

Migrazione, salute e accesso alle cure



Corso elettivo

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

CSI – Centro di Salute Internazionale e Interculturale

Università degli Studi di Bologna

Bologna, Venerdì 4 giugno 2021



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA



Le migrazioni oggi: dimensioni e cause

Mattia Quargnolo

La migrazione come determinante di salute

Leonardo Mammana

Barriere di accesso alle cure

Silvia Giaimo

Strategie di intervento e di contrasto alle disuguaglianze

Marianna Parisotto

Covid, salute e migrazione

Delia Da Mosto

Le migrazioni oggi

Migrazione, salute e accesso alle cure

Corso elettivo

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

CSI – Centro di Salute Internazionale e Interculturale

Università degli Studi di Bologna

Bologna, Venerdì 4 giugno 2021

Mattia Quargnolo

Gruppo Regionale Immigrazione e Salute Emilia-Romagna (GrIS-ER),

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

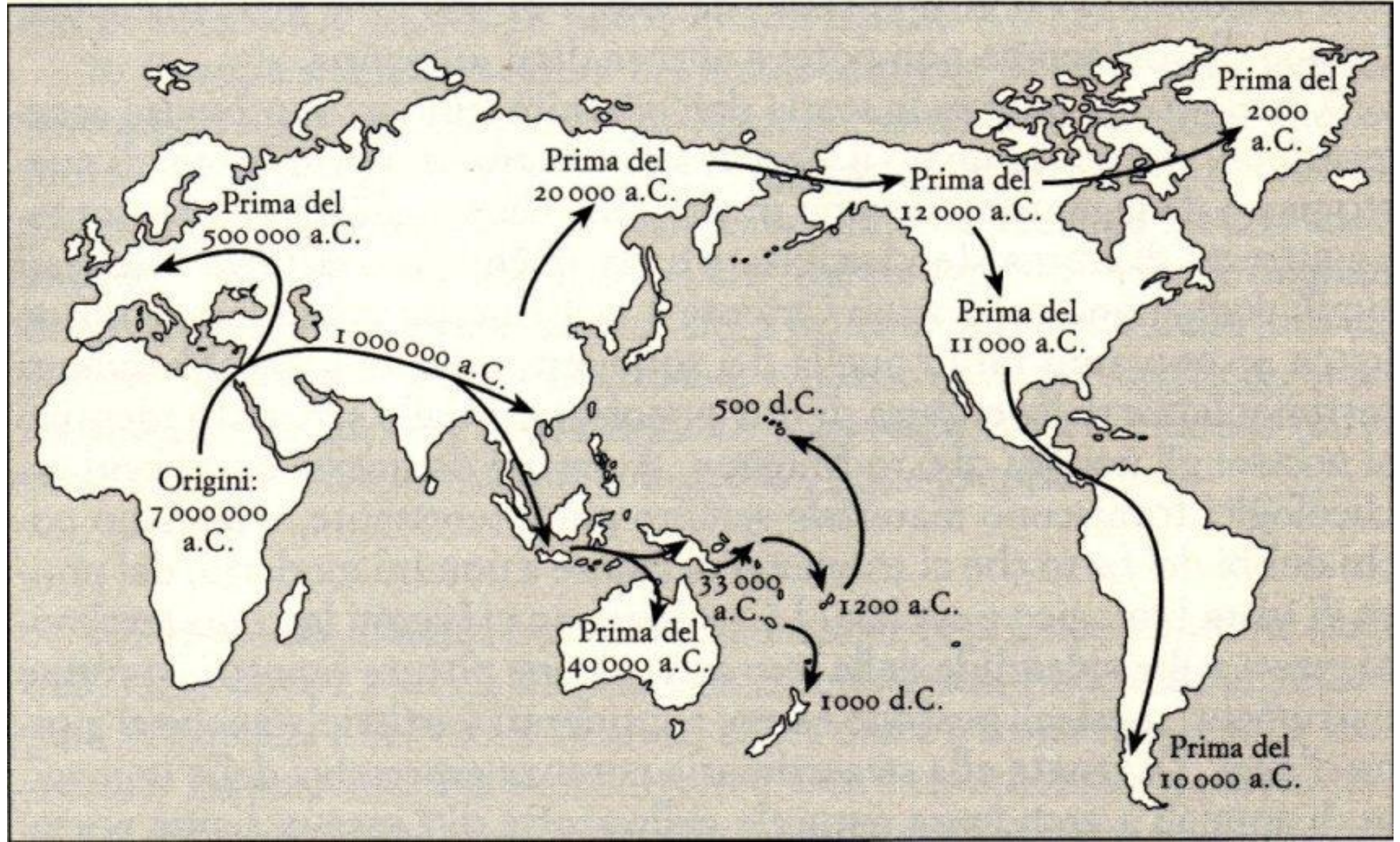


Che cos'è la migrazione?





La diffusione del genere umano sulla Terra.



