

Capitolo 6

La salute

Daniela Carrillo e Nicola Pasini

"Ancora una volta la dimensione della salute mette in luce le carenze di un sistema che non solo non riconosce, tutela e salvaguarda il diritto fondamentale alla salute di tutte le persone che vivono nel nostro Paese, ma sottovaluta le conseguenze che la mancanza di diritti e protezione di alcune fasce della popolazione residente avrà su tutti e tutte negli anni a venire."

La salute della popolazione con background migratorio è stata nel 2025 oggetto di alcuni progetti di ricerca¹ i cui risultati non sono stati ancora resi pubblici, ma che nei prossimi anni contribuiranno a definire meglio l'andamento di questa dimensione così importante per il benessere psicofisico delle persone. Tuttavia, da alcuni anni, molte indagini e ricerche evidenziano come la popolazione migrante incontri difficoltà di natura diversa, economica, sociale e/o culturale nell'accesso e nel godimento dei servizi fondamentali, fruiti in ambiti quali la sanità, l'istruzione e l'abitazione, che coinvolgono anche una parte significativa della popolazione italiana e che generano differenze significative tra individui e gruppi. L'8° Rapporto Gimbe fotografa un "Servizio Sanitario Nazionale in crisi strutturale, vittima di un definanziamento mascherato, con aumento delle disuguaglianze, spesa privata in crescita e personale sanitario in fuga. Le Regioni affrontano tagli, carenze e ritardi nell'attuazione delle riforme territoriali e del PNRR. Senza un intervento deciso, milioni di cittadini rischiano di rinunciare alle cure. La Fondazione propone un Piano di Rilancio basato su un 'nuovo patto politico, sociale e

¹ Ne sono esempi il progetto MIGHTY, <https://www.epidemiologia.it/notizie/webinarmighty> e il progetto Age-IT, <https://ageit.eu/wp/>.

professionale per salvare la sanità pubblica' (Gimbe, 2025: 1). Ai problemi che questa crisi strutturale crea, per la popolazione migrante o con background migratorio, si aggiungono altri elementi quali le difficoltà logistiche nel raggiungere le strutture di cura, in particolare per alcune fasce di popolazione, ma anche, e soprattutto, problemi legati agli effetti della scarsa alfabetizzazione sanitaria, che rendono molto difficile l'utilizzo dei sistemi telematici di prenotazione o la comprensione del funzionamento delle strutture sanitarie. Si tratta di fattori che condizionano il benessere e la salute, e che possono incidere sulla fruizione di diritti fondamentali soprattutto di gruppi di destinatari più vulnerabili come minori, donne, persone anziane.

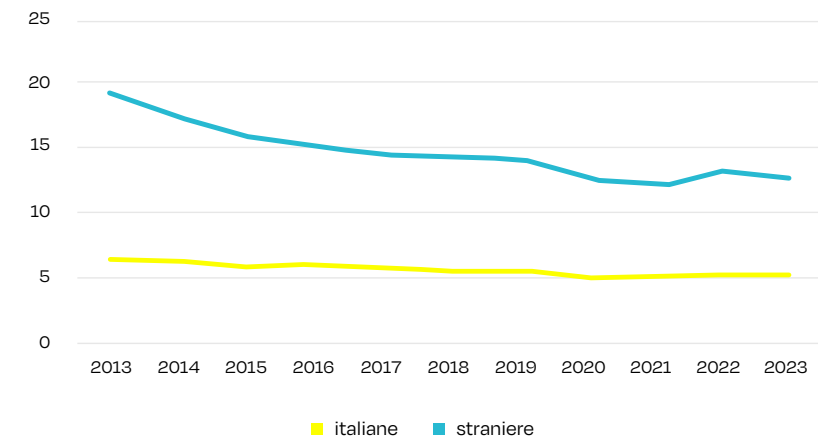
Il capitolo affronta alcune importanti criticità che riguardano diversi soggetti in differenti periodi della loro esistenza, quali la questione dell'interruzione volontaria di gravidanza (IVG) e dell'aborto tra le donne con background migratorio; il processo di invecchiamento che ormai investe anche fasce di popolazione di origine non italiana; le condizioni di vita e di salute dei/delle migranti all'interno dei Centri di permanenza per il rimpatrio.

