

Corso Integrato di Metodologia medico-scientifica di base

Insegnamento di: Medicina delle Migrazioni

I anno

I semestre



**Prof. Maurizio Marceca**

Tel. Fax : 06.49914532

**[maurizio.marceca@uniroma1.it](mailto:maurizio.marceca@uniroma1.it)**

# di che parleremo?

- ✓ della relazione esistente tra il 'fenomeno migratorio' e la 'salute'

in termini di:

- **implicazioni di salute a livello individuale** (e relative indicazioni clinico-relazionali e più in generale professionali per il medico) **e collettivo** (e relativi orientamenti per i decisori sulle politiche e gli interventi da adottare a livello pubblico)

## La salute dei migranti

 0  144  8 Min | 17 Gennaio 2022

 Benedetto Saraceno



”  
Nel 2020 82 milioni di persone sono state obbligate a lasciare i loro territori per migrazione interna o esterna, nella maggior parte dei casi dovuta a conflitti armati e violenze locali.

Di rifugiati, profughi e più in generale si parla molto ogni giorno con esclusiva enfasi sulla loro capacità invasiva (rischio terrorismo, rischio importazione religione islamica, rischio competizione nell'accesso al lavoro, rischi trasmissione malattie infettive). Non uno di questi rischi è reale o perché è inesistente o perché è quantitativamente risibile. Ma di questo si parla e anche chi combatte questi stereotipi xenofobi e inaccettabili si limita troppo spesso a contestare la consistenza dei rischi che la propaganda enuncia, senza tuttavia riuscire a spostare il dibattito sulle vere questioni e, fra esse, certamente quella della salute. Infatti, non si parla della salute di quella categoria confusa di persone che chiamiamo a volte rifugiati, a volte profughi a volte genericamente

In evidenza



# Manuale di igiene e sanità pubblica

Paolo Bonanni, Guglielmo Bonaccorsi,  
Gavino Maciocco



PROFESSIONI SANITARIE

Carocci Faber

2021

15

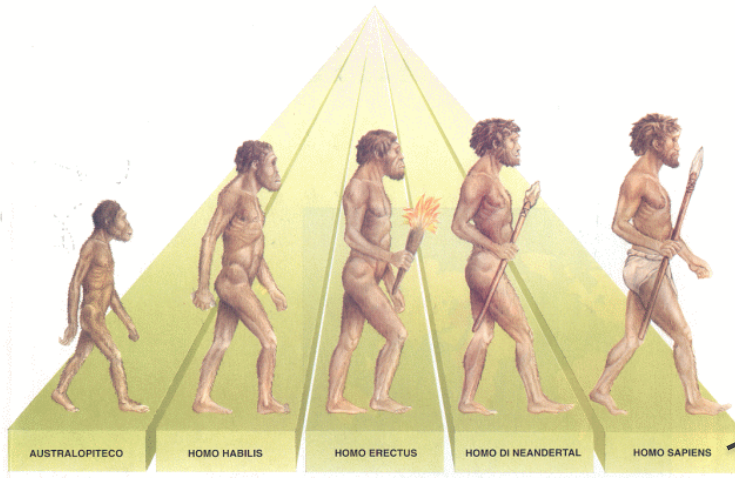
## Migrazioni e salute

di *Maurizio Marceca, Federica Turatto e Salvatore Geraci*



# Il fenomeno migratorio

criticità contemporanea o normalità storica?

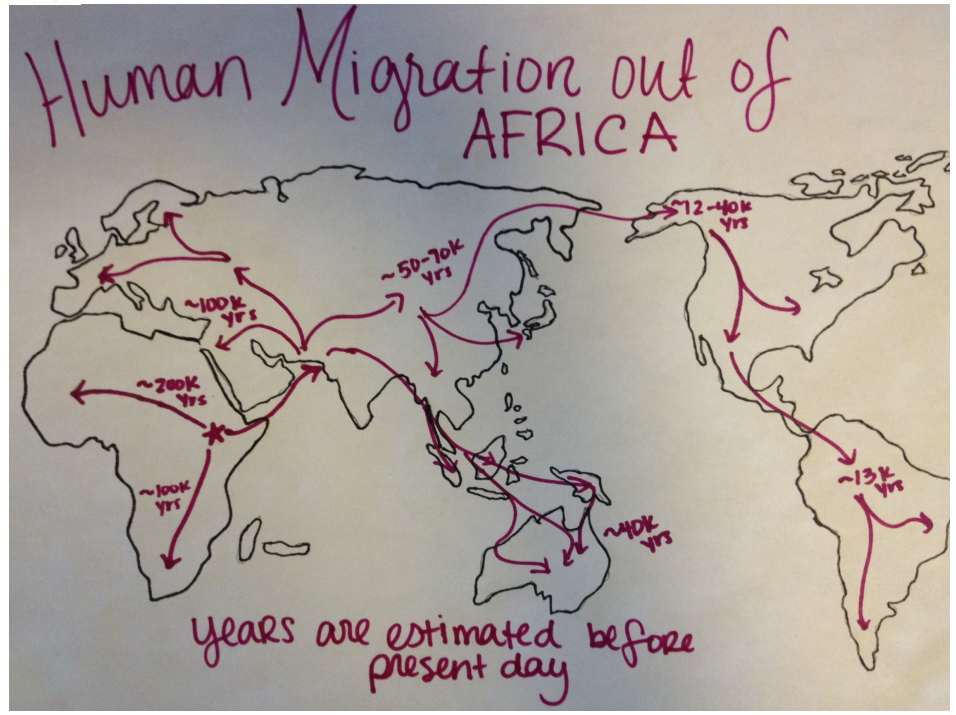


L'evoluzione dell'uomo.

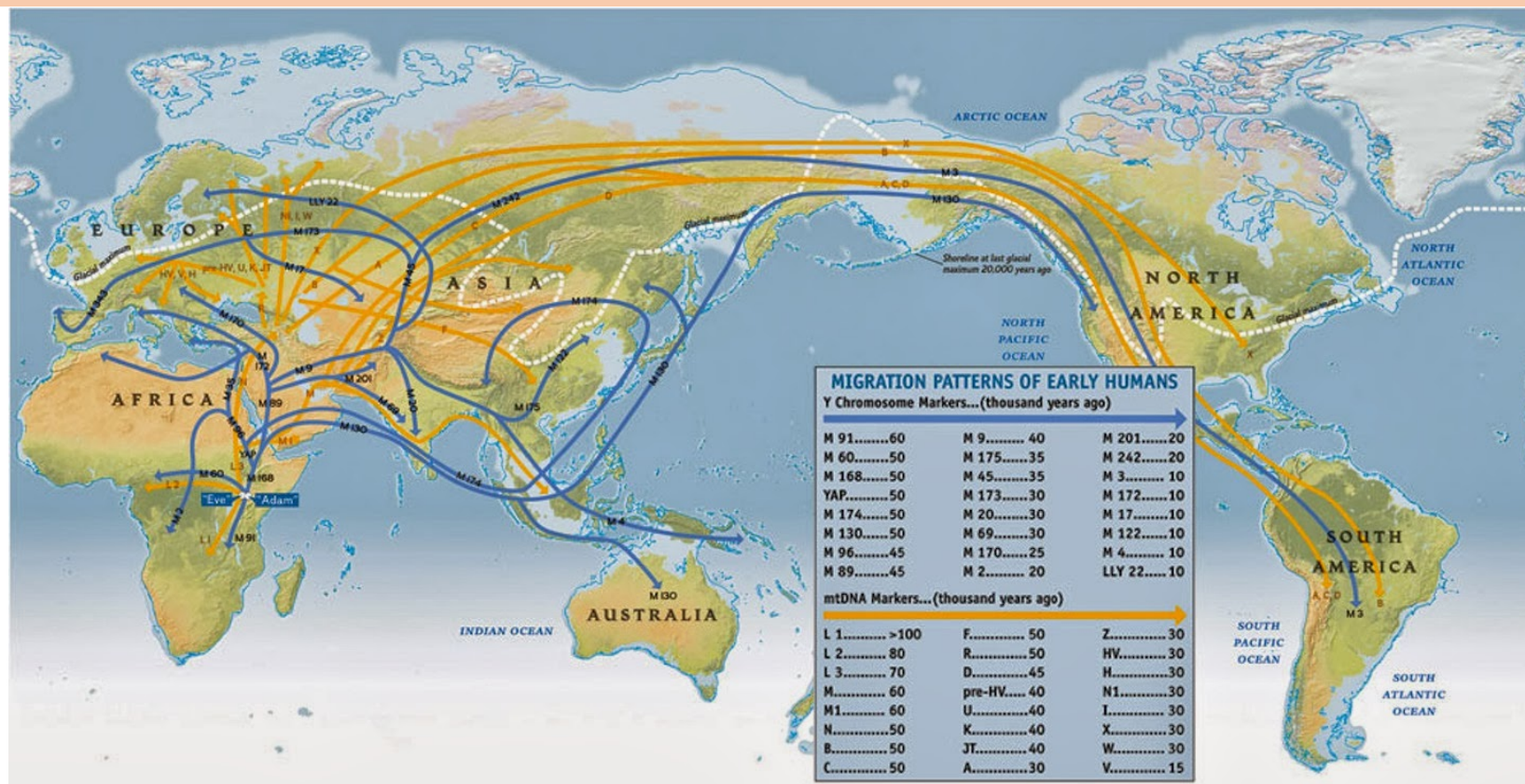
una normalità dimenticata

< 75.000 aa.

< 1,5 ml. aa.



Il contributo della genetica e della paleoantropologia al superamento del concetto di razza e alla ricostruzione scientifica della mobilità della specie umana sul pianeta



Importanti acquisizioni scientifiche sono state possibili attraverso gli studi sugli aplogruppi del DNA mitocondriale e sui markers del cromosoma Y. *“L’ aplogruppo che è uscito dall’Africa (L3) risale ad un periodo compreso tra circa 63.000 e 83.000 anni fa. Gli umani moderni sono entrati in Europa circa 45.000 anni fa”* (Prof. Antonio Torroni, Università di Pavia, Intervento all’ISS dell’1.06.2016).

# Il fenomeno migratorio

...forse varrebbe la pena fare un esercizio di memoria



an exercise of memory  
... **our** history of emigration

Starting on 1860, and for a period of nearly 100 years, more than 27 millions of Italians migrated abroad.

During the first 10 years of the 20th century, the Italians who had moved abroad for work counted on average 600.000 persons per year (on a total Italian population of about 33,5 millions in the year 1900).

The highest number was recorded in 1913, with approximately 900.000 persons leaving the country.

It is estimated that, at the moment, there are more than 5 millions of Italians living abroad, whereas the people of Italian origin represent a number of about 60 millions worldwide.



*«Cosa intende per nazione, signor Ministro? Una massa di infelici? Piantiamo grano ma non mangiamo pane bianco. Coltiviamo la vite, ma non beviamo il vino. Alleviamo animali, ma non mangiamo carne. Ciò nonostante voi ci consigliate di non abbandonare la nostra Patria?*

*Ma è una Patria la terra dove non si riesce a vivere del proprio lavoro?»*

*(Anonymous answers to an Italian Minister, sec. XIX)*

Migrants from Modena  
at [Capitan Pastene \(Chile\)](#)  
on 1910: the Castagna  
Family



# Il fenomeno migratorio

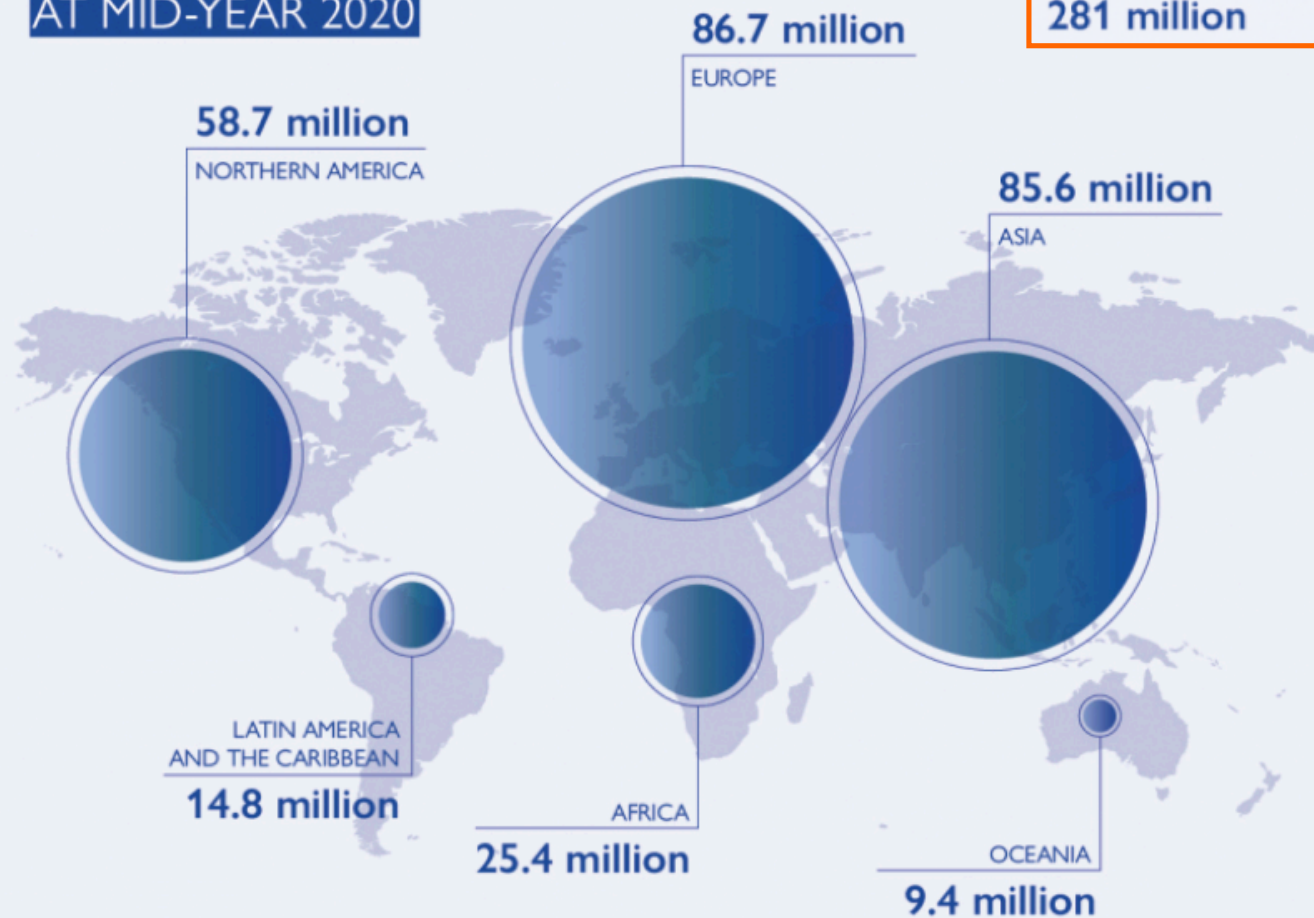
...quali dati di inquadramento per il mondo?