Dimensioni del fenomeno



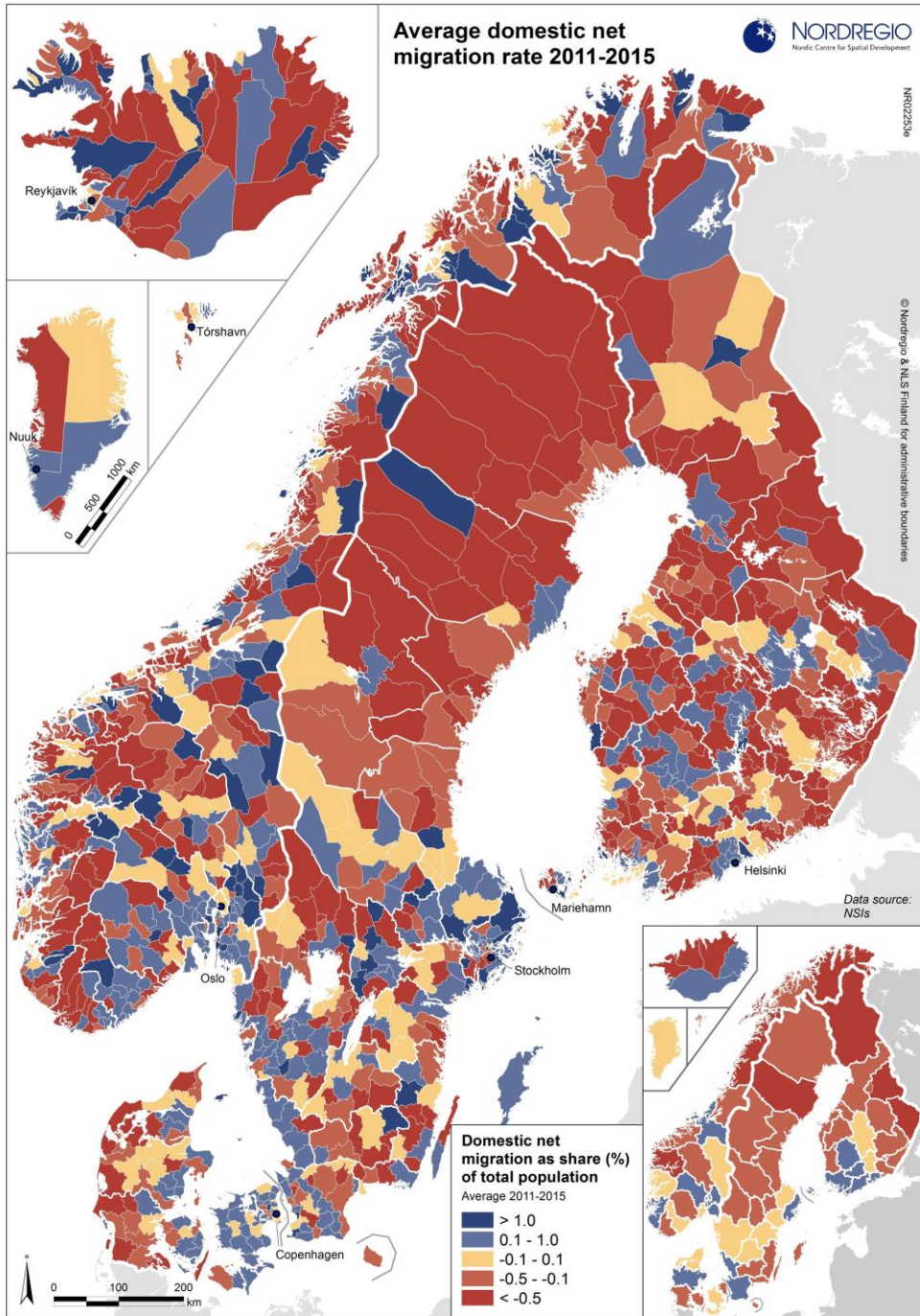
> 1 miliardo



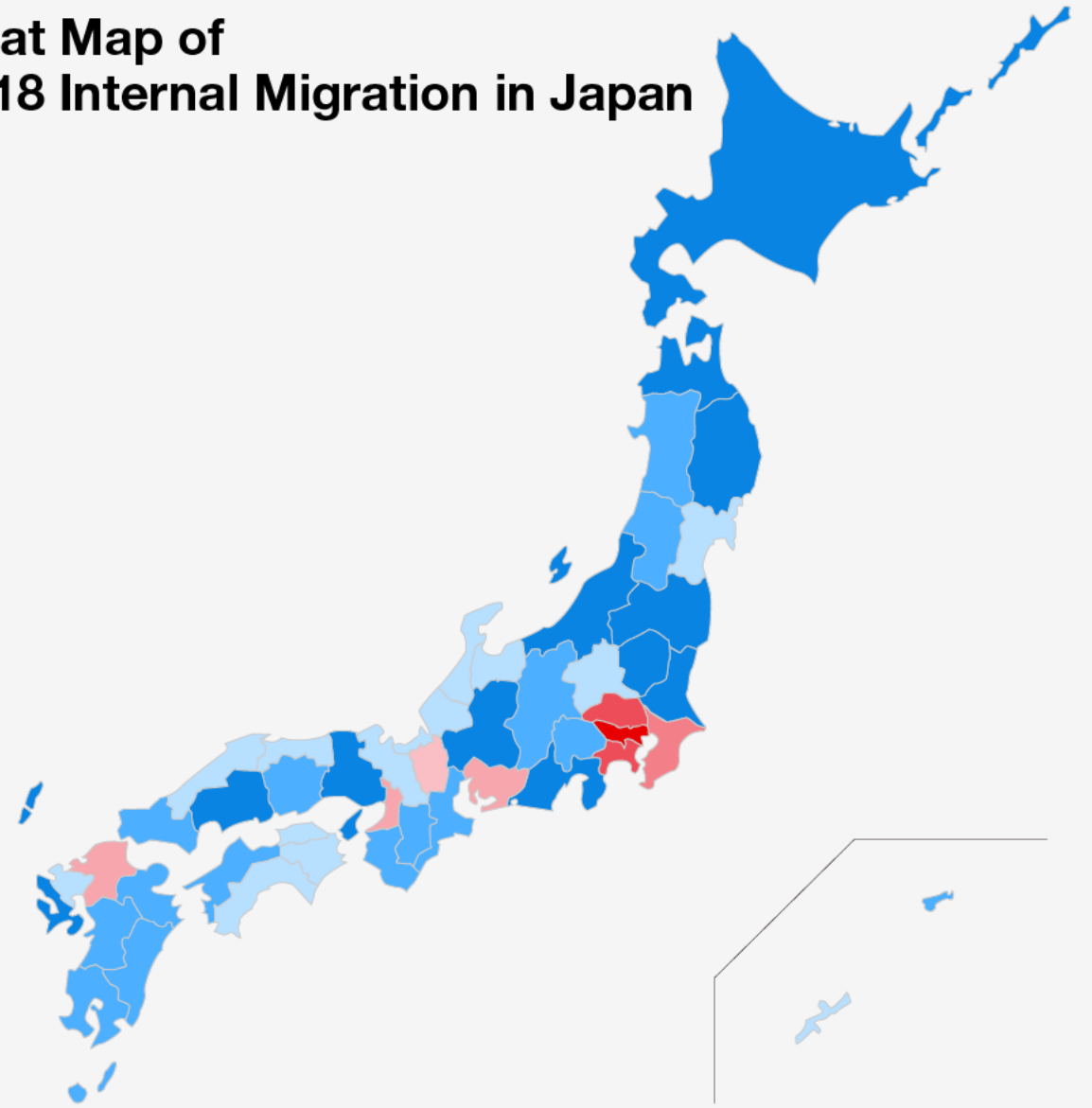