Il diritto e il ricorso all'aborto da parte delle donne di origine immigrata

Nell'aprile del 2025 sono stati presentati i risultati finali del Progetto "Interventi per il miglioramento della qualità dei dati, dell'offerta e dell'appropriatezza delle procedure di esecuzione e della divulgazione delle informazioni sull'interruzione volontaria di gravidanza (IVG)", finanziato dal Ministero della Salute (Programma CCM 2022, Ministero della Salute, 2025). Il coordinamento del progetto era stato affidato al Reparto Salute della Donna e dell'Età Evolutiva dell'ISS e la realizzazione è avvenuta con la collaborazione di ISTAT, AIFA, le Regioni Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sardegna, le società e federazioni scientifiche di settore. In particolare, la sezione del progetto dedicata al ricorso alle IVG da parte della popolazione con background migratorio ha visto il prezioso contributo del Tavolo Immigrazione e Salute (Società Italiana Medicina delle Migrazioni, Medici Senza Frontiere, Medici del Mondo). Il progetto ha ben illustrato le criticità che questo target di popolazione incontra nella fruizione del diritto all'aborto e il ruolo sempre più cruciale dei servizi consultoriali nel rispondere ai bisogni di salute delle donne.

Nel 2023, la popolazione residente in Italia con background migratorio rappresentava circa il 9%, e tra di loro le donne in età feconda (15-49 anni) costituivano il 12,2%. Tra le donne che avevano effettuato un'interruzione volontaria di gravidanza, la percentuale di immigrate o di origine straniera saliva al 27,4%, con un tasso di abortività pari al 12,4 per 1.000 rispetto al 5,2 per 1.000 delle donne italiane (grafico 1).

Grafico 1. Tassi di abortività per 1.000 donne, italiane e straniere. Anni 2013-2023



Fonte: ISTAT²

A parte il lieve aumento dei tassi nel 2021-2022, si osserva la continua riduzione dei valori tra le donne straniere pari a 7 punti % in 10 anni. Circa la nazionalità, i tassi più elevati si osservano tra le donne peruviane e nigeriane, seguite da cinesi, albanesi, marocchine e rumene. La riduzione a carico delle donne rumene e albanesi, che hanno una maggiore anzianità migratoria, potrebbe essere il risultato di una maggiore familiarità con i servizi territoriali e, di conseguenza, con gli interventi di pianificazione familiare.

Come rilevato dal rapporto dell'ISS, per quanto riguarda le donne che hanno praticato aborto, a differenza delle donne italiane, le donne straniere hanno più figli (il 49% ha almeno 2 figli, contro il 32% delle italiane), sono più spesso coniugate (47,2% vs 28,8%), e, soprattutto, meno scolari e meno attive nel mondo del lavoro (Angelucci et al., 2025). **È evidente il ruolo che giocano la scarsa istruzione e la mancanza di occupazione nell'uso inappropriato o assente dei servizi.**

Dalla ricerca è emerso chiaramente anche il ruolo importante dei servizi consultoriali, che rimangono la prima scelta tra le donne immigrate o con background migratorio: il 22,1% di questo gruppo si rivolge ai consultori, rispetto al 13,8% delle donne italiane. **Si tratta, quindi, di uno spazio fondamentale nella tutela della salute materno-infantile, che richiederebbe un potenziamento mirato**

² I dati di fonte ISTAT sono stati reperiti nell'ambito del progetto "Interventi per migliorare la qualità dei dati, la prevenzione e l'appropriatezza delle procedure per l'IVG: il progetto CCM 2022", disponibile in: <https://www.epicentro.iss.it/ivg/progetto-ccm-2022>.

