

Migrazione e Salute

Corso elettivo «Salute Globale, determinanti sociali e strategie di Primary Health Care (PHC)»

CSI – Centro di Salute Internazionale e Interculturale

Mattia Quargnolo, Delia Da Mosto, Silvia Giaimo, Leonardo Mammana

Università degli Studi di Bologna

Bologna, 15 giugno 2022

Di cosa parleremo oggi

Migrazioni oggi: dimensioni e cause
Mattia Quargnolo

Migrazione come determinante di salute
Delia Da Mosto

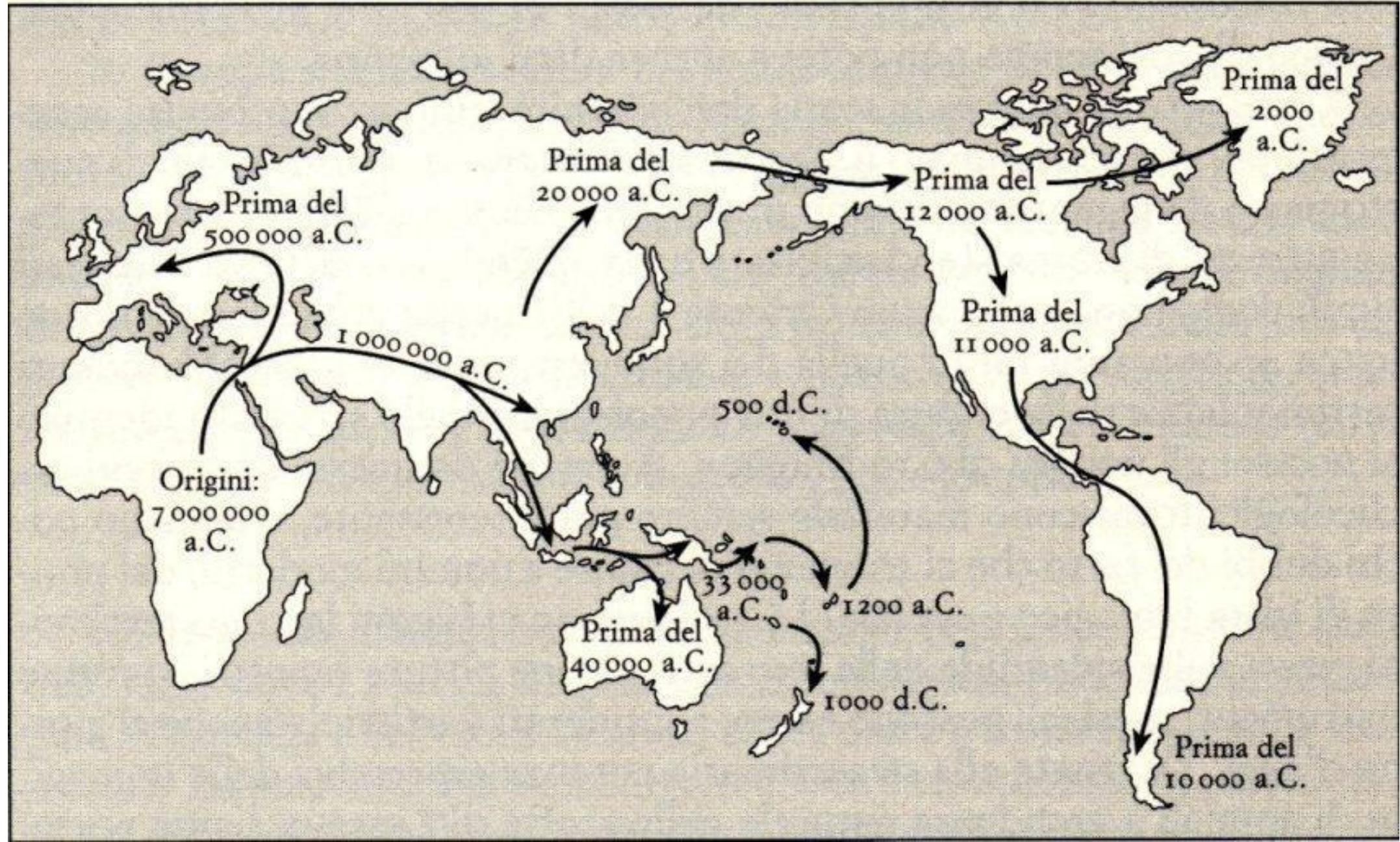
Barriere di accesso alle cure
Silvia Giaimo

Strategie di promozione della salute
Leonardo Mammana

**Che cos'è la
migrazione?**



La diffusione del genere umano sulla Terra.



Dimensioni del fenomeno



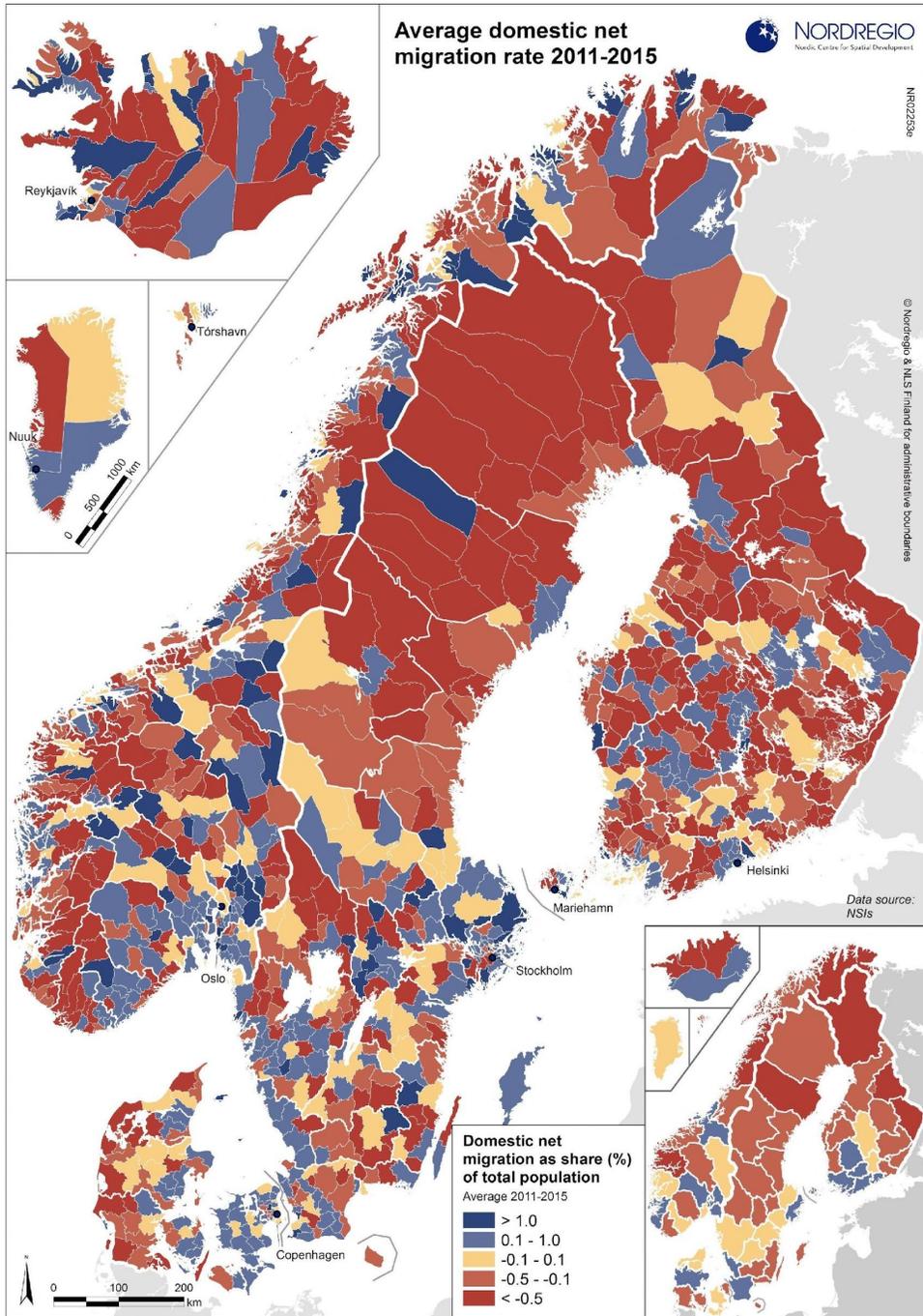
> 1 miliardo



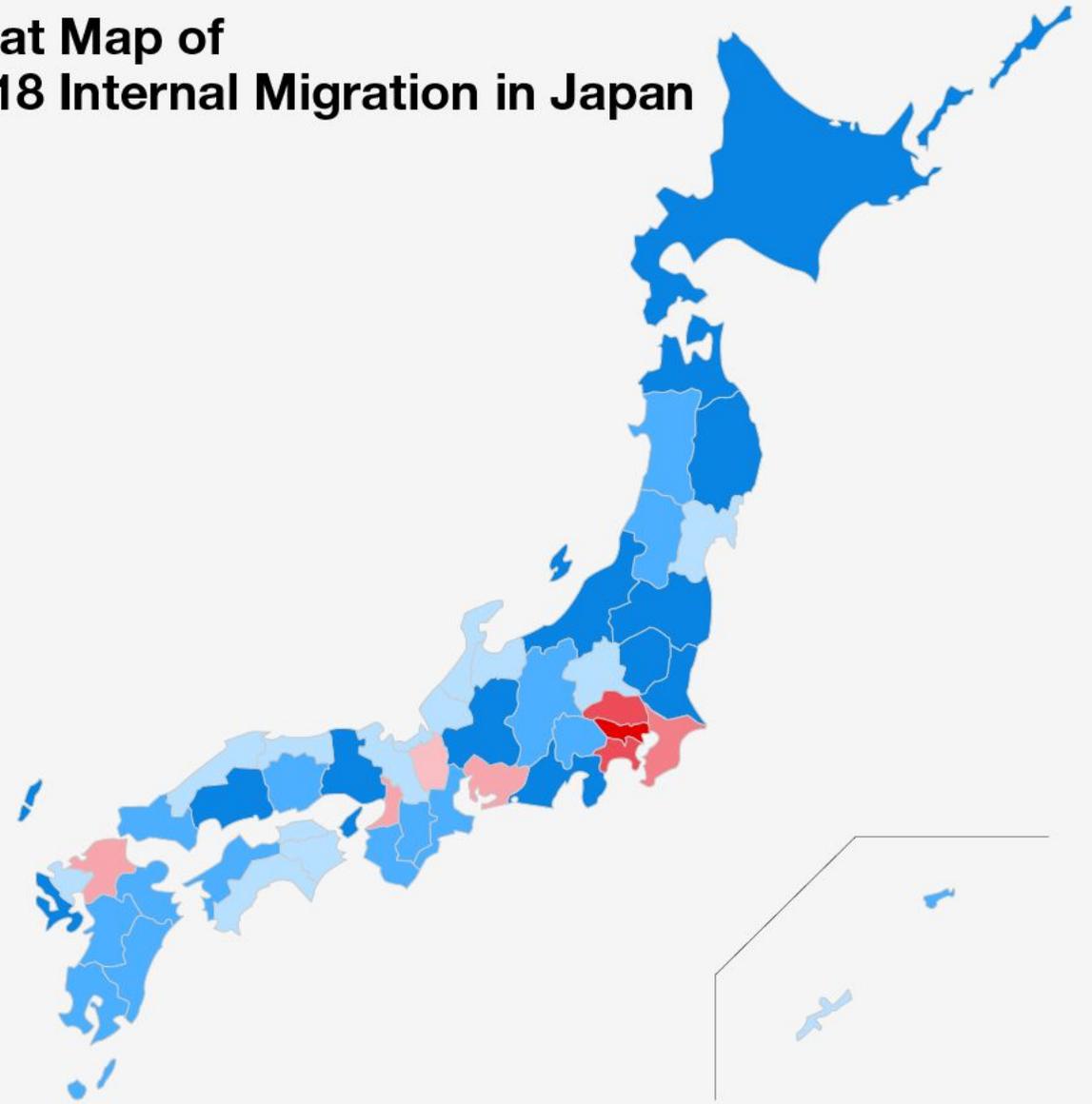
In crescita



Domestic vs International

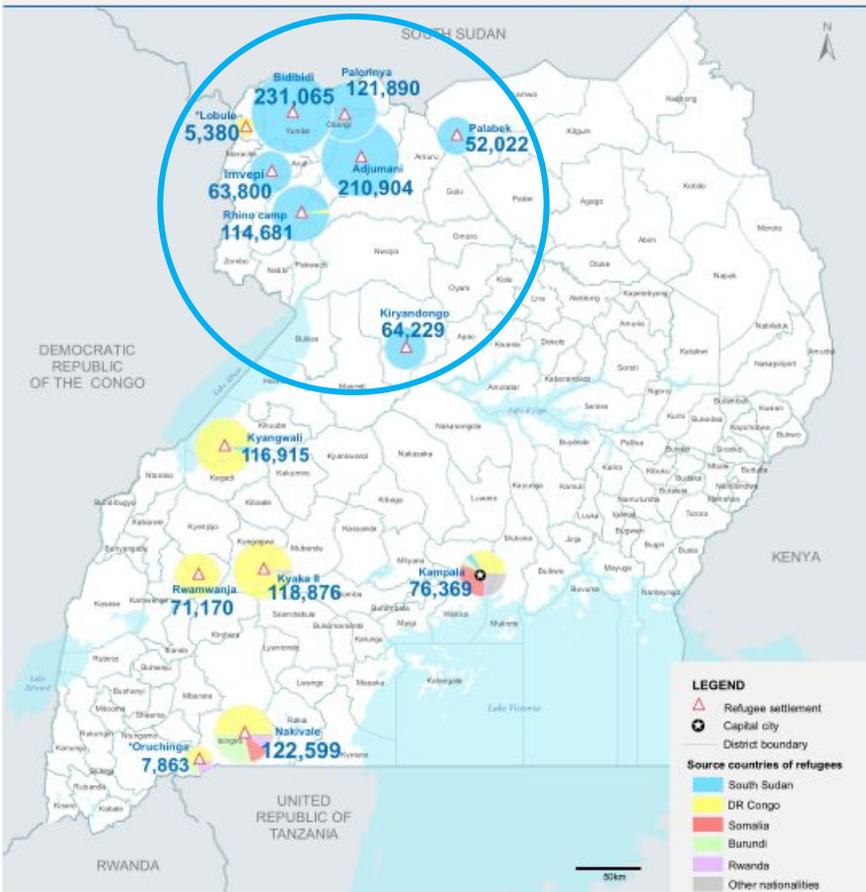
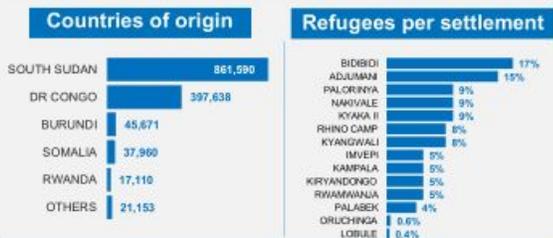


Heat Map of 2018 Internal Migration in Japan



Red zones show population inflow and blue zones population outflow.
Created by *Nippon.com* based on the 2018 Report on Internal Migration in Japan.

Total refugees and asylum-seekers**
1,381,122



West Nile Region Uganda



The boundaries and names shown on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.
 **Oruchinga and Lobule symbols not to scale. **includes 3,358 refugees and asylum seekers in reception centres which are not shown on the map.
 Population data: proGres (CPM) Author: UNHCR Representation in Uganda Feedback: ugakimug@unhcr.org For more info, please visit: www.ugandanrefugees.org



STRANIERI IN ITALIA

ANNO 2019

CENSIMENTI PERMANENTI
POPOLAZIONE
E ABITAZIONI

LA FOTOGRAFIA

RESIDENTI

5.039.637



UOMINI
48,3%



DONNE
51,7%

STRANIERI PER 100 CENSITI

8,4 59.641.488
POPOLAZIONE
RESIDENTE TOTALE



MINORENNI
20,3%

DOVE RISIEDONO



ITALIA NORD-OCCIDENTALE

33,9%

ITALIA MERIDIONALE

12,1%

ITALIA NORD-ORIENTALE

24,4%

ITALIA INSULARE

4,8%

ITALIA CENTRALE

24,8%

Migrazioni in Italia

LE COMUNITÀ PIÙ NUMEROSE



Romena

1.206.938



Albanese

441.027



Marocchina

422.980

LE RELIGIONI



Cristiani

2.815.000



Musulmani

1.580.000

OCCUPATI



Comunitari

64,3%

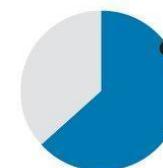


Extra-UE

58,7%

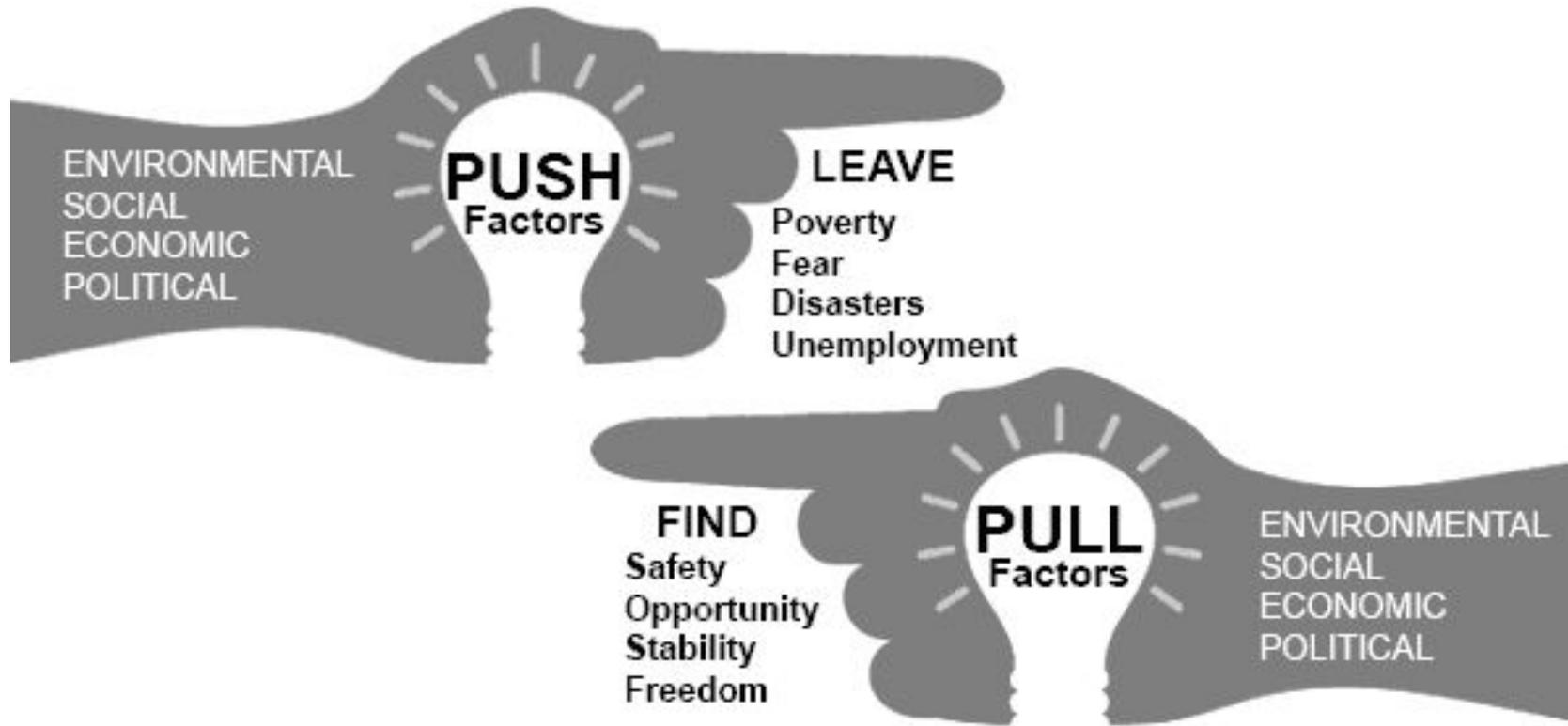
STUDENTI

841.719
(+16.000
su 2017/2018)



63,1%
nato
in Italia

ANSA centimetri



- Guerre e terrorismo
- Cambiamenti climatici
- Disuguaglianze economiche
- Sfruttamento delle risorse, land grabbing e neocolonialismo