In crescita



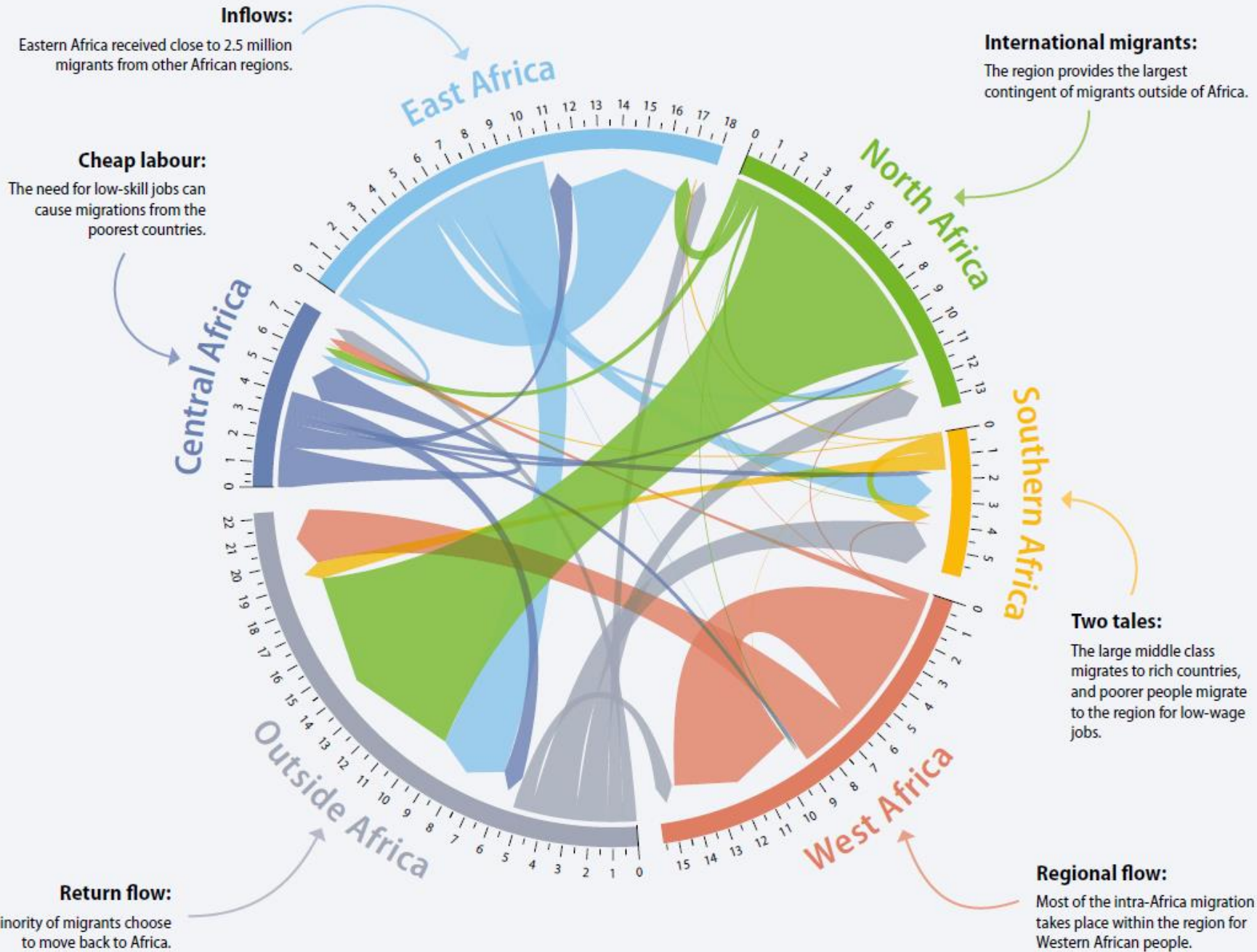
Domestic vs International



