uscita) e compenserà la diminuzione del saldo naturale. La popolazione sarà più vecchia: l'età media aumenterà da 43,5 anni nel 2011 a 49,7 nel 2065. Il numero di over65, oggi pari al 20%, costituirà il 33% della popolazione. La popolazione in età lavorativa, 15-64 anni, subirà una diminuzione graduale, passando dal 65,7% al 56%. Di conseguenza, l'indice di dipendenza degli anziani, ovvero il rapporto tra la popolazione di 65 anni e più e la popolazione attiva tra i 14 e i 64 anni, oggi del 31% aumenterà di 20 punti percentuali (60%). La popolazione residente con cittadinanza non italiana aumenterà considerevolmente, passando dal 7,5% della popolazione il 22-24% nel 2065.

L'immigrazione non è la soluzione alla sostenibilità del welfare. Attualmente, l'immigrazione sta fornendo un prezioso contributo al sistema pensionistico italiano risanando la relazione tra lavoratori attivi e pensionati, oggi fortemente sbilanciata, in termini di numero di soggetti coinvolti, a favore dei secondi. Tuttavia questa relazione non potrà perdurare per sempre, poiché anche gli immigrati presenti in Italia, oggi

giovani e sani, sono destinati ad invecchiare nel lungo periodo e ad aver bisogno di servizi di cura e a richiedere quanto gli spetta in termini di contributi pensionistici. Tuttavia, parallelamente al loro invecchiamento, non verrà introdotto alcun elemento di aggiustamento generazionale tra popolazione attiva e passiva, come sta accadendo ora tra italiani in età pensionabile e immigrati in età lavorativa, perché la crescita di immigrazione non sarà sufficiente, così come non lo sarà il saldo naturale, a favorire il riequilibrio tra pensionati e lavoratori e la popolazione sarà destinata ad invecchiare e a richiedere servizi di Welfare. Pertanto, l'effetto positivo dell'immigrazione sul welfare è da considerarsi temporaneo e sicuramente non va identificato come la soluzione alla sostenibilità del sistema di welfare.

Gli immigrati non solo non saranno la soluzione del sistema di welfare ma ne peggioreranno i presupposti di sostenibilità. Per gli immigrati residenti, lavoratori in Italia che raggiungeranno l'età pensionabile si delinea uno scenario previdenziale poco promettente: coloro che sceglieranno di invecchiare e di andare in pensione in Italia riceveranno un contributo previdenziale molto basso, come accadrà per la maggior parte degli italiani, i quali, a differenza dei propri genitori, non saranno riusciti ad accantonare versamenti pensionistici continuativi e consistenti a causa dell'instabilità lavorativa che caratterizza (e probabilmente caratterizzerà ancora a lungo) il mercato del lavoro. E in più, gli immigrati avranno l'aggravante di poter contare su una quantità di contributi versati persino inferiore, sia perché i contributi verranno calcolati in base alla retribuzione da lavoro, in media più bassa del 25% di quella degli italiani (EMN, 2014), sia perché i lavoratori potrebbero non aver raggiunto il numero minimo di annualità di versamento previsto dalla legge, 20 anni, subendo quindi una decurtazione all'importo assegnato al contributo pensionistico. Questa situazione sarà tutt'altro che eccezionale e porterà ad allargare le fila della povertà, un problema assai grave, che dovrebbe essere posto sin da ora in cima alle agende politiche. Oltre a quelli che rimarranno in Italia a trascorrere la propria vecchia, non mancheranno coloro che preferiranno trascorrere nella propria terra gli ultimi anni di vita. Gli ultimi dati ORIM (ORIM, 2014) rilevano un aumento tra coloro che hanno intenzione di lasciare l'Italia, o alla volta di altri paesi o per rientrare nel proprio paese di origine. Tuttavia non è da escludere che preferiscano mantenere la cittadinanza (anche) italiana, per non perdere la possibilità di essere curato in Italia, un paese ritenuto più sicuro e avanzato dal punto di vista dell'affidabilità medica rispetto ai paesi d'origine (Gilardoni, D'Odorico, Carrillo, 2015).