- Ricongiungimenti
- Cure
- Lavoro
- Studio
- Realizzazione personale

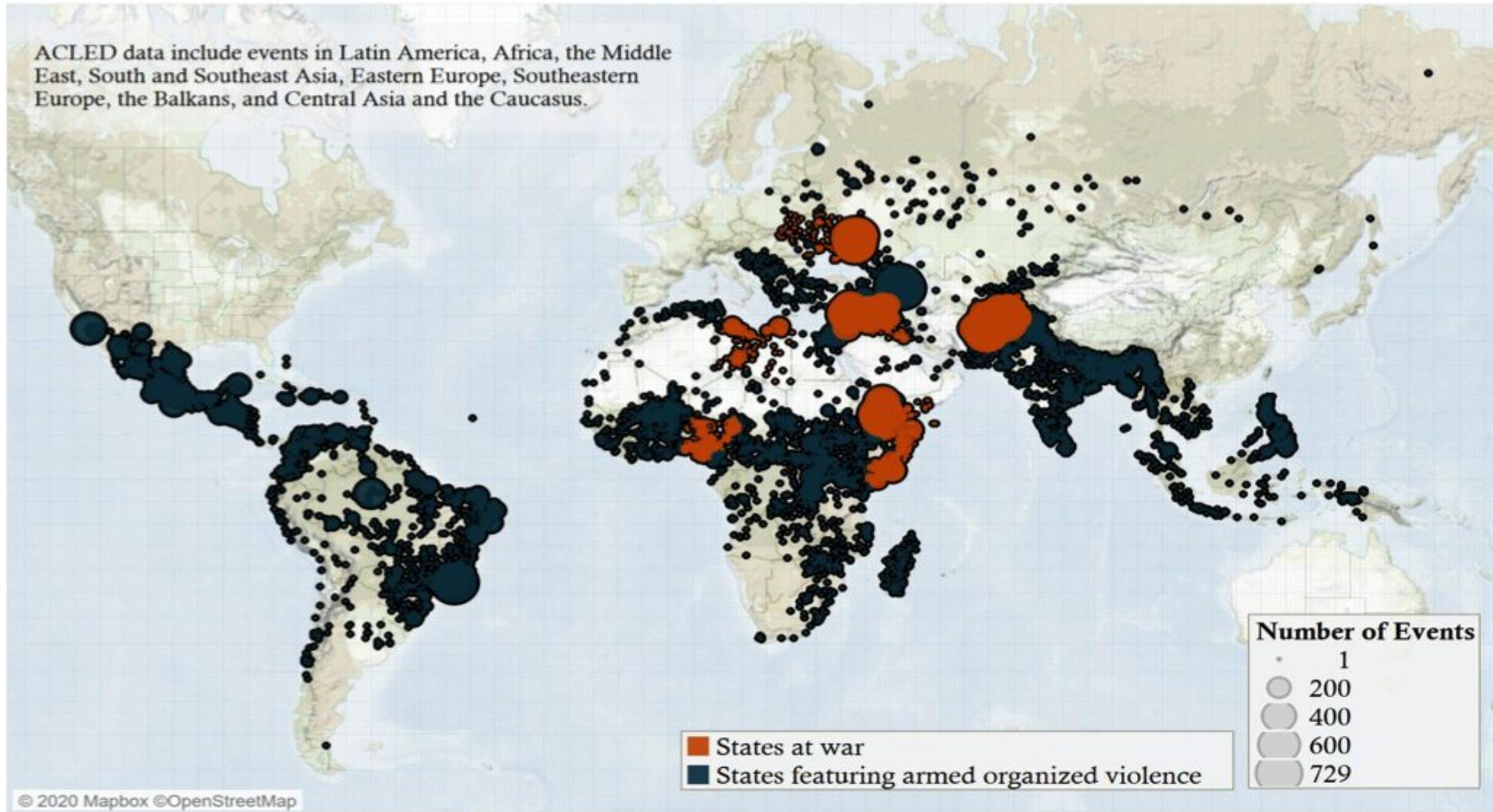




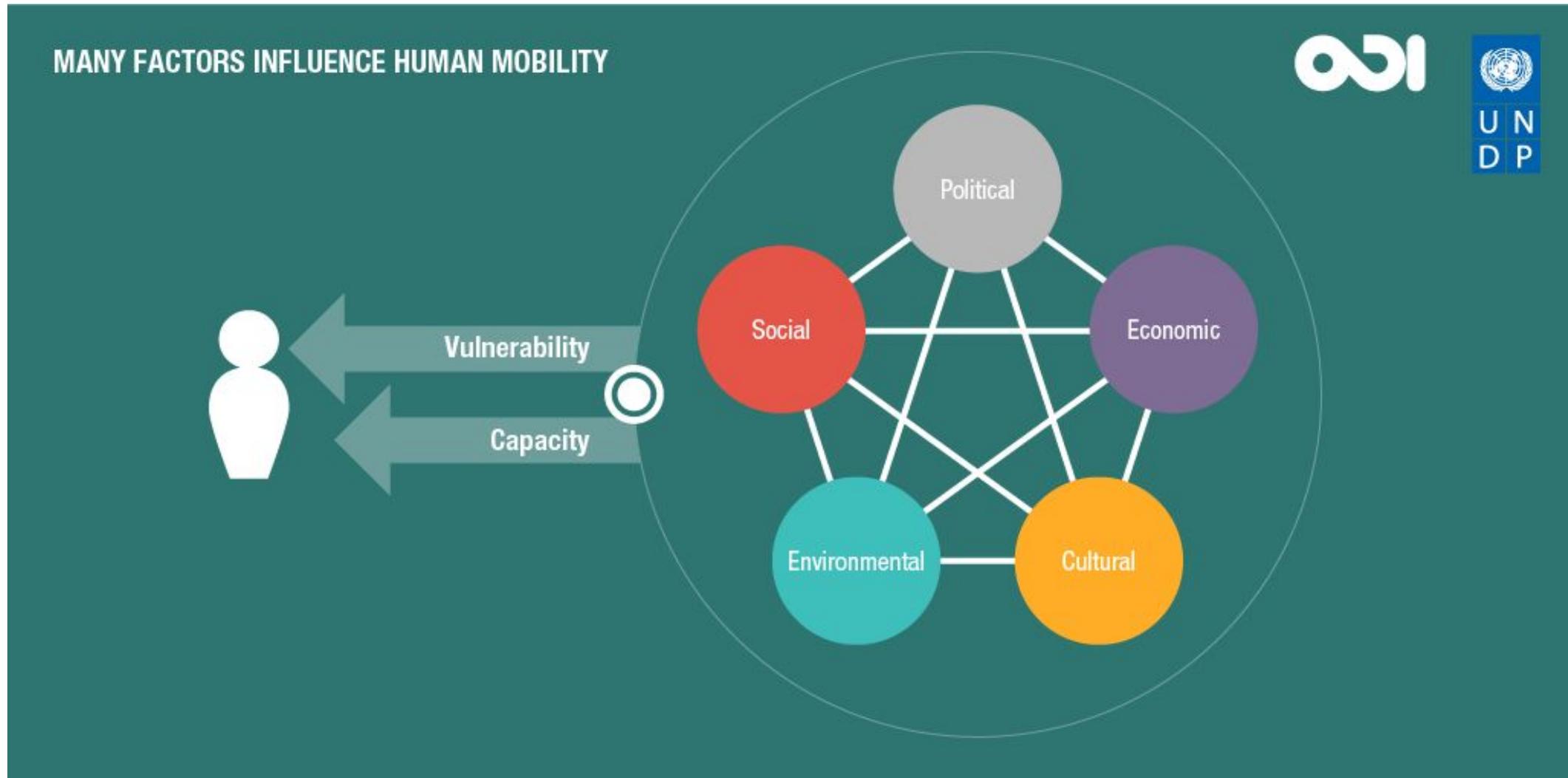
Armed conflict events in states at war & with armed organized violence

1 January 2018 - 1 February 2020

ACLED data include events in Latin America, Africa, the Middle East, South and Southeast Asia, Eastern Europe, Southeastern Europe, the Balkans, and Central Asia and the Caucasus.



La migrazione è un fenomeno complesso, multidimensionale e strutturale dei nostri tempi



La migrazione come determinante di salute



Salute e Migrazione

I miti:

- *Le persone migranti portano malattie*
- *Le persone migranti sono un peso per i servizi sanitari*

La realtà?

- Quali sono le patologie che interessano maggiormente le persone migranti?

<https://app.sli.do/event/uuiDtVyozhje8Bx1PMuWf>

#2365784



Lo stato di salute delle persone migranti

- **CDs (malattie infettive)**

- > prevalenza: TB, HIV, HBV, HCV,
- > rischio di contagio e di slatentizzazione nei paesi di immigrazione,
- > rischio di complicanze e di ritardo nella diagnosi,
- > rischio di mortalità per TB;

- **NCDs (es. malattie croniche; tumori; diabete)**

- > rischio di complicanze e insorgenza precoce: diabete, pat. cardiovascolari,
- > rischio di mortalità: LNH, K cervice, fegato, leucemie, malattie del sangue e della pelle;
- > mortalità per omicidi,
- < ricoveri per trauma;

- **Salute materno-infantile**

- maggior rischio di eventi avversi pre/perinatali,
- > rischio di mortalità natale/perinatale e tra 1-5 y,

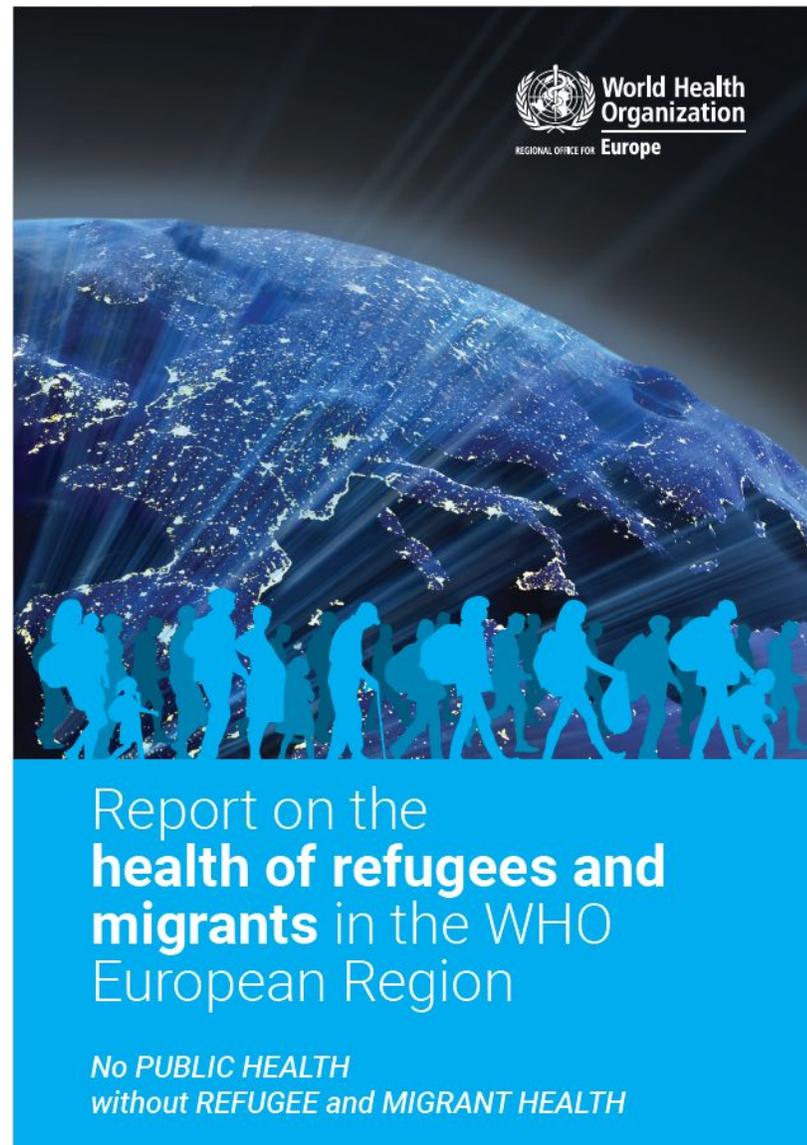
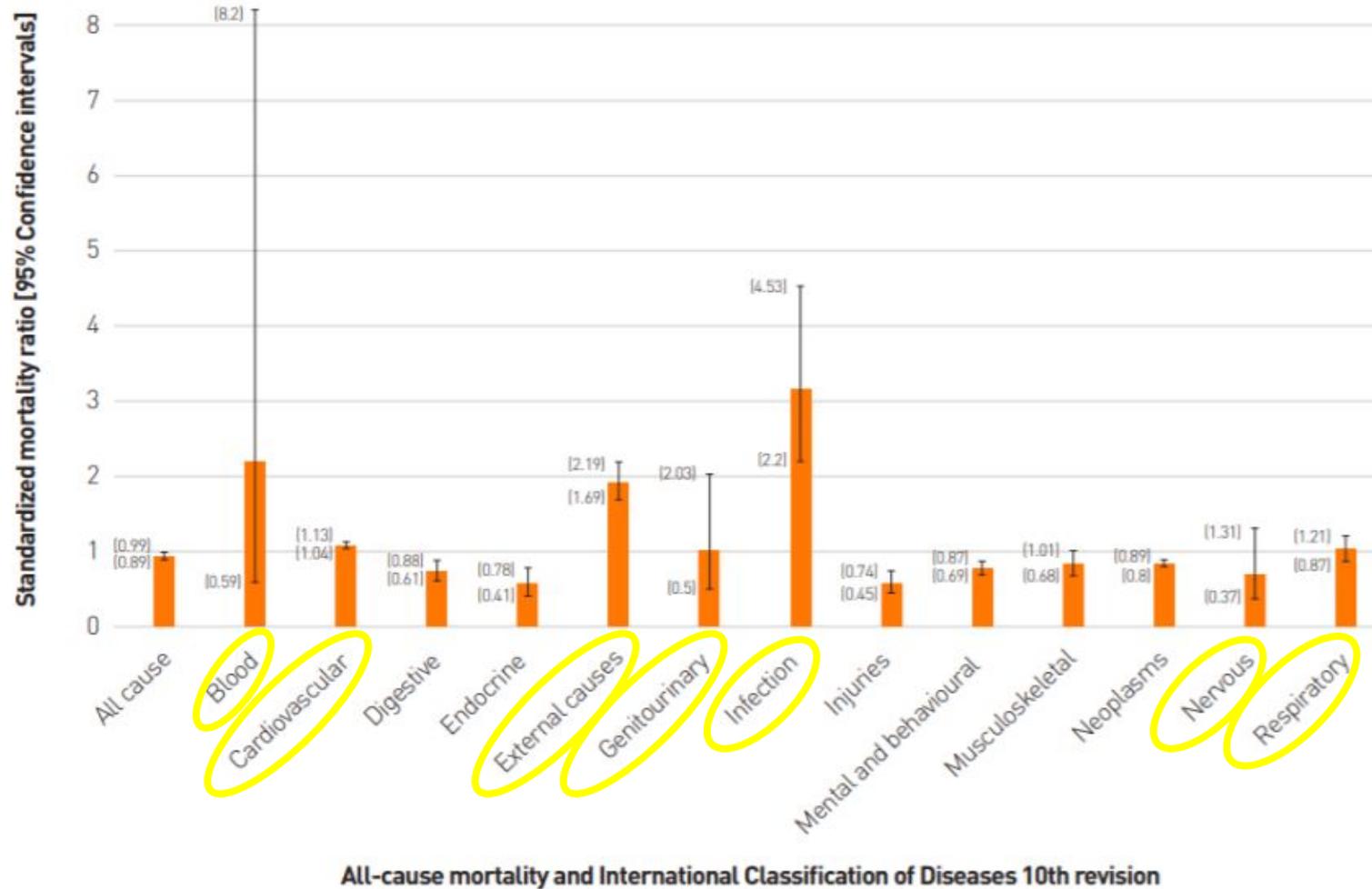


Fig. 3. Summary standardized mortality ratios for refugees and migrants compared with the host population in the WHO European Region for various mortality causes



Note: Mortality causes are based on the all-cause mortality and International Classification of Diseases 10th Revision; values below 1.0 indicate a mortality advantage for refugees and migrants; standardized mortality ratios were calculated from mortality rates in available in published scientific literature (940 cause-specific estimates) as a subgroup analysis of a global meta-analysis.

Source: Aldridge et al., 2018 (11).

Cosa vuol dire Salute?

*"uno stato di **completo benessere fisico, psichico e sociale** e non semplice assenza di malattia"*

OMS 1946

*"La salute è una condizione di **armonico equilibrio**, fisico e psichico, dell'individuo, dinamicamente integrato nel suo ambiente naturale e sociale"*

Seppilli 1966

*"salute è quindi vista come una risorsa della nostra vita quotidiana, e non come lo scopo della nostra esistenza; si tratta di un concetto positivo che **pone l'accento sia sulle risorse personali e sociali che sulle capacità fisiche**"*

Carta di Ottawa 1984

<https://collettivakathe.wixsite.com/kaethe>

PER QUESTO POSSIAMO DIRE CHE LA SALUTE
NON SI ESAURISCE A CIÒ CHE È VISIBILE
ALL'OCCHIO CLINICO, MEDICO E SANITARIO:

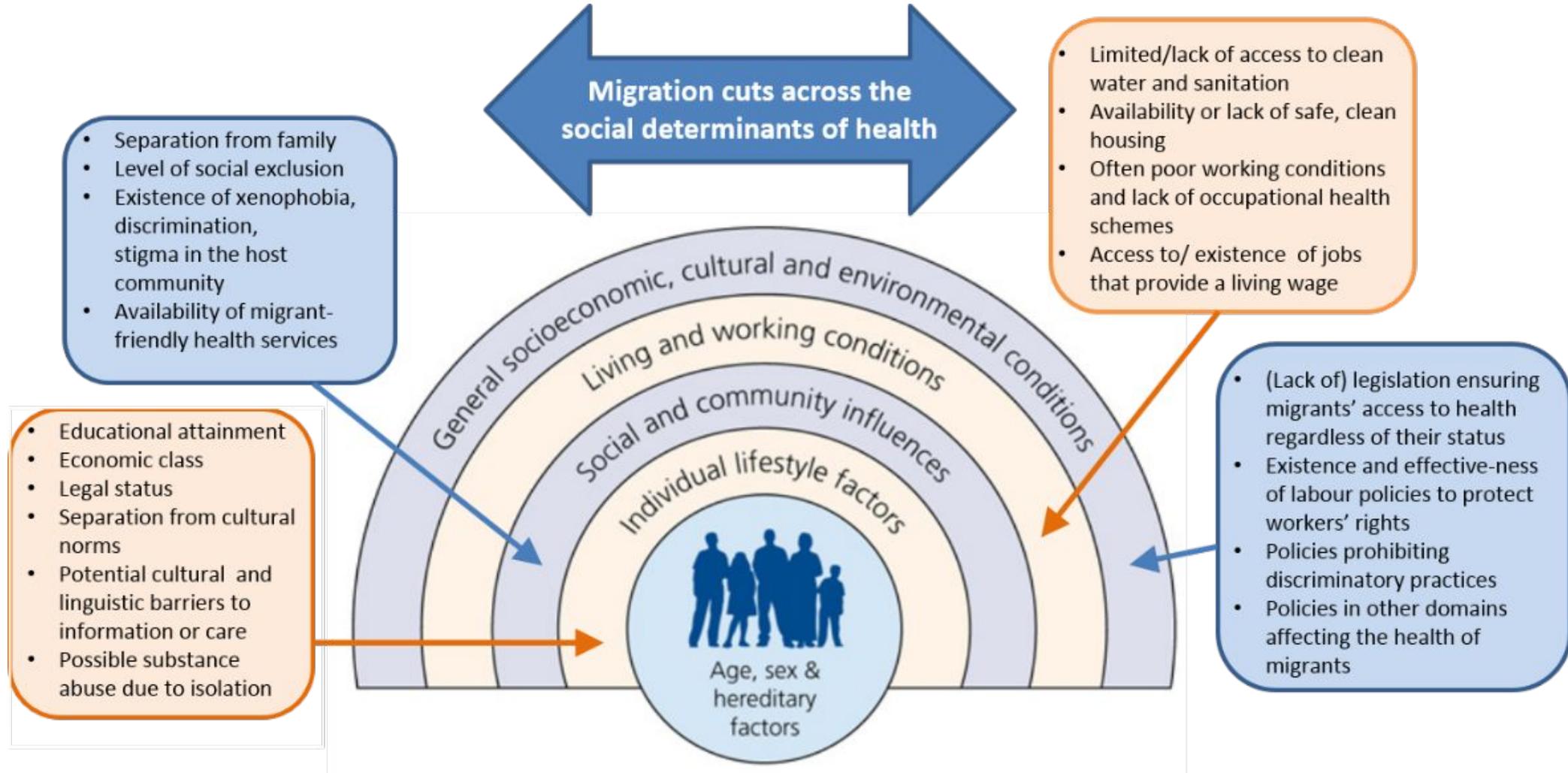


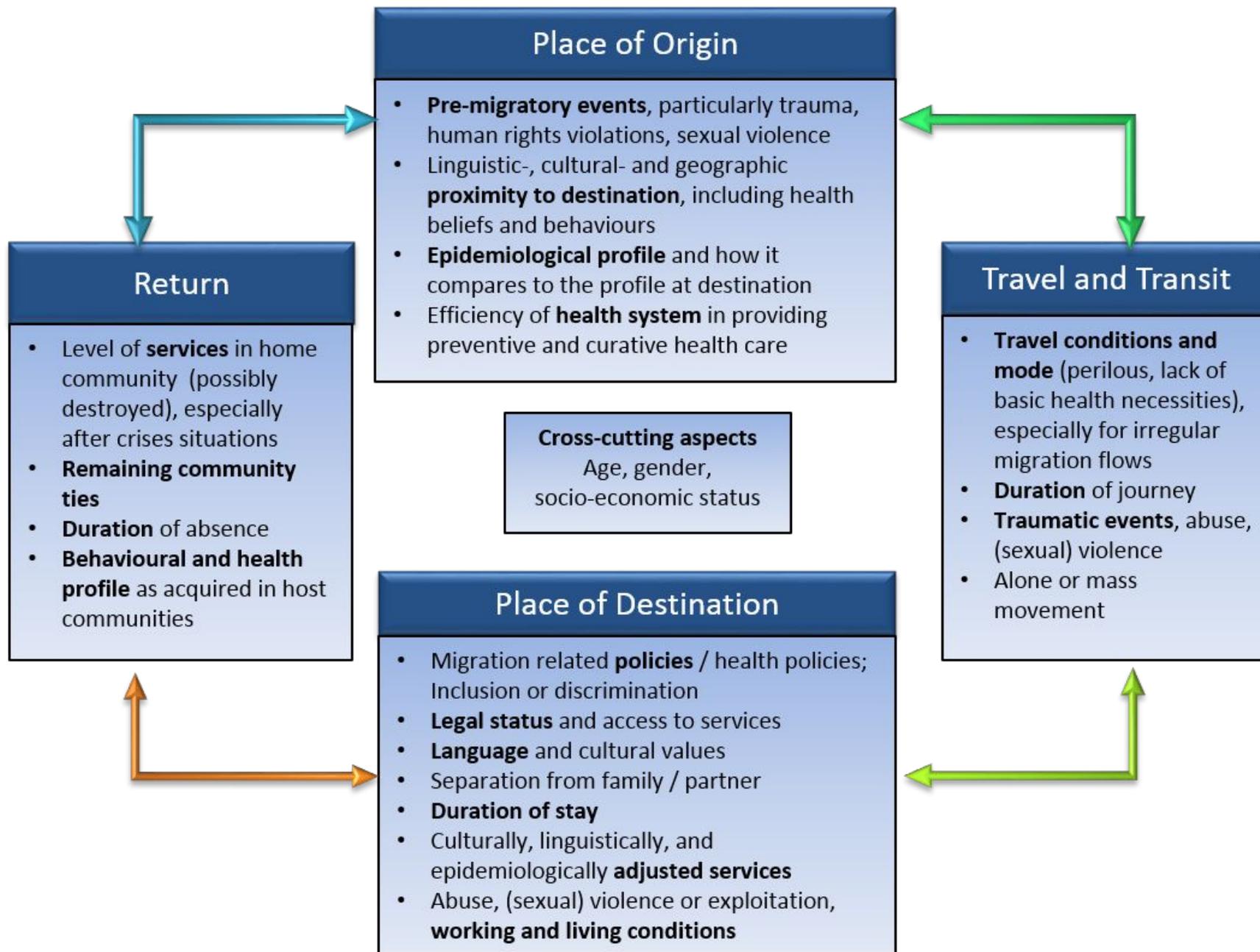
LA SALUTE È IL RISULTATO DI UNA
COMBINAZIONE DI VARI FATTORI
TRA LORO INTERRELATI.