# INTERNATIONAL MIGRANTS

## AT MID-YEAR 2020

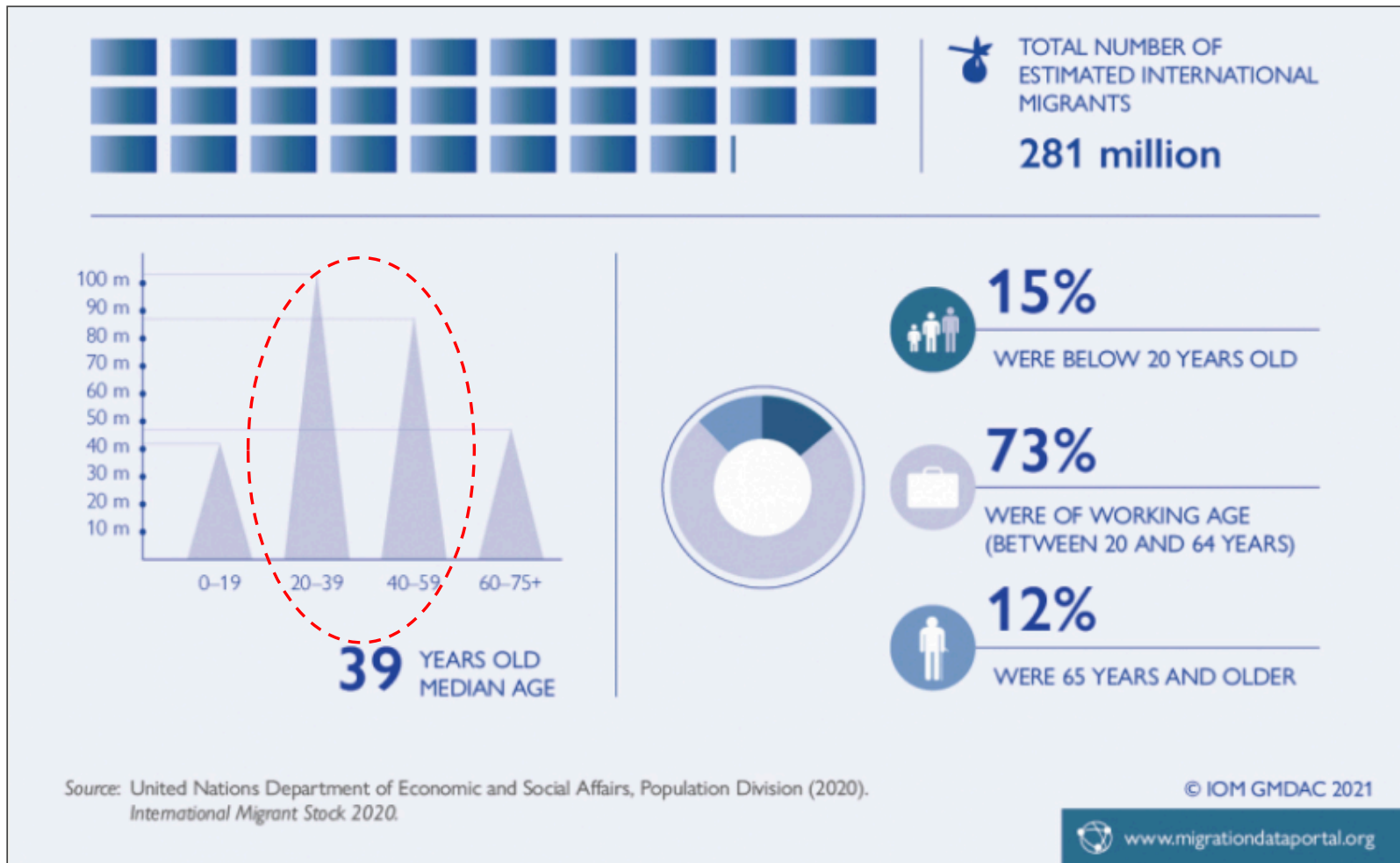
TOTAL NUMBER OF  
ESTIMATED INTERNATIONAL  
MIGRANTS

**281 million**





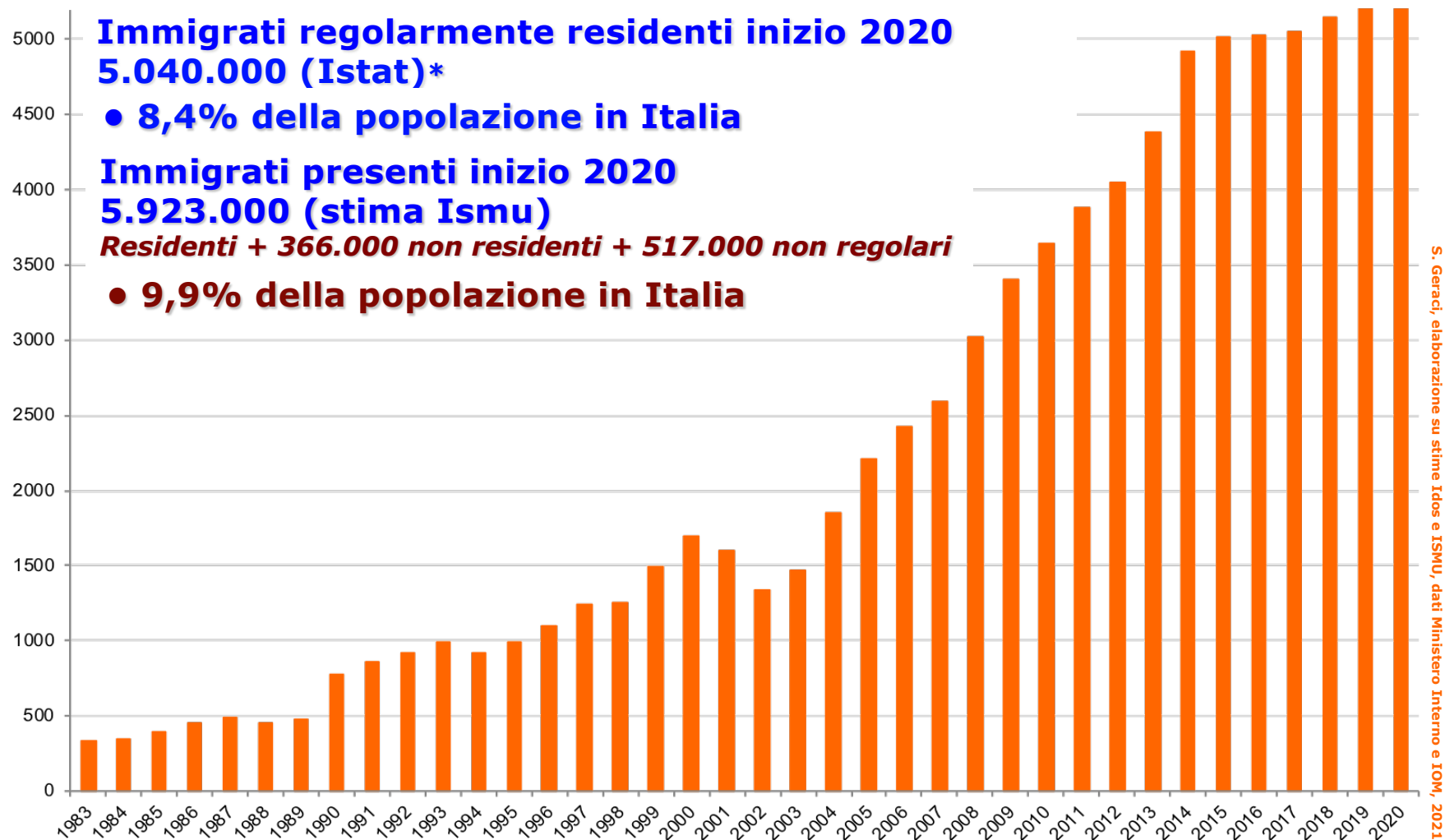
## La dimensione quali-quantitativa del fenomeno...



# Il fenomeno migratorio

...quali dati di inquadramento per l'Italia?

# Immigrazione in Italia: numero totale e trend all'inizio del 2020 numero delle persone sbarcate dal 2002 (x 1.000)

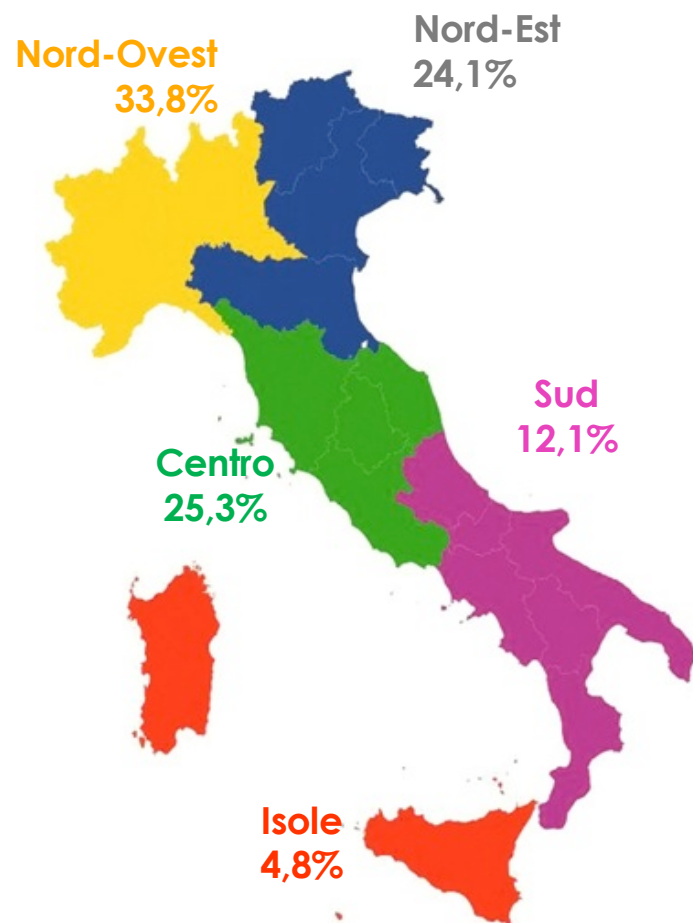


per gentile concessione di S. Geraci

\* A seguito ad un allineamento ISTAT al Censimento 2018/19, il dato da oltre 5.300.000 è ridimensionato a 5.040.000 e recentemente ridefinito a 5.171.894



# Immigrazione in Italia: dati di contesto



Nazionalità	Presenza (quota sul totale)	% femmine
Romania	22,8%	57,3%
Albania	8,3%	48,9%
Marocco	8,1%	46,7%
Cina	5,7%	49,9%
Ucraina	4,5%	77,5%
<b>Totale Nazionale</b>	<b>5.306.548</b>	<b>51,8%</b>

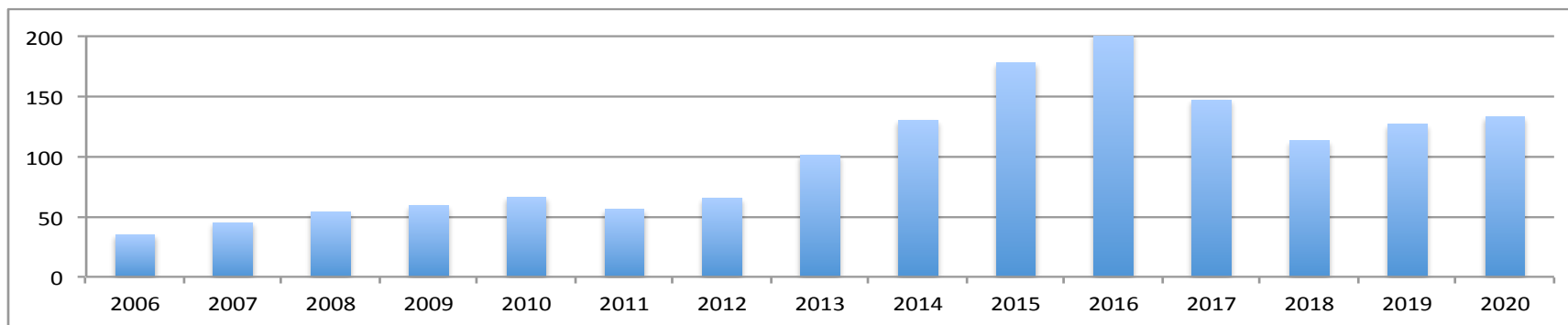
Regioni con più cittadini stranieri residenti			Province con più cittadini stranieri residenti		
Regione	Totale	% su pop. tot. resid.	Provincia	Totale	% su pop. tot. resid.
Lombardia	1.206.023	11,9%	Roma	555.453	12,8%
Lazio	682.968	11,6%	Milano	488.432	14,9%
Emilia Romagna	559.586	12,5%	Torino	222.173	9,9%
Veneto	505.955	10,3%	Brescia	157.958	12,5%
Piemonte	429.375	9,9%	Napoli	135.594	4,4%

per gentile concessione di S. Geraci

# IL CONTESTO ITALIANO

## *L'acquisizione della cittadinanza 2006-20*

**Negli ultimi 15 anni, circa 1.570.000 nuovi cittadini**



**2021**

**Acquisizione cittadinanza di 131.803  
persone di origine straniera**

**49,5% genere femminile**

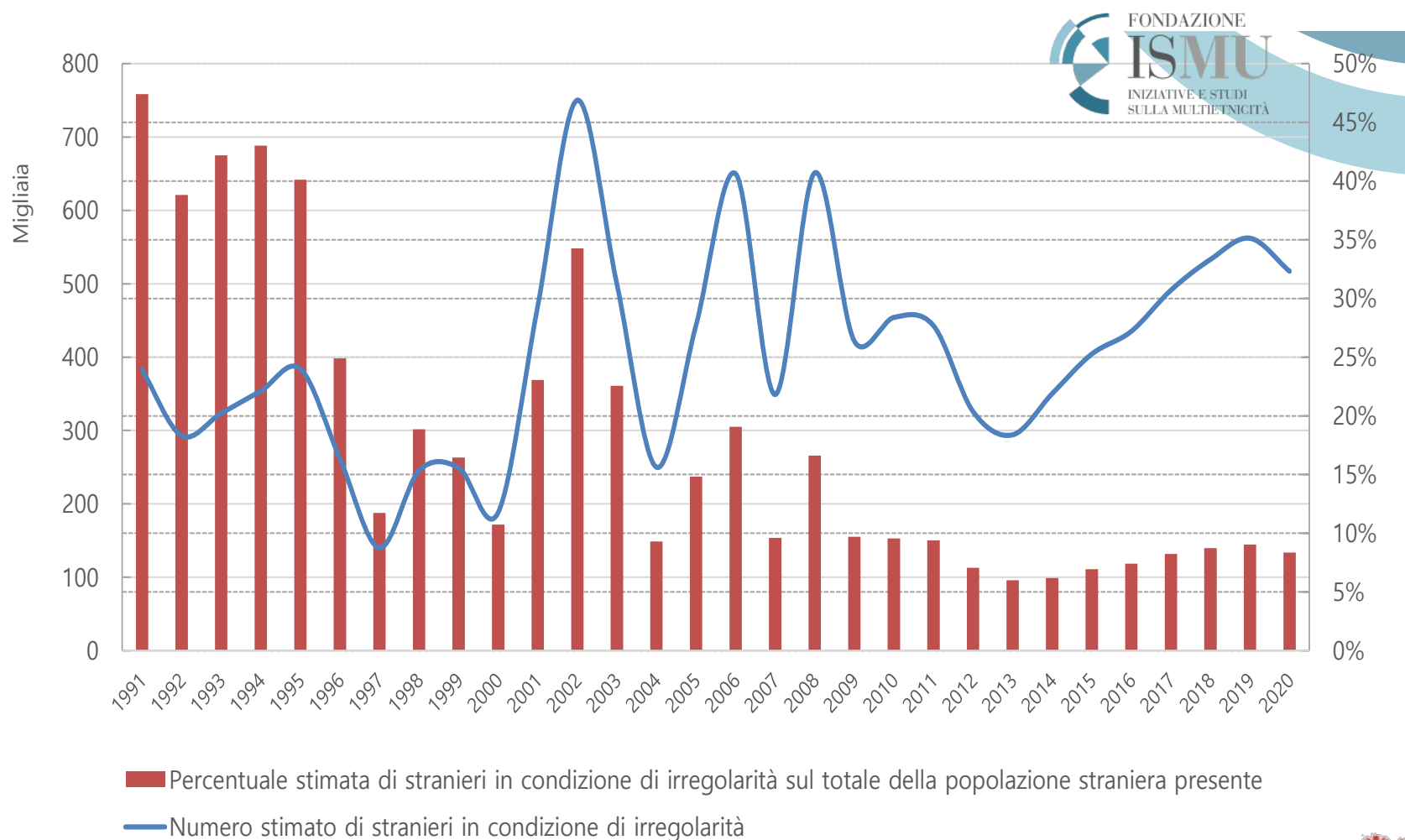
di queste, il 59,2% ha un'età compresa tra 15 e 49 anni\*

Albanesi (13.000; \*61,2%); Marocchine (8.900; \*54,2%);  
Rumene (6.600; \*63,5%)



# Migranti «irregolari» in Italia

## Stima stranieri senza visto, richiesta pds o pds



per gentile concessione di S. Geraci

# Immigrazione in Italia: numero totale e trend all'inizio del 2020 numero delle persone sbarcate dal 2002 (x 1.000)



S. Geraci, elaborazione su stime Idos e ISMU, dati Ministero Interno e IOM, 2021

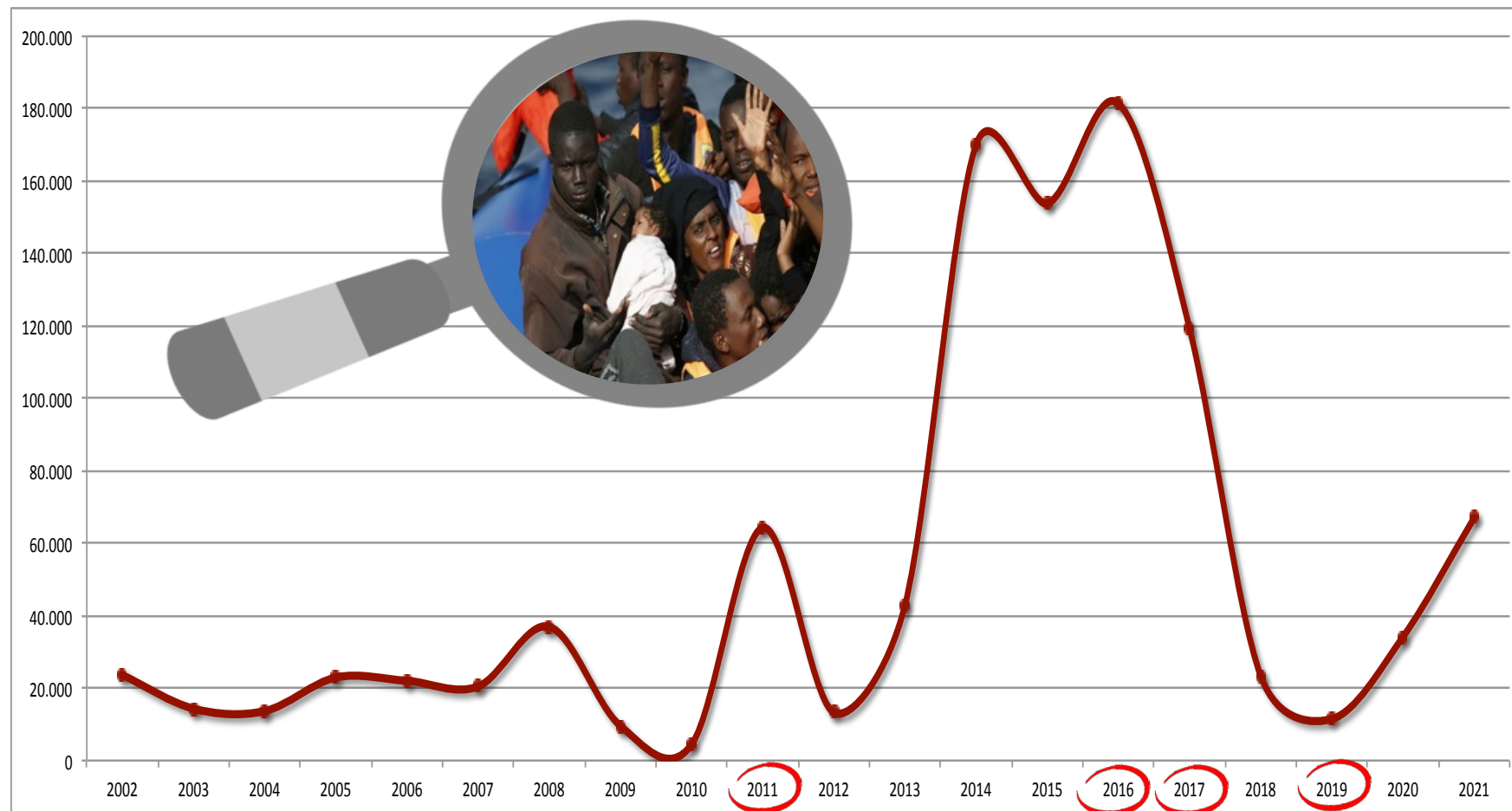


per gentile concessione di S. Geraci

## Andamento delle persone arrivate via mare dal 2002 al 2021

**Dal 2002 ad oggi sono sbarcati poco più di 1.000.000 persone**

*Negli ultimi 25 anni sono sbarcati circa 1.250.000 persone come quelle accolte dalla Germania tra il 2015 e 2016*



per gentile concessione di S. Geraci

Fonte: S. Geraci, nostra elaborazione su dati Ministero Interno, Roma 2021





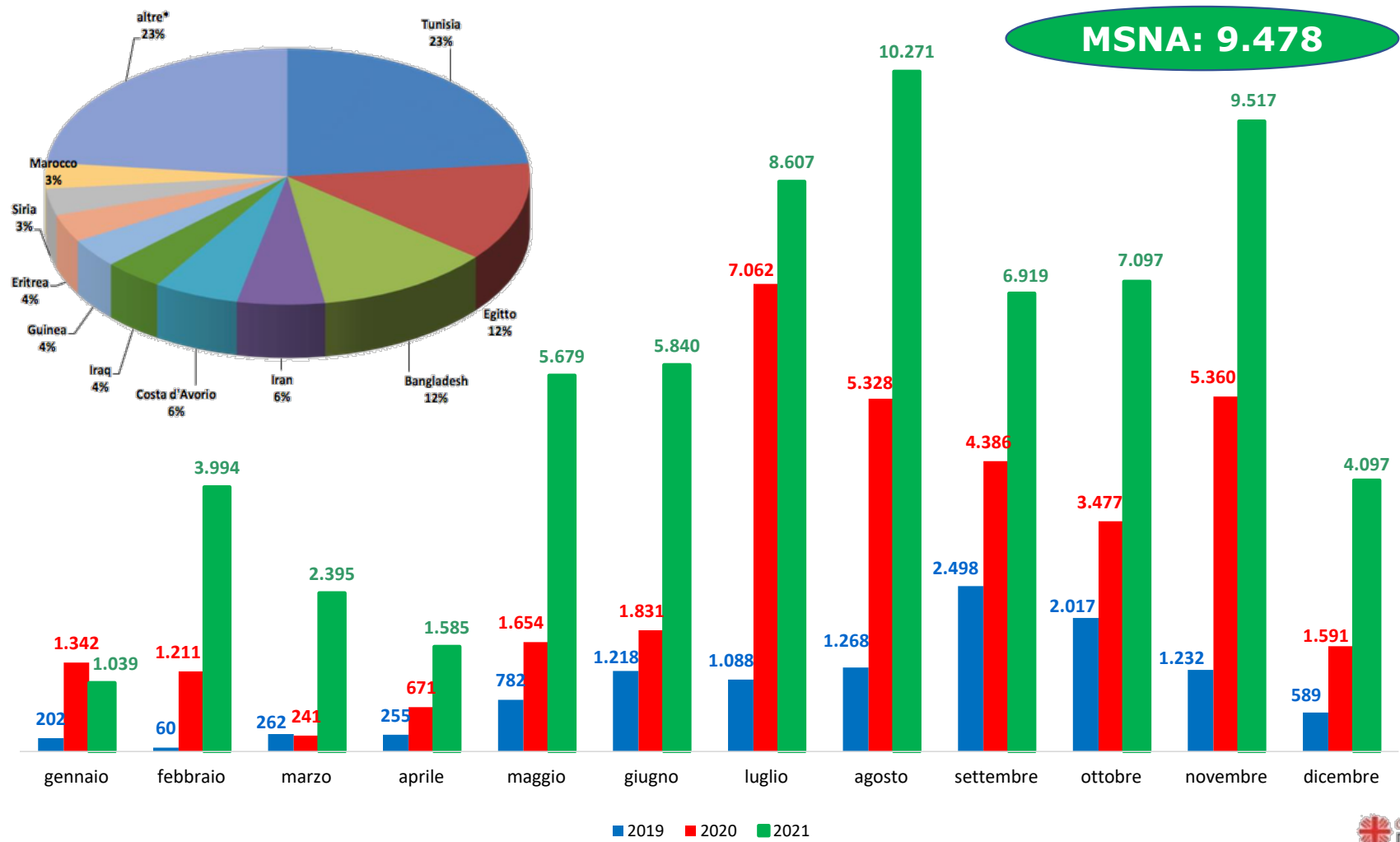
**Tabella 15.1.** Distribuzione degli stranieri per aree territoriali e impatto quantitativo degli sbarchi rispetto al totale della popolazione immigrata nell'ultimo decennio (residenti al 1° gennaio dell'anno)