Sono molti i determinanti in gioco per il futuro del Welfare. Quanto descritto rappresenta una fotografia della situazione ad oggi, rispetto a cui vengono fatte previsioni demografiche tenendo conto, per quanto possibile, di tendenze oggi in atto, cercando di considerare la maggior parte delle variabili note. Tuttavia, oltre ad aspetti socio-demografici, la sostenibilità futura del Welfare non esula da fattori di natura esogena, fattori sui quali è difficile poter avere indicazioni delle loro evoluzioni e tendenze. Le scelte politiche che verranno prese ai diversi livelli di *governance* in materia di previdenza sociale, di distribuzione della spesa pubblica nonché di inclusio-

ne/esclusione dell'immigrazione all'accesso dei servizi sociali, sanitari e pensionistici saranno determinanti nel definire come e su cosa reggerà il sistema di Welfare in futuro.

3. Lo stato e la percezione di salute tra i cittadini stranieri

3.1 Le condizioni di salute

La popolazione immigrata è giovane e sana. Rispetto agli italiani, gli immigrati ricorrono in misura inferiore ai ricoveri ospedalieri, ricoveri che risultano essere mediamente meno onerosi, probabilmente a causa della minor complessità e gravità delle malattie per le quali si richiede assistenza medico-sanitaria.
Il ricorso all'ospedalizzazione è soprattutto dovuto a questioni biologiche (gravidanza, parto), o ad esse legate (aborto), oppure all'attività lavorativa (traumi), o alla condizione socio-economica non elevata (malattie dell'apparato respiratorio o digerente, malattie infettive e del sistema nervoso, problemi di nutrizione, disturbi psichici) (Agenas, 2013).

Le condizioni dei bambini confermano il profilo di salute peggiore per i provenienti da PFPM rispetto ai provenienti da PSA. I bambini dei PFPM vengono maggiormente ricoverati per malattie infettive e parassitarie rispetto ai bambini PSA; inoltre, i tassi di mortalità neonatale infantile riportano valori di gran lunga superiori per i primi, sebbene nell'ultimo periodo le differenze si siano assottigliate. Tale svantaggio va probabilmente ricercato nelle condizioni igenico-sanitarie e alimentari, nonché nella situazione di povertà e di esclusione sociale in cui verosimilmente tali bambini crescono (Agenas, 2013).

Esistono profonde differenze nelle condizioni di salute materno-infantili tra immigrate PFPM e PSA. Secondo una rilevazione condotta sul territorio dell'Emilia Romagna (Agenas, 2013), le donne provenienti da Paesi a Forte Pressione Migratoria registrano significative disuguaglianze nei percorsi nascite, un settore che risulta essere tra i più critici per la tutela della salute per gli immigrati. Infatti, le più rilevanti diversità tra i cittadini immigranti da PFPM e da PSA risultano essere l'insufficiente assistenza nel percorso di nascita e l'elevato ricorso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG) per le donne PFPM. Gli indicatori di qualità dell'assistenza in gravidanza (numero di visite effettuate, età gestazionale alla prima visita, numero di ecografie effettuate, presenza di indagini invasive pre-parto) mostrano valori appunto inferiori per le donne di PFPM rispetto alle donne di PSA.

3.2 Il sistema di accesso ai servizi

I ricoveri d'urgenza sono numerosi soprattutto tra gli immigrati non residenti. Il maggior ricorso ai servizi di emergenza per entrare in contatto con il sistema di cure costituisce un segnale di limitata conoscenza da parte dei cittadini stranieri dei servizi sanitari del territorio e delle ordinarie procedure per accedervi. In particolare, a rivol-

gersi al Pronto Soccorso sono soprattutto tunisini e marocchini, principalmente uomini tunisini e donne marocchine (ISTAT, 2011-2012). Anche il servizio della Guardia Medica costituisce una prestazione particolarmente utilizzata dagli immigrati: a tale servizio si rivolgono soprattutto i giovani, in età compresa tra i 25 e 34 anni e soprattutto chi risiede nel Mezzogiorno (ISTAT, 2011-2012). La causa di tale tendenza va ricercata sia nella carenza e inadeguatezza dell'offerta in termini di approccio *migrant-friendly* - utilizzo di segnaletica multilingue o guide ai servizi multilingue, presenza di mediatori, etc. - sia nelle difficoltà comunicativo-linguistiche degli immigrati (Tognetti Bordogna, 2004), elementi che, se presi adeguatamente in considerazione, potrebbero portare ad un sensibile miglioramento in termini sia di accesso e utilizzo dei servizi sanitari, sia di *outcome* e quindi in maggior benessere (Pasini, 2012). Anche le condizioni economiche particolarmente svantaggiose degli ultimi anni hanno portato ad un incremento dei ricorsi al Pronto Soccorso in sostituzione ai percorsi ordinari di cura, oltre che un maggior ricorso a rimedi casalinghi/tradizionali (Lombardi, Merotta, Pasini, Pullini, 2014).