collettivakathe.wixsite.com/kaethe



La migrazione come determinante di salute





Determinanti **P**re-Migratori

Place of Origin

- **Pre-migratory events**, particularly trauma, human rights violations, sexual violence
- Linguistic-, cultural- and geographic **proximity to destination**, including health beliefs and behaviours
- **Epidemiological profile** and how it compares to the profile at destination
- Efficiency of **health system** in providing preventive and curative health care

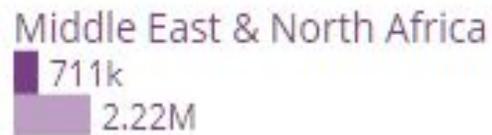
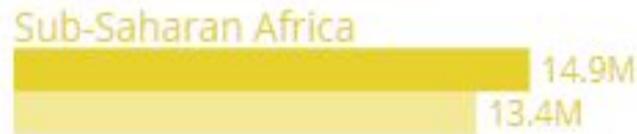
- Diversa prevalenza di malattie infettive prevenibili e associate alla povertà e alle carenze di risorse
- Ridotto tasso di immunizzazione (scarso accesso alle cure o mancanza di servizi per guerre e calamità naturali)

TBC, HIV, HBV

Disturbi di salute mentale

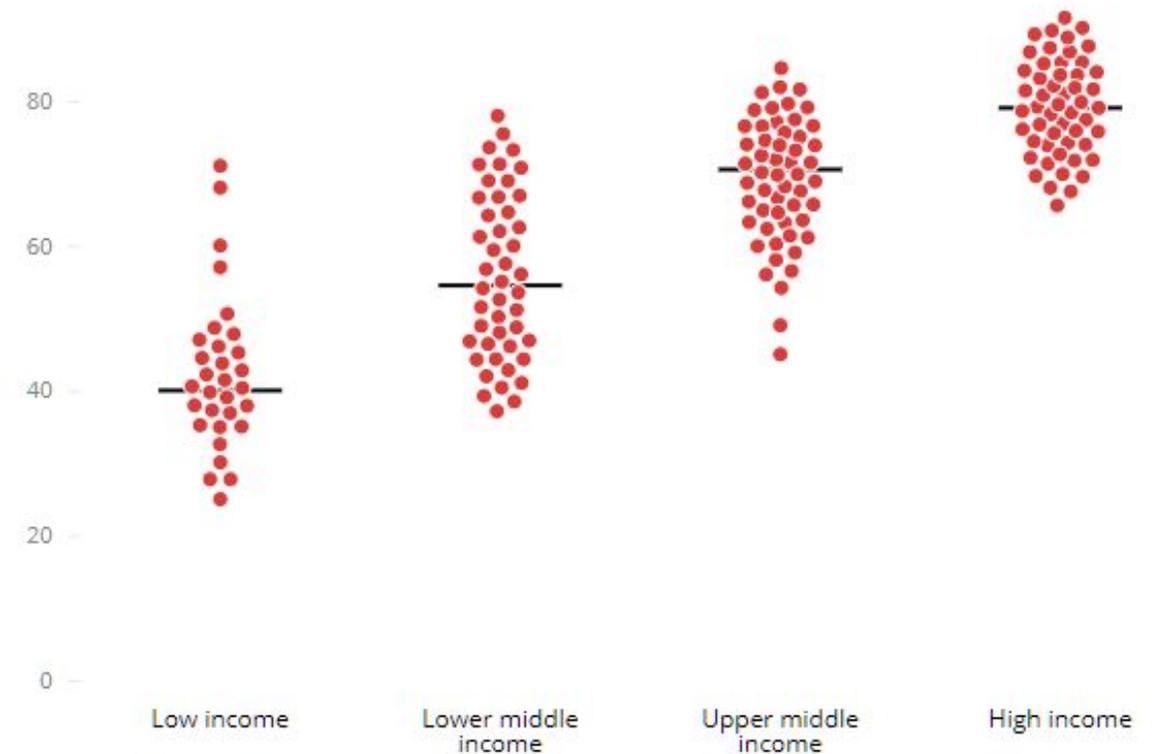
Un ospedale di Medici senza frontiere colpito dai bombardamenti a Maaret al Numan, in Siria. (Ghaith Omran, Al Maarra Today/Afp)

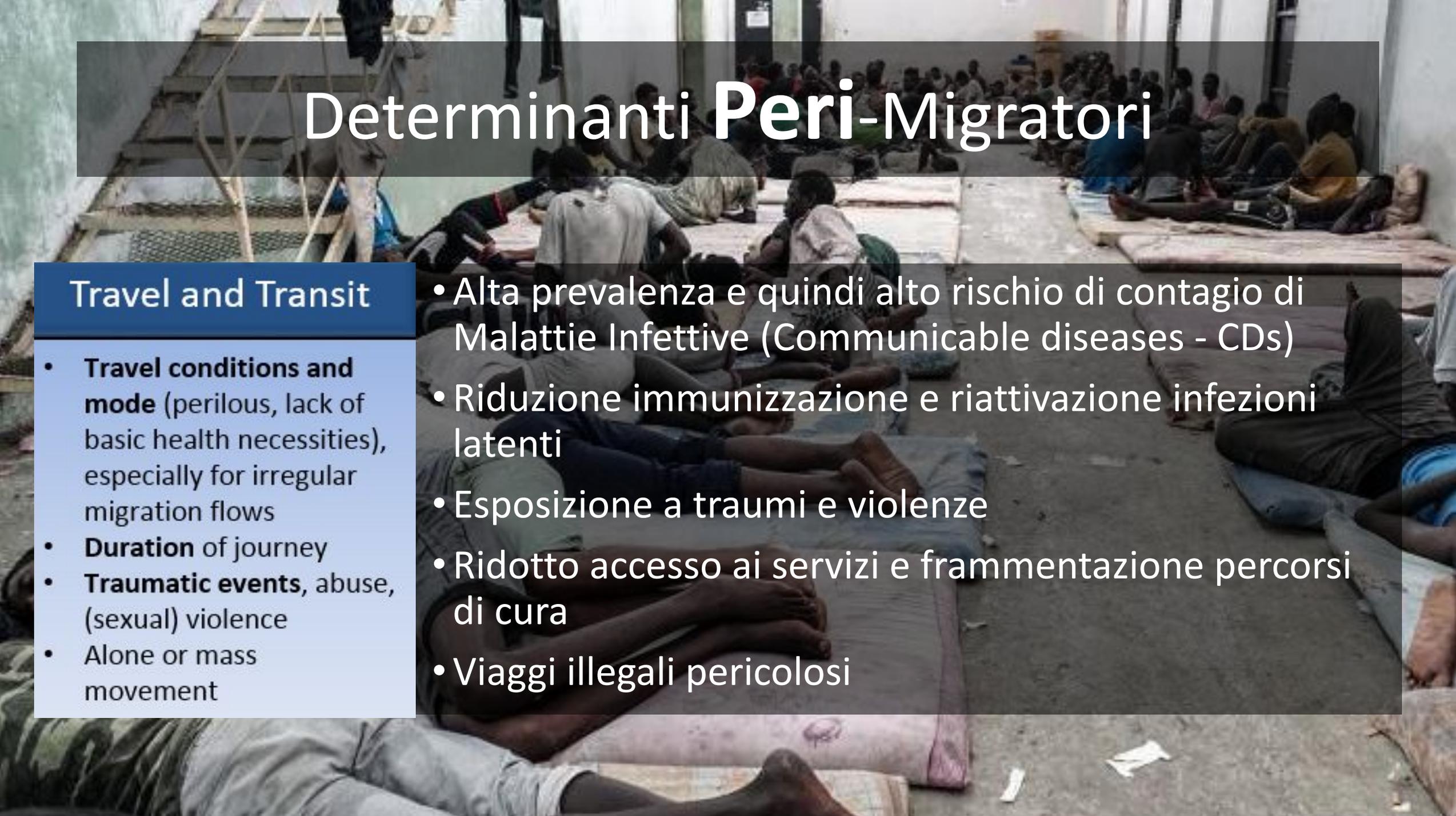
Tens of millions of people are being pushed into extreme poverty by health spending



Coverage of essential health service improves with income

UHC service coverage index, 2017





Determinanti Peri-Migratori

Travel and Transit

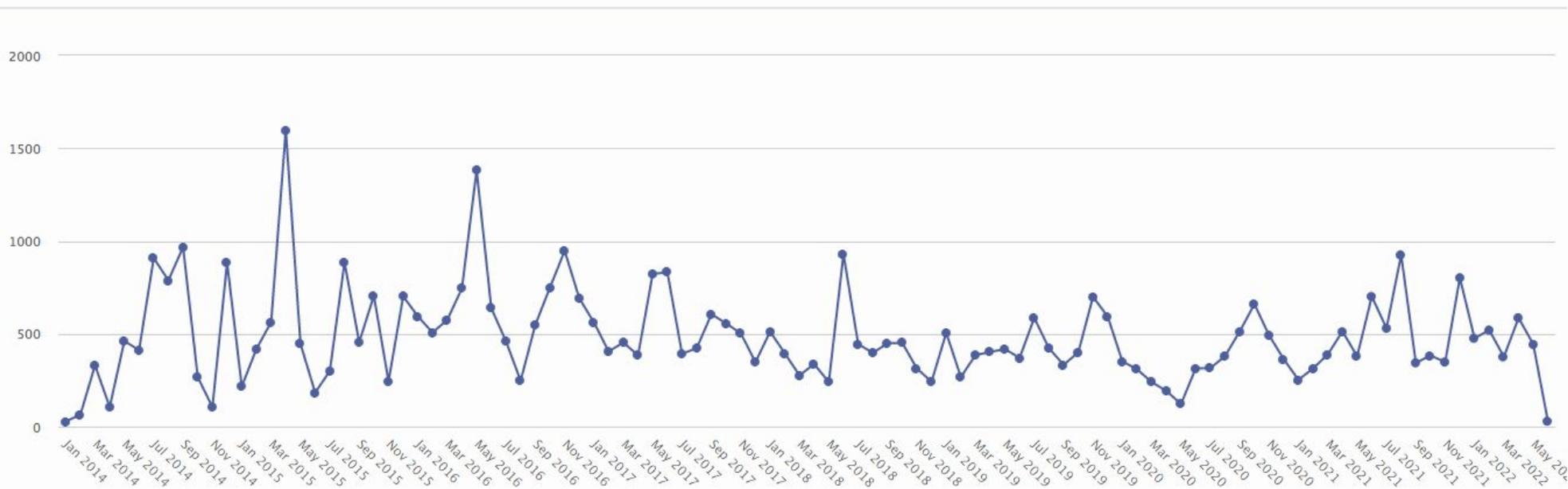
- **Travel conditions and mode** (perilous, lack of basic health necessities), especially for irregular migration flows
 - **Duration** of journey
 - **Traumatic events**, abuse, (sexual) violence
 - Alone or mass movement
- Alta prevalenza e quindi alto rischio di contagio di Malattie Infettive (Communicable diseases - CDs)
 - Riduzione immunizzazione e riattivazione infezioni latenti
 - Esposizione a traumi e violenze
 - Ridotto accesso ai servizi e frammentazione percorsi di cura
 - Viaggi illegali pericolosi

Personne morte durante il viaggio migratorio dal 2014





FATALITIES BY MONTH



CAUSE OF DEATH



978

Violence



896

Sickness / lack of access to adequate healthcare



873

Vehicle accident / death linked to hazardous transport



844

Accidental death



20,412

Drowning



2,619

Mixed or unknown



1,347

Harsh environmental conditions / lack of adequate shelter, food, water



Determinanti Post-Migratori

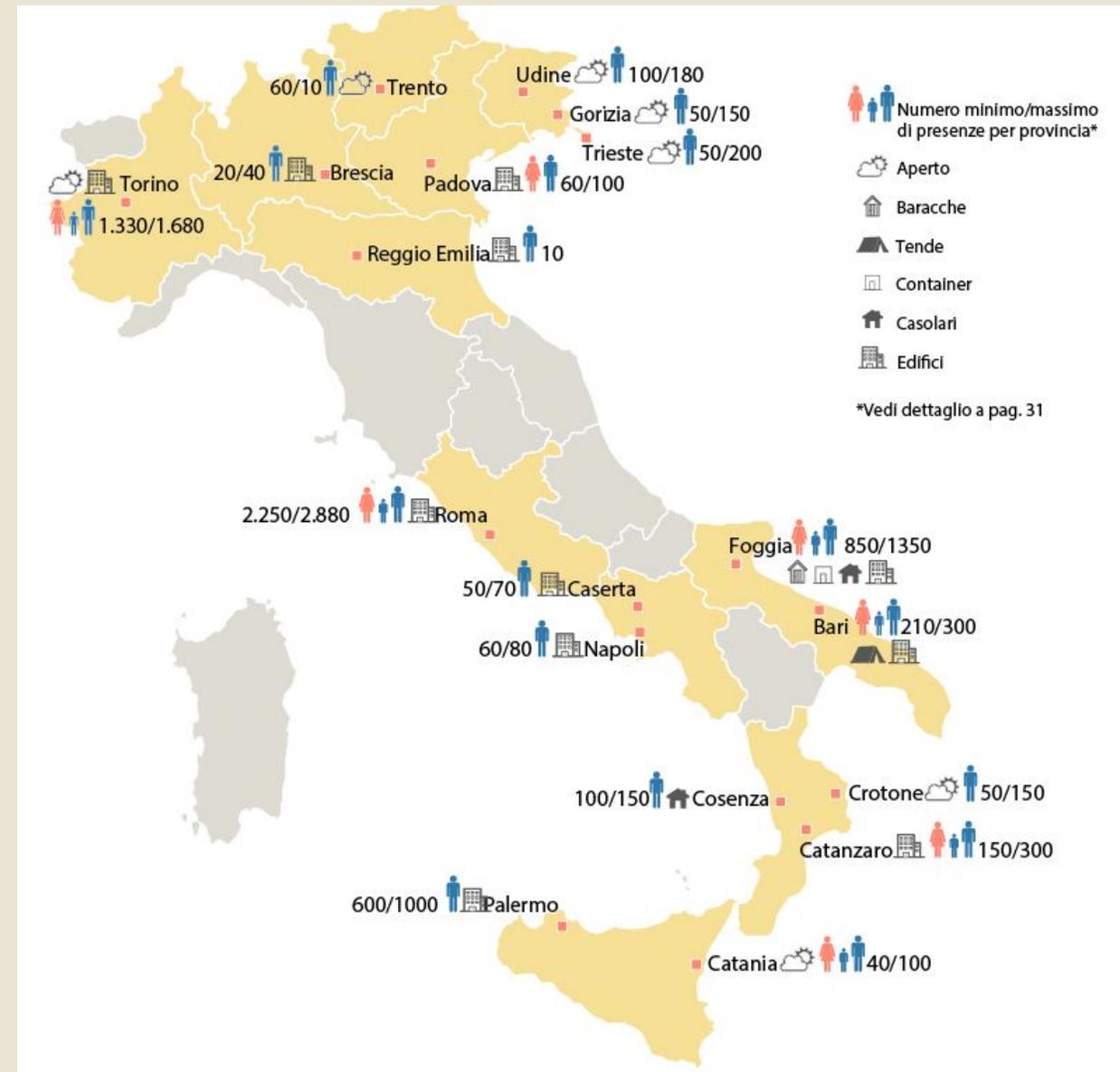
Place of Destination

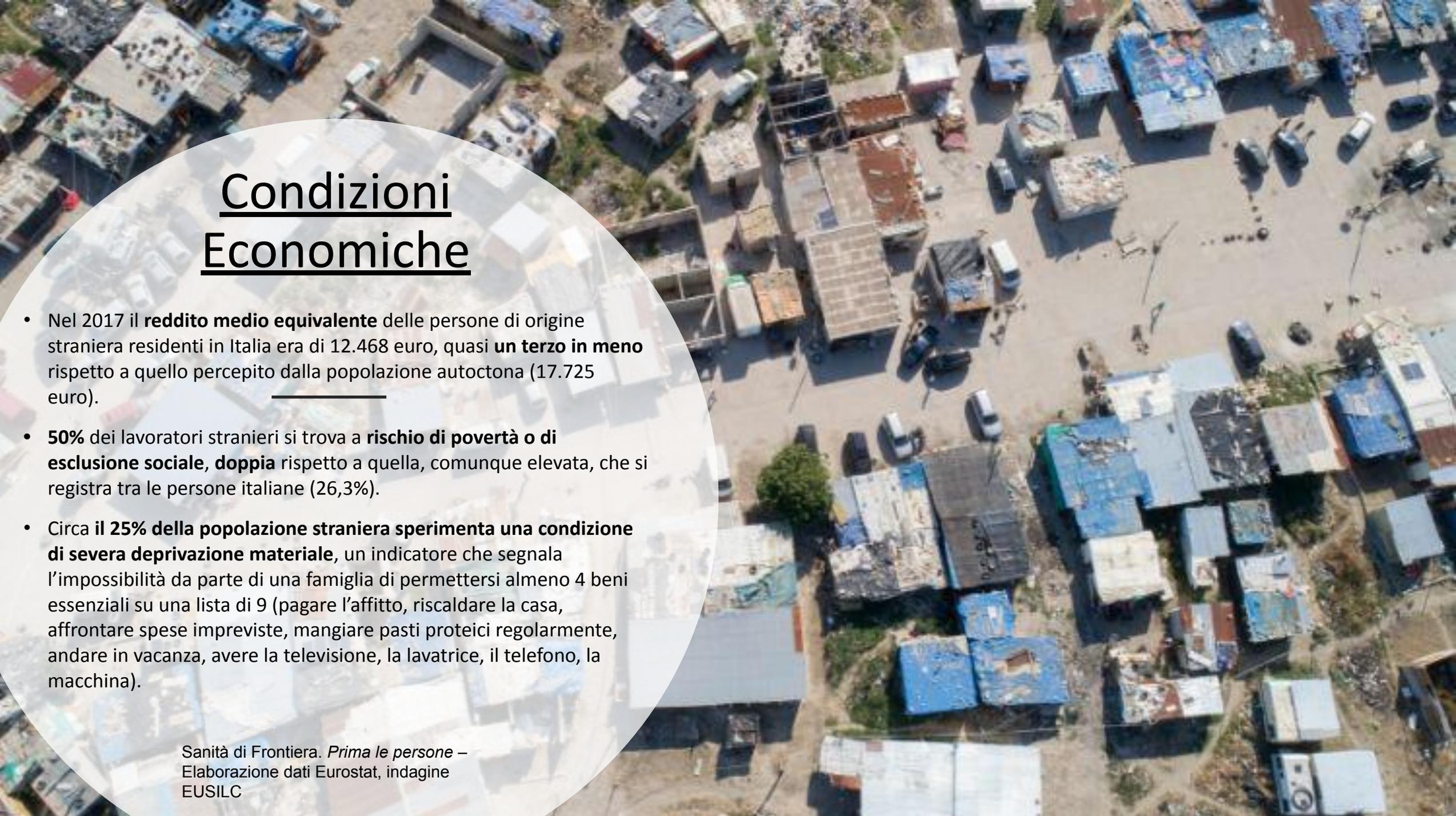
- Migration related **policies** / health policies; Inclusion or discrimination
- **Legal status** and access to services
- **Language** and cultural values
- Separation from family / partner
- **Duration of stay**
- Culturally, linguistically, and epidemiologically **adjusted services**
- Abuse, (sexual) violence or exploitation, **working and living conditions**

- esposizione a fattori di rischio
- Rischio di infettarsi > di essere portatore di CD
- ↑ tempo di permanenza = ↑ malattie croniche e tumori (NCDs)
- NCDs esordio precoce e prognosi peggiore
- ↓ ruolo protettivo di fattori come status socio-economico

Condizioni abitative

- **68% vive in affitto** e per il **28,9%** il costo della casa è superiore al **40% del reddito disponibile** (l'8,3% IT),
- accesso al mercato della casa penalizzante: indisponibilità dei proprietari ad affittare a persone straniere
- **66% abitano in coabitazione**, spesso in condizioni di **sovraffollamento** (il 22,2% IT).
- **Aree-ghetto**: bassa qualità degli immobili (minor prezzo), meno servizi (*place effect*), periferie;
- **Insedimenti informali**. Nel 2018 MSF ne aveva mappati circa **50** con un numero complessivo di 10000 persone.