Anno	Totale	Nord	Centro	Sud e isole	Donne (%)	Sbarchi	Sbarchi su immigrati (%)
2010	4.235.059	2.611.470	1.068.923	554.666	51,3	4.406	0,10
2011*	4.027.627	2.517.814	968.476	541.337	53,3	64.261	1,60
2012	4.052.081	2.530.225	973.035	548.821	53,3	13.245	0,33
2013	4.387.721	2.711.887	1.060.899	614.935	53,0	42.925	0,98
2014	4.922.085	2.955.515	1.249.830	716.740	52,7	170.100	3,46
2015	5.014.437	2.977.553	1.275.845	761.039	52,7	153.842	3,07
2016	5.026.153	2.947.276	1.278.594	800.283	52,6	181.436	3,61
2017	5.047.028	2.917.258	1.295.431	834.339	52,4	119.310	2,36
2018	5.144.440	2.952.644	1.319.692	872.104	52,0	23.370	0,45
2019	5.255.503	3.020.846	1.335.268	899.389	51,7	11.471	0,22

\* Dati post-censimento.

Fonte: elaborazione nostra su dati ISTAT, Stranieri residenti - Bilancio, [http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_POPSTRBIL1](http://dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_POPSTRBIL1) e del ministero dell'Interno.

# Migranti giunti «irregolarmente» in Italia sbarchi anni 2019, 2020 e 2021



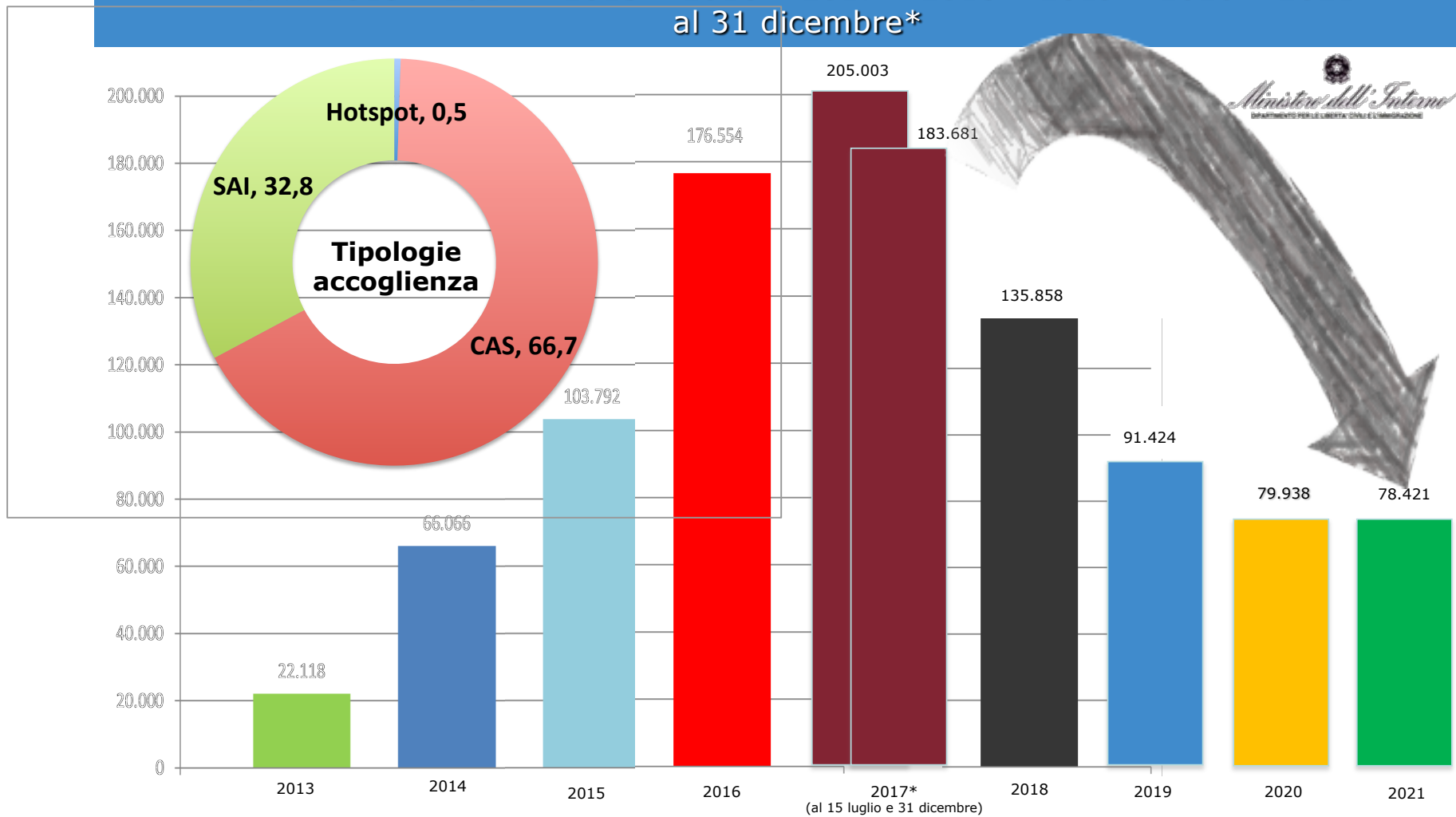
Fonte: Ministero Interno, Roma 2021



per gentile concessione di S. Geraci

# Trend dell'accoglienza

anni 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021  
al 31 dicembre\*

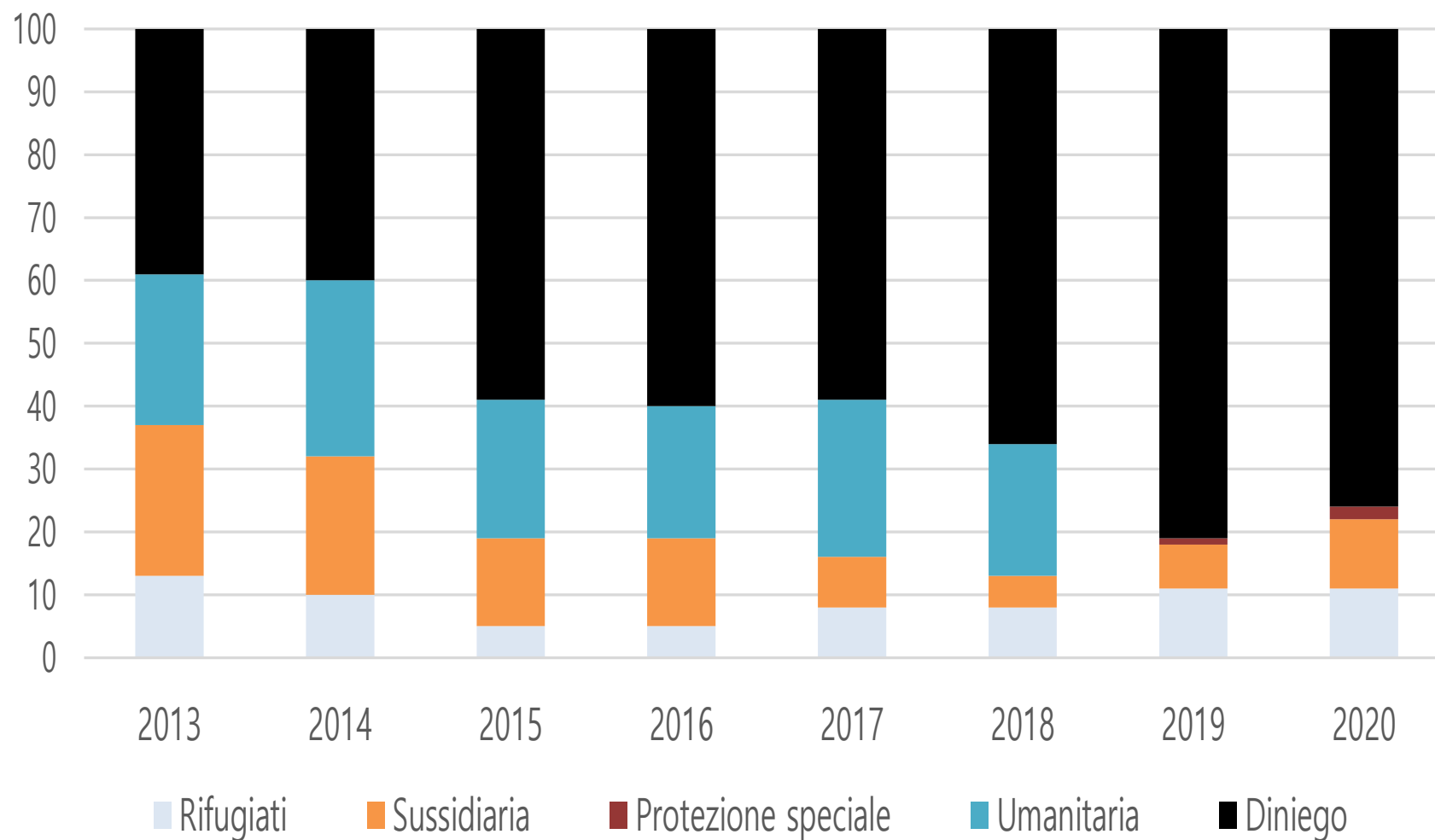


Fonte: S. G. 2022, nostra elaborazione su dati Ministero Interno

per gentile concessione di S. Geraci



# Richieste di protezione internazionale



per gentile concessione di S. Geraci

Fonte: elaborazioni ISMU su dati Ministero dell'Interno



# Esiti delle richieste di protezione internazionale

## In Italia nel 2021 (dati al 31 luglio)

sono state presentate **41.052** domande di protezione internazionale

Sono state esaminate **43.877** domande

### Riconoscimenti 2021

Status Rifugiato **11,9%**

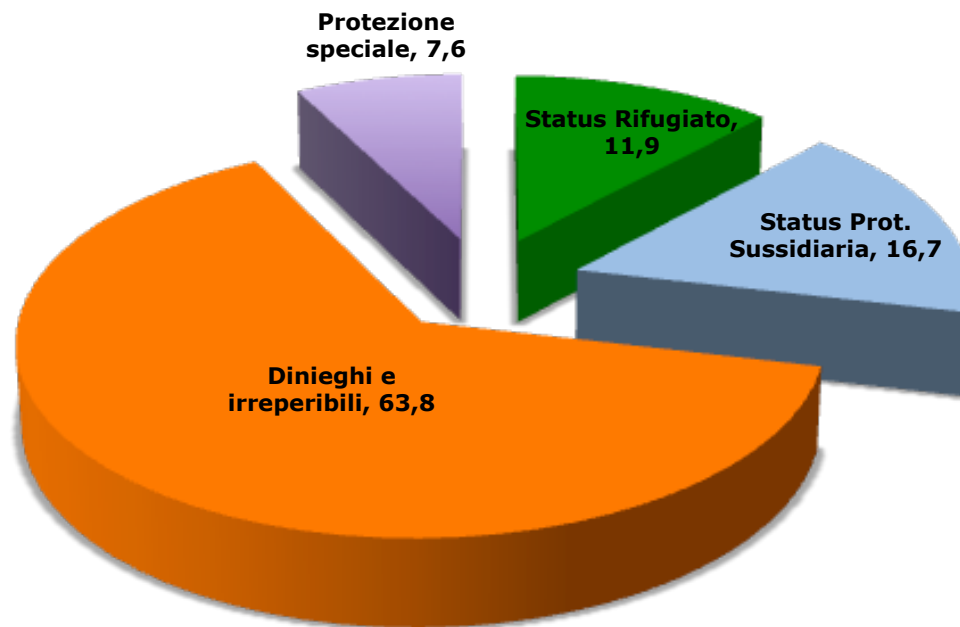
Status Protezione  
Sussidiaria **16,7%**

Protezione Speciale **7,6%**

Non Riconosciuti **37,7%**

Non reperibili/rinuncia **26,1%**

**Protetti: 36,2%**



per gentile concessione di S. Geraci

# Il fenomeno migratorio e la salute

L'assunzione di una prospettiva chiara

# Cos'è la Sanità Pubblica?

Public Health is defined as *“the art and science of preventing disease, prolonging life and promoting health through the organized efforts of society”*

(Donald Acheson, 1988; WHO).

Public health refers to *“the science and art of preventing disease, prolonging life and promoting human health through organized efforts and informed choices of society, organizations, public and private, communities and individuals”*

(Winslow, Charles-Edward Amory (1920). "The Untilled Field of Public Health". *Modern Medicine*. 2: 183–191) – from Wikipedia

## No public health without migrant health

1 billion people in the world today are on the move. There are an estimated 244 million international migrants (3.3% of the world's population)—an increase from 155 million in 2000. Internal migration is most prevalent, with more than 740 million people who have migrated within their own country of birth. According to the International Organisation for Migration (IOM), the UN migration agency, we are facing the highest levels of forced displacement globally recorded since World War 2, with a dramatic increase in the number of refugees, asylum-seekers, and internally displaced people across various regions of the world. But this so-called migrant crisis is not a crisis of numbers, it is a crisis of policies—of policies not keeping pace with today's challenges. For Antonio Guterres, UN Secretary General, we face a choice: "Do we want migration to be a source of prosperity and international solidarity, or a byword for inhumanity and social friction?"

Can public health professionals inform that choice and challenge governments and their policies?

of migration and integration policies. Alarming, there is a mismatch between public perception and current evidence about migration. First, regarding numbers, as highlighted by Uma Segal (University of St Louis, USA), Americans estimate their country has a 42% immigrant population, while it is actually 14%; perceived versus actual numbers are 32% versus 13% in the UK, and 25% versus 12% in France. Second, regarding the benefits of migrations, these are too often lost in public debate. Migrants make substantial contributions to both their host countries and countries of origin.

According to a recent IOM-Gallup report on public perceptions of migration worldwide, people are more likely to be in favour of migration than against it, with the important exception of Europe. Indeed, of the 183,000 adults in 140 countries interviewed between 2012 and 2014, Europeans were the most negative towards immigration globally, with a slight majority (52%) believing that immigration levels should be decreased.



Published Online  
May 24, 2018  
[http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30101-4](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30101-4)

See *Correspondence* *Lancet Public Health* 2018; **3**: e13

For the *IOM Gallup report* see <https://www.iom.int/news/how-world-views-migration-results-new-iomgallup-report>

For the *Edinburgh Declaration* see <http://www.mericocongress.com/welcome/edinburgh-declaration/>

For the *UN Global Compact* see <https://refugeesmigrants.un.org/migration-compact>

## Migrant health is public health, and public health needs to be political

"No public health without migrant health" was the title of *The Lancet Public Health's* June Editorial.<sup>1</sup> Indeed, migrants are the public, and the public are migrants. Having reaffirmed the obvious interchangeability between migrant health and public health, it is important to further explore what is required of the public health sector to challenge the largely unnecessary distinction between migrant and

knowledge are political.<sup>4</sup> Who funds what research? Who designs the questions and shapes the methodology? Who interprets the data and determines whether findings will be disseminated publicly? To call for an evidence-driven agenda for migrant health, as was articulated at the May, 2018 World Congress on Migration, Ethnicity, Race and Health, runs the risk not only of oversimplifying the policy process by overlooking the many ways in which evidence-informed decision making for health is inherently political,<sup>4</sup> but also sees a technical, data-guided response as central to improved social policy outcomes.<sup>5</sup>

- 1 *The Lancet Public Health*. No public health without migrant health. *Lancet Public Health* 2018; **3**: e259.
- 2 Smith J. Thinking beyond borders: reconceptualising migration to better meet the needs of people in transit. *Int J Public Health* 2016; **61**: 521–22.
- 3 Grove NJ, Zwi AB. Our health and theirs: forced migration, othering, and public health. *Soc Sci Med* 2006; **62**: 1931–42.
- 4 Barnes A, Parkhurst J. Can global health policy be depoliticised? A critique of global calls for evidence-based policy. In: Brown GW, Yamey G, Wamala S, eds. *The handbook of global health policy*. Chichester: Wiley Blackwell, 2014: 157–73.
- 5 Parkhurst J. *The politics of evidence: from evidence-based policy to the good governance of evidence*. Abingdon, Oxon, UK: Routledge, 2017.





# Il fenomeno migratorio e la salute

Un *logical framework* per una lettura dinamica

## Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making

Cathy Zimmerman<sup>1</sup>, Ligia Kiss, Mazeda Hossain

Gender Violence & Health Centre, Social and Mathematical Epidemiology Group, Department of Global Health & Development, London School of Hygiene & Tropical Medicine, London, United Kingdom

This is one article in a six-part *PLoS Medicine* series on Migration & Health.