e **maggiori investimenti di risorse** (umane e logistiche). In particolare, per quanto riguarda il diritto all'aborto, è necessario un maggior investimento nel personale responsabile dell'interpretariato e della mediazione culturale, oltre a una migliore offerta di materiale esplicativo plurilingue che possa fornire informazioni chiare sulle procedure e sui servizi disponibili. Se la formazione del personale viene considerata prioritaria, a dimostrazione di come questa attività non possa mai essere sottovalutata, lo studio si concentra sulla **necessità di superare stereotipi e pregiudizi da parte del personale socio-sanitario**, ancora troppo propenso a vedere le donne straniere come soggetti fragili e non autonomi, e spesso ritenute incapaci di utilizzare la contraccezione.

Per quanto riguarda l'aborto farmacologico, le donne con background migratorio ne sono interessate nel 56,1% dei casi, contro il 59,4% delle italiane. Tale differenza, sia pur non molto significativa, risiede nella richiesta tardiva di IVG (l'intervento può essere realizzato entro la nona settimana), e nella percezione di una più difficile gestione in autonomia di questa procedura, spesso ritenuta tale sia dalle donne sia dagli operatori e dalle operatrici sanitari/e. I timori delle donne riguardo a pratiche sanitarie meno immediatamente comprensibili si aggiungono a quelli degli operatori e delle operatrici sulle possibilità di gestione errata delle procedure, che dovrebbero essere eseguite in autonomia. In questo contesto, si limita l'accesso a procedure meno traumatiche e invasive rispetto a quelle chirurgiche, che invece sono più facilmente proposte. A tal fine, il potenziamento dei servizi, soprattutto del personale e del tempo dedicato all'ascolto delle donne, permetterebbe di instaurare un dialogo più costruttivo e chiarificatore, migliorando così l'accesso a questo servizio (Angelucci et al., 2025).

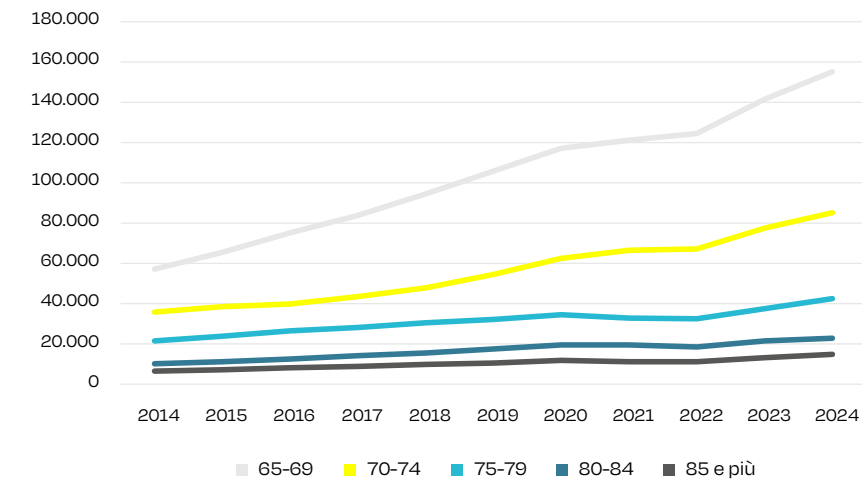
Una popolazione (già) invecchiata

La fruizione dei servizi, per tutelare meglio la salute, riguarda ancora di più la popolazione anziana. L'Italia è da più di mezzo secolo un Paese di immigrazione e, se da un lato l'arrivo di numerose persone e la formazione di nuove famiglie continuano a mantenere più giovane la popolazione straniera rispetto a quella italiana, cionondimeno negli anni il "contingente" più anziano ha continuato a crescere (grafico 2).