Condizioni Economiche

- Nel 2017 il **reddito medio equivalente** delle persone di origine straniera residenti in Italia era di 12.468 euro, quasi **un terzo in meno** rispetto a quello percepito dalla popolazione autoctona (17.725 euro).
- **50%** dei lavoratori stranieri si trova a **rischio di povertà o di esclusione sociale**, **doppia** rispetto a quella, comunque elevata, che si registra tra le persone italiane (26,3%).
- Circa il **25% della popolazione straniera sperimenta una condizione di severa deprivazione materiale**, un indicatore che segnala l'impossibilità da parte di una famiglia di permettersi almeno 4 beni essenziali su una lista di 9 (pagare l'affitto, riscaldare la casa, affrontare spese impreviste, mangiare pasti proteici regolarmente, andare in vacanza, avere la televisione, la lavatrice, il telefono, la macchina).

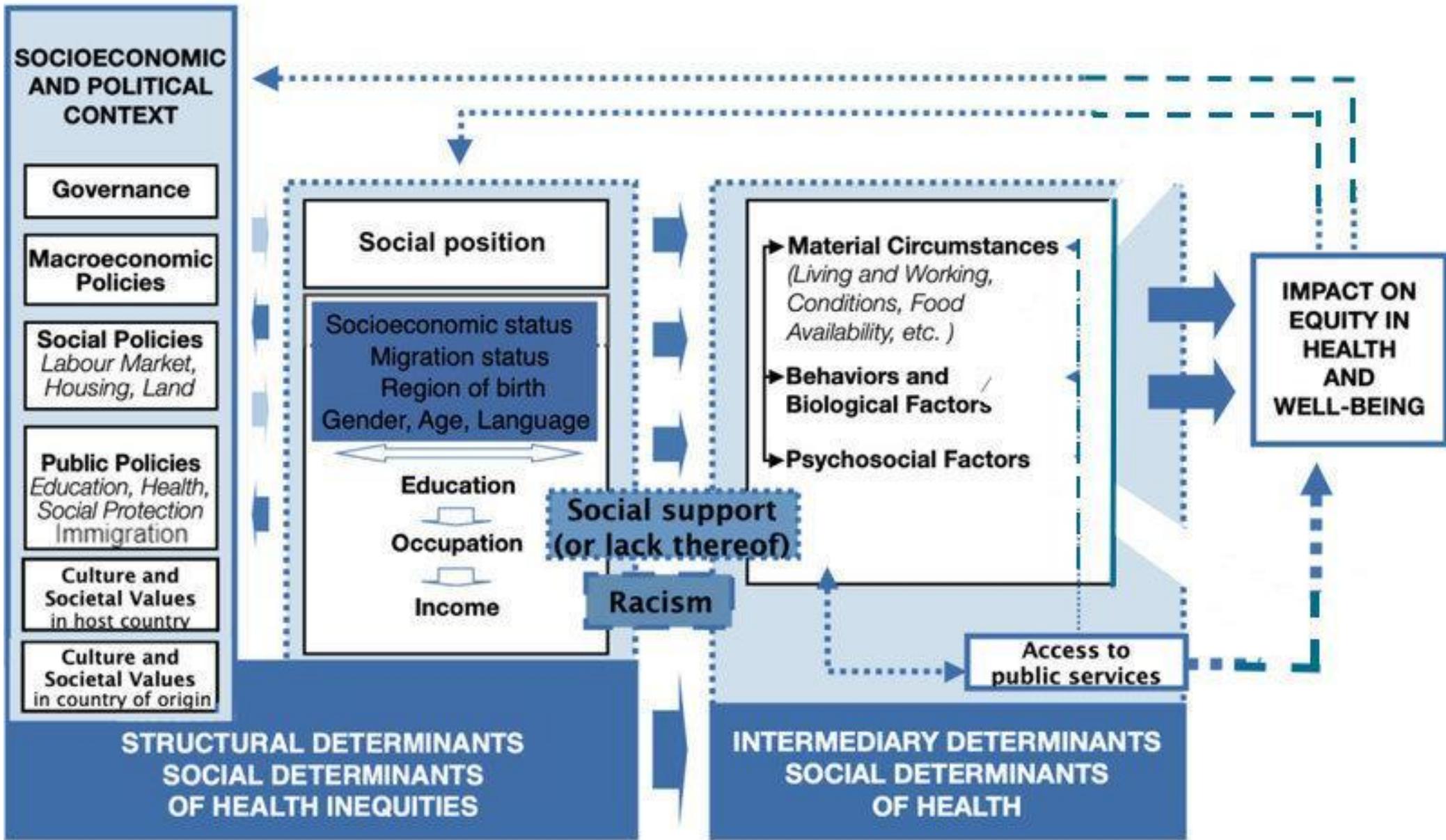
Condizioni Lavorative

- **2.5 mila occupati/400 mila disoccupati**
- **60% professioni poco qualificate o operaie** (servizi 67,%, industria, 28%, agricoltura 6,4%) e **35% è sovra istruito** per la mansione ricoperta
- sono almeno 400.000 i lavoratori/trici in nero



maggiore ricattabilità contrattuale
maggiore esposizione ad infortuni





disponibilità di risorse



esposizione a fattori di rischio durante il percorso migratorio



fattori push



vulnerabilizzazione primaria



condizioni economiche, abitative, lavorative;

barriere di accesso ai servizi



acquisizione stile di vita insalubri ed esposizione a fattori di rischio (*automedicazione*)

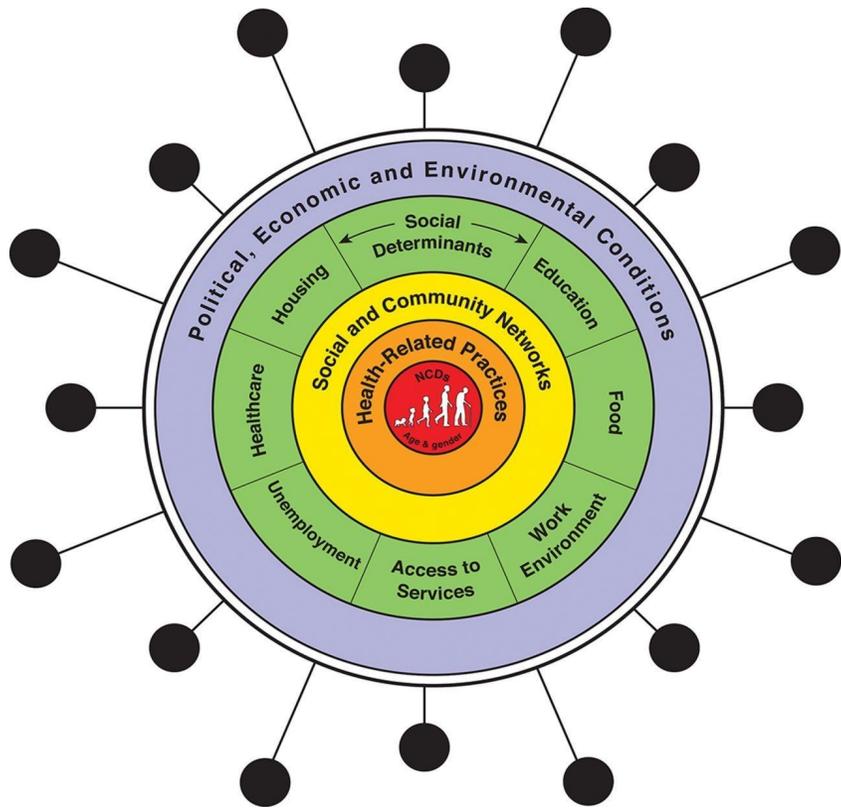
ridotto/inappropriato accesso alle cure (*inverse care law*)



vulnerabilizzazione secondaria



disuguaglianze nello stato di salute



- Diagnosi tardiva
- Maggior tasso di ospedalizzazione x 1.4
- Maggior rischio di mortalità (Low Middle Income Countries)
- Età inferiore

Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. EJPH. 2021.



Determinanti di accesso alle cure

LA STORIA DI FELA

- M, 45 anni, dalla Guinea, ripetuti episodi di cefalea
- In Italia da 4 mesi, iscritto al SSR da una settimana
- Primo tentativo di accesso in PS (solo)
- Secondo accesso in PS (con operatore): diagnosi di ipertensione, terapia + follow-up MMG e visita cardiologica + ecocardio
- Ecocardio, in struttura accreditata, mediazione non disponibile
- MMG
- Dopo due settimane Fela, non presentando più sintomi, interrompe la terapia..

*«Per sfortuna, io ho avuto un codice fiscale numerico. **Abbiamo aspettato, è passato tanto tempo** per essere inseriti nel sistema sanitario, più di sei mesi.»*

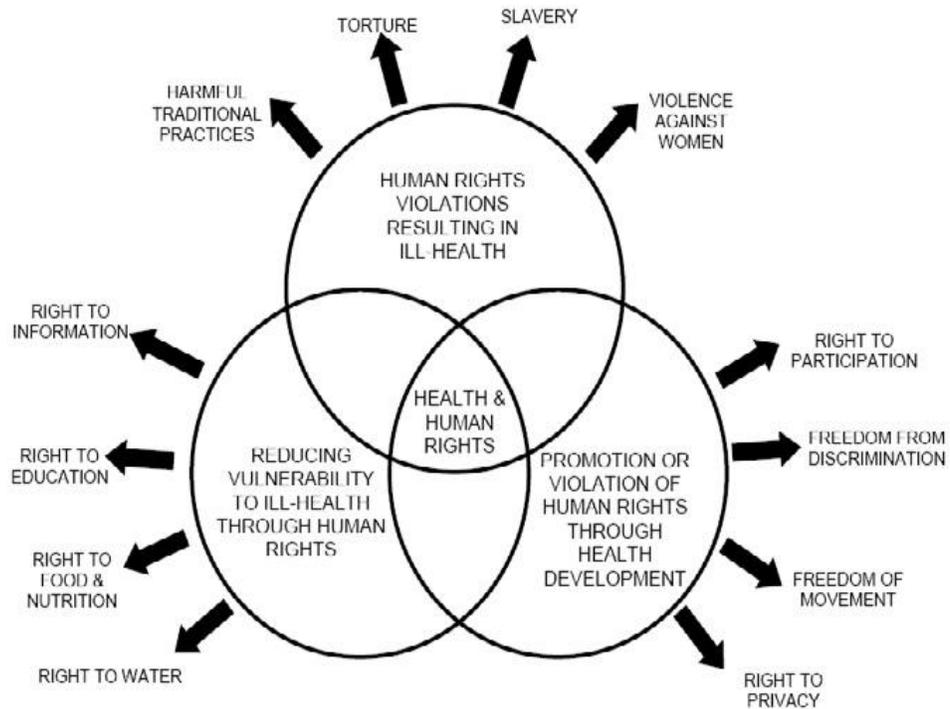
*«Se tu non sei accompagnato dall'operatore, se qualche volta non riesci a capire allora **ti dicono che devi tornare** con la persona che ti segue.»*

*«Il medico faceva delle domande, io non sapevo le risposte, [Fela] cercava di dirgli delle cose con un italiano abbastanza scorretto... a un certo punto **ci ha interrotto e ha detto "non si capisce proprio niente"** con tono di disprezzo.»*

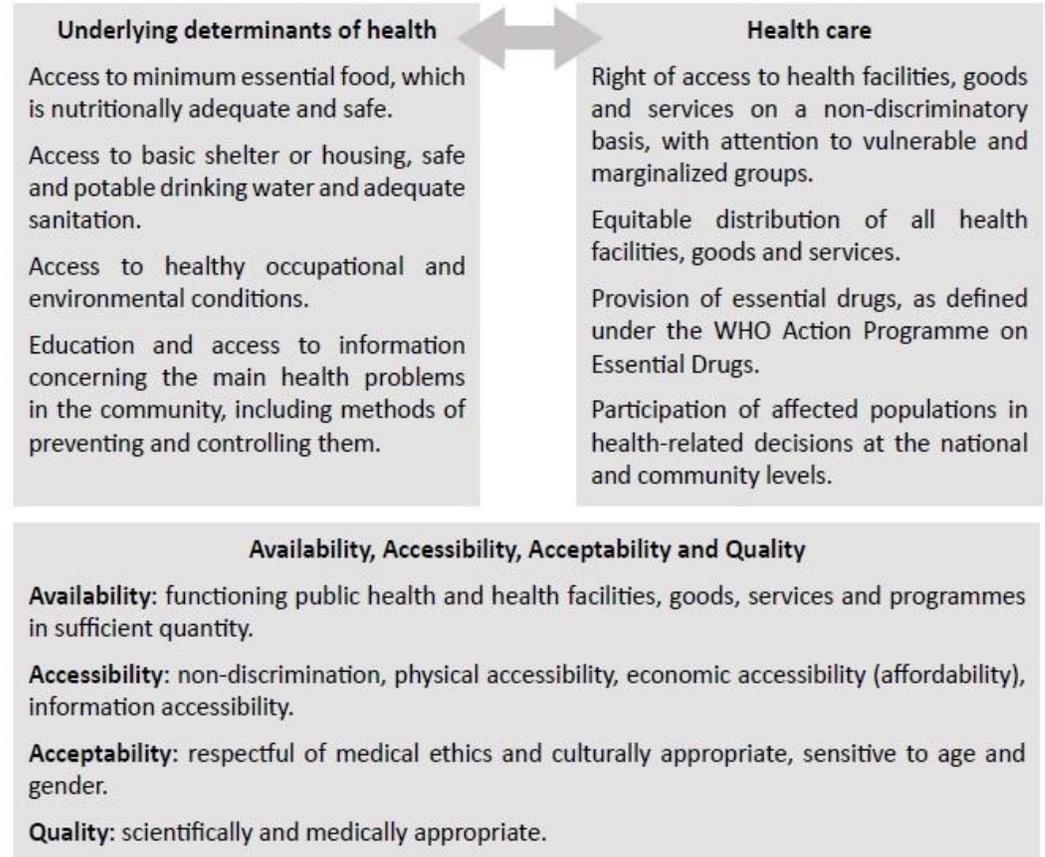
*«...arrivi dal MMG con il foglio, ti fa una ricevuta, vai a prendere la medicina e poi basta, **non c'è il tempo di spiegare...**»*



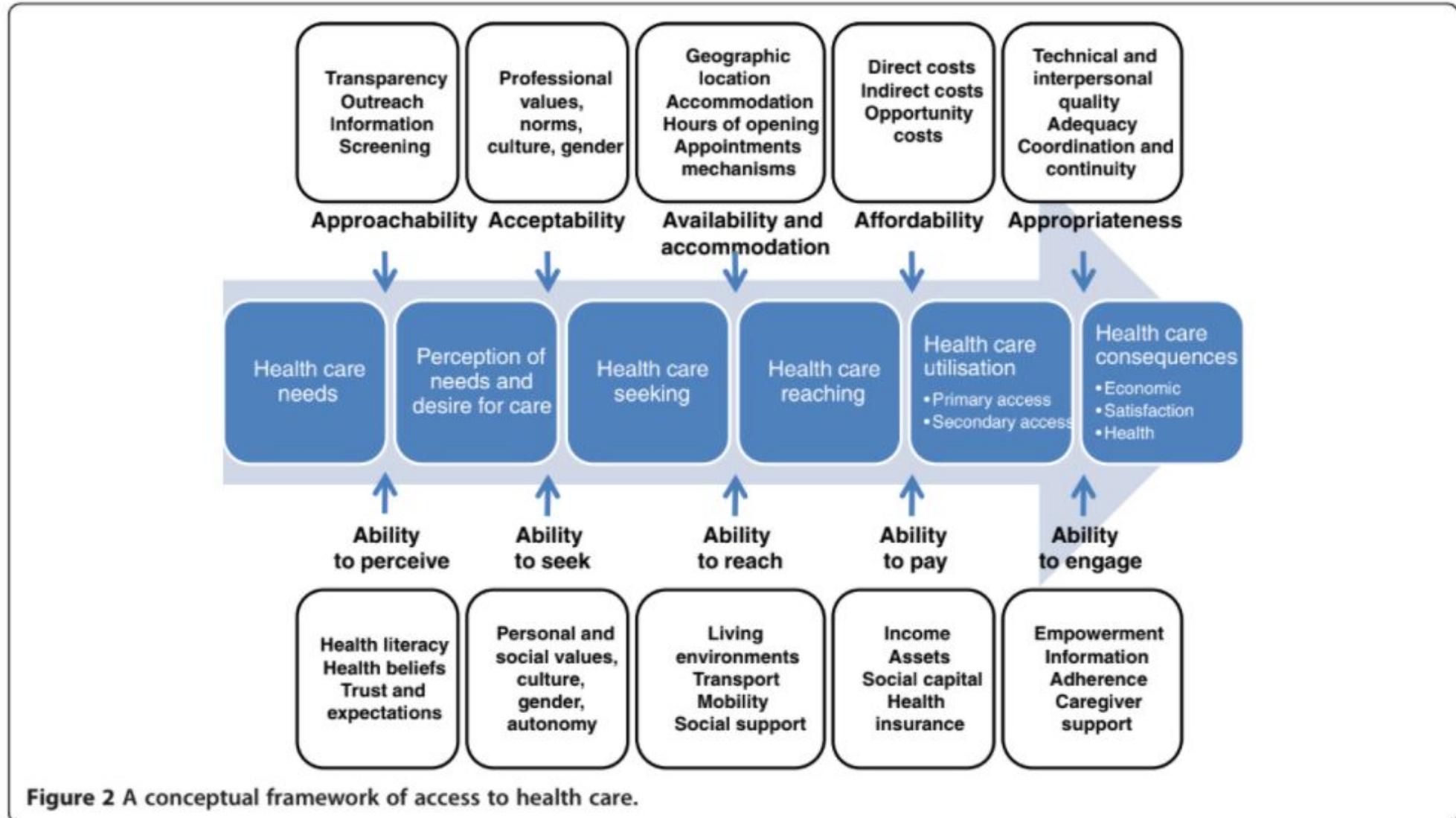
Determinanti prossimali di salute: l'accesso alle cure



THE RIGHT TO HEALTH



Le dimensioni dell'accesso alle cure



Le barriere di accesso alle cure

Di **accesso** al servizio socio-sanitario

- barriere giuridico-legali;
- barriere economiche;
- barriere burocratico-amministrative
- barriere organizzative

Di **fruibilità** dei servizi socio-sanitari:

- barriere linguistiche;
- barriere comunicative;
- barriere interpretative;
- barriere comportamentali

(El Hamad, Geraci, 2011)

A group of people is holding a large white banner with the text "HEALTH CARE is a HUMAN RIGHT" written in black. The banner is held up by several people, and the text is written in a bold, sans-serif font. The word "is" is written in a smaller, cursive font and is flanked by two wavy lines. The banner is held up by several people, and the text is written in a bold, sans-serif font. The word "is" is written in a smaller, cursive font and is flanked by two wavy lines. The banner is held up by several people, and the text is written in a bold, sans-serif font. The word "is" is written in a smaller, cursive font and is flanked by two wavy lines.