Le difficoltà comunicative e burocratiche costituiscono i principali ostacoli all'accesso a all'utilizzo dei servizi di cura. Per quanto riguarda le difficoltà comunicative, la ricerca multiscopo ISTAT evidenzia che tale limite può costituire un vero e proprio ostacolo alla fruizione dell'assistenza e alla cura da parte degli immigrati: tra gli stranieri con più di 14 anni, 14 su 100 dichiarano di avere difficoltà a spiegare al medico i sintomi del proprio malessere o i disturbi di cui soffrono, e 15 su 100 dichiarano di aver difficoltà a comprendere quanto detto dal medico. Il problema comunicativo, sia di espressione che di comprensione, si accentua tra le donne e tra gli over55, arrivando a coinvolgere, in quest'ultimo target, circa un quarto degli stranieri di 55 anni e oltre (ISTAT, 2011-2012). Anche gli aspetti burocratici presentano elementi disincentivanti all'accesso ai servizi. 12 stranieri su 100 in età superiore ai 14 anni dichiarano di aver difficoltà nello svolgimento delle pratiche necessarie per accedere ai servizi sanitari e alle prestazioni mediche. Tale problema interessa soprattutto cinesi (20 su 100), indiani (19 su 100), marocchini (18 su 100) e filippini (15 su 100). Mentre le difficoltà linguistiche diminuiscono all'aumentare degli anni trascorsi in Italia, i problemi burocratici permangono nonostante gli immigrati risiedano in Italia da più tempo (ISTAT, 2011-2012).

Gli orari per usufruire delle cure e delle prestazioni non sono compatibili con gli orari lavorativi. Un ulteriore aspetto critico inerente l'accessibilità ai servizi, riguarda gli orari degli sportelli e degli ambulatori, spesso inconciliabili con orari lavorativi. Secondo la rilevazione multiscopo di ISTAT, il 16% degli stranieri con più di 15 anni dichiara di avere difficoltà ad effettuare le visite o gli esami medici perché gli orari sono difficilmente compatibili con gli impegni e gli orari lavorativi: tale problema è percepito più tra gli uomini (20%), soprattutto marocchini, che tra le donne (13%).

I consultori pubblici risultano più utilizzati dalle donne di PFPM rispetto alle donne di PSA. Il ricorso a questi servizi, particolarmente attenti alla multi-etnicità nell'organizzazione dei propri servizi (presenza di mediatori linguistici, guide e segna-

letica multilingue, etc.), costituiscono un importante punto di contatto tra la società di accoglienza e gli immigrati, soprattutto in termini di pianificazione familiare (Agenas, 2013). Tuttavia, la tendenza che si sta verificando in modo diffuso in tutto il territorio nazionale è la sensibile riduzione dei consultori, identificata come una delle soluzioni per far fronte della necessità di comprimere la spesa pubblica sanitaria e sociale.

3.3 La percezione del proprio status di salute

La percezione di salute è migliore tra gli immigrati che tra gli italiani. Nonostante le descrizioni sopra riportate relative allo stato di salute degli immigrati, evidenzino condizioni più precarie per i PFPM rispetto ai PSA[2], la percezione del proprio stato di salute risulta più positiva tra gli stranieri che tra gli italiani[3]. Quasi 9 stranieri su 10 considerano le proprie condizioni di salute buone o molto buone mentre tra gli italiani, a dare dichiarazioni analoghe, sono 8 intervistati su 10.

A pensar di star bene sono soprattutto cinesi e indiani. Tra i comunitari, una percezione positiva del proprio stato di salute è rilevata tra i polacchi, mentre tra i non comunitari tra le comunità di cinesi e indiani (9 su 10). Al contrario, livelli inferiori alla media si registrano per ucraini e marocchini.