### Introduction

With an estimated 214 million people on the move internationally and approximately three-quarters of a billion people migrating within their own country, there can be little doubt that population mobility is among the leading policy issues of the 21st century [1–3]. Human migration is not a new phenomenon, but it has changed significantly in number and nature with the growth of globalization, including the ease of international transport and communication, the push and pull factors of shifting capital, effects of climate change, and periodic political upheaval, including armed conflict. As a result, migrant networks that facilitate mobility and circular migration, in particular, have expanded in unprecedented ways [4,5]. Yet, there has not been commensurate development of coordinated policy approaches to address the health implications associated with modern migration. Internationally, policy-making on migration has generally been conducted from policy sector “silos” (e.g., international aid, security, immigration enforcement, trade, and labor) that rarely include the health sector and which often have different, if not incompatible, goals [6,7]. As discussions on “global migration governance” and “global health governance” expand, it will be increasingly important for policy-makers to engage in cross-sector coordination and move beyond narrow protectionist policy approaches, such as migrant-screening, and the simplistic view of migration as a one-way trajectory [8].

Health policy-making in the context of migration has generally been viewed either

in terms of its “threats” to public health or from a rights-based approach that focuses on health hazards faced by individual migrants and the associated service challenges [9]. The former lens dates back to medieval quarantine measures and prioritizes public health security and communicable disease control, relying heavily on monitoring and screening (e.g., tuberculosis, pandemic flu). The rights-based perspective is more recent and grounded in medical ethics. It recognizes migrants’ special vulnerability to, for example, interpersonal and occupational hazards, social exclusion, and discrimination, and the importance of universal access and culturally competent health care services [10].

Although often framed as a “threat”, human mobility is not inherently risk-laden. However, poor policy coordination and contradictory policy goals, such as increasing foreign labor requirements while maintaining restrictive rights for migrants, can exacerbate risk conditions related to migration and pose health challenges [11,12].

This paper presents an introduction to the *PLoS Medicine* series on migration and health (<http://www.ploscollections.org/migrationhealth>). It lays out a migratory process framework (Figure 1) that highlights the multistaged and cumulative nature of the health risks and intervention opportunities that can occur throughout the migration process, and points to the potential benefits of policy-making that spans the full range of

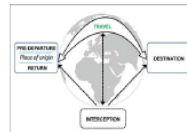


Figure 1. Migration phases framework. doi:10.1371/journal.pmed.1001034.g001

migratory movement. Five subsequent articles in the series discuss in-depth the health impacts and policy needs associated with the five phases of this migratory process: pre-departure, travel, destination, interception, and return.

### Global Estimates, Migrant Categories, and Gender

Theories and definitions of migration are diverse and include temporary and more permanent forms of human mobility that can occur for different purposes over long and short distances [13,14]. Statistics on global migration are impressive because of the diversity in definitions and due to the difficulty of counting irregular or undocumented migrants [15]. Table 1 presents some commonly used definitions and recent estimates for different mobile populations. Notably, internal migrants account for nearly four times as many

Citations: Zimmerman C, Kiss L, Hossain M (2011) Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. *PLoS Med* 8(5): e1001034. doi:10.1371/journal.pmed.1001034

Published May 24, 2011

Copyright: © 2011 Zimmerman et al. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original author and source are credited.

Funding: No specific funding was received for writing this paper.

Competing Interests: The authors served as the guest editors of the *PLoS Medicine* series on Migration & Health.

\* E-mail: [cathy.zimmerman@lshtm.ac.uk](mailto:cathy.zimmerman@lshtm.ac.uk)

Provenance: Commissioned, externally peer reviewed.

The Policy Forum allows health policy makers around the world to discuss challenges and opportunities for improving health care in their societies.

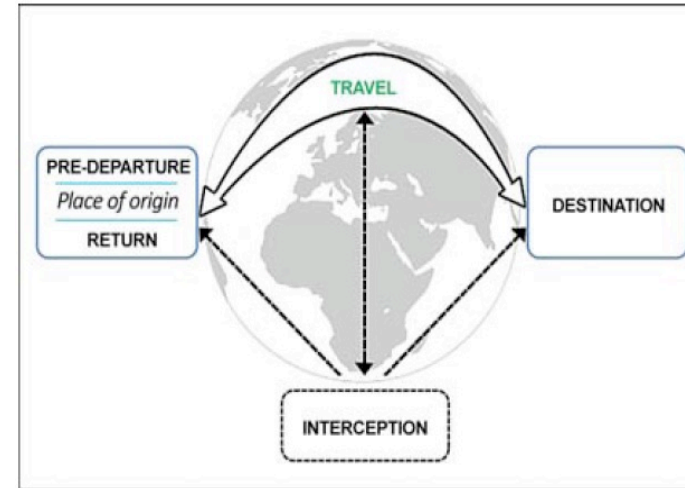
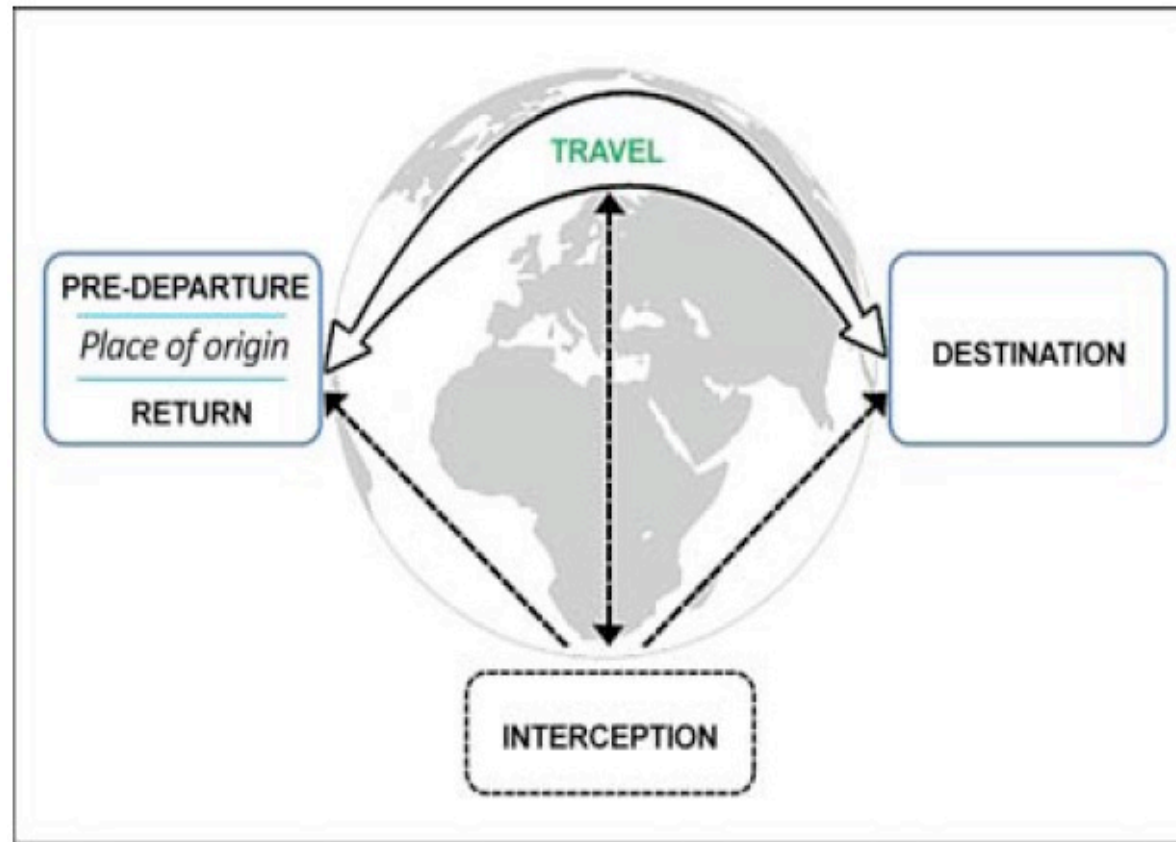
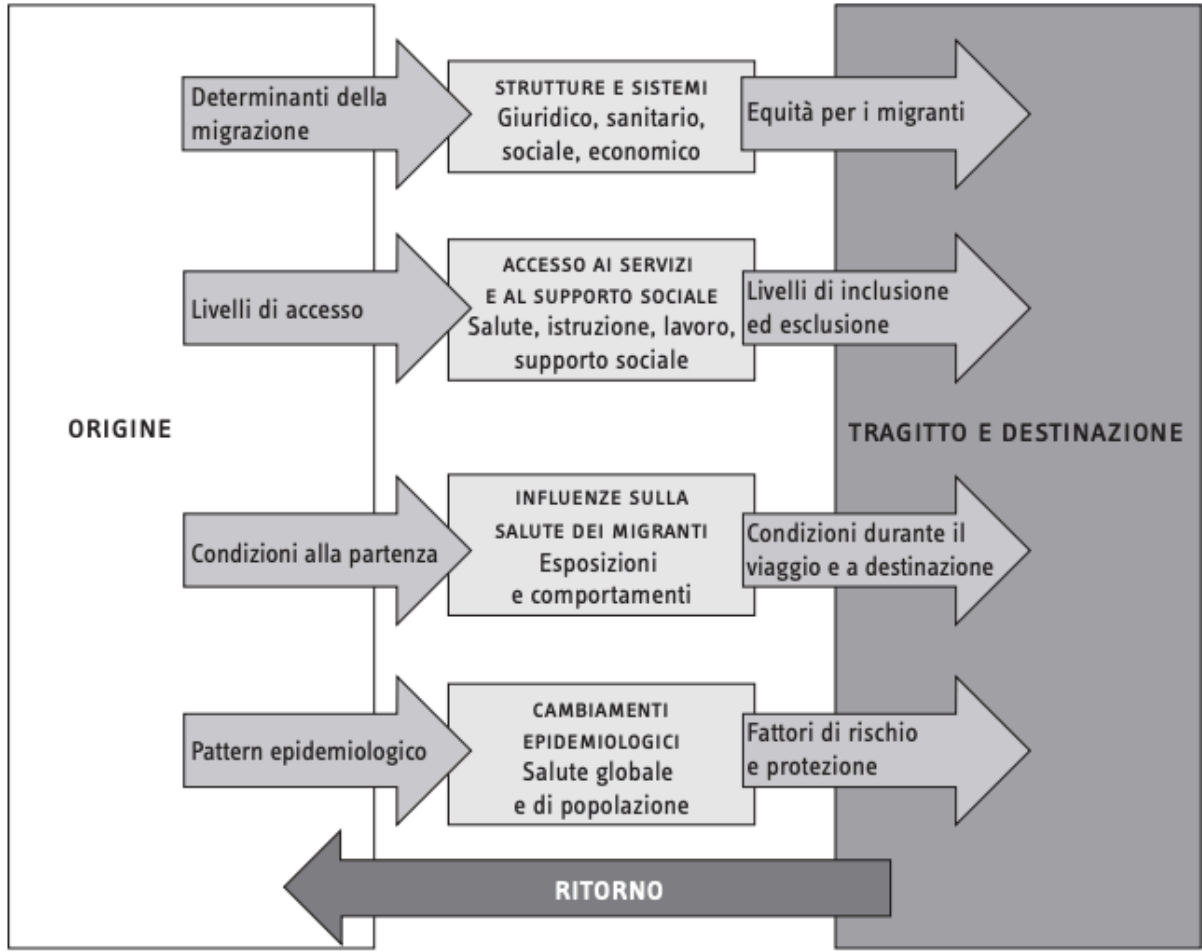


Figure 1. Migration phases framework.



**Figure 1. Migration phases framework.**

**Figura 15.1.** Conceptual framework sulle interazioni tra migrazione e salute



Fonte: adattata da Abubakar et al. (2018).



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



Ministero della Salute

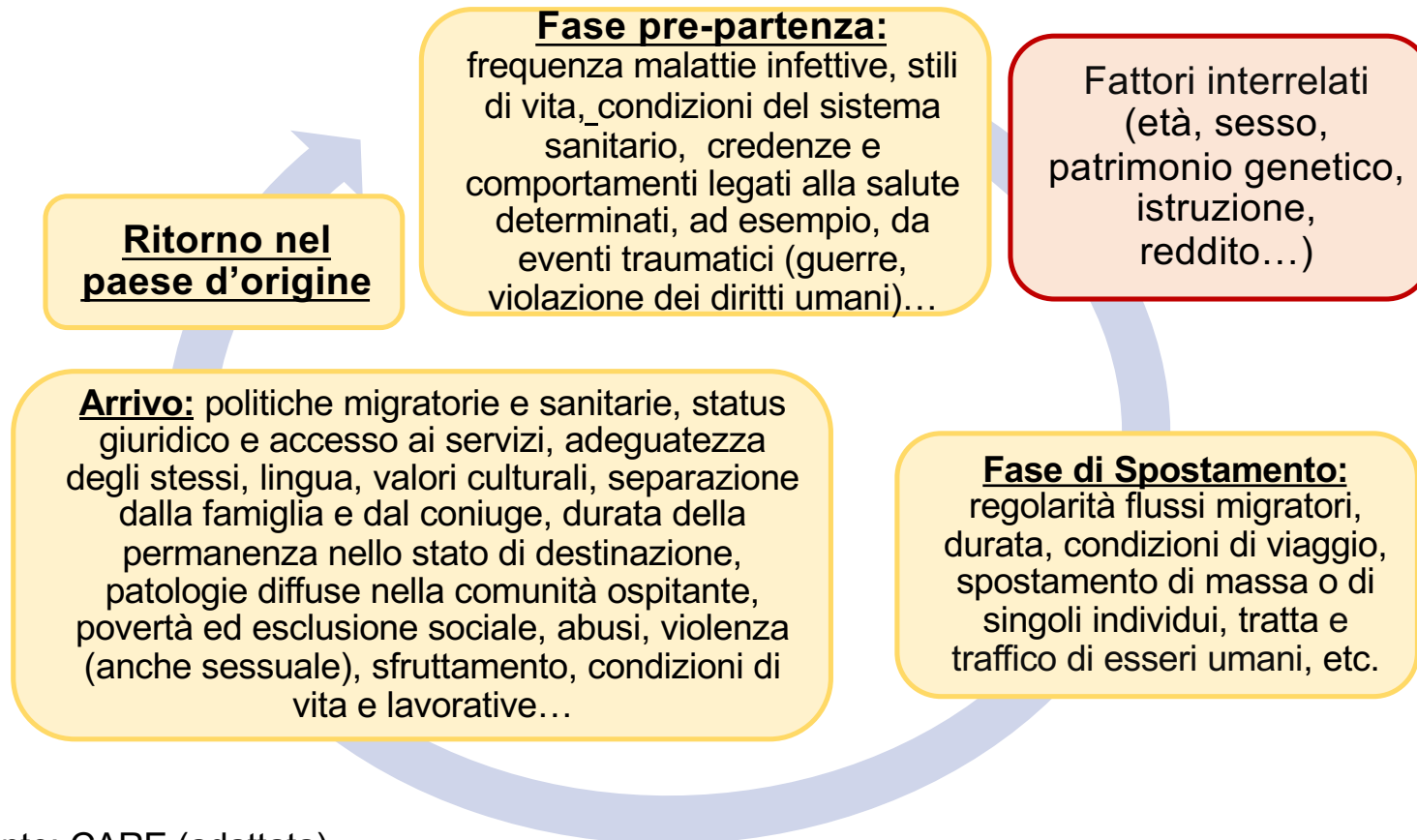


MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020



# La salute nel processo migratorio

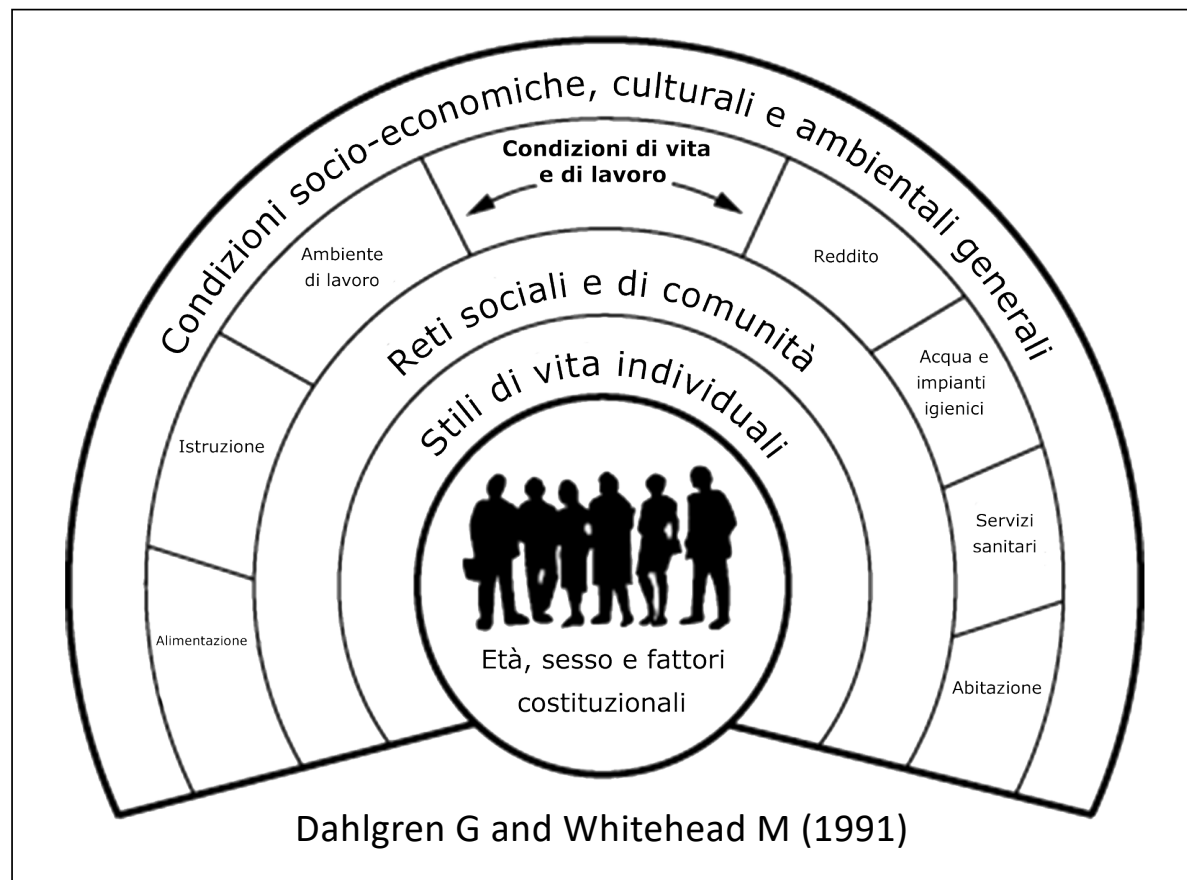


Fonte: CARE (adattata)