HEALTH CARE

is a

HUMAN RIGHT

Determinanti legali e amministrativi

Accesso alle cure in Italia: quadro normativo

Art. 32 della Costituzione:

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



D.Lgs 286/1998 - Testo Unico sull'immigrazione:

Titolo V

Art 34 Assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al SSN

Art 35 Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN

Regolamento di attuazione (D.P.R. 394/1999) – artt. 42 e 43

Riforma-Ter 229/1999 (Riforma Bindi)

Legge costituzionale n.3 del 18 ottobre 2001 – Riforma del Titolo V

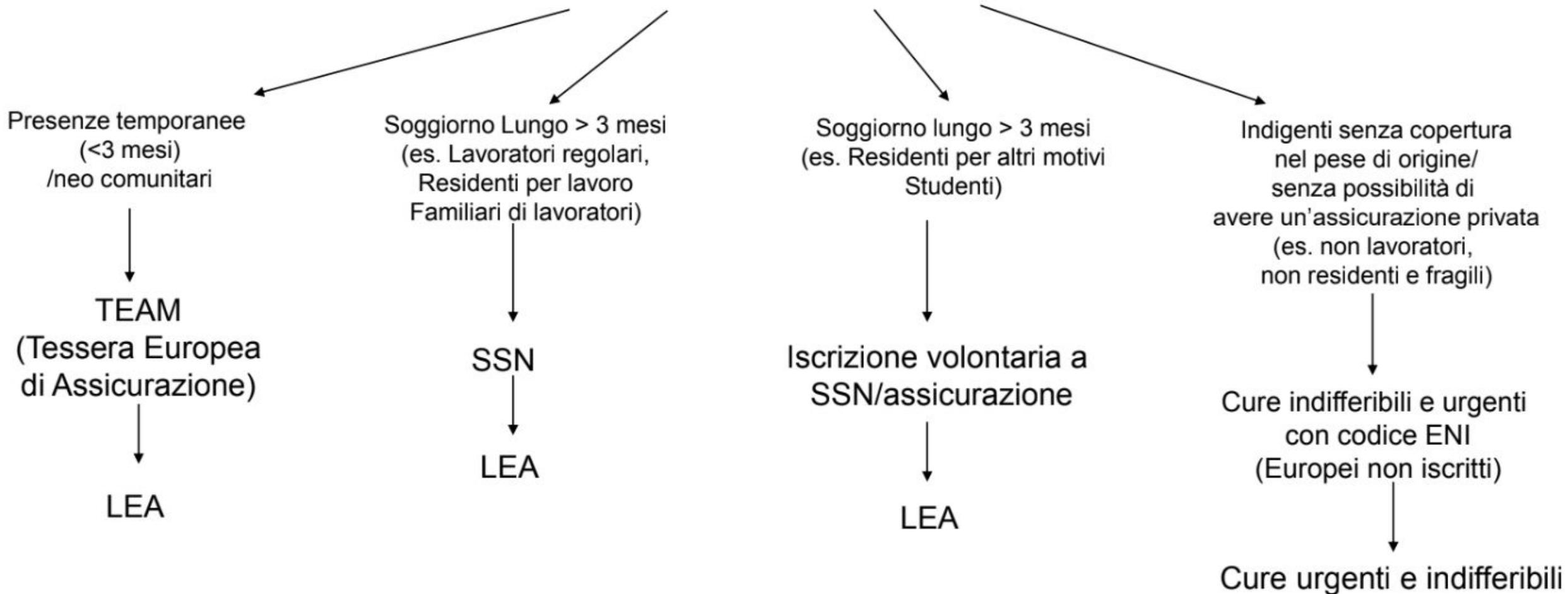
Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012

INDIVIDUƏ

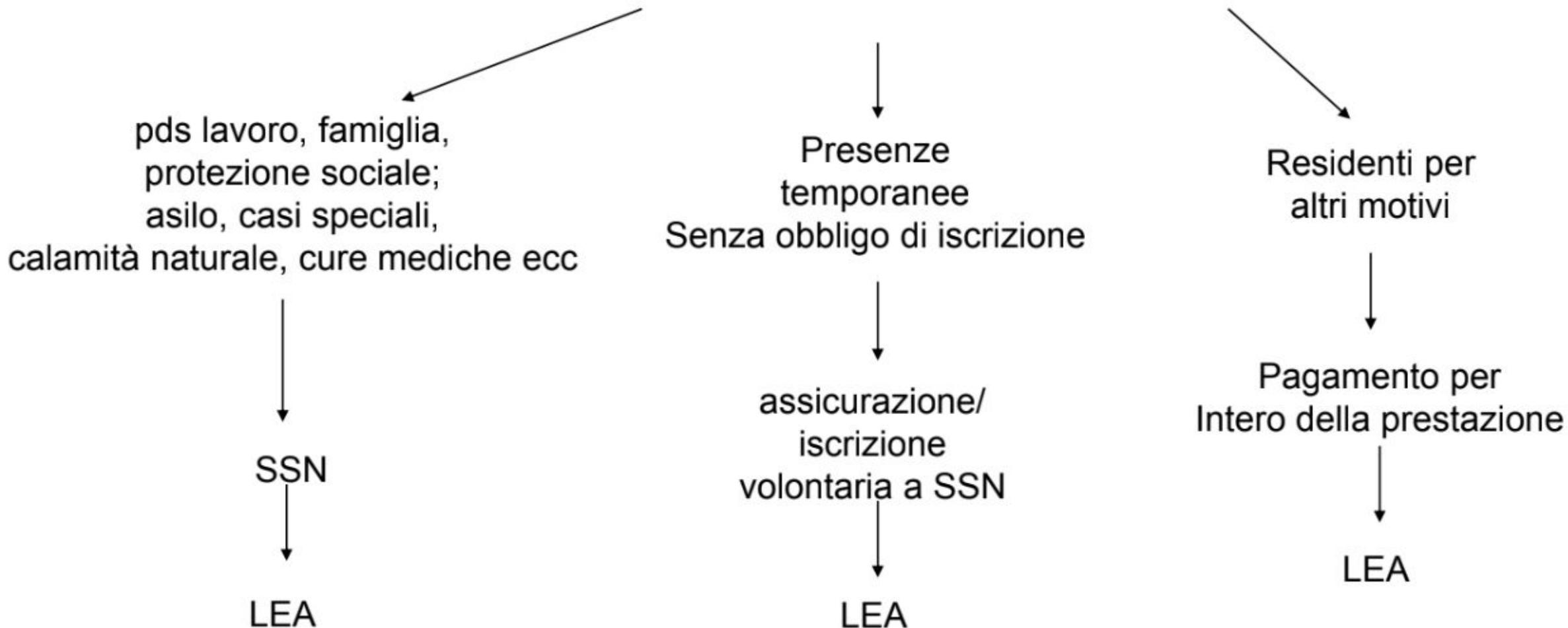


Un individuo può passare da una condizione ad un'altra (es. perdita del lavoro) subendo una frammentazione dei percorsi di assistenza

PERSONE COMUNITARIE



PERSONE NON COMUNITARIE CON REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO



PERSONE NON COMUNITARIE SENZA REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO



Codice STP



cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio;

interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva

Codice STP

1. **cure ambulatoriali ed ospedaliere, urgenti o comunque essenziali**, ancorché continuative, per malattia ed infortunio:
 - **cure urgenti:** *le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona*
 - **cure essenziali:** *prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)*
 - **principio della continuità:** *assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso*

2. **Interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura** ad essi correlate, a salvaguardia della salute individuale e collettiva:
 - tutela della gravidanza e della maternità
 - tutela della salute del minore
 - vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di prevenzione collettiva autorizzati dalle Regioni;
 - interventi di profilassi internazionale;
 - profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai

IL CASO DELL'UCRAINA

- Con DPCM del 28/03/22 viene riconosciuta la protezione temporanea di un anno, prorogabile, alle persone ucraine in fuga dalla guerra

1. La protezione temporanea di cui alla decisione di esecuzione (UE) 2022/382 del Consiglio del 4 marzo 2022, che accerta l'esistenza di un afflusso massiccio di sfollati dall'Ucraina, ha la durata di un anno a decorrere dal 4 marzo 2022.
2. La protezione temporanea di cui al comma 1 si applica in favore delle persone che sono sfollate dall'Ucraina a partire dal 24 febbraio 2022 incluso, a seguito dell'invasione militare delle forze armate russe che ha avuto inizio in tale data, appartenenti alle seguenti categorie:
 - a) cittadini ucraini residenti in Ucraina prima del 24 febbraio 2022;
 - b) apolidi e cittadini di paesi terzi diversi dall'Ucraina che beneficiavano di protezione internazionale o di protezione nazionale equivalente in Ucraina prima del 24 febbraio 2022;
 - c) familiari delle persone di cui alle lettere a) e b).

alle categorie di cui all'articolo 1, commi 2 e 3, un permesso di soggiorno per protezione temporanea di durata annuale. Qualora la protezione temporanea non cessi per effetto di una decisione adottata dal Consiglio dell'Unione europea ai sensi dell'articolo 6, paragrafo 1, lettera b), della direttiva 2001/55/CE, il permesso di soggiorno può essere prorogato automaticamente di sei mesi in sei mesi per un periodo massimo di un anno. Il permesso di soggiorno di cui al presente comma perde efficacia ed è revocato, anche prima della sua scadenza, in conseguenza dell'adozione da parte del Consiglio dell'Unione europea della predetta decisione di cessazione della protezione temporanea.

2. Il permesso di soggiorno di cui al comma 1, fermo restando quanto previsto dall'ordinanza di protezione civile n. 872 del 4 marzo 2022, consente al titolare l'accesso all'assistenza erogata in Italia dal Servizio sanitario nazionale, al mercato del lavoro e allo studio, nonché alle altre misure di cui all'articolo 5, ferme restando le disposizioni di maggior

Altro elemento che si ritiene opportuno chiarire è che i richiedenti protezione temporanea sono esonerati dalla partecipazione alla spesa sanitaria (ticket) attraverso la dichiarazione di indigenza e la autocertificazione di non svolgimento di attività lavorativa.

Si conferma inoltre che, qualora non sia stata ancora presentata la domanda di protezione temporanea, l'assistenza sanitaria è garantita attraverso il rilascio del codice STP, assicurando sempre la più ampia tutela e assistenza sanitaria ai soggetti fragili, tra i quali donne, anziani e bambini.

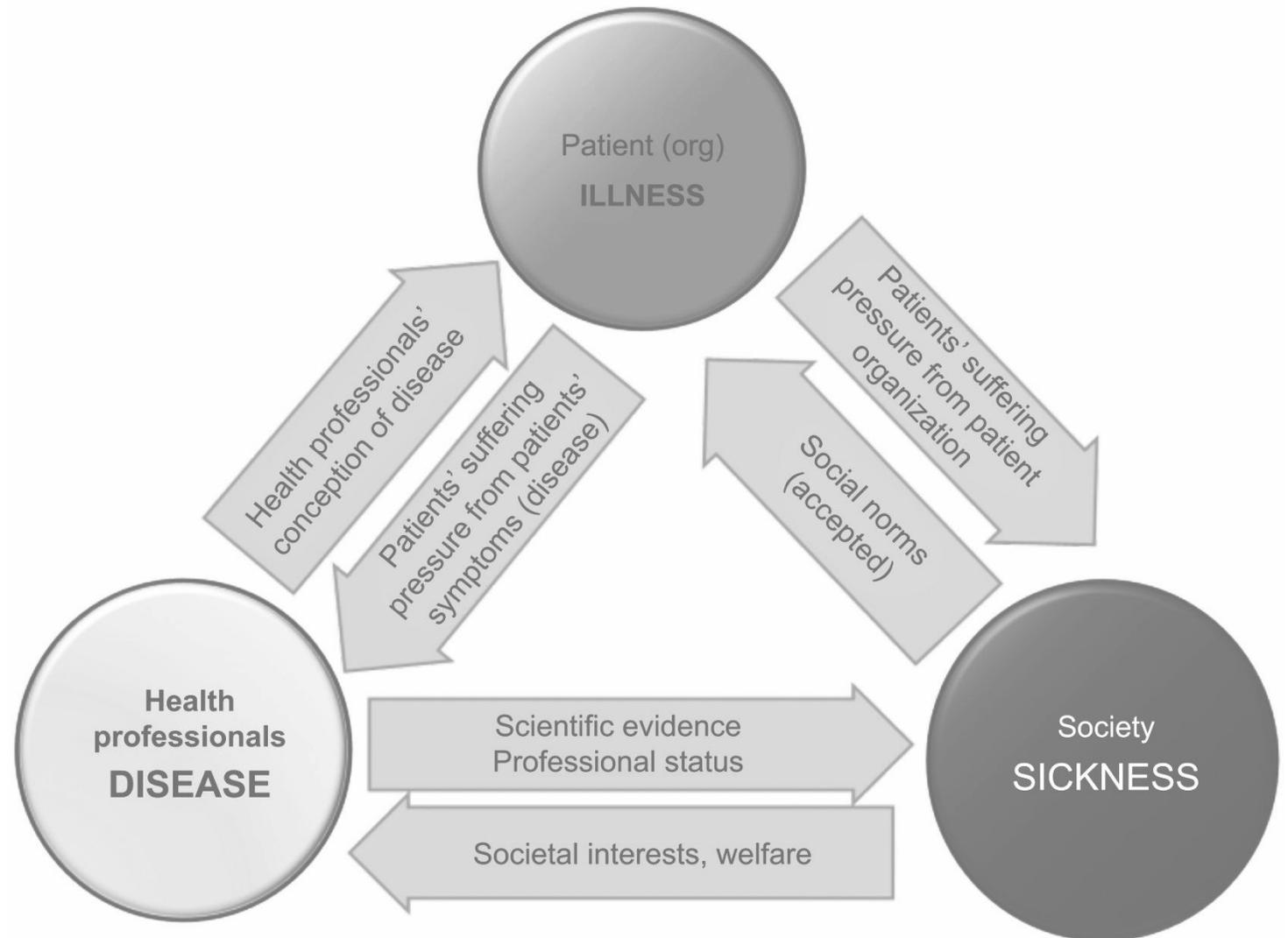
Accesso alle cure nella “Fortezza” Europa



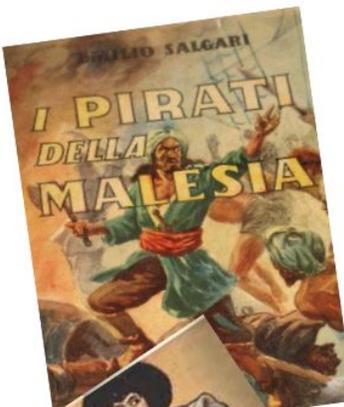
- In the majority of EU countries – migrants with long-term permit have full access to healthcare services – non documented migrants have limited access
- The newly arrived refugees present new challenges and needs; the EU response has been inadequate to protect human rights, including the right to health
- There's a gap between policies and implementation – People are not (being made) aware of their rights – Healthcare staff not aware of the law and its interpretation
- Spain: Royal Decree Law (RDL) 16/2012 -> 900.000 undocumented migrants denied access except for very limited cases; a new RDL 7/2018 has reverted the situation, but for now only on paper
- UK: Immigration act (2014) expanded pre-existing charging regulations for ‘overseas visitors’ using the NHS; in October 2017 regulations were once again expanded and, for certain treatments, patients may be asked to pay upfront or risk being turned away
- Italy: new legislation (October 2018) has cancelled the humanitarian protection, with huge implications on rights of asylum seekers including access to healthcare

Cultura, salute e migrazione

- *Disease, illness, sickness*
- Corpo e cura
- Differenze di trattamento e di outcome



Cultura, salute e migrazione



LIBRO DEL LIRE 2000 LIRE NEWTON

Magazine
Zanzara tigre: l'Italia si difende sufficientemente dal rischio di malattie esotiche?



Infettivologia
L'anno scorso l'allarme-Chikungunya coinvolse l'Emilia Romagna e l'Italia intera. La malattia che arrivò nella nostra penisola l'anno scorso fu portata da una zanzara tigre chiamata *Aedes albopictus* proveniente da paesi caldi e lontani, colpì un centinaio di persone e gettò in allarme le province di Ravenna e Cesena. Oggi



LA STAMPA Venerdì 10 Giugno 1994
Prostitute immigrate, «bombe batteriologiche»
«Portatrici di Aids, epatiti, sifilide e altre malattie infettive»

RIMINI. Vere e proprie bombe batteriologiche in giro per l'Italia. Aids, epatiti, sifilide, tbc e tutta una serie di malattie infettive tropicali stanno proliferando tra la prostituzione immigrata, soprattutto transessuale. Questo impone un controllo sanitario, senza essere accusati di razzismo. L'allarme viene dal dottor Wilker Barini, direttore del centro di riferimento Orto per la medicina del turismo, alla chiusura della terza Conferenza nazionale di medicina del turismo e della migrazione che si è tenuta a Rimini. La prostituzione immigrata



Sovente abituale su molte strade italiane, pronte a colare in attesa di clienti affetto da sifilide, il 45 per cento aperte. Il ed il due per cento su 100 transessuali immigrati studiati presso la Clinica di malattie infettive di Milano, i vista un'elevata prevalenza di HIV, 74 per cento, e la tubercolosi è stata diagnosticata nel 10 per cento di questi pazienti su americani ospitalizzati per HIV punto controverso è quello controllo di questi immigrati.rebbe opportuno effettuare,prorogando di indagini che per la la visita medica, l'esame) nosologia delle fasi, la di

«I pidocchi? Colpa degli immigrati»
La preside dell'Alfano, tra le scuole più colpite, se la prende con gli extracomunitari
Il Messaggero 9/4/99

IRRAFAGLIA TRIMMI
Non siamo ancora arrivati ad appelli del tipo "Chi ha i pidocchi alza la mano!", ma la caccia ai minuscoli parassiti è in atto in molte scuole di Roma, e sulla baia di Chateaubriant strisciano di farfalle in frangere a stare attenti ai pidocchi. I bambini costano il più a rischio, le

Il sanitario: un problema che riguarda italiani e stranieri

più bisognosi abbiamo anche formato shampoo e luzioni. Ma al 3% degli alunni si è preso i pidocchi. Delle cinque scuole da me visitate, alcune sono più colpite, altre meno. Il problema è che i pidocchi non si accidano solo a scuola ma anche nelle case. Così può capitare che sia i figli di papà, sia i figli di immigrati, il portino. Ma non te dormo sotto i ponti, il minimo che si può prendere sono i pidocchi. «Ma per fortuna», aggiunge Giulio Russo della Casa dei diritti sociali, «di famiglie vere e proprie che vivono per strada ce ne sono pochissime. E noi 200 volontari a studio

Allarme Aids, è malato un immigrato su dieci
La Repubblica 28-02-01 p. 27
ROMA - In Italia il numero di Aids è in crescita. Il rischio è maggiore per gli immigrati.

Cultura, salute e migrazione

- Il processo di **traduzione** di segni di disagio in sintomi di malattia come processo mediato culturalmente

"Il problema della comunicazione terapeutica è assolutamente trasversale alle diverse culture e si radica anche nella relazione tra autoctoni. Naturalmente, però, esso si intensifica quando il medico entra in contatto con individui provenienti da contesti assai distanti dal suo e alle barriere linguistiche si aggiungono profonde asimmetrie concettuali nel descrivere i sintomi o nel concepire la corporeità."

- Leggere la "cultura" nella sua dimensione processuale, non solo un bagaglio che *abbiamo* ma anche qualcosa che *facciamo* costantemente

Malati fuori luogo – Quaranta, Ricca



Gli equivoci della mediazione

- l'incaricato alle relazioni con gli stranieri (il/la tuttofare): persona a cui le istituzioni possono delegare la gestione dell'utenza straniera anzichè ripensare in profondità i tempi e metodi del dialogo nei servizi
- L'interprete culturale: enfasi sulla "specificità culturale" della persona migrante in una concezione rigida di cultura que ignora fattori storici, politici, sociali e culturali
- neutrale e imparziale tra persone migranti e servizi, senza tematizzare la prospettiva assimilante che vuole adattare l'utenza migrante.

Luatti, L. (2009), Vargas A. C. (2021)





Ministero della Salute
Direzione Generale della Prevenzione



International Health Regulation
ITALIAN FOCAL POINT



Croce Rossa Italiana
Reparto di Sanità Pubblica

BOLLETTINO 20160913 C - Elaborazione, traduzione e sintesi: Virgilio COSTANZO
Collaboratori: Giovanna FERRARI - Maria Celeste SCHINA - Diffusione: USMAF

IL DOCUMENTO CONTIENE DATI SENSIBILI

20160913 C - ITALIA - REGGIO CALABRIA - CP 906 CORSI - SBARCO MIGRANTI -
AGGIORNAMENTI

Data: 13/09/2016

Segnalato da: UT REGGIO CALABRIA

Ore inizio attività: 9:15

Luogo dello sbarco: porto di Reggio Calabria

Nave: Nave ORESTE CORSI CP 906 (Italia)

Numero Migranti: 361

Uomini: 256

Donne: 100

Minori: 5 di cui 3 accompagnati; sono ancora in corso le operazioni di identificazione

Nazionalità: Nigeria, Senegal, Gambia, Guinea C., Libia, Guinea B., Costa D'Avorio, Camerun, Marocco, Ghana, Mali, Sierra Leone, Niger, Burkina Faso, Egitto, Sudan, Togo, Tunisia.

I migranti provenienti da Guinea C. e da Sierra Leone sono risultati afebrili e hanno riferito di essere partiti dal loro paese da diversi mesi.

Le informazioni sullo stato sanitario a bordo della suddetta Nave sono state comunicate dalla Capitaneria di Porto di Reggio Calabria, dalla Direzione Generale della Prevenzione (Ufficio03-Ministero Della Salute) e dal personale sanitario presente sulla Nave Corsi.

Le attività di sbarco sono state avviate subito dopo aver concesso la LPS.

Tutti i migranti sono stati sottoposti a visita medica dal personale sanitario USMAF: Dr. F. Pavone, Dr. R. Crupi, Dr. V. Romeo, Dr.ssa G.A. Russo, Dr. D. Marino e Dott. D. Plutino, in collaborazione con alcuni medici della locale ASP, con la Croce Rossa Italiana, con Médecins du Monde.

Stato di salute: discreto: in assenza di esame diagnostico strumentale, in atto non si rilevano segni e/o sintomi da riferire ad eventuali patologie di interesse R.S.I.

Ricoveri: sono stati avviati al Pronto soccorso degli Ospedali Riuniti di Reggio Calabria:

- un uomo (identificato con il n°358), Nigeria, per sospetta neurofibromatosi, la cui diagnosi iniziale era di sospetta peste (come da relazione sanitaria della Nave Corsi), e successivamente riformulata, dopo consulenza specialistica Ospedale Spallanzani, attraverso immagini fotografiche.
- una donna (identificato con il n°357), Nigeria, per cachessia in soggetto con tachicardia;
- quattro gravide (identificate con i n°360-164-162-163), Nigeriane, rispettivamente al 7°, 7°, 4° e 6° mese di gestazione, per controllo ginecologico;
- una donna, (identificato con il n°361), Ghana, per metrorragia in soggetto con algie pelviche e riferito sospetto di infezione da HIV;
- un uomo, (identificato con il n°359), Nigeria, per sospetta frattura ginocchio destro da percosse;

LA STORIA DI FELA

- M, 45 anni, dalla Guinea, ripetuti episodi di cefalea
- In Italia da 4 mesi, iscritto al SSR da una settimana
- Primo tentativo di accesso in PS (solo)
- Secondo accesso in PS (con operatore): diagnosi di ipertensione, terapia + follow-up MMG e visita cardiologica + ecocardio
- Ecocardio, in struttura accreditata, mediazione non disponibile
- MMG
- Dopo due settimane Fela, non presentando più sintomi, interrompe la terapia..