Al normale e progressivo invecchiamento della popolazione arrivata in Italia giovane negli anni '80 e '90 del secolo scorso, si sono aggiunte persone arrivate più avanti negli anni, con percorsi migratori molto diversi. Si parla infatti di generazione zero a proposito di quanti e quante sono entrati/e tramite ricongiungimento familiare con l'obiettivo di sostenere figli e figlie impegnati/e nel mondo del lavoro, nella cura dei/delle nipoti e nelle attività domestiche (King et al., 2014). Inoltre, si registra una crescente migrazione di assistenti familiari, tutte donne, provenienti principalmente dall'Europa dell'Est, ma anche dalle Filippine, arrivate in Italia tra i cinquanta e i sessant'anni. Un terzo contingente, poi, è dato

da persone provenienti da Paesi a sviluppo economico avanzato che, raggiunta l'età pensionabile, hanno scelto l'Italia come loro residenza elettiva.

Grafico 2. Persone anziane con background migratorio presenti in Italia per classi di età. Anni 2014-2024



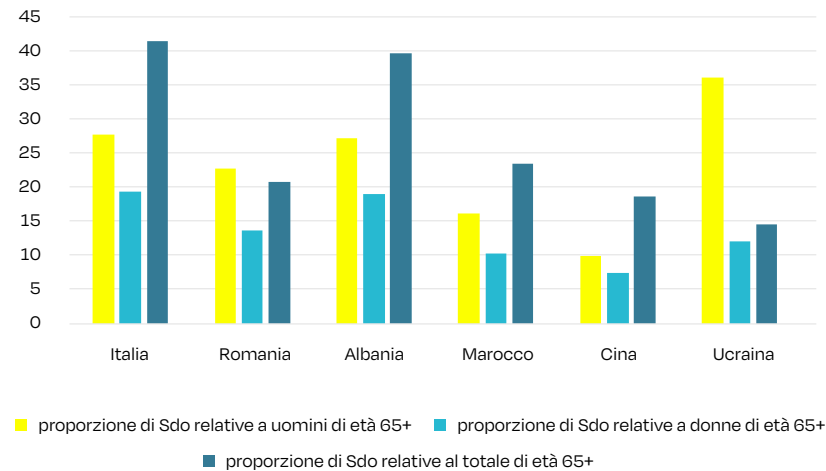
Fonte: Eurostat (2025)

All'interno di questi stessi gruppi i bisogni, così come gli strumenti di resilienza, sono molto eterogenei e dipendono dalle caratteristiche individuali delle persone e dalla molteplicità di fattori come la provenienza, il genere, la classe sociale di appartenenza, il livello di istruzione, la religione.

I dati sanitari sono ancora parziali e difficili da analizzare anche a causa del fatto che, con l'acquisizione della cittadinanza italiana, una parte sempre più consistente della popolazione migrante viene aggregata a quella nativa, distorcendo in parte gli esiti di analisi specifiche diacroniche e/o sincroniche, soprattutto in territori diversi.

Tenendo presente questo limite, è interessante osservare, mediante le Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), relative al 2023 (grafico 3), la differente proporzione di ricorso alle strutture ospedaliere tra la popolazione straniera di età superiore ai 65 anni. In particolare, i valori relativi alle nazionalità più numerose e alla popolazione italiana evidenziano sia una maggiore proporzione di dimissioni ospedaliere tra la popolazione italiana, sia una netta maggioranza di uomini in tutte le popolazioni, con un'ulteriore accentuazione in quella ucraina, che mostra la più grande differenza tra uomini e donne. Viceversa, i valori che si riferiscono alle SDO relative alla popolazione cinese over 64 sono i più bassi, tanto per gli uomini quanto per le donne.