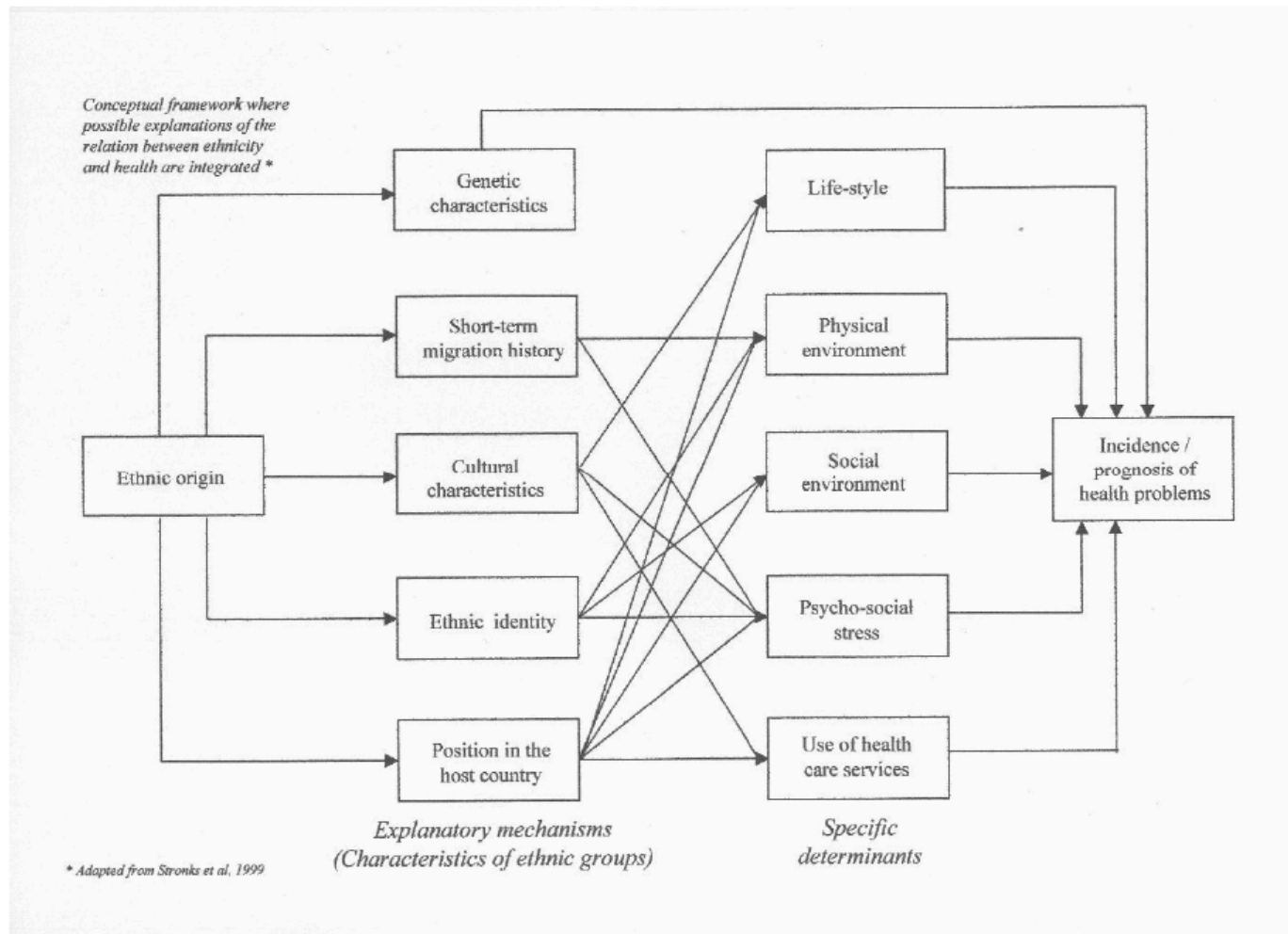
# Il fenomeno migratorio e la salute

L'importanza dei determinanti sociali e delle politiche non sanitarie

## Il modello interpretativo dei determinanti di salute .... applicato ai migranti



**Figure: 1 Conceptual framework for determinants of migrant health**



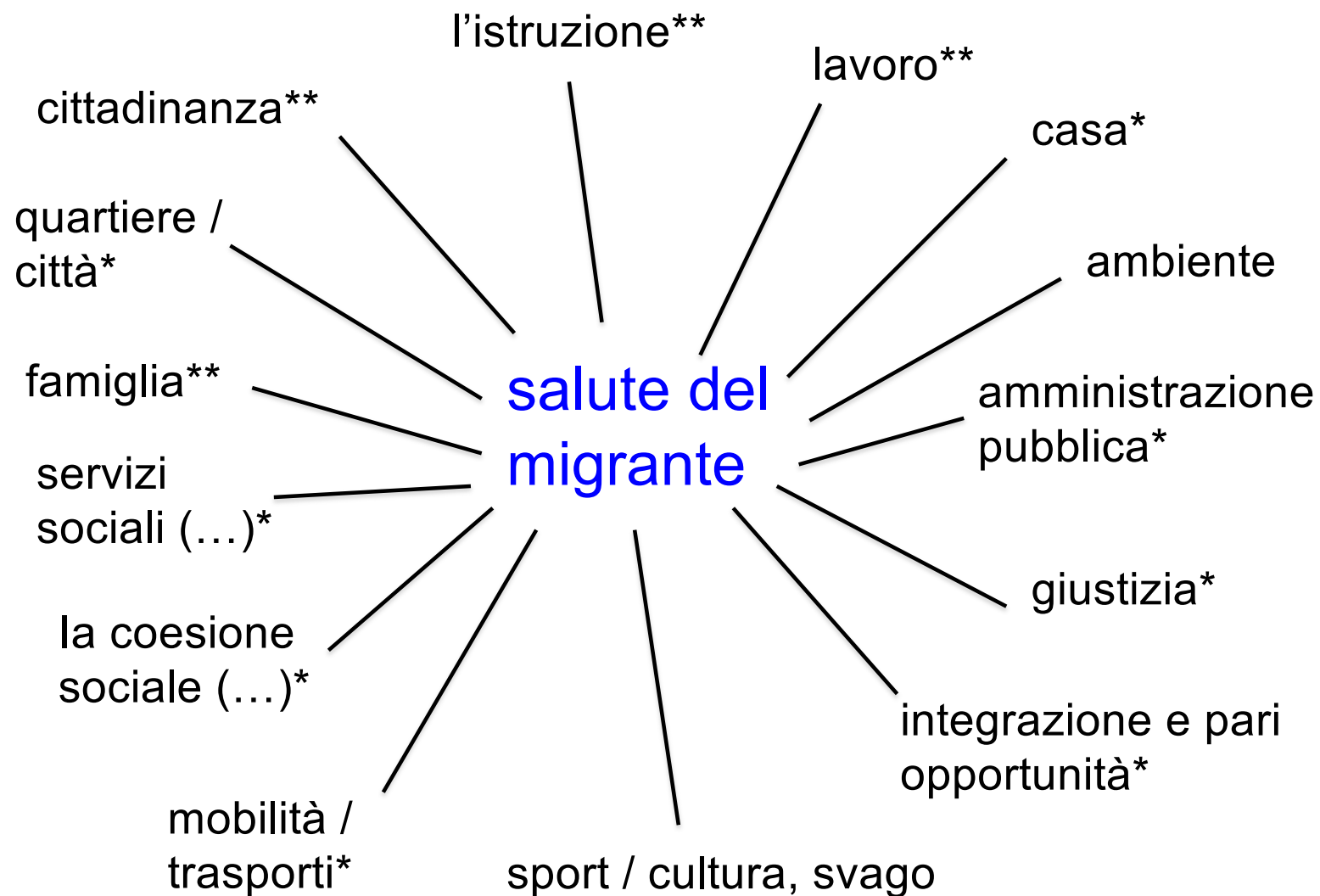
Source: (Ingleby et al., 2005)

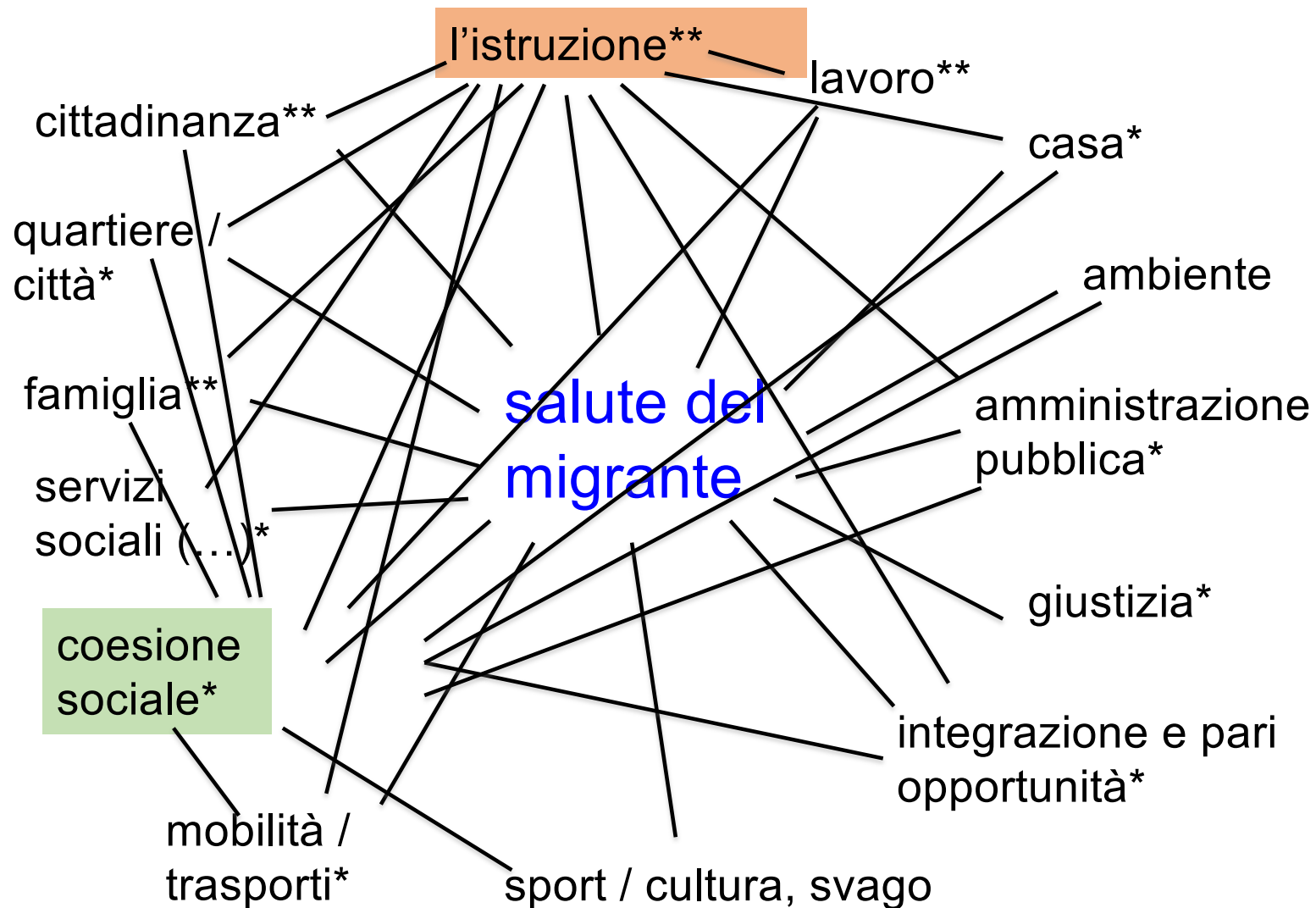


## dimensioni / determinanti

- la cittadinanza\*\*
- l'istruzione\*\*
- il lavoro\*\*
- la casa\*\*
- il quartiere / la città\*
- l'ambiente
- l'amministrazione pubblica\*
- la famiglia\*\*
- i servizi sociali (...)\*
- la coesione sociale (...)\*
- la giustizia\*
- la mobilità / i trasporti\*
- lo sport / la cultura, lo svago
- integrazione e pari opportunità\*

politiche non sanitarie







Sam Bradd

Graphic recording of the governance stream at Gathering Wisdom for a Shared Journey VI conference

Vancouver 2013

# Il fenomeno migratorio e la salute

Adottare le lenti dell'equità

## DIFFERENZE o DISUGUAGLIANZE?

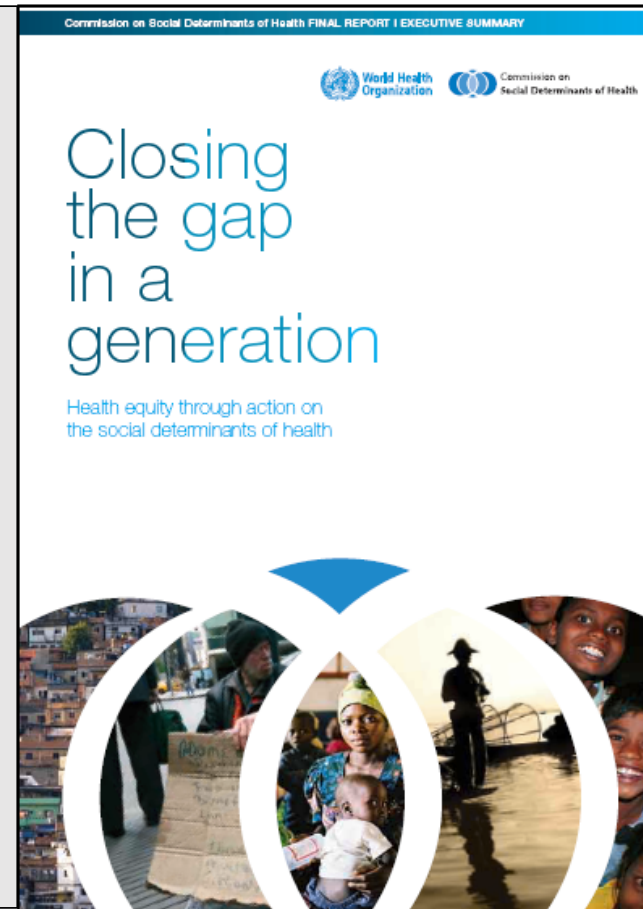
Il termine *disuguaglianza* ha una dimensione morale ed etica.

Si riferisce a *differenze* che (NdR. oltre ad essere **gravi** e **sistematiche**) sono **evitabili** e **non necessarie**, oltre che **inique** e **ingiuste**.

*M. Whitehead, The concepts and principles of equity and health, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen, 2000.*

# The importance of daily living conditions

The Commission takes a holistic view of social determinants of health. The poor health of the poor, the social gradient in health within countries, and the marked health inequities between countries are caused by the unequal distribution of power, income, goods, and services, globally and nationally, the consequent unfairness in the immediate, visible circumstances of peoples lives – their access to health care, schools, and education, their conditions of work and leisure, their homes, communities, towns, or cities – and their chances of leading a flourishing life.

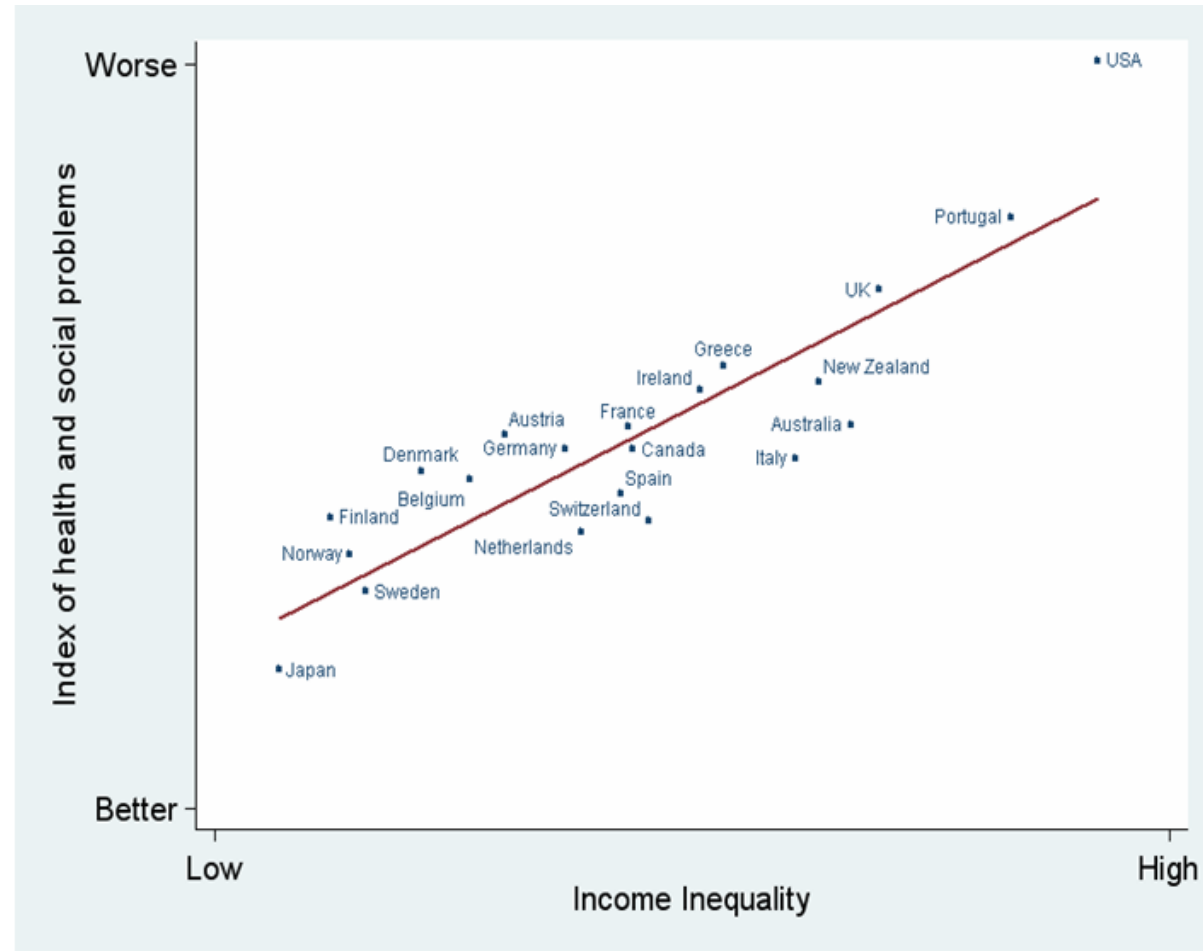


Source: WHO - Commission on Social Determinants Of Health - Final Report  
*Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health, 2008*

# I PROBLEMI SANITARI E SOCIALI SONO PEGGIORI NEI PAESI PIÙ DISEGUALI

## Index of:

- Life expectancy
- Math & Literacy
- Infant mortality
- Homicides
- Imprisonment
- Teenage births
- Trust
- Obesity
- Mental illness – incl. drug & alcohol addiction
- Social mobility



Source: Wilkinson & Pickett, *The Spirit Level* (2009)

[www.equalitytrust.org.uk](http://www.equalitytrust.org.uk)

Equality Trust





## I gruppi con pregressa esperienza migratoria

### **hanno mediamente:**

- ✓ un'aspettativa di vita inferiore alla popolazione generale
- ✓ una mortalità infantile maggiore
- ✓ riportano più frequentemente una cattiva salute
- ✓ accedono più frequentemente in maniera scorretta ai servizi (sia sovra- che sottoutilizzo)
- ✓ rischiano con maggior frequenza prestazioni inadeguate

*Banks J, Marmot M, Oldfield Z, Smith JP. Disease and Disadvantage in the United States and in England JAMA 2006; 295: 2037-2045.*

*WHO. International Migration, Health & Human Rights. 2003.*



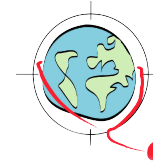
## I gruppi con pregressa esperienza migratoria

Per quanto riguarda l'esposizione a fattori di rischio:

tendono ad essere costretti a vivere in abitazioni di bassa qualità, sovraffollate, spesso confinati in aree urbane degradate, con meno servizi ed in cui è maggiore la criminalità.