*«Per sfortuna, io ho avuto un codice fiscale numerico. **Abbiamo aspettato, è passato tanto tempo** per essere inseriti nel sistema sanitario, più di sei mesi.»*

*«Se tu non sei accompagnato dall'operatore, se qualche volta non riesci a capire allora **ti dicono che devi tornare con la persona che ti segue.**»*

*«Il medico faceva delle domande, io non sapevo le risposte, [Fela] cercava di dirgli delle cose con un italiano abbastanza scorretto... a un certo punto **ci ha interrotto e ha detto "non si capisce proprio niente"** con tono di disprezzo.»*

*«...arrivi dal MMG con il foglio, ti fa una ricevuta, vai a prendere la medicina e poi basta, **non c'è il tempo di spiegare...**»*

Dalla teoria alla pratica, una tesi sulle barriere d'accesso..



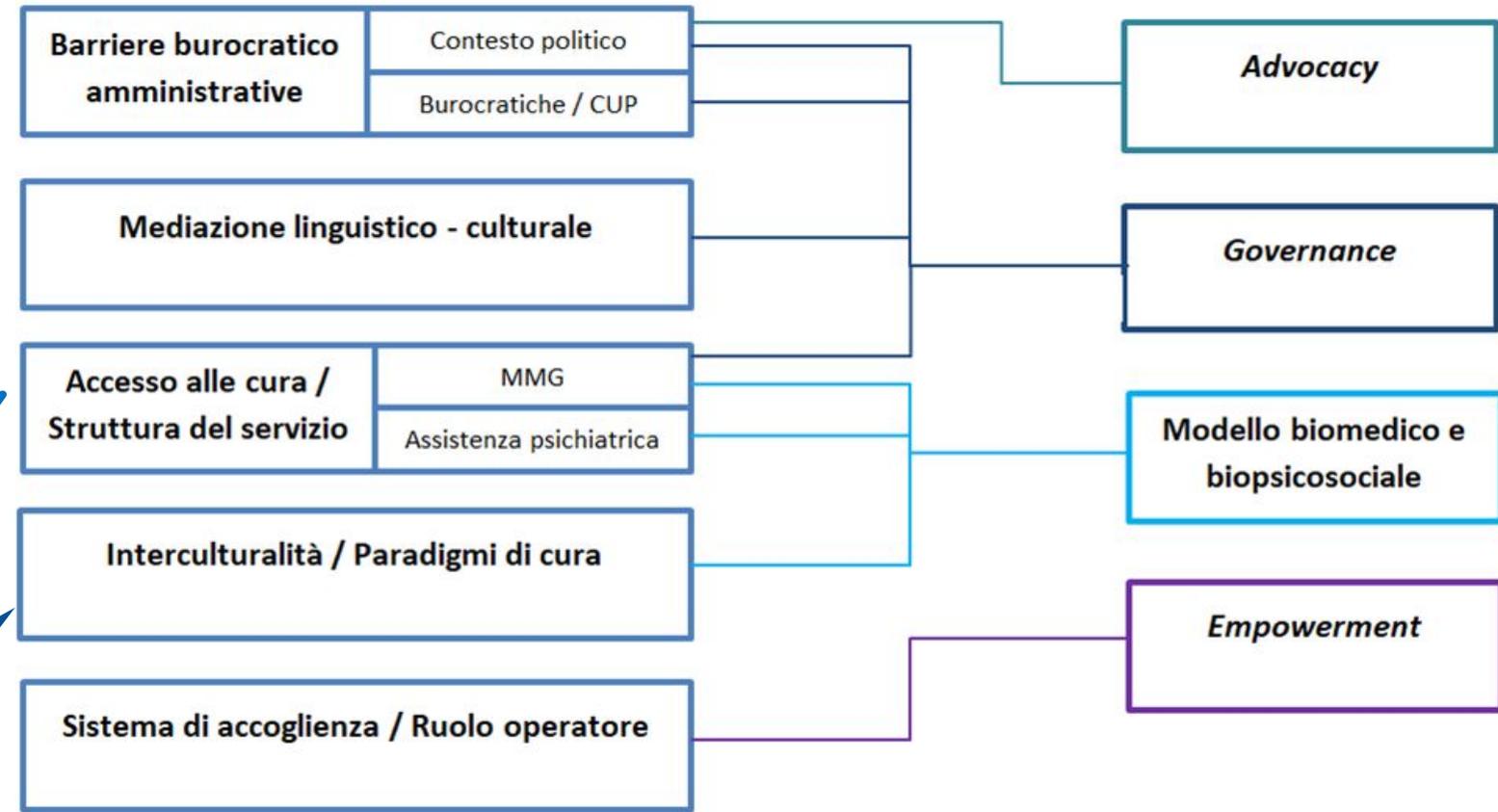
«Con lo stesso documento riesci a iscrivere una persona in un CUP e non in un altro, perché rispetto al decreto di ottobre, piuttosto che le direttive a livello regionale piuttosto che provinciale piuttosto che le indicazioni dal Comune, c'è spesso un conflitto»

«...non sempre è presente il servizio, magari hanno la mediazione solo nella lingua veicolare, non è presente nelle strutture accreditate»

«...arrivi dal MMG con il foglio, ti fa una ricevuta, vai a prendere la medicina e poi basta, non c'è il tempo di spiegare...»

«Parlava in italiano molto semplice, non ci puoi fare un discorso approfondito. Gli è stato chiesto "Come stai, meglio? Bene? Peggio? Okay, ti raddoppiamo la terapia"»

«Perché vai con l'operatore? Perché quando vai con gli operatori italiani che hanno la pelle bianca, ti trattano in modo diverso»



Lavoro in gruppi

- Quali sono le cause/percorso migratorio?
- Quali determinanti?
- Quali barriere di accesso?
- Quali strategie si potrebbero implementare (piano individuale, collettivo, nazionale-sovrannazionale)?

Gruppo 1

MMG ha tanto potere per poter **far capire perchè è importantante prendere la terapia** del diabete e fargli capire l'importanza

Non è solo il lavoro, avere dei problemi di salute anche la sua famiglia ha bisogno di lui

Prima di parlare di educazione terapeutica ci sono tanti step da prendere prima:

- precarietà che viene sottolineata dal punto di vista lavorativo → poco accesso economico → affitto + ricavi alla famiglia → accessibilità a aspetti anche tipo cibo ridotta rispetto a quello che può avere una persona di acquisto differente
- ostacolo all'integrazione → anche accesso fisco alle cure c'è uno stacco di accessibilità reale (causa lingua
- reti sociali → tutto della vita di quest'uomo gira attorno alla questione economica e lavorativa → precarietà lavorativa) → affitto condiviso con persone che probabilmente sono nella stessa situazione
- paura di perdere il lavoro → grande difficoltà dal punto di vista della medicina del lavoro → modifica di quello che è il ruolo del medico del lavoro (MMG ci devi andare; medico del lavoro viene da te → approccio proattivo) Mediatore non esiste nell'ambito della medicina del lavoro e sarebbe fondamentale

Se non c'è la volontà di una persona anche le politiche hanno poco impatto → negligenza da parte del professionista assolutamente ingiusta

purtutto a volte viene meno nel rapporto medico pz la dimensione dell' ascolto

Sarebbe opportuno coinvolgere maggiormente i servizi sociali nel contesto sanitario, creando addirittura una sorta di figura ibrida che possa alleggerire il carico del medico aiutandolo nella comunicazione e nell'istruzione del paziente una volta ricevute le istruzioni del medico

Maggiore formazione per noi operatori sanitari → su salute e migrazione

Sarebbe opportuno anche andare a lavorare direttamente nelle e con le comunità che spontaneamente e fisiologicamente si formano tra le persone migranti provenienti dalle stesse aree geografiche, si potrebbe a quel punto attuare un lavoro di sensibilizzazione mirato anche magari alle patologie più legate alla provenienza stessa della comunità e contestualmente mediare con le eventuali distanze culturali che possono frenare dall'instaurare un rapporto di fiducia con il medico e le sue indicazioni

Ansiolitici: soluzione facile al problema difficile: Mi sembra che non affronta il problema alla radice e che copre i problemi del paziente con una terapia "superficiale"

Gruppo 2

Cause

- per ricongiungimento ma la famiglia perchè si è spostata?

Determinanti

- condizioni abitative (accampamento)
- status legale (senza documenti)
- difficoltà di spostamento
- condizioni economiche
- condizioni sociali (solitudine)
- condizioni lavorative: esposizione a incidenti

Barriere

- linguistica
- continuità terapeutica, costo della terapia
- difficoltà di spostamento
- orari di lavoro lunghi

Strategie

individuale

- follow up sulle persone visitate da parte delle ONG
- valutazione multidimensionale e non solo diagnosi di TB e dolore: perchè il dolore? Attivare eventualmente gli assistenti sociali
- educazione terapeutica, istruzioni per l'automonitoraggio
- educazione sanitaria: come evitare il contagio da TB nel gruppo di lavoratori

collettivo

- educazione sulla collettività per il contagio da TB, attivazione servizi di igiene pubblica, con misure di profilassi
- tramite consolato/associazioni aiutarlo a raggiungere la famiglia in Germania per via della situazione sanitaria
- associazioni del territorio che possono fornire abitazioni, attività serali (per evitare l'alcol)

politiche nazionali-sovrannazionali

- lotta al caporalato
- incentivi economici per migliorare accampamenti (acqua, luce, gas)
- mediatori obbligatori in ogni ospedale (soprattutto in urgenza)
- materiali informativo orientativo multi-lingue negli accampamenti
- ambulatorio mobile con strumenti adeguati in prossimità degli accampamenti
- luoghi di salute più accessibili: logistica (mezzi pubblici), servizio di accoglienza specializzato con personale formato

Gruppo 3

- Cause: politiche (persecuzione), percezione di rischio/insicurezza/mancanza di tutela anche giuridica → assenza di protezione istituzionale nel paese d'origine: PRECARIETA' PERCORSO: difficoltoso dovuto a mancanza di accesso a percorso migratorio legale e tutelato; dimensione economica (anche legata alla richiesta di riscatto alla famiglia) → carico di angoscia sia per la famiglia di origine per il vissuto della persona, sia della persona rispetto alla famiglia (legato anche al valore del progetto migratorio per il nucleo familiare); Viaggio in mare e relativo impatto sulla salute fisica e mentale
- Trauma è trasversale ai diversi ambiti
- Determinanti: perdita della rete/difficoltà di ricostruzione della rete (costantemente frammentata dal passaggio nei vari centri); globalizzazione e determinanti commerciali e politici che impattano su determinanti pre e peri migratori; Difficoltà di inserirsi nel tessuto sociale attivo: difficoltà di trovare lavoro, discriminazione
- Barriere: lingua, razzismo latente stratificato, stereotipi sulla "pericolosità" e come impattano sulla possibilità di inserimento, ghettizzazione, mancanza di risposte da parte del paese → ricerca di anestetizzazione in sostanze piuttosto che accesso ai servizi, tendenza alla medicalizzazione; frammentazione tra i servizi e mancanza di relazione tra sociale e sanitario che favorisce la medicalizzazione piuttosto che la presa in carico dei bisogni e valutazione della situazione in senso globale; mancanza di preparazione e formazione rispetto ad approccio etnopsichiatrico e rispetto al vissuto del percorso migratorio e dell'impatto che ha sulla salute; vissuto personale che porta a fragilità che favorisce sfiducia e rende difficile l'accesso
-

Gruppo 3 (bis)

STRATEGIE

- individuale: adesione a reti di accoglienza;
- colettivo/comunitario: accoglienza in famiglia implementata a livello comunitario (refugees welcome); costituzione di reti di medici per azione politica di spinta al cambio del SSN
- nazionale/sovrannazionale: aumento centri che si fanno carico delle persone migranti (riduzione tempistiche, presa in carico di più persone); riduzione della frammentazione dell'accoglienza; implementazione della presenza antropologica sia in centri di accoglienza che servizi sanitari; Ripensamento del sistema sanitario (tempi, dialogo, continuità) → AZIONI DI ADVOCACY

Gruppo 4

- determinanti: isolamento e individualismo, peri-migratori (accesso), condizioni abitative
- barriera: formazione professionista, qualità presa in carico, inappropriata e ipermedicalizzazione
- dimensione relazione - cura
- Strategia 1: creazione di spazi di partecipazione e di condivisione come strumento di promozione alla salute
- Strategia 2: invio a servizio specialistico/appropriato - CCS
- Strategia 3: migliori di accoglienza,



M. è un signore di 50 anni. Viene dal Pakistan, lavora regolarmente come manovale e vive in Italia da più di 15 anni. Guadagna circa 600 euro al mese. Invia metà dei suoi ricavi alla famiglia che vive ancora in Pakistan e che non vede da 4 anni. Con il resto compra da mangiare e paga l'affitto della casa che divide con altre 6 persone.

5 anni fa gli è stato diagnosticato un diabete di tipo 2. Segue la terapia saltuariamente perché a volte si dimentica di acquistare i farmaci o non li assume perché salta i pasti e ha paura di stare male prendendo le pillole. Si reca dal MMG solo quando sta molto male perché non può assentarsi dal lavoro. Inoltre con il medico non si capiscono bene e a volte questo lo tratta anche un po' male.

Da un paio di mesi riferisce di essere molto stanco, di non vedere bene e di avere un dolore molto fastidioso alla gamba destra che non gli permette di lavorare. E' preoccupato perché ha paura di essere licenziato e di non poter aiutare la sua famiglia.

Il MMG gli consiglia antidolorifici, ansiolitici per dormire e di assumere regolarmente la terapia per il diabete. Gli antidolorifici risolvono il dolore, ma M. continua a prendere la terapia antidiabetica saltuariamente. Non prende gli ansiolitici perché lo assoporiscono e ha paura di farsi male a lavoro. Da qualche mese ha iniziato a fumare.

O. è un ragazzo di 26 anni. Viene dal Mali ed è arrivato in Italia 5 anni fa per raggiungere parte della sua famiglia che si trova in Germania. Ha vissuto per due anni in Sicilia e adesso si trova in Puglia. Ha sempre lavorato come bracciante nei campi.

Da quasi due anni non ha un permesso di soggiorno, lavora in nero e viene pagato poco più di 20 euro per lavorare tutto il giorno e senza nessun ausilio. Vive in un accampamento di fortuna vicino alle campagne insieme al resto dei braccianti. La notte è molto freddo e umido. E' molto stressato e vorrebbe raggiungere la sua famiglia.

Da qualche mese ha iniziato ad avere la tosse ed è dimagrito molto. La schiena gli fa molto male. Non riesce a riposare bene per il dolore e perché l'accampamento la notte è molto rumoroso. Per sopportare il dolore spesso si ubriaca fino ad addormentarsi.

Una clinica mobile di una ONG ogni tanto viene a visitare i braccianti. Ad O. viene diagnosticata la tubercolosi. I medici della ONG gli rilasciano la terapia per un mese e antidolorifici per la schiena.





P. è un ragazzo di 19 anni. E' scappato dal Ghana perché la sua famiglia era perseguitata. Ha visto molti parenti e amici venire uccisi. Dopo aver attraversato il deserto su un camion arriva in Libia dove viene arrestato. I trafficanti chiedono un riscatto alla famiglia che però non può pagare. P. viene torturato per mesi prima di essere rilasciato. Raggiunge l'Italia mesi dopo, attraversando il Mediterraneo prima su un gommone e poi su una nave di ONG. Arrivato in Italia viene accolto in diverse strutture di accoglienza prima di arrivare a Bologna, dove adesso vive da 1 anno.

Da qualche mese P. riferisce di aver dolori su molte parti del corpo. La notte non riesce a dormire, è spesso agitato e a volte se la prende con gli operatori e con gli altri ospiti del centro. Sogna spesso gli amici e i parenti e a volte riferisce di sentirli parlare anche durante il giorno. Da un po' di tempo ha iniziato a bere e fumare ashish.

Gli operatori sono preoccupati perché P. è sempre più agitato, ha smesso di andare a scuola di Italiano e passa gran parte del giorno al parco con altri ragazzi ad ubriacarsi. Viene portato prima al SerD/SerT e poi al CSM. Viene inquadrato come dipendente da alcohol e da sostanze stupefacenti. P. si rifiuta di seguire la terapia perché le pillole lo fanno stare male. Qualche settimana dopo inizia ad avere delle allucinazioni e viene ricoverato nel reparto di psichiatria.

S. è una donna di 65 anni. E' scappata dall'Ucraina per il conflitto in atto. Ha dovuto lasciare i suoi due figli in Ucraina a cui non è stato permesso di partire, mentre con lei è venuta la moglie di suo figlio e i suoi due nipoti di 3 e 7 anni. Raggiunge l'Italia dopo due settimane di viaggio estenuante (ha camminato molto più di quanto era abituata a fare, le notti le ha passate in accampamenti di fortuna e non ha notizie dei suoi figli da quando è partita). Arrivata in Italia viene subito trasferita a Bologna dove per i primi giorni dorme in un albergo e poi le viene assegnato un appartamento in cui sta con i nipoti, la moglie di suo figlio e un'altra famiglia scappata dall'Ucraina.

A causa delle fatiche del viaggio ha il ginocchio gonfio, male a tutte le articolazioni e alla schiena. Per il dolore e per la schiena non riesce a dormire la notte, è spesso agitata e a volte perde la pazienza con i suoi nipoti che sono annoiati e chiedono sempre di parlare al telefono con il loro padre. Per alleviare i dolori e stare un po' più tranquilla ha ricominciato a fumare e bere.

Sua nuora è preoccupata quindi parla con il team di accoglienza che la sta seguendo che nel giro di una settimana le fa avere un permesso di soggiorno e lei organizza una visita con l'ausilio di una mediazione linguistica-culturale. Il medico le aumenta il dosaggio della terapia antiipertensiva (che non aveva assunto durante il viaggio) e le prescrive una visita al CSM che la prende in carico. Fortunatamente riesce anche a mettersi in contatto con una sua cugina che era venuta in Italia 30 anni fa con cui esce spesso e riesce a trovare uno sfogo per le sue preoccupazioni che non vuole condividere in casa con i suoi nipoti che nel frattempo sono stati iscritti a scuola.



The image features a teal background with a repeating geometric pattern of white lines forming triangles and squares. This pattern forms a border around a central white rectangular area. In the center of this white area, the text "Strategie e Buone Pratiche" is written in a bold, black, sans-serif font.

Strategie e Buone Pratiche

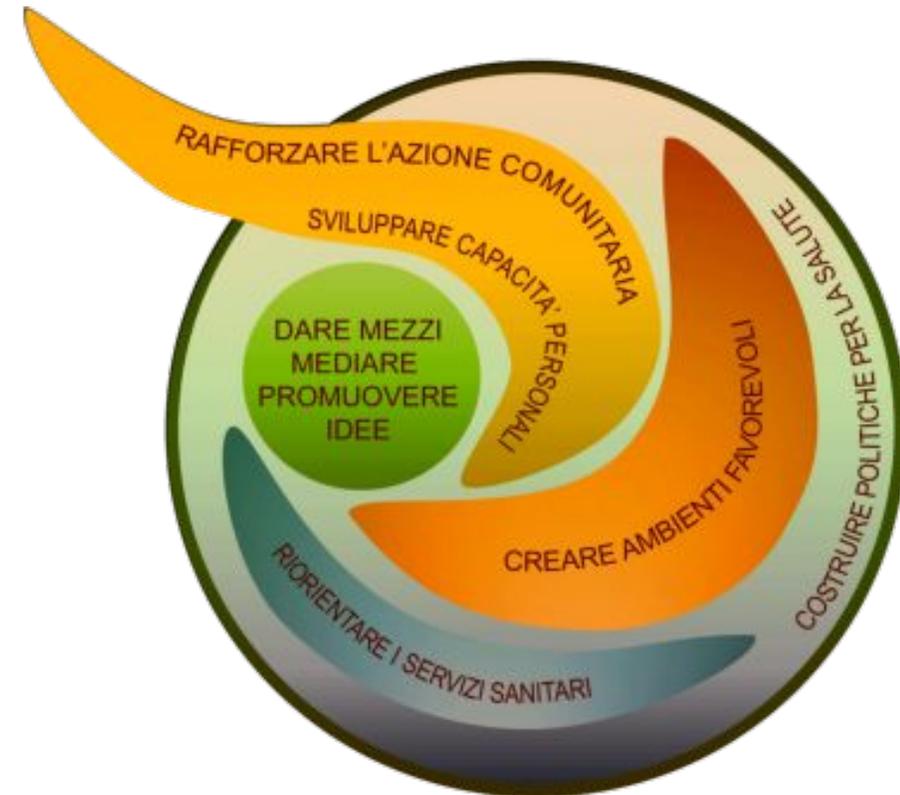
PROMOZIONE ALLA SALUTE



- **Facile accesso** ai servizi
- **Partecipazione comunitaria:** sviluppo e valorizzazione delle risorse della comunità, engagement della comunità.
- **Enfasi** su prevenzione e promozione della salute
- **Utilizzo di tecnologie appropriate:** adatte al contesto; accettabili da parte delle persone coinvolte nell'assistenza o assistite; sostenibili.
- **Sostenibilità** dei servizi a lungo termine
- **Equa distribuzione delle risorse:** concentrare le risorse dove maggiori sono i bisogni di salute delle persone e non dove i bisogni di salute si adattano ai servizi
- **Coordinamento intersettoriale:** integrazione con tutti gli attori che hanno o possono avere un ruolo nella promozione della salute e prevenzione delle patologie (servizi sanitari, sociali, scuola, amministratori, associazioni ecc)