Grafico 3. Proporzione di SDO fra la popolazione over 65. Anno 2023, per genere e nazionalità. %



Fonte: elaborazioni ISMU ETS su dati Ministero della Salute (2025) e Eurostat (2025)

La scarsa disponibilità di informazioni statistiche recenti³ è compensata da una vasta letteratura che consente di delineare uno scenario già consolidato sulla **complessità dei bisogni di salute delle persone migranti anziane**. In primo luogo, tipologie di lavoro precarie ed usuranti, condizioni abitative malsane e spesso in sovraffollamento, incertezza sulla regolarità del soggiorno, isolamento e spaesamento sono tutti fattori che concorrono a determinare il cosiddetto effetto “migrante esausto”. Esso è il risultato del depauperamento del bagaglio di salute di cui sono portatori e portatrici i e le giovani migranti che arrivano in Italia, soprattutto quando il nostro è il Paese di primo approdo nella loro esperienza migratoria. Secondariamente, agli effetti delle condizioni di vita usuranti si aggiunge il processo di acculturazione e assimilazione negativa, che comporta l'adozione di stili di vita dannosi per la salute, come il consumo di alcol, il fumo di sigarette e cambiamenti nell'alimentazione con un minore consumo di frutta e verdura (Pasini & Merotta, 2025).

Vi sono, poi, fattori anche di natura socioeconomica e culturale che intervengono nel condizionare, in termini peggiorativi, l'accesso alle strutture sanitarie e, quindi, la loro fruizione. Senza voler indicare alcun ordine di importanza, si consideri la mancanza o scarsità di alfabetizzazione sanitaria, spesso respon-

³ Nel corso del 2025 sono state condotte diverse indagini sulla salute della popolazione migrante i cui dati ad oggi non sono ancora pubblicati. In particolare, all'interno della ricerca Age-IT un focus specifico è stato fatto sulla salute, e si rimandano alle prossime pubblicazioni i risultati.

sabile di un ritardato, quando non mancato, accesso alle cure. Ad essa è infatti attribuibile sia la scarsa consapevolezza del proprio stato di salute, con minimizzazione dei segnali di allarme, sia la scarsa conoscenza delle potenzialità delle cure offerte dai servizi sanitari (Trappolini & Giudici, 2021). La mancata *compliance*, soprattutto nei confronti delle malattie croniche, può inoltre essere associata alla stessa mancanza di conoscenza e consapevolezza sia delle patologie sia dei trattamenti di cura. Di altra natura è invece l'ostacolo rappresentato dall'isolamento sociale, causato dalla mancanza di membri della famiglia o di altre persone appartenenti a reti sociali alternative o complementari, ma anche dall'assenza di percorsi di inclusione capaci di offrire sostegno e guida durante il processo di invecchiamento. A questo proposito, **le persone appartenenti alla cosiddetta generazione zero sono tra le più vulnerabili per la loro forte dipendenza da figli e figlie residenti, per le scarse, se non inesistenti, reti sociali e per l'impossibilità di parlare la lingua e di muoversi autonomamente sul territorio** (Kobayashi & Khan, 2020).

Il processo di invecchiamento non è uguale per uomini e donne; come avviene nella popolazione generale, a fronte di una maggiore speranza di vita, lo stato di salute delle donne è mediamente peggiore di quello degli uomini. Nel caso della popolazione straniera si aggiunge la sovrapposizione di fattori legati alla migrazione stessa, alla scarsa recettività dei servizi, ma anche a norme sociali e culturali che definiscono ruoli di genere e generazionali che non si allineano ai comportamenti di protezione della salute della società ricevente. Inoltre, l'accettazione della vecchiaia, unita ad un atteggiamento fatalistico, può contribuire all'adozione di comportamenti contrari alla tutela della salute (Horne & Tierney, 2012). A tal proposito, alcune ricerche hanno evidenziato come, accanto alle difficoltà socio-economiche che affrontano le donne anziane con background migratorio, vi sia anche la perdita del ruolo sociale all'interno della famiglia, che può tradursi in una diminuzione dell'autostima con profonde ripercussioni sul benessere mentale. Questi effetti sono più marcati tra le donne che tra gli uomini, proprio per le condizioni di vita e lavoro che, molto spesso, spingono gli uomini all'esterno della sfera domestica (Cohen et al., 2018).

