

Domitilla Di Thiene



La seconda generazione di migranti non sembra avere sulle condizioni di salute i benefici che il miglioramento dello status socioeconomico lascerebbe sperare.

In Inghilterra, la seconda generazione di migranti non sembra godere, sulle condizioni di salute, dei benefici che il miglioramento dello status socioeconomico lascerebbe sperare. Anzi, in molti casi, le disuguaglianze di salute rispetto alla popolazione nativa aumenterebbero.

E' questa la conclusione cui sono arrivati i ricercatori inglesi sulla base di un vasto studio epidemiologico, che ha preso in esame circa 10.000 soggetti appartenenti a sei diverse comunità immigrate (caraibici, indiani, pakistani, bengalesi, cinesi e irlandesi), mettendole a confronto con una popolazione di circa 18.000 inglesi^[1]. Secondo i risultati di questa ricerca, il passaggio oggi dato per scontato tra migliore posizione economica e culturale, e migliore salute, che dovrebbe essere garantito dalla mobilità sociale, sembra smentito nella seconda generazione di migranti.

Una delle possibili spiegazioni di questo fenomeno è la selezione, meglio nota come effetto del "migrante sano". La prima generazione - in virtù di un'autoselezione funzionale a massimizzare il successo del progetto migratorio - ha uno stato di salute migliore di quello che la loro condizione sociale permetterebbe. L'arrivo nel nuovo paese porta a un peggioramento dello stato sociale, rispetto a quello di partenza (nel paese d'origine), che esacerba la differenza tra condizioni di salute e sociali. **Per questo motivo la seconda generazione sembra richiedere un livello socioeconomico ancora più alto per riportare lo stesso grado di salute percepito della prima generazione.**

Se lo svantaggio socioeconomico è chiaramente coinvolto, altri fattori sembrano contribuire ulteriormente: la seconda generazione, per esempio, è esposta a rischi diversi nell'infanzia e a volte anche nella vita intrauterina, se si sono svolte nel Regno Unito, nella condizione di immigrati. Nello sviluppo postnatale si possono verificare molte condizioni che in seguito

influenzano i fattori di rischio per la salute.

I dati dello studio sono stati estratti dall'*Health Survey for England* (HSE) del 1999 e del 2004; si tratta di uno studio che, come outcome di salute, rileva la salute percepita dagli intervistati su una scala a 5 livelli: molto buona, buona, discreta, povera e molto povera. Questa misura è un importante predittore della mortalità per tutte le cause[2], validata anche in differenti gruppi etnici[3]. Gli autori hanno definito 'prima generazione' quella delle persone nate all'estero o arrivate nel Regno Unito a 12 anni o dopo; come 'seconda generazione' individui nati nel Regno Unito o arrivati prima dei 12 anni di età. Il *cut off* dei 12 anni è stato scelto in base alle correlazioni con l'esposizione nella fase dell'infanzia della scuola secondaria in Gran Bretagna.

L'effetto del "migrante sano" diminuisce all'aumentare della durata della nuova residenzialità. Questo può portare a pensare che le caratteristiche positive della prima generazione tendano a declinare con il passare del tempo, e si perdano nelle generazioni successive.

Un altro fenomeno comune è associato all'acculturazione: si assumono le abitudini alimentari del paese ospite, l'abitudine al fumo o l'alcol o diete povere di frutta e verdure. I risultati su mobilità sociale, condizioni di salute e fenomeno di acculturazione sono però risultati diversi tra le diverse etnie.

Il gruppo indiano ha mostrato la maggiore mobilità sociale, con circa il 45% della seconda generazione appartenente a classi professionali più alte rispetto al 35% della prima generazione, e risultati simili sono emersi per i livelli di istruzione e di reddito.

Questi cambiamenti intergenerazionali contrastano fortemente con quelli del gruppo del Bangladesh, dove la metà della prima generazione occupa i quintili più bassi di reddito, percentuale che scende solo al 43% nella seconda generazione, pur mostrando un forte incremento nel livello educativo: dal 64% della prima generazione senza alcuna qualifica al 21% nella seconda. Come conseguenza dello svantaggio nella posizione di partenza delle popolazioni di Bangladesh e Pakistan, anche nella seconda generazione rimane una forte differenza rispetto alla popolazione bianca.

Con riferimento alle "buone abitudini" del Paese ospite, le seconde generazioni sembrano accusare l'adattamento (vedi Tabella 1 - [PDF: 706 Kb](#)): i gruppi caraibico, indiano e pakistano fumano di più della generazione precedente; quasi in tutti i gruppi si registra un peggioramento nella dieta, con una minore assunzione di frutta e verdura, che appare significativa nel gruppo indiano. Riguardo l'assunzione di alcool, i pattern variano molto fra i diversi gruppi etnici, con una ben rappresentata componente di astemi nelle

popolazioni pakistana e del Bangladesh. Nonostante questo, con l'eccezione degli irlandesi, tutti i gruppi etnici hanno mostrato un incremento nella probabilità di bere alcolici nella seconda generazione, con un trend che va verso l'emulazione di quello della popolazione inglese bianca.

Le differenze nei comportamenti collegati alla salute (per esempio, il bere alcolici) mostra come i rischi per la salute possano essere dovuti a caratteristiche generali comuni allo specifico gruppo etnico, ad esempio la religione. Tuttavia, nonostante le modifiche nei comportamenti tra le generazioni suggeriscano che l'acculturazione abbia un ruolo, questo non si traduce in un cambiamento consistente nelle condizioni di salute. E' possibile che ciò sia dovuto all'età del campione, troppo giovane per risentire degli effetti negativi dei suoi comportamenti, e su questo saranno necessari studi specifici per evidenziare le influenze negative dell'ambiente post migratorio.

Domitilla Di Thiene. Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica

Bibliografia

1. Smith NR, Kelly YJ, Nazroo JY. Intergenerational continuities of ethnic inequalities in general health in England. *J Epidemiol Community Health* 2009;63:253-8.
2. Idler EL, Benyamini Y. Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *J Health Soc Behav* 1997; 38:21-37.
3. Chandola T, Jenkinson C. Validating self-rated health in different ethnic groups. *Ethnicity Health* 2000; 5: 151-9.