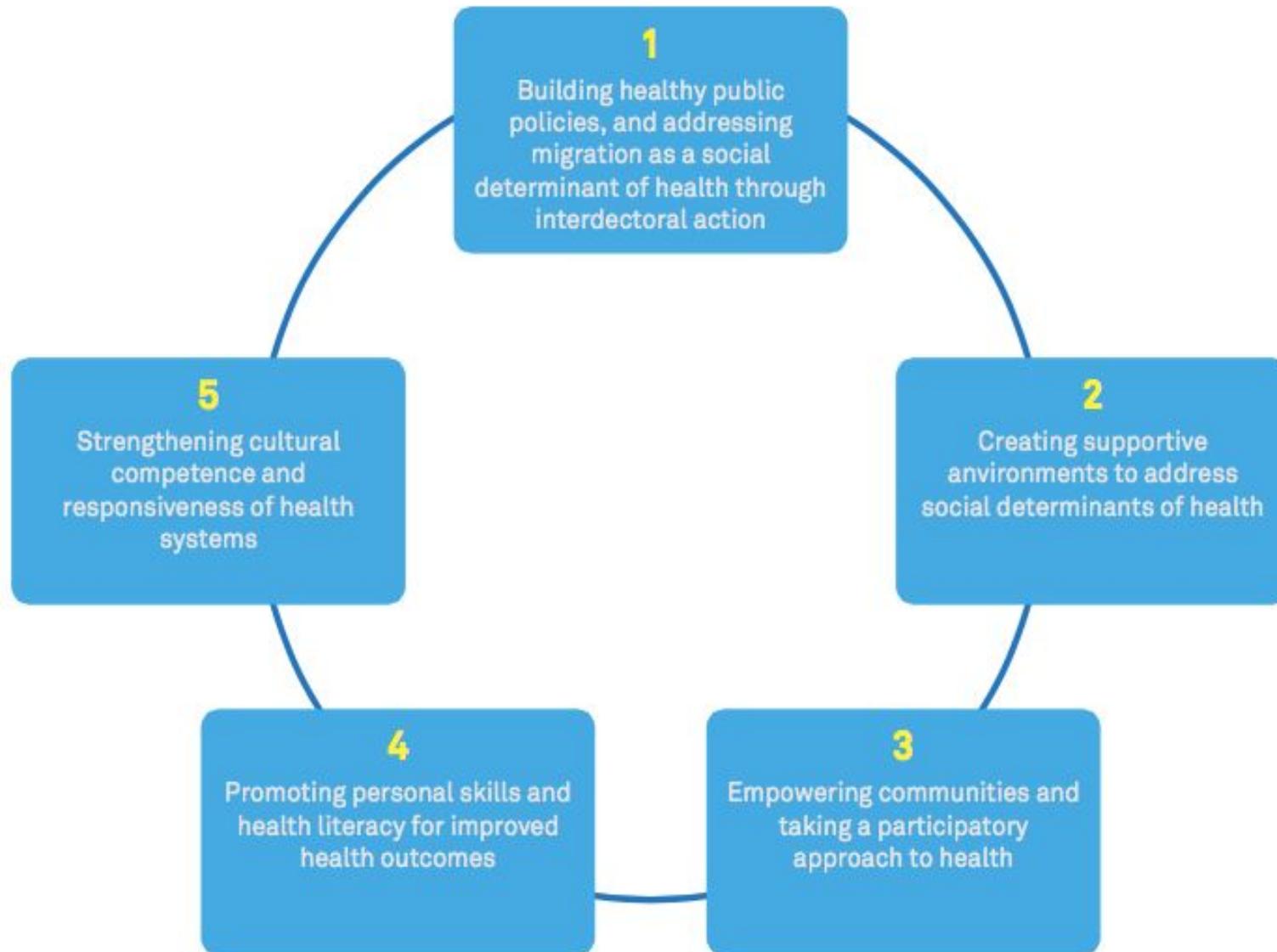
Dichiarazione di Alma Ata 1978

Carta di Ottawa 1986



http://www.luoghidiprevenzione.it/home/Evidenza_HP.aspx?PK=24df2a00-5a9c-4272-8b4b-29cd008c3439

Fig. 1. Applying the Ottawa Charter to migration



Regional committee for Europe 66th session, STRATEGY AND ACTION PLAN

Azioni a breve termine

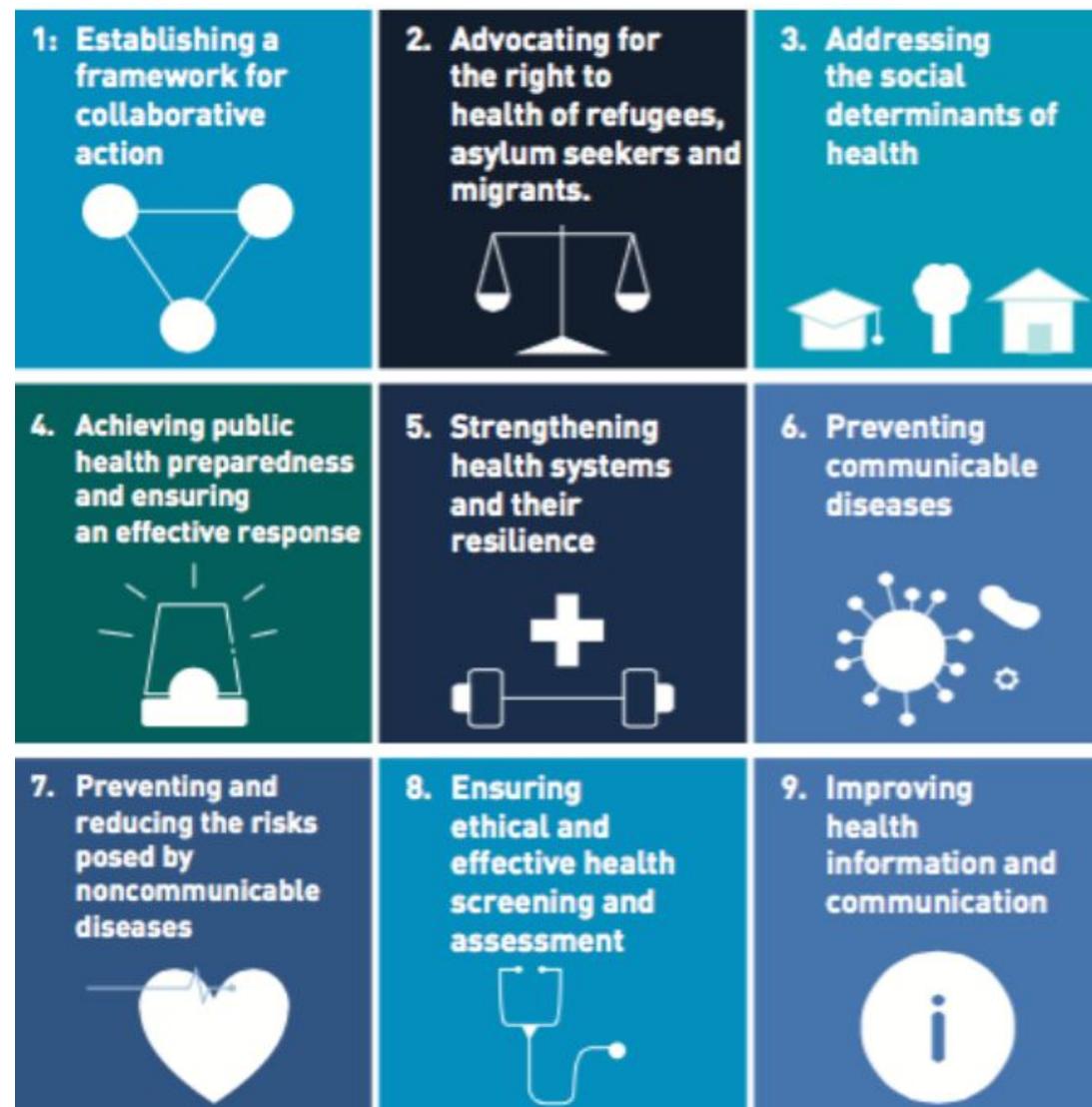
Progettualità a lungo termine

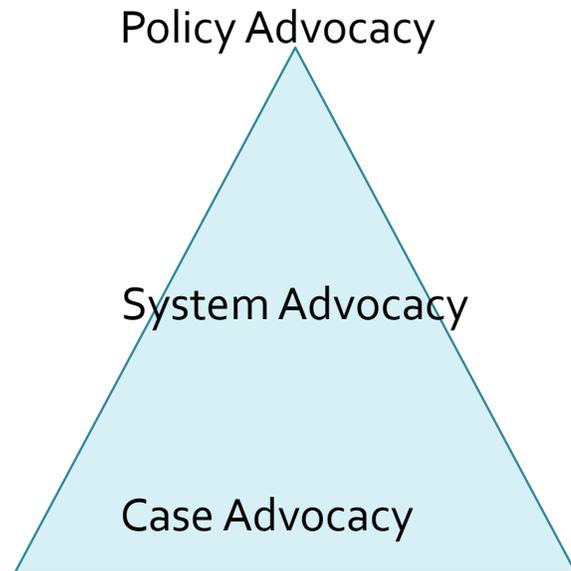
Universal health coverage



People-centered health systems

« **a common framework** for collaborative action on refugee and migrant health, acting in a spirit of **solidarity** and mutual assistance, to promote a **common response**, thereby avoiding uncoordinated single-country solutions»





- **ADVOCACY**

- Una combinazione di azioni individuali e sociali volte ad ottenere impegno politico, sostegno alle politiche, consenso sociale e sostegno dei sistemi sociali per un particolare obiettivo.

La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni in breve

- ❖ una **Società scientifica** nata nel 1990 che ha oggi circa 400 soci e che si occupa, attraverso linee strategiche ed operative differenziate, delle diverse dimensioni esistenti nel rapporto tra 'salute' e 'migrazione'
- ❖ un luogo di **ricerca** e **confronto** tra ricercatori, professionisti e persone impegnate nel sociale con una forte valenza multiprofessionale e interdisciplinare
- ❖ un attore collettivo di **sensibilizzazione** culturale della società e del mondo della salute e di **formazione** e aggiornamento degli operatori
- ❖ un *policy network* che esercita, a livello nazionale e locale (15 GrIS), una azione di **advocacy** per una salute senza distinzioni, in coerenza con l'art. 32 della Costituzione

Che cosa ha fatto (in breve) la S.I.M.M. in questi 28 anni :

- ✓ ha sollecitato e collaborato fattivamente alla definizione delle attuali normative in tema di tutela sanitaria dei migranti
- ✓ ha promosso Congressi, Seminari e organizzato/partecipato a iniziative di Formazione a livello nazionale e locale
- ✓ ha promosso una sanità attenta alla persona (medicina transculturale) e si è impegnata per una informazione che non veicoli pregiudizi
- ✓ si è organizzata a livello locale attraverso i Gruppi regionali Immigrazione e Salute, aggregando Istituzioni e Terzo Settore
- ✓ ha partecipato a Commissioni, Tavoli tecnici e Gruppi di lavoro istituzionali a livello ministeriale, regionale e locale, dando il proprio contributo alla predisposizione di documenti di indirizzo

Usare lo strumento: ADVOCACY

The screenshot shows the S.I.M.M. website interface. At the top, there's a navigation menu with links like 'Chi siamo', 'Coordinamento Nazionale', 'Aree Tematiche', 'Formazione', 'Progetti', 'Calendario appuntamenti', 'Per associarsi', and 'Contatti'. Below this, there's a section for 'Segnala una news' and 'Ultime News'. The main content area is titled 'Scheda di segnalazione casi di mancata fruizione di servizi/prestazioni sanitari'. It contains a paragraph explaining the purpose of the form: 'La presente Scheda ha la finalità di raccogliere, in modo documentato ed uniforme, la segnalazione di situazioni di mancato adempimento o difforme applicazione della normativa sanitaria attualmente in vigore sui diritti assistenziali dei migranti a diverso titolo presenti sul territorio nazionale.' Below this, there's a form field for 'Iniziale utente' and a note: '(i dati personali dell'utente sono custoditi nella Cartella/Scheda)'. At the bottom, there's a 'Dati utente' section.

The poster features a central circular logo with the text 'NON SEGNALIAMO I NOSTRI' around the perimeter and a blue footprint icon in the center. To the left, a quote reads: 'La Repubblica tutela la salute come diritto fondamentale dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti,' followed by 'Art. 32 della Costituzione Italiana'. To the right, the text says 'Martedì 17 marzo'. At the bottom, it reads 'noi non segnaliamo day' and 'Iniziativa in 38 città'.

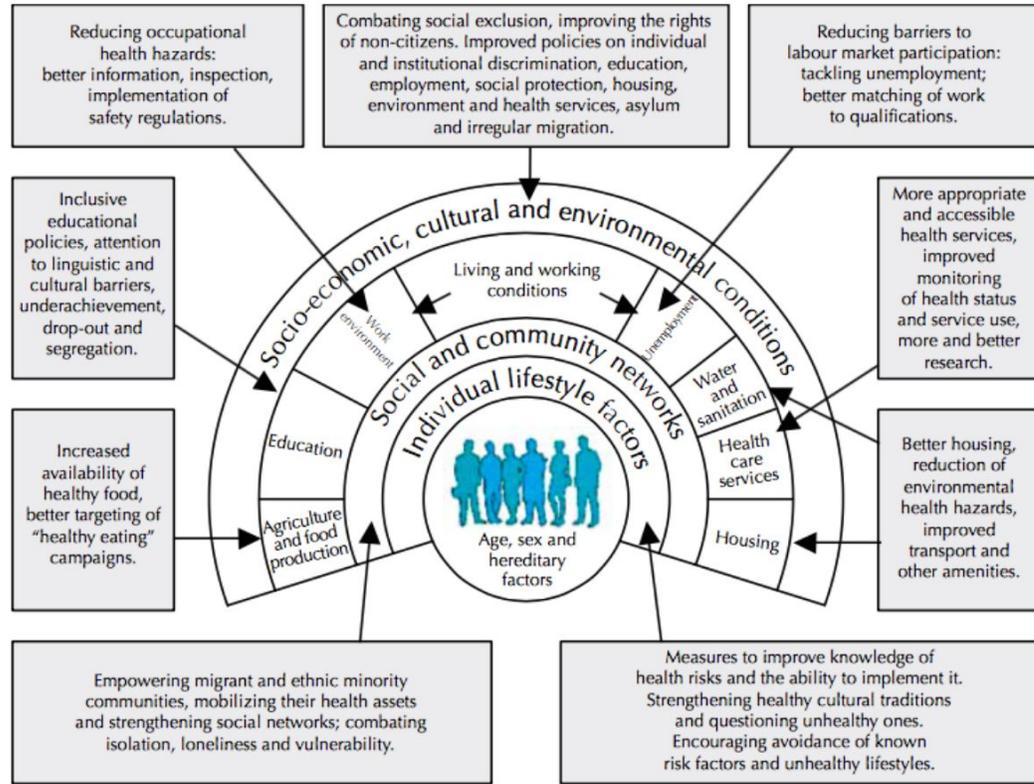
<https://www.simmweb.it/component/rsform/form/41-scheda-di-segnalazione-casi-di-mancata-fruizione-di-servizi-prestazioni-sanitari>



GrIS Emilia-Romagna partecipa al Tavolo regionale:

DRG 965/2018 "Accordi tra associazioni o organizzazioni di volontariato e/o onlus presenti sul territorio della Regione Emilia Romagna, convenzionate con le aziende USL, finalizzate all'assistenza sanitaria a categorie fragili presenti nel suo territorio e modalità di versamento del contributo volontario per cittadini stranieri"

Fig. 1. Policy measures required to tackle the social determinants of health for migrants and ethnic minorities



- Complex interactions of conditions generate inequality and determine health, disease and mortality
- Legal status and migratory conditions promote or hinder positive health outcomes
- All sectors should be involved in promoting migrant health (e.g. home and foreign affairs, immigration, security, trade, justice, finance, social affairs, education and labour)

1 Building healthy public policies and addressing migration through intersectoral action

- Low socioeconomic position is linked to poorer health outcomes

Costruire politiche per la salute

Migration governance, engagement of local health authorities

Figure 2. Global agendas for advancing migration and health goals

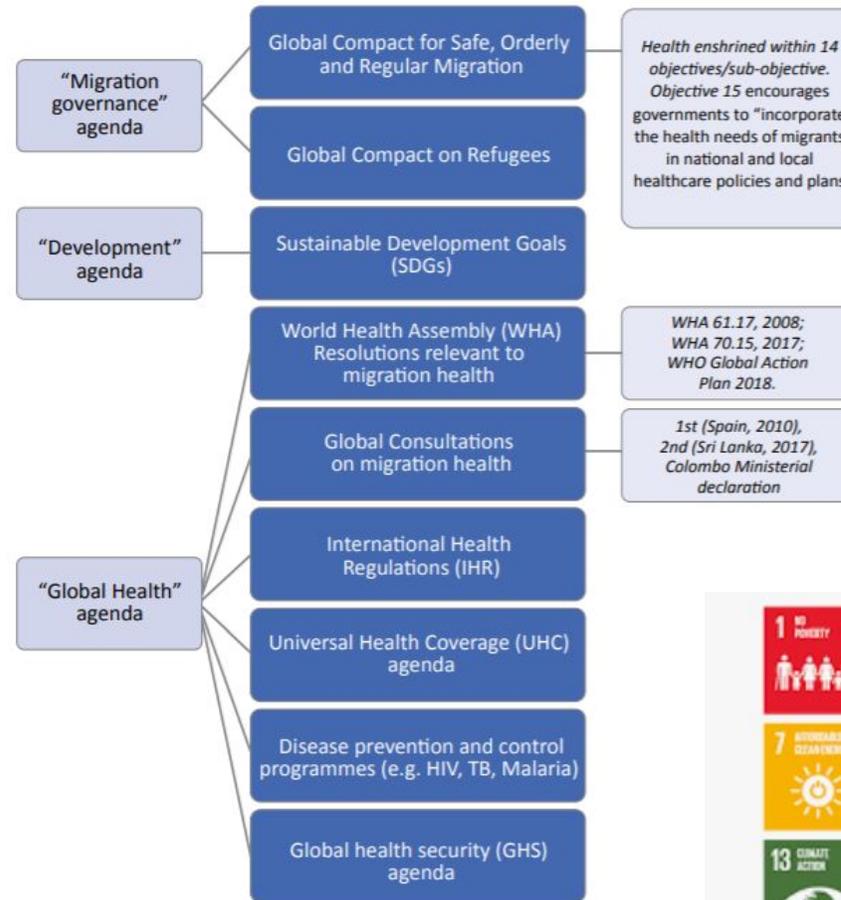
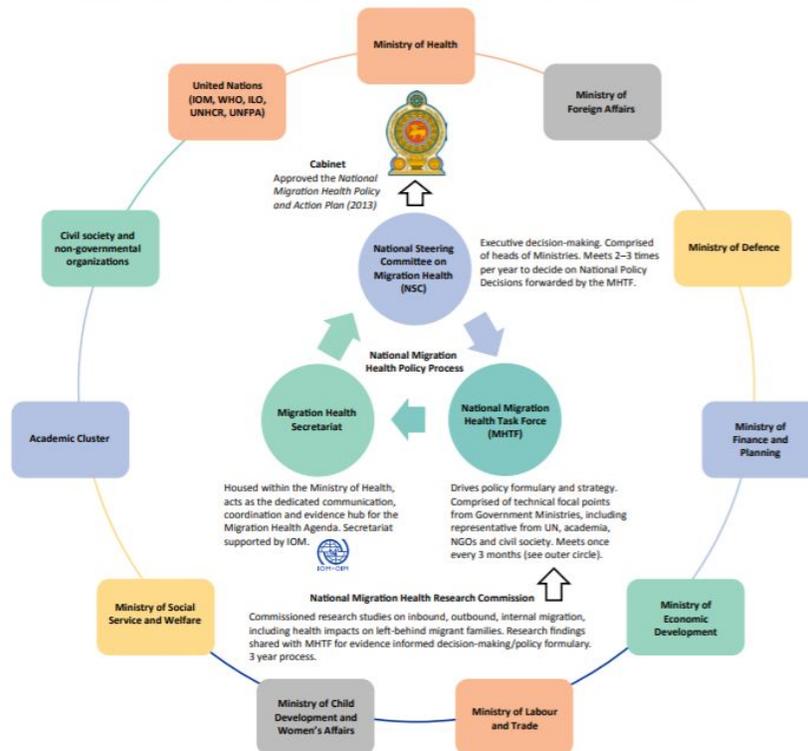




Figure 1. Advancing a National Migration and Health Policy process in Sri Lanka



HIAP is an approach to public policies across sectors that systematically takes into account the implications of decisions, seek synergies, and avoids harmful health impacts in order to improve population health and health equity