Le demenze, di crescente rilievo, interesseranno sempre più anche la popolazione immigrata o con background migratorio, oltre alla popolazione anziana italiana. Un'indagine condotta nella Regione Lazio, su individui di più di 50 anni italiani/e e stranieri/e, assistiti/e dal Servizio Sanitario Regionale nel 2021, ha registrato una prevalenza di demenza più bassa tra le persone straniere, nei centri territoriali che si occupano di tali disturbi (Angelici et al., 2024). Questo risultato, tuttavia, anziché rassicurare, invita a riflettere sulla possibilità che il fenomeno sia sottostimato per diverse ragioni. In primo luogo, la diagnosi di qualsiasi forma di disturbo cognitivo può essere ritardata, o non avvenire mai, per problemi linguistici, per la scarsa alfabetizzazione sanitaria degli e delle utenti, per le difficoltà connesse alla comunicazione e accettazione di tali patologie. Un elemento fondamentale nel ritardare la diagnosi è la scarsità di test diagnostici validati su

culture diverse da quella dominante. Tuttavia, all'interno del progetto ImmiDem⁴ è stata proposta una versione tradotta e adattata della scala RUDAS, comunemente usato per lo screening dei disordini cognitivi e meno influenzata dalle differenze culturali e dalle abilità linguistiche,⁵ che possa diventare uno strumento utilizzabile nei centri territoriali che si occupano di tali disturbi.

Ciò nonostante, rimane fondamentale il lavoro di équipe multidisciplinari che possano rendere i servizi capaci di accogliere e rispondere ai diversi bisogni, incluso il superamento dello stigma e del sentimento di vergogna che molto spesso accompagnano queste malattie e che, di fatto, impediscono l'adesione al trattamento di cura.

Sembrerebbe, in definitiva, che **le persone straniere o di origine straniera possano essere associate alla popolazione italiana più svantaggiata e per la quale la scarsa istruzione ha un effetto più rilevante del reddito nel limitare l'accesso alle cure** come bene indicato dal Report anziani già nel 2019 e dall'analisi condotta su dati europei che individua come il declino di salute tra le persone di origine migrante sia maggiore tra quelle meno scolarizzate (Solé-Auró et al., 2024).

Centri di Permanenza per il Rimpatrio: condizioni di vita e tutela della salute

Anche nel 2025 il dibattito sui Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR) è rimasto molto acceso, soprattutto per gli aspetti sanitari. L'appello che i membri della Società di Medicina delle Migrazioni (SIMM) hanno lanciato insieme all'Associazione per gli studi giuridici sull'immigrazione (ASGI) e alla Rete Mai più lager-No ai CPR nel 2024 è stato accolto da molte altre organizzazioni, comprese la Federazione nazionale degli ordini dei medici e chirurghi⁶ (FNOMCeO) e il Consiglio nazionale dell'ordine degli psicologi. L'appello invita il personale medico a non collaborare con le strutture, in primo luogo, non rilasciando il certificato di idoneità alla detenzione e, in secondo luogo, non partecipando, con il proprio operato, al normale funzionamento dei CPR in ragione delle condizioni ambientali fortemente iatrogene che sussistono nei centri (ASGI).

Il sistema detentivo dei CPR, che prevede la reclusione per un massimo di 18 mesi, non in relazione alla commissione di un reato, mette a dura prova la salute psico-fisica delle persone. Come dichiarato dal Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, la detenzione amministrativa deve essere fatta garantendo:

⁴ <https://immidem.it/en/the-project/>.

⁵ Per una descrizione più estesa si rimanda a <https://www.epicentro.iss.it/demenza/migranti-progetto-immidem-%20scala-rudas>.

⁶ <https://portale.fnomceo.it/la-fnomceo-accoglie-lappello-della-simm-sui-cpr-e-diritto-alla-salute/>.