Heat Map of 2018 Internal Migration in Japan

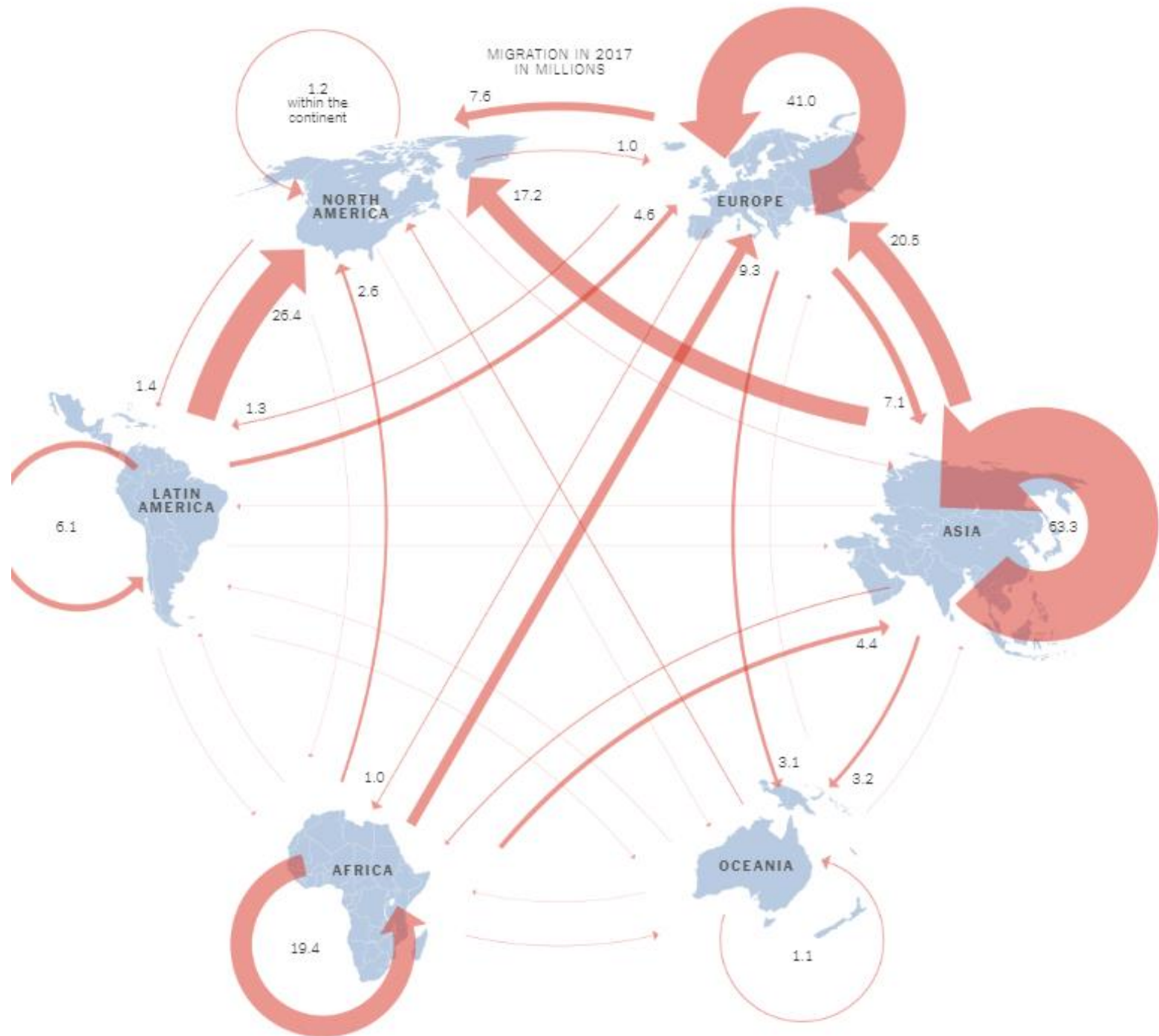


Red zones show population inflow and blue zones population outflow.
Created by *Nippon.com* based on the 2018 Report on Internal Migration in Japan.