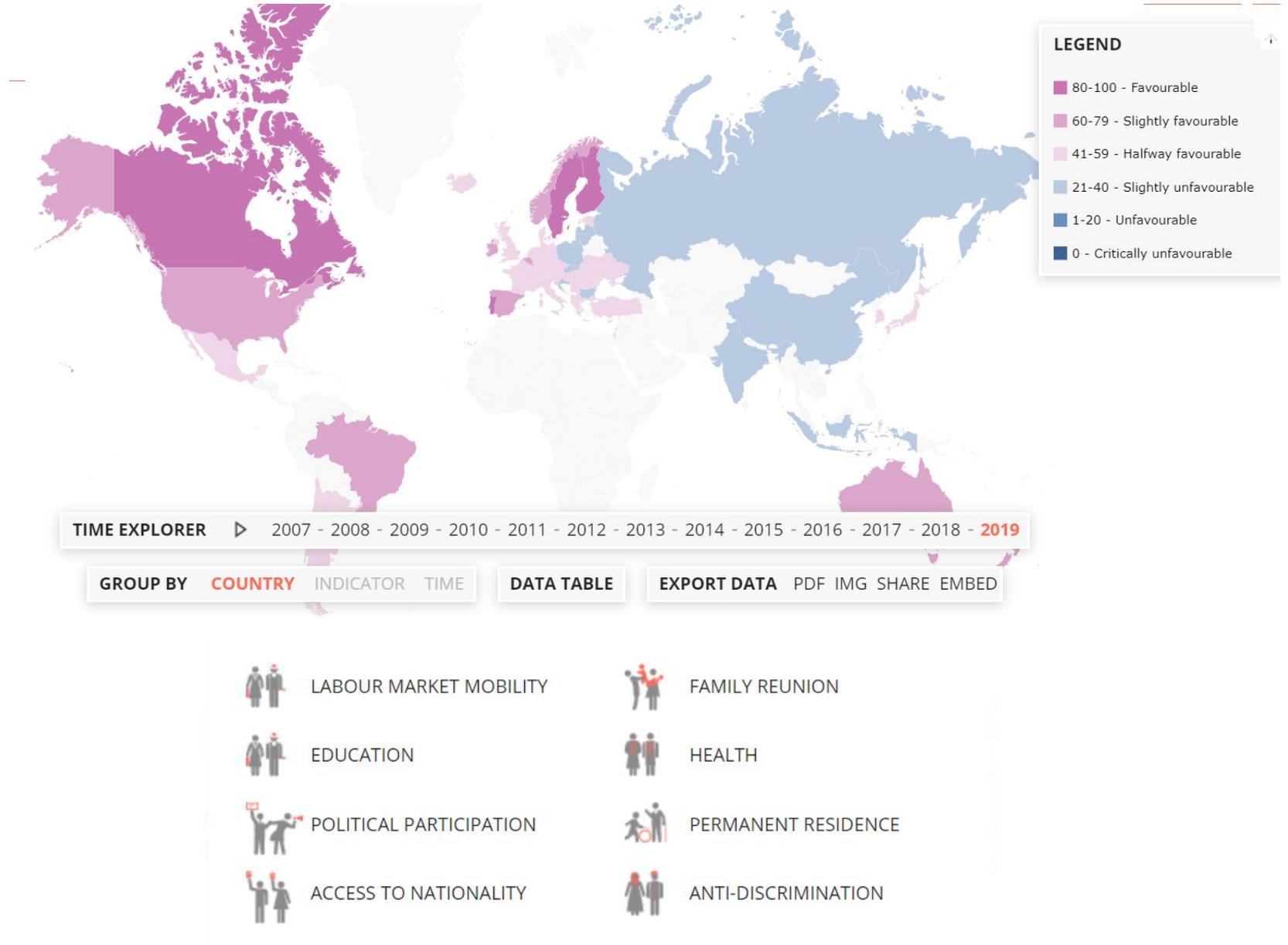
Health in all policies. Framework for Country Action, 2014 WHO



MIGRANT
INTEGRATION
POLICY INDEX
2020

MIPEX INDEX

<https://www.mipex.eu/play/#/filter-countries>



Riorientare i servizi sanitari

- **Competenza culturale**
«Cultural competence» must reside in all aspects of an organization's activities and be anchored in an explicit «**commitment to diversity**»

- **Migrant-friendly hospital project**

- Dichiarazione di Amsterdam, Task force MFCCH, Rete Health Promoting Hospitals WHO

Il progetto Migrant-friendly hospital: un'iniziativa di promozione della salute degli immigrati e delle minoranze etniche, A. Chiarenza 2005

- Effective services for health promotion should be inclusive, diversity sensitive and responsive to cultural and linguistic needs
- Provision of language support and use of cultural mediators or trained patient navigators supports both health users and health providers
- Training for health care staff allows better care to be given to groups with specific needs

5
Strengthening cultural competence and responsiveness of health systems

- Poorer health outcomes and

Migrant-friendly Hospital project
12 Ospedali Pilota Europei



AT		Kaiser-Franz-Josef-Spital, Vienna, Austria
DE		Immanuel-Krankenhaus GmbH, Rheumaklinik Berlin-Wannsee, Berlin, Germany
DK		Kolding Hospital, Vejle-Kolding, Denmark
EL		Hospital "Spiliopoulou Agia Eleni", Athens, Greece
ES		Hospital Punta de Europa, Algeciras-Cádiz, Spain
FI		Turku University Hospital, Turku, Finland
FR		Hôpital Avicenne, Paris, France
IR		James Connolly Memorial Hospital, Dublin, Ireland
IT		Presidio Ospedaliero della Provincia di Reggio Emilia, Reggio Emilia, Italy
NL		Academic Medical Center, Amsterdam, The Netherlands
SV		Uppsala University Hospital, Psychiatric Centre, Uppsala, Sweden
UK		Bradford Hospitals NHS Trust, Bradford, U.K.

CENTRO DI COORDINAMENTO REGIONALE DELLA RETE HEALTH PROMOTING HOSPITALS
DELL'EMILIA - ROMAGNA
AZIENDA USL DI REGGIO EMILIA - DIREZIONE GENERALE

MIGRANT FRIENDLINESS:

- Accettare persone con diversi background culturali come principio di UGUAGLIANZA
- Attenzione ai differenti bisogni e compensazione degli svantaggi come principi di EQUITA'
- Questi principi vanno tenuti in considerazione sia per i pazienti che per i visitatori

Organizzazione/ management dei presidi:

- Assessment dei bisogni
- Definire obiettivi
- Definire le risorse
- Monitoraggio degli outcome e di processo, coinvolgendo tutti gli stakeholders

Formazione del personale sanitario

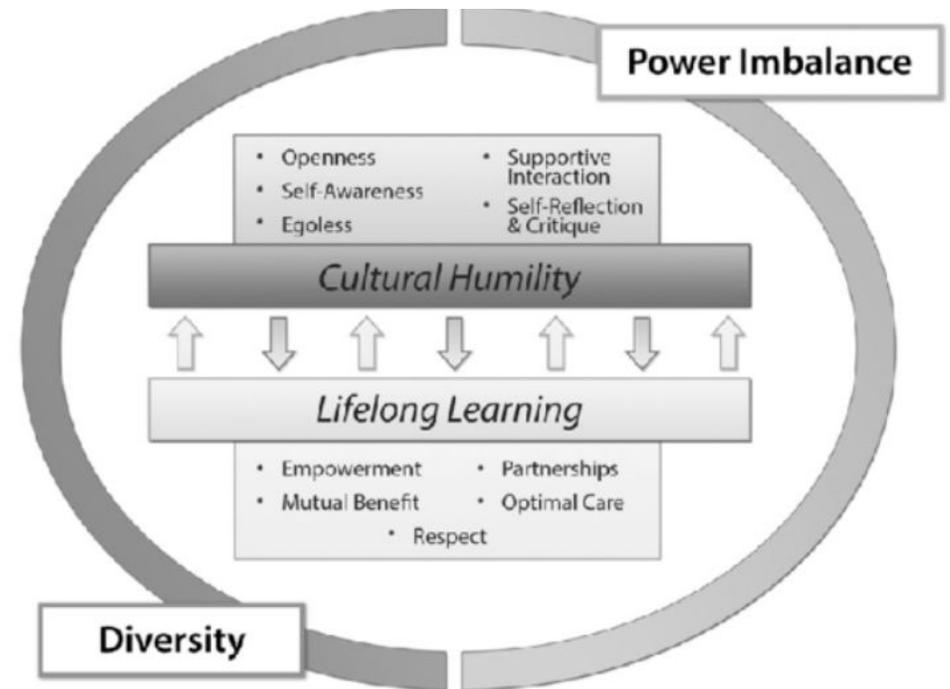
Empowerment, Health literacy

Coinvolgimento delle organizzazioni dei pazienti, dei community leader, che possono contribuire nel mediare e nel promuovere

Esempi: Presidi dedicati, PDTA

From cultural competence to cultural humility

- È un termine che viene utilizzato in vari contesti, le principali caratteristiche riguardano:
 - Openness: attitudine a esplorare nuove idee
 - Self-Awareness: consapevolezza sulle abilità e limitazioni di sè e degli altri
 - Egoless: visione orrizzontale, umiltà, flatten hierarchy
 - Supportive interaction: interazioni con risvolti positive
 - Self-reflection and critique



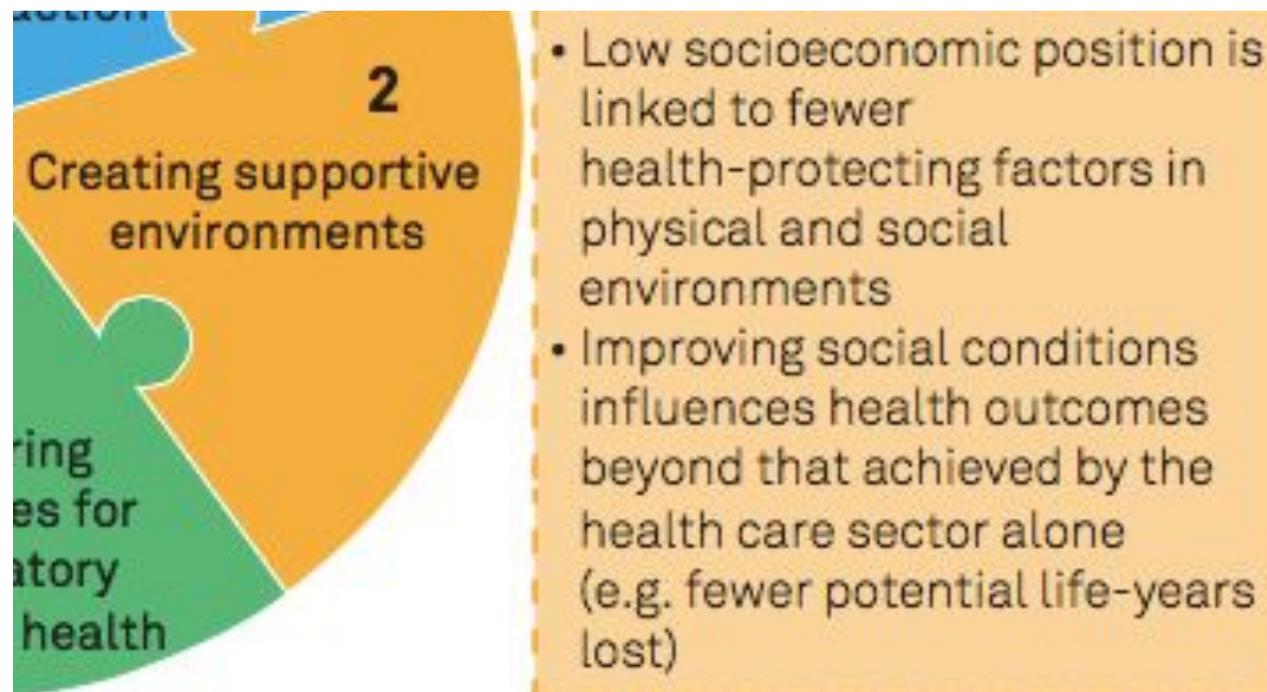
Educazione permanente

Inserita dal Ministero della salute come politica sanitaria in Brasile con i decreti 198/2004 e n.1996/97, ha lo scopo di guidare **la formazione e la qualificazione dei professionisti inseriti nei servizi pubblici, con l'obiettivo di trasformare le pratiche professionali e l'organizzazione del lavoro stesso sulla base dei bisogni e delle difficoltà del sistema**

«è fondata nella concezione di educazione come trasformazione e apprendimento significativo, centrato nell'esercizio quotidiano del processo di lavoro, nella valorizzazione del lavoro come fonte di sapere, nella valorizzazione dell'articolazione con l'assistenza alla salute, alla gestione e alla partecipazione, e nel riconoscimento del fatto che le pratiche professionali vengono definite da molteplici fattori; con vocazione per la multi-professionalità e l'interdisciplinarietà, con strategie di insegnamento contestualizzate, partecipative e orientate alla trasformazione della pratica. (PEDUZZI et al., 2009, p.123)»

Prassi in salute globale: azioni condivise tra Italia e Brasile

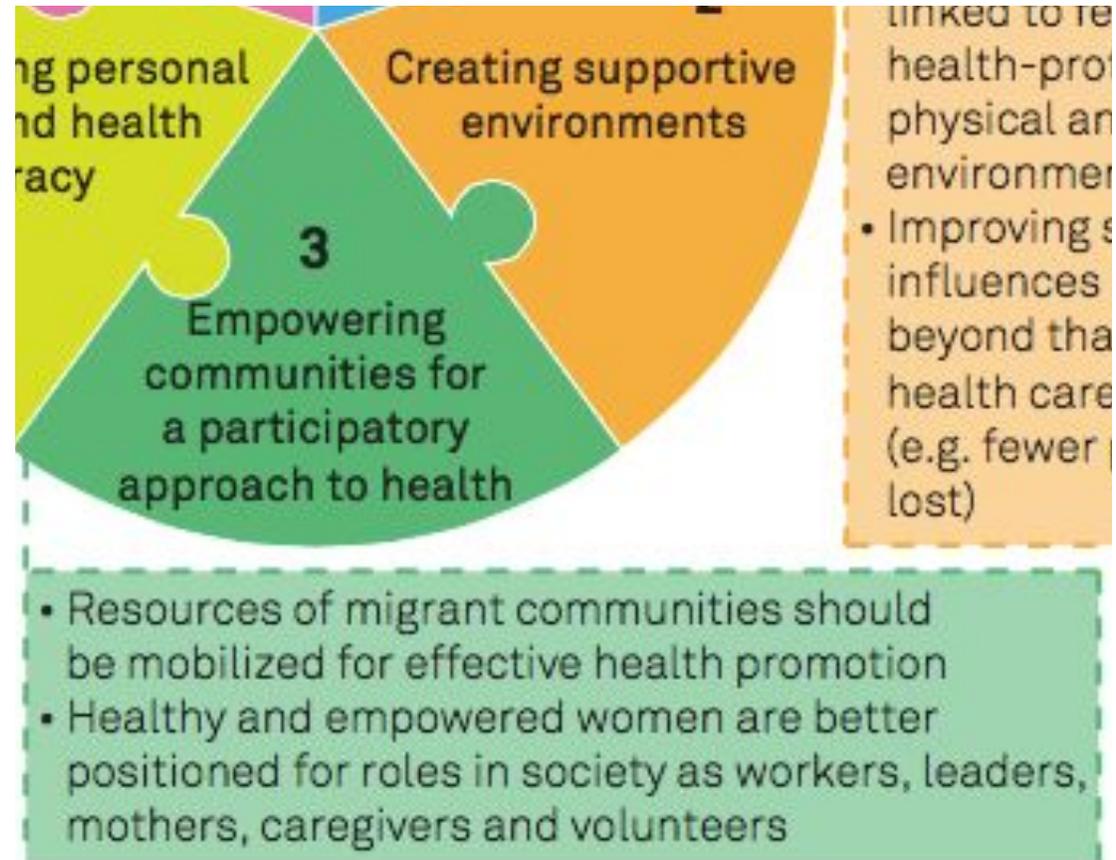
Creare ambienti favorevoli



RESILIENZA

- Is the capacity for individuals and communities to adapt, absorb and anticipate disturbances and recover from adversity, including possible effects of migration.

Rafforzare l'azione comunitaria



Ruolo chiave delle community-based organizations / **organizzazioni di volontariato.**

Fiducia, Prossimità, Network, Bisogni

I livelli della partecipazione:

- Informazione
- Consultazione
- Co-costruzione
- Co-decisione

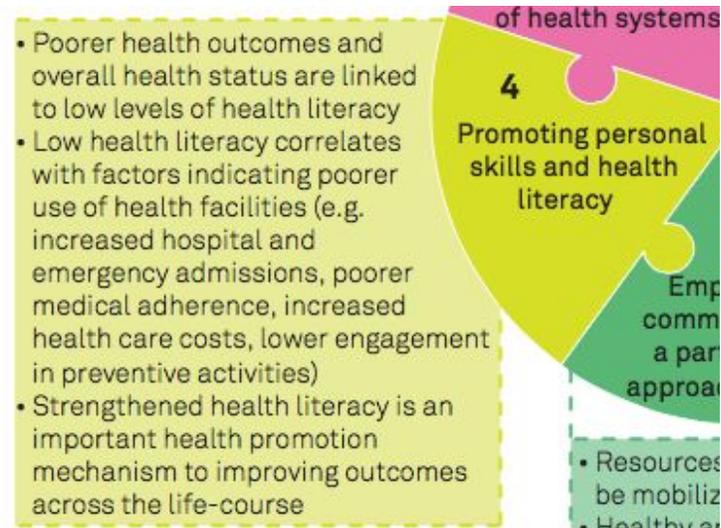
Community based approach: le persone direttamente coinvolte in un'emergenza vengono incluse come key partners nel sviluppare strategie risolutive.

A community-based approach insists that people targeted for humanitarian assistance have “the right to participate in making decisions that affect their lives” as well as “a right to information and transparency” from those responsible for providing assistance.

A community-based approach can help communities work to prevent social problems and to deal directly with those that do arise, instead of having external actors step in and assume these responsibilities.

Obiettivi: **reinforce the dignity and self-esteem of people of concern and to empower all the actors to work together** to support the different members of the community in exercising and enjoying their human rights

Promuovere le capacità personali



Health Literacy: comprende le abilità cognitive e sociali che determinano la motivazione e la capacità degli individui di accedere alle informazioni, di comprenderle e utilizzarle in modo da promuovere e mantenere una buona *salute*.

Orientamento ai servizi sanitari

« Migrants are never health illiterate but have their own knowledge, values and attitudes about health and illness.»

Health Promotion for improved refugee and migrant health, 2018 WHO

Glossario OMS della Promozione alla salute, 2012 Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della salute DoRS

«The **task of monitoring** health problems is not only carried out by health service providers, but also by public health agencies, municipal or government departments, research institutes, NGOs and **universities**. Close contact between service providers and these bodies is important because, those providing care can play a crucial role in monitoring disparities in health and health care»

RICERCA



Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region, 2018 WHO

Strategy and Action Plan for refugees and migrant health in the WHO European Region, 2016 WHO

Fonti di ricerca:

- Registri Istituzionali, censimenti (Indagini ISTAT, registro di nascita, registro di mortalità, flussi su specifiche patologie)
- Survey
- Big data Projects

Criticità: non vengono raccolte alcune variabili come la condizione socio-economica, permanenza temporale sul territorio (migrante di I o II generazione), tipologia di immigrazione, esclusione delle persone senza documenti

E' possibile studiare la relazione tra immigrazione e salute in Italia? Molte questioni, ancora pochi dati. Tognetti et al. 2018

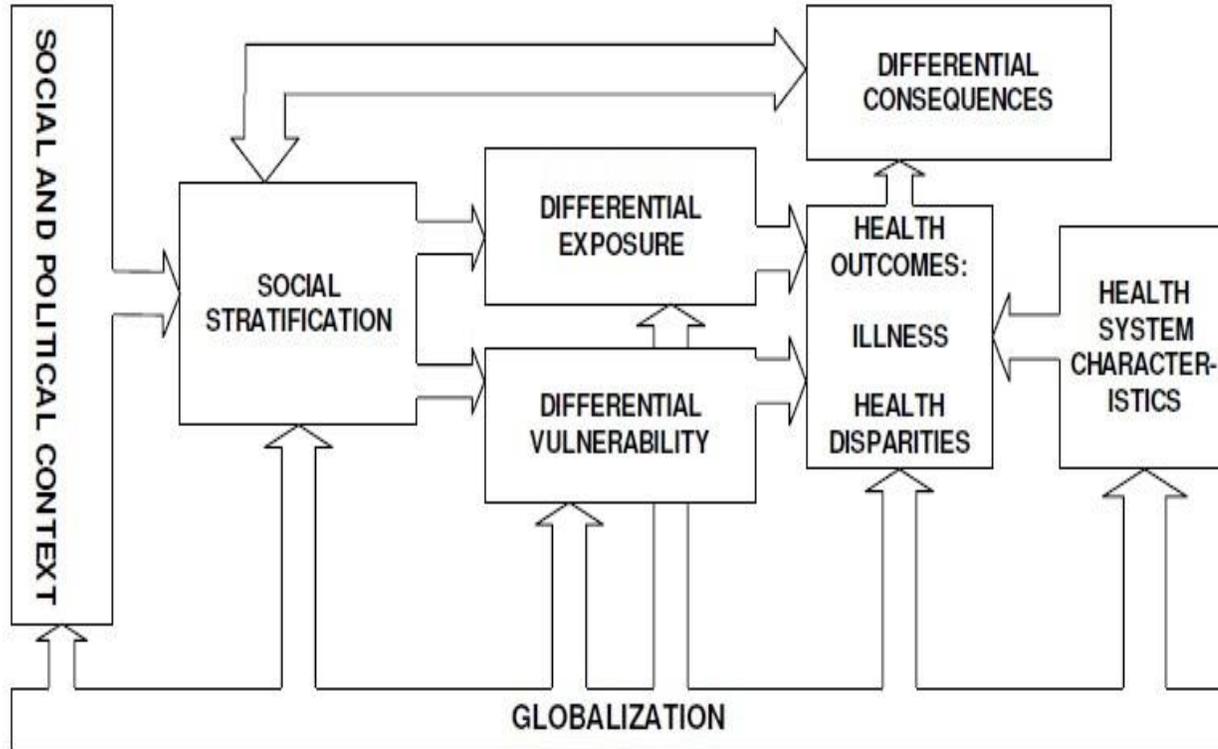
The IMIRA (Improving Health Monitoring in Migrant Populations) – project in Germany – Lessons learned und implications for health monitoring

C Santos-Hövenner ✉, M Schumann, P Schmich, A Gößwald, U von Schenck, T Lampert

European Journal of Public Health, Volume 29, Issue Supplement_4, November 2019, ckz185.010, <https://doi.org/10.1093/eurpub/ckz185.010>

Published: 13 November 2019

Globalizzazione e salute



- Fattor push
- Disuguaglianze economiche
- Servizi sanitari
- Politiche migratorie