“condizioni di trattenimento che assicurino l'assoluto rispetto della dignità della persona (articolo 19, comma 3 decreto-legge 17 febbraio 2017, n. 13), la protezione di tale diritto fondamentale implica rigorose verifiche da parte di un medico del Servizio sanitario nazionale preliminari all'ingresso, la visita di screening da parte del medico del CPR, un efficace coordinamento con le strutture sanitarie del territorio, un'attenzione costante da parte di tutte le professionalità che operano nel centro affinché le persone che presentano condizioni di salute incompatibili con il trattenimento siano tempestivamente sottoposte a una nuova valutazione medica, una scrupolosa considerazione e presa in carico dei fattori di vulnerabilità psicosociale”. (GPNL, 2024: 4).

In realtà, il certificato di compatibilità con la detenzione, che dovrebbe attestare l'assenza di patologie contagiose e pericolose per la comunità, di patologie acute o cronico-degenerative e di disturbi psichiatrici, si riduce sempre più spesso a un mero nulla-osta che dichiara esclusivamente l'assenza di patologie infettive. Il documento, nella maggior parte dei casi, viene rilasciato da personale non specializzato in medicina delle migrazioni o medicina detentiva; inoltre, in alcune circostanze e in difformità con quanto previsto dal regolamento, lo screening iniziale viene effettuato da personale medico dipendente direttamente dall'ente gestore del CPR (BMJ, 2024). **Come ampiamente denunciato da diversi soggetti, le condizioni di vita all'interno dei CPR incidono fortemente sia sulla sfera fisica sia su quella mentale dei/delle detenuti/e.** All'incuria dei luoghi, quasi sempre sporchi e trasandati quando non fatiscenti, si aggiungono la mancanza di privacy, l'assenza di attività significative, anche sul piano fisico/sportivo, le difficoltà a comunicare con l'esterno, la totale ignoranza sul proprio futuro. Sono cruciali poi, per gli effetti patogeni, l'abuso di psicofarmaci e l'utilizzo di prassi di isolamento, che non dovrebbe essere permesso nei CPR se non per ragioni di salute (Rondi & Fighi, 2023; Cocco & Mazzetti, 2024).

In questo contesto, la definizione “effetto migrante-detenuto” ben esemplifica le conseguenze che la permanenza in questi luoghi ha sulle persone e si contrappone perfettamente alle condizioni di salute che, ancora oggi, la maggior parte dei e delle migranti presenta alla partenza, come illustrato dal cosiddetto “effetto migrante-sano” (Cocco, 2025).

In definitiva, la detenzione all'interno dei CPR viola il diritto alla salute, a causa delle condizioni materiali dei locali, dello stato di profonda incertezza sul futuro, dell'isolamento dalla rete di familiari e amici e del senso di precarietà indotto, che influenzano significativamente il benessere delle persone reclusi.

Da “migrante sano”, a “migrante esausto”, a “migrante detenuto”. Ancora una volta la dimensione della salute mette in luce le carenze di un sistema che non solo non riconosce, tutela e salvaguarda il diritto fondamentale alla salute di tutte le persone che vivono nel nostro Paese, ma sottovaluta le conseguenze che la mancanza di diritti e protezione di alcune fasce della popolazione residente avrà su tutti e tutte negli anni a venire.

Riferimenti bibliografici

Angelici, L., Acampora, A., Cascini, S., Cacciani, L., Canevelli, M., Cova, I., Contoli, B., Pomati, S., Bellomo, G., & Bargagli, A. (2024). Dementia in migrants living in Lazio region, Italy: Prevalence and population characteristics. *European Journal of Public Health*, 34 (Supplement_3), ckae144.1320. <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckae144.1320>

Angelucci, A., Capparucci, P., Carrillo, D., Corsi Decenti, E., D'Aloja, P., Donati, S., Ferrari, C., Loghi, M., Marceca, M., & Pompili, A. (2025). *Documento di sintesi su interruzione volontaria di gravidanza (IVG) in donne con background migratorio* [Progetto CCM 2022]. Istituto Superiore di Sanità – Epicentro. <https://www.epicentro.iss.it/ivg/progetto-ccm-2022>

ASGI (Associazione per gli studi giuridici sull'immigrazione). (2024). *Inidoneità alla vita nel CPR: appello ai medici. Necessaria la presa di coscienza*. <https://www.asgi.it/allontamento-espulsione/idoneita-alla-vita-nel-cpr-appello-ai-medici-necessaria-la-presa-di-coscienza/>

BMJ. (2024). Doctors should not declare anyone fit to be held in immigration detention centres. *BMJ*, 384, q531. <https://doi.org/10.1136/bmj.q531>

Cocco, N. (2025). CPR, detenzione amministrativa e criticità di salute. In Coalizione Italiana Diritti Civili (CILD, a cura di), *La tutela della salute all'interno dei CPR* (giugno). CILD.