Le persone che hanno sperimentato la migrazione hanno mediamente, rispetto al resto della popolazione, tassi di povertà più elevati, tassi di disoccupazione più alti, ricevono salari più bassi e sono maggiormente dipendenti dall'aiuto pubblico (quando esiste).

# I lavoratori immigrati

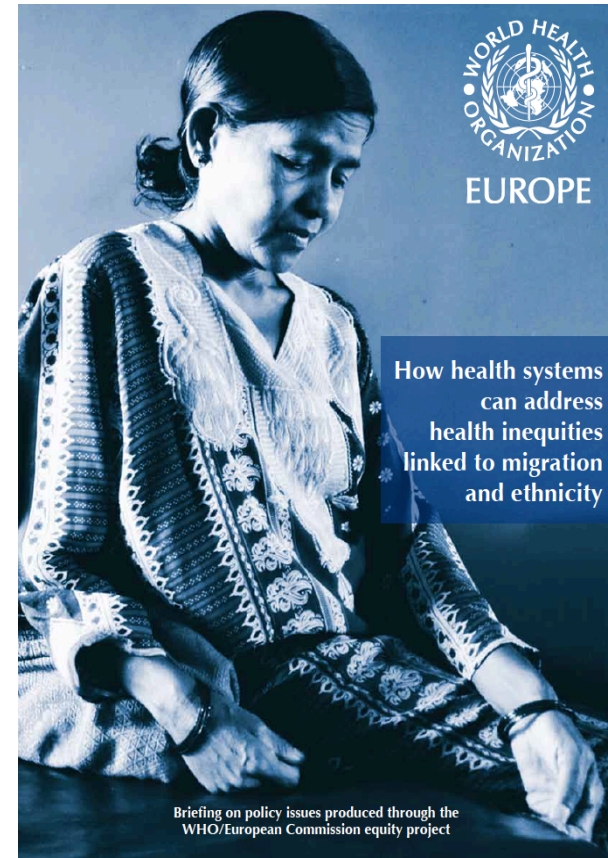


sono più frequentemente assunti con ruolo di 'non specializzati', in situazione di irregolarità e sottopagati, e sono sottoposti a lavori ad alto rischio per via dell'esposizione a tossici o ad ambienti di lavoro insalubri, con misure di protezione o equipaggiamento inadeguate od assenti, con orari di lavoro prolungati e con tutela insufficiente.

A questo vanno aggiunti i problemi di natura linguistica o culturale, che possono aumentare il rischio lavorativo.

In effetti, il tasso di infortunio degli immigrati in Europa è circa doppio del tasso di infortunio dei "nativi".

*WHO. International Migration, Health & Human Rights. 2003.*



## Executive summary

Migrants and ethnic minorities are often dealt with separately by researchers and policy-makers. This briefing considers them both separately and together, given that in some countries there is partial overlap between these groups and they can face similar problems of social exclusion. At the same time, however, it must be borne in mind that the composition of both groups is very diverse.



## Diritti

di salute  
di assistenza  
di cittadinanza

## Contesto

caratteristiche fenomeno  
responsabilità istituzionali

## Società

pregiudizi  
integrazione  
partecipazione

## Bisogni

di salute (aree critiche)  
analisi (fonti e limiti)

## Risposte

politiche  
interventi  
organizzazione  
servizi

EQUITÀ

## un approccio indispensabile

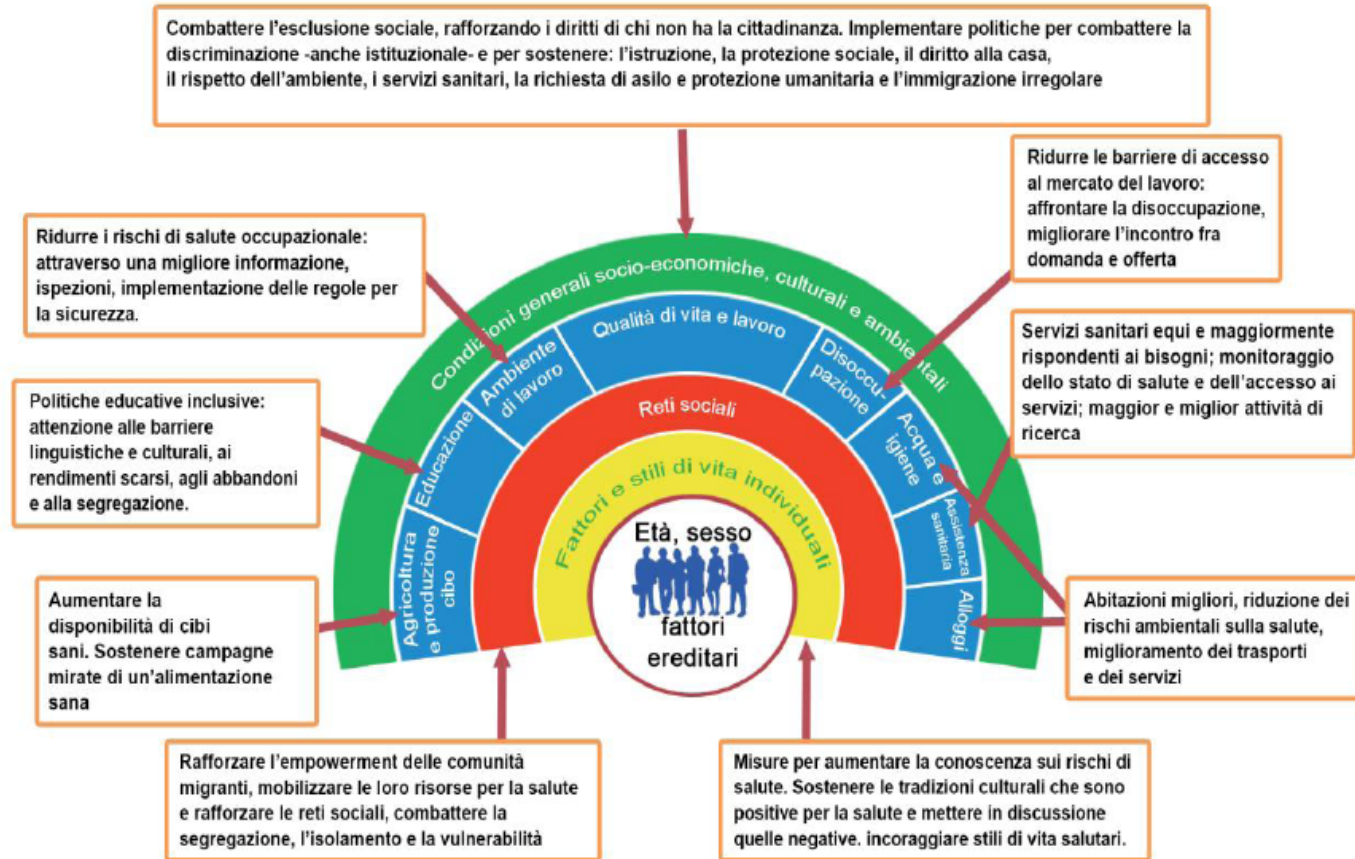
---

### Health Equity Audit è:

*“ un processo ciclico attraverso il quale tutti gli attori (politici, amministratori, professionisti, utenti e cittadini):*

- *valutano sistematicamente le iniquità nelle cause di malattia, nell'accesso ai servizi e nell'esito degli interventi per una determinata popolazione;*
- *garantiscono che l'azione di contrasto sia condivisa e incorporata nella programmazione locale, nei servizi e nella pratica;*
- *valutano l'impatto delle azioni intraprese nel ridurre le iniquità ”*

## Le misure politiche per affrontare i determinanti socioeconomici di salute per migranti



Fonte: M.Marceca, M.L. Russo adattato da: 'How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity.' Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010.

**“La medicina è una scienza sociale  
e la politica è una medicina su  
larga scala”**



***R. Virchow***



# Il fenomeno migratorio e la salute

Profilo di salute e fattori di rischio

## Il profilo di salute degli immigrati

- **effetto migrante sano** (Parkin, 1992)  
60% dei permessi rilasciati in Italia per motivi di lavoro o studio
- non esiste la “sindrome di Salgari”  
bassa prevalenza di patologie di importazione e rischi minimi di trasmissione alla popolazione ospite
- ☞ **effetto migrante esausto** (Bollini & Siem, 1995)  
esposizione ai fattori di rischio presenti nel Paese ospite

## Fattori di rischio per la salute degli immigrati

- **fattori di rischio propri della povertà**

precarità abitativa, scarsa tutela sul lavoro, alimentazione sbilanciata

- **disagio psicologico**

mancanza di supporto psicoaffettivo, sradicamento culturale, fallimento del progetto migratorio

- **difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari**

barriere giuridiche, burocratiche, organizzative, relazionali

## The Lancet Commissions

---

### The UCL–Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move



*Ibrahim Abubakar\*, Robert W Aldridge\*, Delan Devakumar\*, Miriam Orcutt\*, Rachel Burns, Mauricio L Barreto, Poonam Dhavan, Fouad M Fouad, Nora Groce, Yan Guo, Sally Hargreaves, Michael Knipper, J Jaime Miranda, Nyovani Madise, Bernadette Kumar, Davide Moscat, Terry McGovern, Leonard Rubenstein, Peter Sammonds, Susan M Sawyer, Kabir Sheikh, Stephen Tollman, Paul Spiegel, Cathy Zimmerman\*, on behalf of the UCL–Lancet Commission on Migration and Health‡*

## Le IVG tra le donne straniere in Italia

### IVG di donne straniere

Nell'ultimo decennio soprattutto è aumentato il peso delle cittadine straniere, sia come conseguenza della loro maggiore presenza che del loro maggiore ricorso all'aborto rispetto alle donne italiane: 34.0% nel 2013 (nel 1995 era il 7%), con un tasso di abortività del 19.0 per 1000, corrispondente a una tendenza tre volte maggiore, in generale, e quattro volte per le più giovani (v. par.2.6). Il contributo delle donne straniere si è stabilizzato negli anni in termini percentuali ed è diminuito in valore assoluto (33'685 nel 2013 rispetto a 35'388 nel 2012 e 40'224 nel 2007).

**Fonte:** *Relazione sull'attuazione della Legge 194/'78 presentata al Parlamento dal Ministro della Salute Lorenzin, 26 ottobre 2015. <http://www.ministerosalute.it>*

**Tassi di abortività per 1000 donne residenti in Italia per cittadinanza e classi di età - anno 2013**

Età	Cittadinanza	
	Italiane	Straniere
15-19	4.9	13.7
→ 20-24	→ 8.7	→ 32.6
25-29	8.6	30.0
30-34	8.6	25.4
35-39	7.6	20.1
40-44	3.6	8.4
45-49	0.3	0.8
→ 15-49 standardizzato	6.2	19.0

Fonte: Istat

**Fonte:** *Relazione sull'attuazione della Legge 194/'78 presentata al Parlamento dal Ministro della Salute Lorenzin, 26 ottobre 2015.* <http://www.ministerosalute.it>

## Abortività ripetuta nelle donne italiane e straniere. Italia, 2013

IVG (%) per IVG precedenti, cittadinanza e area geografica, 2013

	N° IVG precedenti							
	1		2		3 o più		Totale	
	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere	italiane	straniere
NORD	16.4	25.6	2.9	8.	1.1	4.1	20.5	37.7
CENTRO	15.4	24.8	2.9	8.7	1.0	5.2	19.3	38.7
SUD	16.7	22.6	4.7	10.5	2.4	6.2	23.8	39.3
ISOLE	14.4	20.5	3.1	8.7	1.3	5.2	18.9	34.4
ITALIA	16.1	24.8	3.4	8.5	1.4	4.7	20.9	38.0

Elaborazioni su dati Istat

**Fonte:** *Relazione sull'attuazione della Legge 194/'78 presentata al Parlamento dal Ministro della Salute Lorenzin, 26 ottobre 2015.* <http://www.ministerosalute.it>

## Progetto IAS sui rischi occupazionali tra i lavoratori stranieri in Italia

Table 1. Frequency distribution of workers and risk (%) of work-related injuries by profession and age-adjusted ORs (with 95% CIs) of work-related injuries for immigrants compared to Italians

Profession	Immigrants		Italian		ORs*	95% CIs
	% of workers	risk (%) of injury	% of workers	risk (%) of injury		
			Men			
	[n=1,314]		[n=34,694]			
Construction workers	32.7	9.3	11.2	5.0	2.05	(1.56-2.69)
<i>unskilled workers</i>	4.1	11.2	0.8	1.8	8.64	(2.85-26.20)
Skilled and unskilled industrial and agricultural workers	30.1	6.7	23.9	5.4	1.25	(0.92-1.71)
<i>wood</i>	1.2	15.6	1.3	5.4	3.63	(1.18-11.11)
<i>leather, hides and footwear</i>	1.2	14.5	0.3	2.2	8.29	(1.59-43.33)
Skilled and unskilled professions in service and commercial activities	27.3	3.2	21.3	3.8	0.84	(0.53-1.32)
Highly skilled professions and office workers	9.9	0.6	43.6	1.7	0.34	(0.06-1.91)
Total	100.0	6.0	100.0	3.4	1.82	(1.53-2.16)

Fonte: Elaborazione IAS sui dati della rilevazione Istat sulle Forze di Lavoro, secondo trimestre 2007



## ***... una sfida di equità e qualità***

- il tasso di IVG è più elevato
- il tasso di infortuni sul lavoro è più elevato
- la copertura dei programmi di screening oncologici femminili è più bassa per le comunità di donne immigrate
- ? L' attesa per le prestazioni assistenziali è più lunga e la loro qualità più bassa ?
- ? .....

# Il fenomeno migratorio e la salute

Gli orientamenti internazionali



## Health of migrants

1. CALLS UPON Member States:
  - (1) to promote migrant-sensitive health policies;
  - (2) to promote equitable access to health promotion, disease prevention and care for migrants, subject to national laws and practice, without discrimination on the basis of gender, age, religion, nationality or race;
  - (3) to establish health information systems in order to assess and analyse trends in migrants' health, disaggregating health information by relevant categories;
  - (4) to devise mechanisms for improving the health of all populations, including migrants, in particular through identifying and filling gaps in health service delivery;
  - (5) to gather, document and share information and best practices for meeting migrants' health needs in countries of origin or return, transit and destination;



## Health of migrants

FIGURE 1. WHA RESOLUTION ON MIGRANT HEALTH, SELECTED ACTION POINTS

### Monitoring migrant health

- Develop health information systems, collect and disseminate data
- Assess, analyse migrants' health
- Disaggregate information by relevant categories

### Policy-legal frameworks

- Promote migrant sensitive health policies
- Include migrant health in regional/national strategies
- Consider impact of policies of other sectors

### Migrant sensitive health systems

- Strengthen health systems; fill gaps in health service delivery
- Train health workforce on migrant health issues; raise cultural and gender sensitivities

### Partnerships, networks and multi-country frameworks

- Promote dialogue and cooperation among Member States, agencies and regions
- Encourage a multi-sectoral technical network

# Health of migrants – the way forward

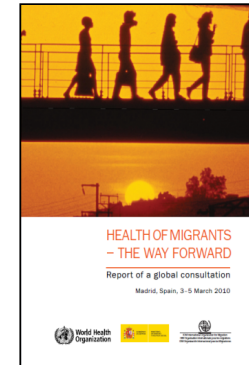


FIGURE 2. PUBLIC HEALTH APPROACH TO MIGRANT HEALTH



WHO Library Cataloguing-in-Publication Data: Health of migrants: the way forward - report of a global consultation, Madrid, Spain, 3-5 March 2010.

SIXTY-FIRST WORLD HEALTH ASSEMBLY



WHA61.17

Agenda item 11.9

24 May 2008

## Health of migrants

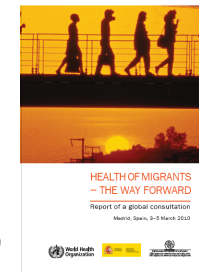
### WHA RESOLUTION ON MIGRANT HEALTH, SELECTED ACTION POINTS

#### **Policy-legal frameworks**

- Promote migrant sensitive health policies
- Include migrant health in regional/national strategies
- Consider impact of policies of other sectors

# AN OPERATIONAL FRAMEWORK ON MIGRANT HEALTH

Edited WHO, Spain  
Government, IOM - 2010



## POLICY AND LEGAL FRAMEWORKS

<b>Priorities to address</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Adopt and implement relevant international standards on the protection of migrants and the right to health in national law and practice.</li><li>• Develop and implement national health policies that incorporate a public health approach to the health of migrants and promote equal access to health services for migrants, regardless of their status.</li><li>• Monitor the implementation of relevant national policies, regulations and legislation responding to the health needs of migrants.</li><li>• Promote coherence among policies of different sectors that may affect migrants' ability to access health services.</li><li>• Extend social protection in health and improve social security for all migrants.</li></ul>
<b>Key actions</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Develop frameworks and indicators to monitor the success of policy implementation.</li><li>• Promote and monitor the sufficient availability of resources for adequate policy development, formulation of strategies and programme implementation.</li><li>• Conduct advocacy and public education efforts to build support among the public, government and other stakeholders for migrant-inclusive health policies and adoption of key international instruments.</li><li>• Develop guidance, models and standards to assist countries, based on best practices.</li><li>• Identify mechanisms for extending social protection in health and increasing social security coverage for migrants.</li></ul>



## Health of migrants

### WHA RESOLUTION ON MIGRANT HEALTH, SELECTED ACTION POINTS

#### **Migrant sensitive health systems**

- Strengthen health systems; fill gaps in health service delivery
- Train health workforce on migrant health issues; raise cultural and gender sensitivities





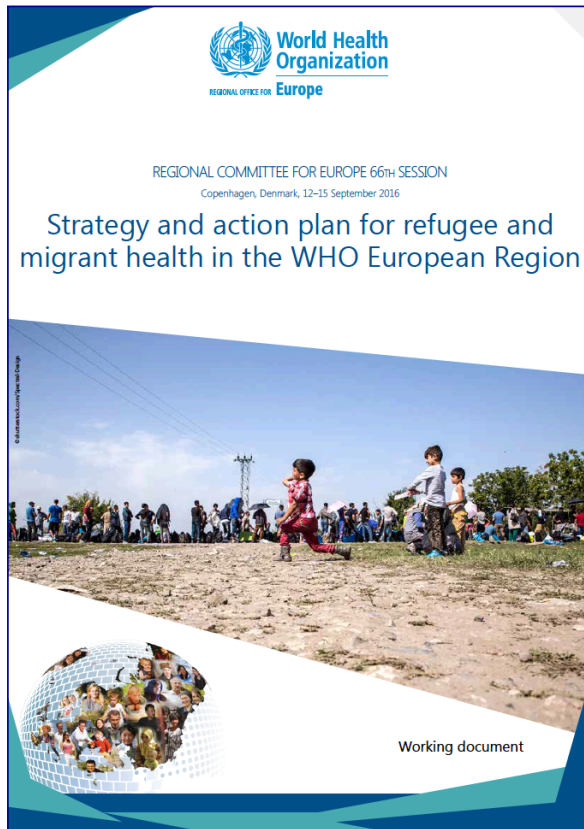
### Health of migrants

RECOMMENDATIONS OF THE RESOLUTION OF THE 61 <sup>ST</sup> WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA61.17/2008)	
[THE 61 <sup>ST</sup> WHA ASSEMBLY] CALLS UPON MEMBER STATES:	
1.	to promote migrant-sensitive health policies;
2.	to promote equitable access to health promotion, disease prevention and care for migrants, subject to national laws and practice, without discrimination on the basis of gender, age, religion, nationality or race;
3.	to establish health information systems in order to assess and analyse trends in migrants' health, disaggregating health information by relevant categories;
4.	to devise mechanisms for improving the health of all populations, including migrants, in particular through identifying and filling gaps in health service delivery;
5.	to gather, document and share information and best practices for meeting migrants' health needs in countries of origin or return, transit and destination;
6.	to raise health service providers' and professionals' cultural and gender sensitivity to migrants' health issues;
7.	to train health professionals to deal with the health issues associated with population movements;
8.	to promote bilateral and multilateral cooperation on migrants' health among countries involved in the whole migratory process;
9.	to contribute to the reduction of the global deficit of health professionals and its consequences on the sustainability of health systems and the attainment of the Millennium Development Goals.