All'aumentare dell'età cresce la percezione di uno stato di salute inferiore. Sia per gli italiani che per gli stranieri al crescere dell'età diminuisce la percezione di stato di buona salute. In termini di genere, tra gli stranieri si percepiscono valori di salute più elevati tra gli uomini in tutte le fasce d'età. Aumenta con l'età la distanza tra la percezione di buona salute tra uomini e donne, diminuendo tra le donne il numero di coloro che dicono di star bene/molto bene. Tuttavia, dopo i 55 anni, la percezione di buona salute registra valori in diminuzione per entrambi i generi, soprattutto per gli uomini, allineando così il numero di uomini e donne che si definisce in buona salute.

Gli immigrati che risiedono nel Mezzogiorno si percepiscono lievemente meno in salute di coloro che risiedono al Nord. Sono l'88% gli stranieri che risiedono al Nord o al Centro che si ritengono in buona o molto buona salute, mentre sono l'85% di quelli che risiedono al Sud; tale percentuale scende all'84% per le donne straniere residenti al Sud. È soprattutto la percezione di salute mentale ad essere inferiore tra gli stranieri residenti nel Mezzogiorno.

Si percepiscono più in salute gli stranieri con titoli di studio superiori. A parità di classe d'età, aumenta il numero di coloro che si definiscono in molto buona o buona salute all'aumentare del titolo di studio. La diversa percezione dello stato di salute in relazione all'istruzione ricevuta si accentua nella classe d'età superiore ai 45 anni, dove le dichiarazioni di stato di buona salute registrano valori molto diversi tra chi non ha nessun titolo o ha la licenza elementare e chi ha titoli di studio medi (licenza media e scuole professionali) o medio-alti (diploma, laurea, dottorato): si passa dal 60% per chi ha ricevuto un'educazione minima al 77% per chi ha conseguito almeno il diploma.

[2] In questa categoria sono inclusi anche gli italiani.
[3] I dati sono stati estrapolati dalla rilevazione ISTAT, in cui non c'è distinzione tra le provenienze PFPM o PSA ma che utilizza il binomio italiani-stranieri, in base alla cittadinanza.

Il livello di soddisfazione personale o professionale, così come il livello di percezione delle proprie condizioni di benessere e di salute, sono strettamente correlati alla consapevolezza che esistano ulteriori "traguardi" personali, di condizioni lavorative, di salute e benessere. Le convenzioni vorrebbero legare la sussistenza di tale consapevolezza ad un livello di istruzione: persone con livello d'istruzione medio-alto dovrebbero essere più consapevoli di cosa si intenda per *buone* condizioni lavorative, *buona* salute, etc. e sapere "quanto gli manca" a raggiungere il massimo livello. Tuttavia, la rilevazione ISTAT commentata poco fa, riferisce il contrario: ad un livello di istruzione maggiore non corrisponde maggior consapevolezza degli standard di benessere e gli immigrati con diploma o titolo di studio superiore si definiscono di più in buona salute di altri immigrati con titolo di studio basso. Le motivazioni della più comune percezione dello stato di buona salute tra gli immigrati rispetto agli italiani vanno probabilmente ricercate in un altro elemento: il termine di paragone considerato. È possibile che la definizione di cosa sia buona salute dipenda da cosa sia inteso come buona salute secondo le loro tradizioni, secondo il loro modello culturale e quindi nel paese d'origine, il paese in cui hanno trascorso verosimilmente più tempo e che conoscono meglio del paese di accoglienza. Ed è su questo, quindi, che è possibile costruiscano il confronto della propria condizione, in termini di successo personale, lavorativo, e di quindi anche di stato di salute e di benessere.

Bibliografia

Agenas (in collaborazione con Ministero della Salute) (2013), *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali. Progetto nazionale*, http://www.agenas.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/LEA/La%20Salute%20pop%20immigrata/0_La_salute_della_popolazione_immigrata_il_monitoraggio_da_parte_dei_Sistemi_Sanitari_Regionali.pdf.