Cocco, N., & Mazzetti, M. (2024). Cpr, detenzione amministrativa e salute: Una presa di coscienza per gli operatori sanitari. In Centro Studi e Ricerche IDOS/Immigrazione Dossier Statistico & Confronti (a cura di). *Dossier statistico immigrazione 2024*. Roma: Centro Studi e Ricerche IDOS/Immigrazione Dossier Statistico.

Cohen, C. I., Lo, P., Nzodom, C., Sahlu, S., & Llorente, M. (2018). Migration, acculturation, and mental health. In *Culture, heritage, and diversity in older adult mental health care* (pp. 53–80). American Psychiatric Association Publishing.

Eurostat. (2025). *Dataset 18224909*. https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/migr_pop1ctz/default/table?lang=it

GNPL (Garante Nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale) (2024). *Rapporto sulla visita realizzata al CPR di Trapani il 7 febbraio 2024*. https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/page/it/rapporto_sulla_visita_realizzata_al_cpr_di_trapani_il_7_febbraio_2024?contentId=RPT17525

GIMBE. (2025). *8° Rapporto GIMBE sul Servizio Sanitario Nazionale* (8 ottobre). https://salviamo-ssn.it/var/contenuti/8_Rapporto_GIMBE_SSN.pdf

Horne, M., & Tierney, S. (2012). What are the barriers and facilitators to exercise and physical activity uptake and adherence among South Asian older adults: A systematic review of qualitative studies. *Preventive Medicine*, 55(4), 276–284. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2012.07.016>

King, R., Cela, E., Fokkema, T., & Vullnetari, J. (2014). The migration and well-being of the zero generation: Transgenerational care, grandparenting, and loneliness amongst Albanian older people. *Population, Space and Place*, 20(8), 728–738. <https://doi.org/10.1002/psp.1895>

Kobayashi, K., & Khan, M. M. (2020). Precarity, migration and ageing. In *Precarity and ageing: Understanding insecurity and risk in later life* (pp. 115–146). Bristol: Policy Press.

Ministero della Salute. (2025). *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero – Dati SDO 2023*. <https://www.salute.gov.it/new/it/pubblicazione/rapporto-annuale-sullattivita-di-ricovero-ospedaliero-dati-sdo-2023/>

Pasini, N., & Merotta, V. (2025). La salute. In L. Zanfrini & N. Pasini (a cura di), *30° Rapporto sulle migrazioni 2024* (pp. 93–113). Milano: Fondazione ISMU ETS. <https://www.ismu.org/30-rapporto-sulle-migrazioni-2024/>

Rondi, L., & Figoni, L. (2023). Rinchiusi e sedati: L'abuso quotidiano di psicofarmaci nei CPR italiani. *Altresconomia*, 1° aprile. <https://altresconomia.it/rinchiusi-e-sedati-labuso-quotidiano-di-psicofarmaci-nei-cpr-italiani/>

Solé-Auró, A., Sáenz-Hernández, I., & Ratniece, L. (2024). Age-related trajectories of health decline among immigrants and natives in Europe: The effect of education. *Journal of Aging and Health*. <https://doi.org/10.1177/08982643241303973>

Trappolini, E., & Giudici, C. (2021). Gendering health differences between non-migrants and migrants by duration of stay in Italy. *Demographic Research*, 45, 221–258. <https://www.demographic-research.org/articles/volume/45/7>