## Health of migrants

RECOMMENDATIONS OF THE RESOLUTION OF THE 61 <sup>ST</sup> WORLD HEALTH ASSEMBLY (WHA61.17/2008)		
	[THE 61 <sup>ST</sup> WHA ASSEMBLY] CALLS UPON MEMBER STATES:	Italy
1.	to promote migrant-sensitive health policies;	+
2.	to promote equitable access to health promotion, disease prevention and care for migrants, subject to national laws and practice, without discrimination on the basis of gender, age, religion, nationality or race;	+++
3.	to establish health information systems in order to assess and analyse trends in migrants' health, disaggregating health information by relevant categories;	+
4.	to devise mechanisms for improving the health of all populations, including migrants, in particular through identifying and filling gaps in health service delivery;	+
5.	to gather, document and share information and best practices for meeting migrants' health needs in countries of origin or return, transit and destination;	+/-
6.	to raise health service providers' and professionals' cultural and gender sensitivity to migrants' health issues;	+
7.	to train health professionals to deal with the health issues associated with population movements;	++
8.	to promote bilateral and multilateral cooperation on migrants' health among countries involved in the whole migratory process;	-
9.	to contribute to the reduction of the global deficit of health professionals and its consequences on the sustainability of health systems and the attainment of the Millennium Development Goals.	+/-



**Regional Committee for Europe**  
66th session

**Copenhagen, Denmark, 12–15 September 2016**

Provisional agenda item 5(f)

EUR/RC66/8  
+EUR/RC66/Conf.Doc./4

1 August 2016

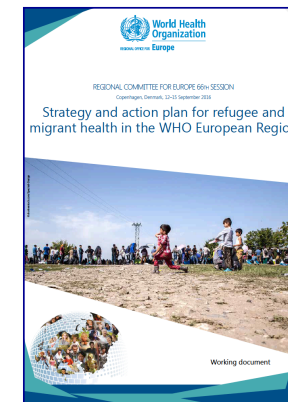
160424

ORIGINAL: ENGLISH

Member States made this commitment keeping in mind that migration is a global phenomenon, which poses key political, social and economic challenges, and – given the recent influx of refugees, asylum seekers and migrants to Europe – requires a coherent, regional response.

## Scope

14. Within the framework of resolution WHA61.17, the Strategy and action plan targets the large-scale international movement of refugees, asylum seekers<sup>2</sup> and migrants,<sup>3</sup> with the objective of preventing disease and premature death. It is therefore designed to respond to the health needs associated with the migration process, namely, the need to ensure the availability, accessibility, acceptability, affordability and quality of essential services in transit and host environments, including health and social services, together with basic services such as water and sanitation, as well as addressing vulnerability to health risks, exposure to potential hazards and stress, and increased susceptibility to poverty and social exclusion, abuse and violence, and stigmatization and discrimination. This document acknowledges that the entitlement of and access to health services by refugees, asylum seekers and migrants varies across countries and is determined by national law. The Strategy and action plan will be implemented taking account of the specific country situation and in accordance with national legislation, priorities and circumstances.



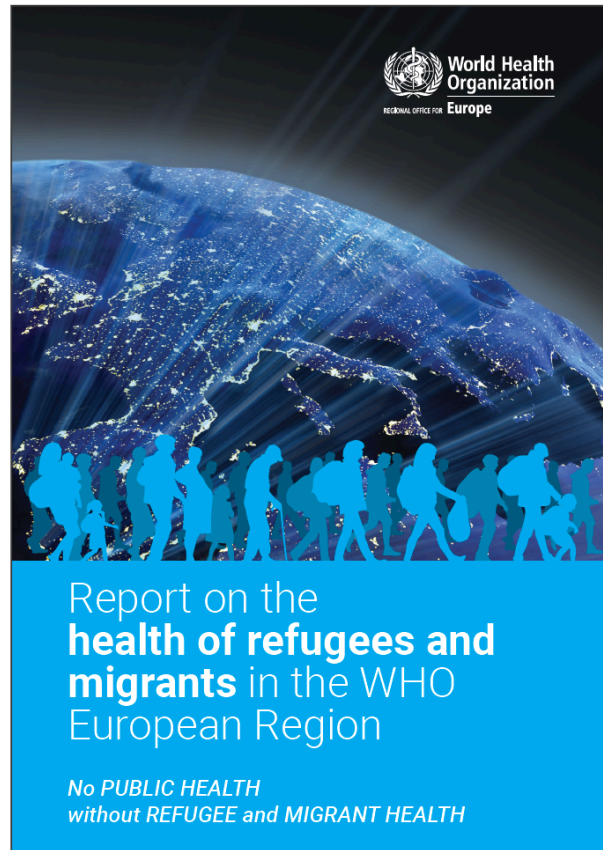


---

### **Scheda 15.1.** Le aree strategiche del *Piano strategico e di azione per la salute dei rifugiati e dei migranti nella regione europea OMS*

1. Stabilire un quadro per un'azione collaborativa.
  2. Fare *advocacy* per il diritto alla salute dei rifugiati, dei richiedenti asilo e dei migranti.
  3. Affrontare i determinanti sociali della salute.
  4. Ottenere una prontezza d'intervento in sanità pubblica e garantire una risposta efficace.
  5. Rafforzare i sistemi sanitari e la loro resilienza.
  6. Prevenire le malattie trasmissibili.
  7. Prevenire e ridurre i rischi legati alle malattie cronico-degenerative.
  8. Garantire screening e valutazioni di salute etici ed efficaci.
  9. Migliorare l'informazione e la comunicazione in ambito sanitario.
-





v

## Foreword



the health needs of refugees and migrants and the health needs of the host populations.

Today, our political and social structures often struggle to rise to the challenge of responding to displacement and migration in a humane and positive way. Yet the relationship between displacement, migration and development, including health, has become more prominent recently in international and regional policy agendas, and it has emerged as a theme of common interest for all Member States.

In 2016, the WHO Regional Committee for Europe adopted the Strategy and Action Plan for Refugee and Migrant Health in the WHO European Region to help to guide progress on the health aspects of population movement. Globally, the WHO Executive Board in 2017 adopted the WHO Framework of Priorities and Guiding Principles to Promote the Health of Refugees and Migrants.

In addition, and with the aim of harmonizing refugee and migrant health policy globally, WHO is now preparing a global action plan on the health of refugees and migrants, in line with the health dimensions of the United Nations Global Compact on Safe, Regular and Orderly Migration and the Global Compact for Refugees, in close collaboration with the International Organization for Migration, UNHCR, other partner international organizations, Member States and other relevant stakeholders, as well as refugees and migrants themselves.

Refugees and migrants enjoy the same human right to health as everyone else. One key priority is enhancing social protection for refugees and migrants, including developing sustainable financial mechanisms, both nationally and internationally, to provide for universal health coverage and social protection. Another key priority is reducing the xenophobia, discrimination and stigma often experienced by refugees and migrants, through actions such as advocacy and evidence-informed communication with both refugee and migrant communities and host populations.

These high principles provide the background to this report, which shows the progress made so far in responding to these health challenges, and what more needs to be done. I am delighted that the WHO European Region has led the way, and I hope that this report will inspire yet more progress in the coming months and years.

Zauzanna Jakab  
WHO Regional Director for Europe

Population movement is one of the defining phenomena of our time. In today's world, marked by economic inequalities, easily transmissible information and ease of travel, more people readily move in search of better living conditions for themselves and their families.

There is a steady increase in the global number of refugees and migrants, including in the WHO European Region. Globally, in 2017, 258 million people (approximately one in every 30) lived outside their country of origin. In the WHO European Region, almost 10% of the population of almost 920 million are international migrants, accounting for 35% of the global international migrant population.

Work is a major reason that people migrate internationally, and migrant workers constitute a large majority of the world's international migrants. Violence, conflicts, natural disasters and human rights abuses also force many to move from their normal place of residence. The Office of the United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) reports the highest level of human displacement ever, with some 68.5 million people being forced from their homes. The number of refugees is estimated to be more than 25 million.

Obtaining a true picture of the health profile of refugees and migrants and of the health system responses through regional standardized data collection and sharing, open policy dialogue and commitment is paramount in achieving the vision of Health 2020, the Sustainable Development Goals and universal health coverage.

The Report on the Health of Refugees and Migrants in the WHO European Region is the first WHO report of its kind, creating an evidence base with the aim of supporting evidence-informed policy-making to meet



*Ottenere una vera immagine del profilo di salute di rifugiati e migranti e delle risposte del sistema sanitario attraverso la raccolta e condivisione di dati standardizzati regionali, attraverso un dialogo e un impegno politico aperto è fondamentale per raggiungere la visione di Salute 2020, gli Obiettivi di Sviluppo Sostenibile e la Copertura sanitaria universale.*

*La relazione sulla salute dei rifugiati e dei migranti nella regione europea dell'OMS è il primo rapporto dell'OMS nel suo genere, creando una base scientifica con l'obiettivo di sostenere un processo decisionale informato per soddisfare i bisogni di salute dei rifugiati e dei migranti e le esigenze di salute delle popolazioni ospitanti.*

**Zsuzsanna Jakab**  
**WHO Regional Director for Europe**



*Oggi, le nostre strutture politiche e sociali spesso combattono per affrontare la sfida di rispondere agli sfollati e alla migrazione in modo umano e positivo.*

*La relazione tra dislocamento, migrazione e sviluppo, inclusa la salute, è diventata più di recente preminente nella agende politiche a livello internazionale e regionale, ed è emerso come un tema di comune interesse per tutti gli Stati membri.*

*Rifugiati e migranti godono dello stesso diritto umano alla salute come tutti gli altri. Una priorità chiave è il miglioramento della loro protezione sociale, tra cui lo sviluppo di meccanismi finanziari sostenibili, sia a livello nazionale che internazionale, per fornire copertura sanitaria universale e protezione sociale. Un'altra priorità chiave sta nel ridurre la xenofobia, la discriminazione e lo stigma spesso vissuto da rifugiati e migranti, attraverso azioni come la difesa e la comunicazione informata sia con i rifugiati e le comunità di migranti che con le popolazioni ospitanti.*

**Zsuzsanna Jakab**  
**WHO Regional Director for Europe**



## Report on Reducing health inequalities in EU (2010/2089 (INI))

Rapporteur: Edite Estrela



The European Parliament:

...

“whereas universality, access to high-quality care, equity and solidarity are common values and principles underpinning the health systems in the EU Member States” (point A)

...

"whereas health inequalities are not only the result of a host of economic, environmental and lifestyle-related factors, but also of problems relating to access to healthcare” (point P)

...

"whereas in many EU countries equitable access to healthcare is not guaranteed, either in practice or in law, for undocumented migrants" (point AD)

## Report on Reducing health inequalities in EU (2010/2089 (INI))

Rapporteur: Edite Estrela



The European Parliament:

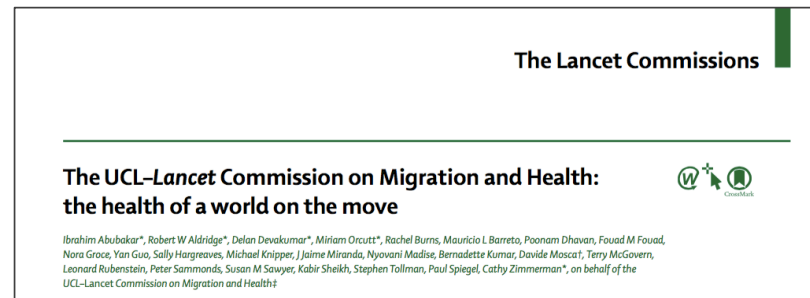
"Calls on the Member States to ensure that the most vulnerable groups, including undocumented migrants, are entitled to and are provided with equitable access to healthcare; calls on the Member States to assess the feasibility of supporting healthcare for irregular migrants by providing a definition based on common principles for basic elements of healthcare as defined in their national legislation; (point 5)

...

"Calls on the Member States to promote access to high-quality legal advice and information in coordination with civil society organizations to help ordinary members of the public, including undocumented migrants, to learn more about their individual rights; (point 8)

...

"Calls on the Member States to ensure that all pregnant women and children, irrespective of their status, are entitled to and actually receive social protection as defined in their national legislation; " (point 22).



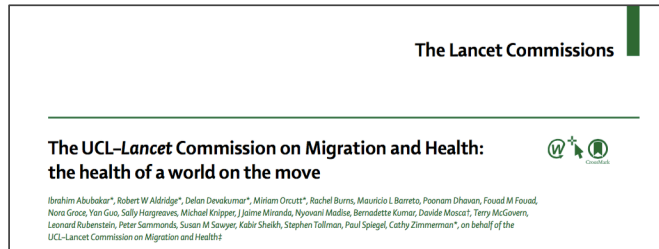
...a proposito dell'Italia, facendo un'analisi secondaria del 'Migrant Integration Policy Index' (MIPEX) (pg. 2627 del documento)

*In order to review migrant entitlements to healthcare we performed a secondary analysis of data from the Migrant Integration Policy Index (MIPEX). These data cover migrants to all EU Member States, Australia, Canada, Iceland, Japan, South Korea, New Zealand, Norway, Switzerland, Turkey and the USA.*

*Using the most recent data, we examined health entitlements for three groups of migrants: asylum seekers, documented and undocumented migrants. A total score of 300 means that a country was providing good quality health entitlements for migrant groups (a maximum score of 100 for each category is possible). Each score out of 100 was made up analysis that considered three components: conditions for inclusion in a system of healthcare coverage, the extent of coverage and exemptions. Several achieved maximum scores for asylum seekers and legal migrants.*

*Italy received the highest rating of all countries and has a notably inclusive system that provides for asylum seekers and legal migrants under the same system as nationals. In Italy undocumented migrants also have access to wide health coverage that is specified in the country's law.*

*Countries that score poorly in the analysis required migrants to pay for specific insurance when the national population was not required to, and did not provide any exemptions for migrants, as well as detaining undocumented migrants in centres if identified by healthcare systems.*



## Il 'Migrant Integration Policy indEX' (MIPEX)

Cos'è l'Indice delle politiche per l'integrazione degli immigrati?

L'Indice delle politiche per l'integrazione degli immigrati (MIPEX) è una guida di riferimento e uno strumento pienamente interattivo per valutare, comparare e migliorare la politica per l'integrazione.

Il MIPEX misura le politiche per l'integrazione in 31 paesi d'Europa e Nord America. Utilizza 148 indicatori politici per tracciare un quadro ricco e multidimensionale delle opportunità che hanno gli immigrati di partecipare alla società valutando l'impegno dei governi verso l'integrazione.

Misurando le politiche e la loro implementazione, l'Indice rivela se ai soggiornanti sono garantiti pari diritti, responsabilità e opportunità.

[www.mipex.eu/about](http://www.mipex.eu/about)



### Box 2.4. Migrant Integration Policy Index (MIPEX) Health strand for the WHO European Region

Significant variation in the level of entitlement to health care services was identified in the MIPEX Health Strand for 2015 for 34 Member States of the WHO European Region (270), with the following provisions for asylum seekers:

- **conditions for inclusion:**
  - *unconditional inclusion*: 16 Member States (Belgium, Croatia, Denmark, France, Germany, Iceland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Norway, Romania, Spain, Sweden, Switzerland, the former Yugoslav Republic of Macedonia and the United Kingdom); and
  - *conditional inclusion* (often residence in reception centres or designated areas): 18 Member States (Austria, Bosnia and Herzegovina, Bulgaria, Cyprus, Czechia, Estonia, Finland, Greece, Hungary, Ireland, Latvia, Lithuania, Malta, Poland, Portugal, Slovakia, Slovenia and Turkey);
- **extent of coverage:**
  - *identical care to nationals*: 15 Member States (Austria, Bulgaria, Czechia, Estonia, France, Greece, Hungary, Ireland, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Norway, Spain, Turkey and the United Kingdom);
  - *care beyond emergency care but not matching the entitlements of nationals*: 17 Member States (Belgium, Bosnia and Herzegovina, Cyprus, Denmark, Finland, Iceland, Latvia, Lithuania, Malta, Poland, Portugal, Romania, Slovakia, Slovenia, Sweden, Switzerland and the former Yugoslav Republic of Macedonia); and
  - *emergency care only*: two Member States (Germany and Hungary);
- **special exemptions from restrictions**: treatment of infectious disease; antenatal and/or perinatal and/or postnatal care; care for minors and care for vulnerable groups may be exempted from the above restrictions (Member States in which there are no restrictions on entitlements for asylum seekers are not listed here):
  - *three or more of the above exemptions granted*: 13 Member States (Belgium, Bulgaria, Croatia, Cyprus, Denmark, Estonia, Finland, Greece, Portugal, Romania, Slovenia, Sweden and Turkey); and
  - *one or two of these exemptions granted*: 11 Member States (Austria, Bosnia and Herzegovina, Czechia, Germany, Hungary, Iceland, Latvia, Lithuania, Poland, Switzerland and the former Yugoslav Republic of Macedonia);
  - *none of these exemptions granted*: two Member States (Malta and Slovakia).