Rete Europea Migrazioni EMN Italia, Ministero dell'Interno e IDOS (a cura di) (2014), Immigrati e sicurezza sociale. Il caso italiano. Settimo rapporto EMN Italia http://www.integrazionemigranti.gov.it/archiviodocumenti/integrazione/Documents/Immigrati%20e%20sicurezza%20sociale%20il%20caso%20italiano%20Marzo%202014_IT.pdf

Frattini T. (2014), "Timori per il welfare", *Lavoce.info*, 18 novembre.

Gilardoni G., D'Odorico M., Carrillo D. (2015), *KING, Knowledge for INtegration Governance. Evidence on migrant's integration in Europe*, http://king.ismu.org/wp-content/uploads/KING-ExecutiveSummary_November2014.pdf.

IDOS, 2014, *L'immigrazione in Italia all'inizio del 2014*, http://www.dossierimmigrazione.it/docnews/file/2014_Sintesi%20IDOS.pdf.

ISTAT (2014), *Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari. Anno 2011-2012*, http://www.istat.it/it/archivio/110879.

ISTAT (2015), *Il futuro demografico del paese. Previsioni regionali della popolazione residente al 2065*, http://www.istat.it/it/archivio/48875.

Lombardi L., Merotta V., Pasini N., Pullini A. (2014), "La salute degli immigrati in Lombardia" in ORIM, *Rapporto 2014. Gli immigrati in Lombardia,* *http://www.orimregionelombardia.it/fileDownload.php?ID=4057.*

Lunaria (a cura di) (2013), *I diritti non sono un costo. Immigrazione, welfare e finanza pubblica,* http://www.lunaria.org/2013/11/29/i-diritti-non-sono-un-costo-e-online/.

Miraglia R. (2013), "OCSE: l'impatto del welfare pagato agli immigrati è quasi irrilevante", *Il-Sole24ore,* 13 giugno.

OECD (2014), *International migration outlook 2013*, OECD publishing, http://static.pulso.cl/20130612/1768132.pdf.

ORIM (2014), *Rapporto 2014. Gli immigrati in Lombardia,* *http://www.orimregionelombardia.it/fileDownload.php?ID=4057.*

Pasini N. (A cura di) (2012), *Confini irregolari. Cittadinanza sanitaria in prospettiva comparata e multilivello*, FrancoAngeli, Milano.

Merotta V., Pasini N. (2013), "La salute" in Fondazione Ismu (2014), *Diciannovesimo Rapporto sulle migrazioni,* FrancoAngeli, Milano

Pasini N. (2014), "La salute" in Fondazione Ismu (2014), *Ventesimo Rapporto sulle migrazioni: 1994-2014,* FrancoAngeli, Milano.

Rete Europea Migrazioni, 2014 (a cura di) (2014), *Immigrati e sicurezza sociale. Il caso italiano. Settimo rapporto EMN Italia.*

Tognetti Bordogna M. (2013), "Nuove disuguaglianze di salute: il caso degli immigrati", in *Cambio*, Anno III, Numero 5, Giugno, http://www.cambio.unifi.it/upload/sub/Numero%205/06_Tognetti.pdf.

Tognetti Bordogna M. (a cura di) (2004), *I colori del Welfare. Servizi alla persona di fronte all'utenza che cambia*, FrancoAngeli, Milano.

Sitografia

Epicentro, studi epidemiologici per la sanità pubblica, http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/migranti.asp.

INPS, Istituto nazionale di Previdenza Sociale, http://www.inps.it/portale/default.aspx.

ISTAT, Istituto Nazionale di Statistica http://www.istat.it/it/.

ORIM, Osservatorio regionale per l'Integrazione e la Multietnicità, http://www.orimregionelombardia.it/.

SIMM, Società italiana di medicina delle migrazioni www.simmweb.it

The ISMU Foundation is an independent research centre funded in 1992 promoting research and training activities on migration, integration and the ever-growing ethnic and cultural diversity of contemporary societies.
As an independent scientific body, it proposes itself as a service provider open to the collaboration with national and European institutions, local administrations, welfare and health-care agencies, non-profit organisations, schooling institutions, Italian and foreign research centres, libraries and documentation centres, international agencies, diplomatic and consular representations.

www.ismu.org

ISMU Foundation - Initiatives and Studies on Multiethnicity
Via Copernico 1, 20125 Milano Italy
ismu@ismu.org
Tel. +39 2 67877927
Fax +39 2 67877979