For migrants with valid permits to stay, the provisions are:

- *same entitlements as for residents*: 10 Member States (Belgium, Denmark, France, Germany, Italy, Luxembourg, the Netherlands, Sweden, Switzerland and the former Yugoslav Republic of Macedonia);
- *reduced entitlements compared with residents*: several Member States, with slightly reducing entitlements in Estonia and Portugal, new restrictions in the United Kingdom and limited entitlements in central European countries with few migrants;
- *only emergency care provided by the state*: one Member State (Cyprus); and
- *no clear legislation formalized*: one Member State (Malta).

Note: data presented are from the MIPEX Health Strand 2015 (270) and any recent developments will not be reflected here. For detailed information, please refer to MIPEX Health Strand 2015.

# Il fenomeno migratorio e la salute

Gli orientamenti e le politiche nazionali



## *Articolo 32*

*“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.*”

*Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.*

## Stranieri regolarmente presenti:

- **Parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e di doveri rispetto ai cittadini italiani**



## **Livelli essenziali di assistenza sanitaria (LEA)**

- 1. Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**
- 2. Assistenza distrettuale**
- 3. Assistenza ospedaliera**

*Fonte: Piano Sanitario nazionale 1998-2000, DPCM 29 novembre 2001 e successive modifiche (d.P.C.M. 16 aprile 2002 e d.P.C.M. 28 novembre 2003)*



## Stranieri irregolari e clandestini (STP):

- Ampi margini di tutela assistenziale**



- **Garanzia di cure ospedaliere e ambulatoriali, ancorché continuative, per urgenze, malattie essenziali, medicina preventiva e riabilitativa**

*attraverso rilascio di tessera 'STP' (valida sul territorio nazionale, semestrale e rinnovabile) e contrasto barriere economiche in caso di indigenza*

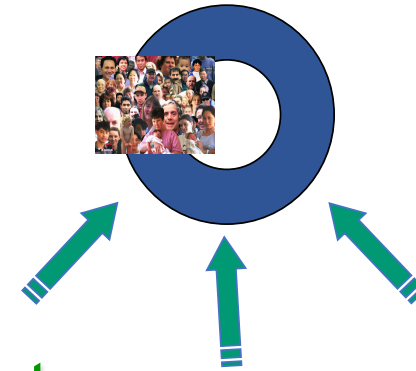
- **Particolare tutela per donne e minori**
- **Particolare attenzione alle malattie infettive ed alla profilassi internazionale**

### Stranieri extracomunitari non iscritti al Ssn

Prestazioni	Fonti	Modalità organizzative e standard	Liste di prestazioni	Rif
Interventi di medicina preventiva, tutela della gravidanza, tutela della salute dei minori, vaccinazioni, profilassi internazionale, prevenzione diagnosi e cura delle malattie infettive.	D.lgs. 25 luglio 1998, n. 286 (T.U.), art. 35.		Le prestazioni sono indicate dall'art. 35 del T.U.	1 2 3

**Divieto di segnalazione all'autorità di polizia dell'irregolare che ha usufruito di una prestazione sanitaria !**

# le strategie adottate



## le barriere :

- ❖ *burocratico / amministrative*
- ❖ *economiche*
- ❖ *organizzative*
- ❖ *psicologiche*
- ❖ *linguistico - culturali*

## le risposte :

- ❖ *adeguamenti normativi*
- ❖ *formazione / aggiornamento personale*
- ❖ *politiche di esenzione*
- ❖ *servizi a bassa soglia di accesso*
- ❖ *presa in carico / protezione*
- ❖ *mediazione interculturale*

# POLITICHE PER LA SALUTE DEGLI IMMIGRATI

Politiche  
sull'immigrazione  
e l'asilo

Politiche  
sull'assistenza  
sanitaria

... lavoro, alloggio,  
sicurezza sociale,  
cittadinanza,  
rappresentanza ...

## The Health in All Politics (HiAP) approach



*It is a whole-government system approach to tackle health inequities.*

*Poor and unequal living conditions are the consequence of poor social policies and programmes, unfair economic arrangements and bad politics. Action to influence the social determinants of health must therefore come from both within and outside the health sector. It involves the whole of government, civil society and local communities, business, global fora and international agencies. Policies and programmes have to embrace all the key sectors of society, not just the health sector.*

**“World Health Organization – Regional Office for Europe”**

## The Health in All Politics (HiAP) approach



Nevertheless, the minister of health and the supporting ministry are critical to global change.

They can champion a social determinants of health approach at the highest level of society; they can demonstrate effectiveness through good practice; and they can support other ministries in creating policies that promote health equity.

This role is referred to in the Tallinn Charter on strengthening health systems as the health system “stewardship” function.

**“World Health Organization – Regional Office for Europe”**

# La necessità di ripensare l'organizzazione dei servizi

# L' impatto dell'immigrazione sui servizi sanitari

- crescente diversità come problema per i servizi sanitari; (bisogni diversi per comunità diverse)
- necessità di rendere i servizi sanitari più adeguati e di migliorarne la qualità (aumento della complessità);
- ospedali come primo punto di accesso;
- sfide e opportunità per i servizi e i pazienti:
  - **barriere linguistiche e culturali**
  - **bassa *health literacy* dei pazienti/immigrati**
  - **scarsa consapevolezza e competenza interculturale del personale**

Da: A. Chiarenza, Migrant Friendly Hospital – un modello per le reti HPH

## alcune dimensioni su cui porre attenzione in ospedale :

- ✓ il momento dell' accoglienza del paziente
- ✓ la comunicazione (*della diagnosi, il consenso...*)
- ✓ la gestione delle cure (*presenza di indicazioni o divieti, trapianti...*)
- ✓ la differenza di genere (*rapporto di genere tra assistito e curante - la 'legittimazione' delle cure - e tra assistiti; pudore...*)
- ✓ la gravidanza e il parto (*la nascita...*)
- ✓ Il rapporto con la corporeità (*i riti di purificazione...*)
- ✓ le norme alimentari
- ✓ le visite di familiari, amici e conoscenti
- ✓ l' assistenza spirituale e religiosa durante la degenza
- ✓ le esigenze relative alla preghiera e alla devozione
- ✓ i riti funebri (*la veglia prima e dopo la morte; la cura, purificazione e disposizione della salma; l' autopsia; i riti funebri...*)

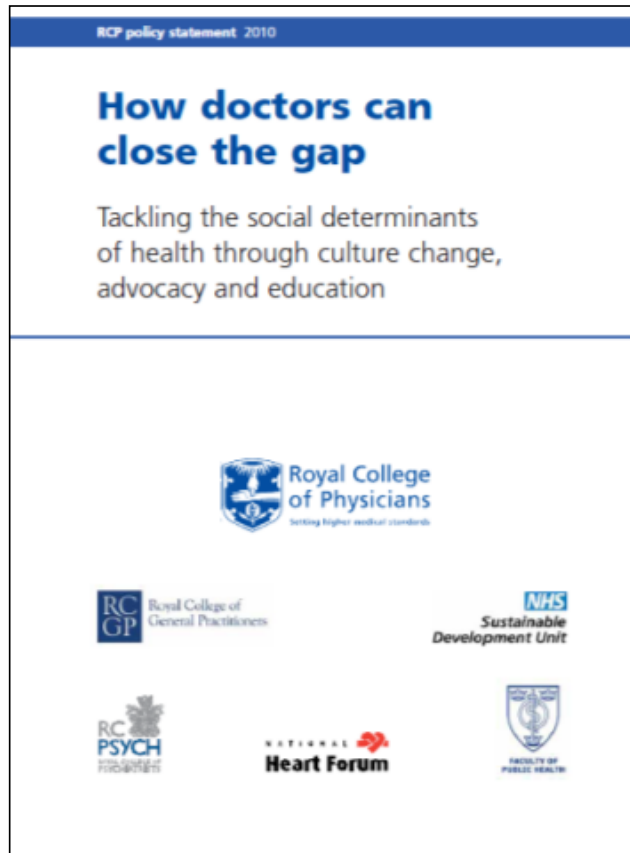


## ATTITUDINI PER UNA MEDICINA ORIENTATA AL 'RISPETTO'

1. Attendere
2. Ascoltare
3. Accogliere
4. Mettere a proprio agio /  
Intuire il possibile disagio
5. Ricondurre ad un contesto
6. Spiegare
7. Orientare
8. (Ri)conoscere i propri limiti
9. Lasciarsi indirizzare
10. Convincere di “avere a cuore”
11. “Tener conto di...”
12. Distinguere
13. “Riscoprire”
14. Proporsi/offrirsi per mandato, non per favore/carità/filantropia
15. Riconoscere le proprie insofferenze/giudizi/proiezioni
16. Equilibrare il ‘tecnico-professionale’ con lo ‘psicologico-relazionale’
17. Fare i conti con le molteplici e complesse dimensioni dell’ identità
18. Creare spazi
19. Mediare/negoziare
20. Non giudicare
21. Gestire il ‘potere’ nell’ interesse del paziente

# Il ruolo degli operatori della salute

*Cosa possono fare i medici  
per ridurre le disuguaglianze nella salute?*



*cambiare la prospettiva*

*cambiare il sistema*

*cambiare la formazione*

## Dal sito della FNOMCEO (collegamento del 28.11.2007)

**Manifesto di Padova sul Multiculturalismo in medicina e sanità**  
Padova, 24 novembre 2007

La Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri considera il multiculturalismo e la molteplicità etnica proprie della società contemporanea quali uno stimolo e una sfida che i medici debbono affrontare nello spirito etico della tradizione ipocratica e nel rispetto dei valori di uguaglianza e universalità della nostra Costituzione.

Ciò premesso:

- Il Consiglio Nazionale della FNOMCeO, nel riconoscere la salute quale valore primario e diritto universale e bene inalienabile,
- impegnato nella piena realizzazione del diritto alla cura in una società plurietnica,
- conscio di come il pieno rispetto e riconoscimento valoriale delle identità culturali stia alla base di un corretto esercizio della professione medica
- con l'obiettivo di ancorare il ruolo della medicina e i compiti della sanità all'imprescindibile rapporto con l'etica,

**adotta i seguenti principi:**

- **Diritto alla cura** -

Ogni soggetto malato è portatore del diritto alla cura.

La salute dell'individuo costituisce una finalità globale per la quale operare.

Ogni soggetto malato dovrà ricevere risposta ai bisogni di salute all'interno di una pianificata strategia di intervento sanitario e sociale atta a contrastare le



CASA DI CURA PRIVATA  
POLICLINICO SAN MARCO S.p.A.



## ***Ruolo del medico***



Il medico deve garantire una corretta informazione ed educazione sanitaria per promuovere stili di vita che possano favorire la salute e ridurre l'asimmetria informativa con i cittadini.

Il medico promuove la partecipazione e la cooperazione per il mutuo benessere e il buon governo delle istituzioni per favorire qualità di vita, rendimento dei sistemi sanitari e salute dei cittadini.

La crescita costante, progressiva e consapevole delle potenzialità degli esseri umani e delle comunità in termini di sviluppo civico e sociale, accompagnata da una corrispondente crescita di autonomia e assunzione di responsabilità è condizione imprescindibile per realizzare una reale partecipazione ai processi decisionali e come tale deve essere sostenuta dal medico e dai sistemi sanitari locali.

La formazione del medico deve essere in grado di consentire l'acquisizione di un senso di responsabilità etico - sociale per il paese di provenienza, deve consentire una correlazione tra conoscenze teoriche e formazione pratica che sia rispettosa della diversità negli stili di vita, del pensiero esistenziale e della comprensione critica della propria identità attraverso il paritario rapporto con l'alterità.

FEDERAZIONE NAZIONALE DEGLI ORDINI DEI MEDICI CHIRURGHI E DEGLI ODONTOIATRI



CODICE DI DEONTOLOGIA MEDICA

18 Maggio 2014

#### **Art. 5**

##### **Promozione della salute, ambiente e salute globale**

Il medico, nel considerare l'ambiente di vita e di lavoro e i livelli di istruzione e di equità sociale quali determinanti fondamentali della salute individuale e collettiva, collabora all'attuazione di idonee politiche educative, di prevenzione e di contrasto alle disuguaglianze alla salute e promuove l'adozione di stili di vita salubri, informando sui principali fattori di rischio.

Il medico, sulla base delle conoscenze disponibili, si adopera per una pertinente comunicazione sull'esposizione e sulla vulnerabilità a fattori di rischio ambientale e favorisce un utilizzo appropriato delle risorse naturali, per un ecosistema equilibrato e vivibile anche dalle future generazioni.

Lisbon Conference on “Health and Migration in the EU:  
Better health for all in an inclusive society” (Sept. 2007)

*“Good practices on health and migration in the EU”*

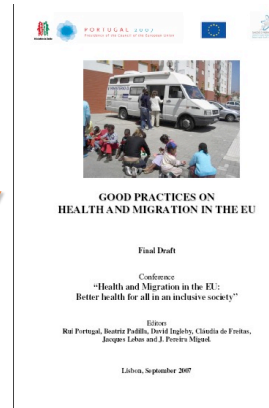
## 2. What are the main areas in which policy can be made?

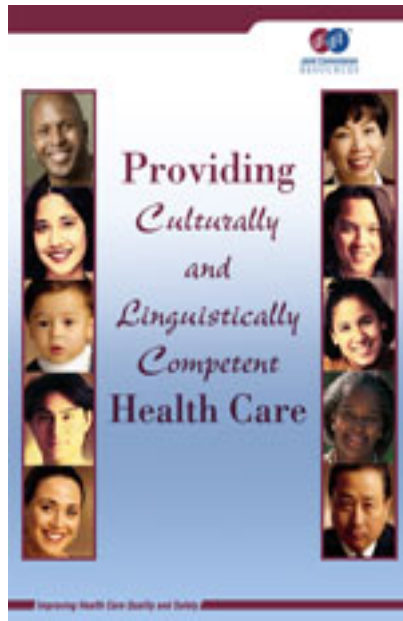
### e. Education and research

Although institutions of education and research do not themselves provide health care, their contribution to the health care system is absolutely fundamental. This is particularly true in the relatively new field of migrant health.

Interventions need a secure knowledge base, and this necessitates sustained research effort on migrants’ state of health and on processes and outcomes in care delivery. **Training and education of health service personnel must include adequate attention to these issues.**

Unfortunately, at the present time migrant health is conspicuous by its absence from most curricula in the field of medical education and other health professional training, while the amount of attention paid to migrant health by researchers varies enormously between countries.





**Joint Commission**  
RESOURCES  
2006

**Providing  
*Culturally  
And  
Linguistically  
Competent*  
Health Care**



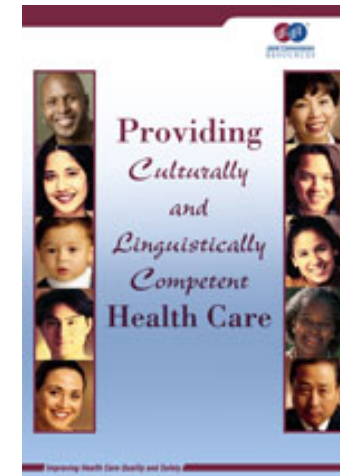
...some useful tools

**Chapter 4:**

***“Developing and training staff to be culturally competent”***

*“In confronting health care disparities and addressing the increasing racial and ethnic diversity of the U.S. population, the development and implementation of cultural competence training programs for health care providers has emerged as a key intervention strategy.*”

*Cross-cultural education programs, another term for this type of training, are viewed as a means to enhance health professional’s awareness of how cultural and social factors influence health care. Effective training programs promote and provide methods to obtain, negotiate, and clinically manage this information”.*



**Joint Commission**  
**RESOURCES**  
**2006**

Alcuni esempi di impegno della  
S.I.M.M. (tra i tanti)



*“La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”*

Art. 32 della Costituzione Italiana

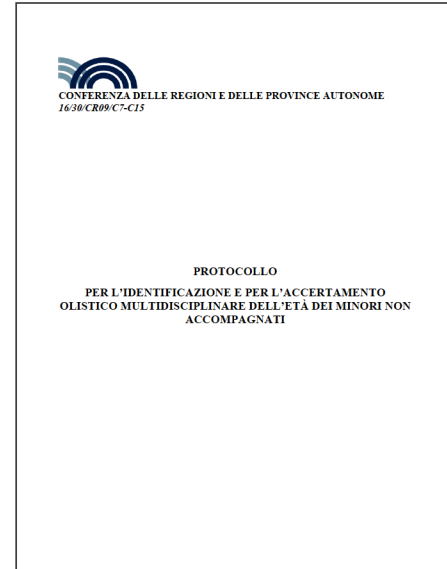
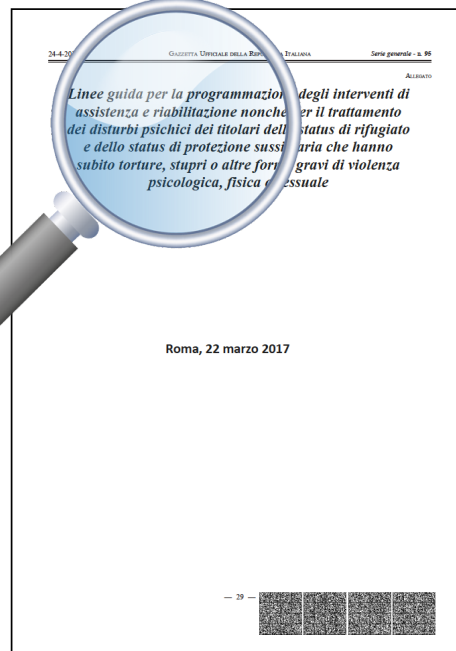
[www.simmweb.it](http://www.simmweb.it)



## Un recente e importante successo (insieme alla Società Italiana di Pediatria)

NUOVI LEA: i figli di immigrati senza permesso di soggiorno possono avere il loro Pediatra di Libera Scelta !





## Un esempio di rete per l'advocacy: il TAVOLO IMMIGRAZIONE E SALUTE (TIS)

Il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS) si è costituito informalmente a partire dal febbraio 2019, come esigenza percepita da parte di alcune organizzazioni del III Settore già collegate al Tavolo Asilo - che, a variotitolo, erano impegnate sui temi del diritto alla salute e dell'accesso alle cure per migranti e richiedenti asilo - a seguito dell'emanazione dei 'Decreti Sicurezza'.

La nuova rete si è progressivamente allargata alle principali organizzazioni (ONG, Onlus, Associazioni medico-umanitarie etc.) attive a livello nazionale, dando vita ad iniziative di *advocacy*, con particolare riferimento a lettere/incontri/sollecitazioni indirizzate ai decisori a livello nazionale e regionale; in tali iniziative la dimensione di denuncia circostanziata è stata sempre accompagnata da proposte e da inviti alla collaborazione tra istituzioni e con le Istituzioni.

Nel febbraio 2020 le dieci diverse organizzazioni fondatrici (ASGI, Emergency, Centro Astalli, Intersos, Medici contro la Tortura, Médecins du Monde, MEDU, Medici Senza Frontiere, SIMM e Caritas italiana), hanno approvato una 'Carta d'Intenti' quale strumento condiviso di obiettivi e modalità operative. Al TIS si sono poi aggiunti il NAGA e Sanità di Frontiera; sono inoltre presenti, in qualità di componenti esterni permanenti: l'UNHCR, l'OIM e l'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Il TIS si riunisce di norma a cadenza mensile.