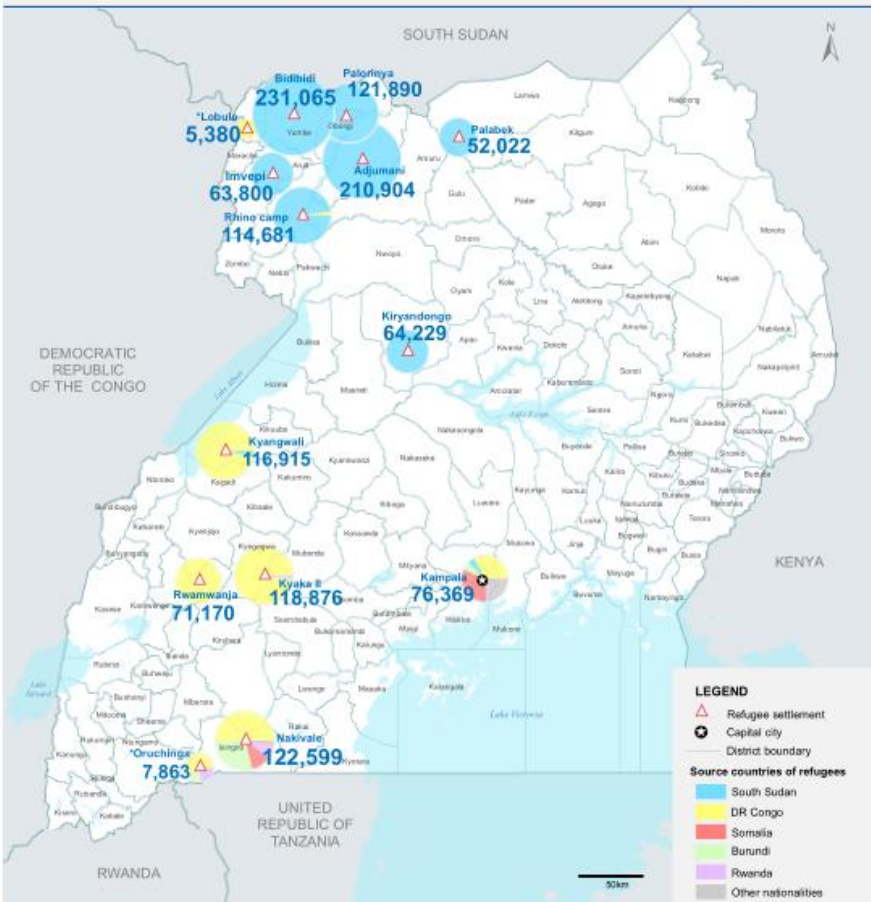
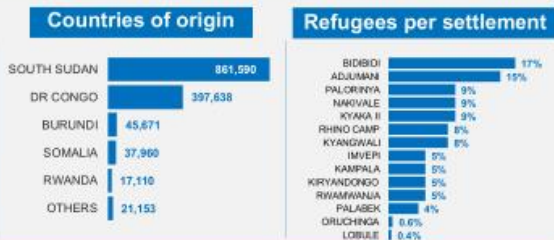
Flussi internazionali

- **272 milioni** il numero di migranti internazionali, il **3,5 %** della popolazione mondiale.
- **Asia-Asia e Europa-Europa** sono i canali migratori prevalenti.
- **America Latina – Nord America, Asia – Europa e Asia - Nord America** sono i canali intercontinentali più rappresentati.
- I flussi migratori **Africa - Europa** sono circa il **3,6 %** del totale.



Total refugees and asylum-seekers**

1,381,122

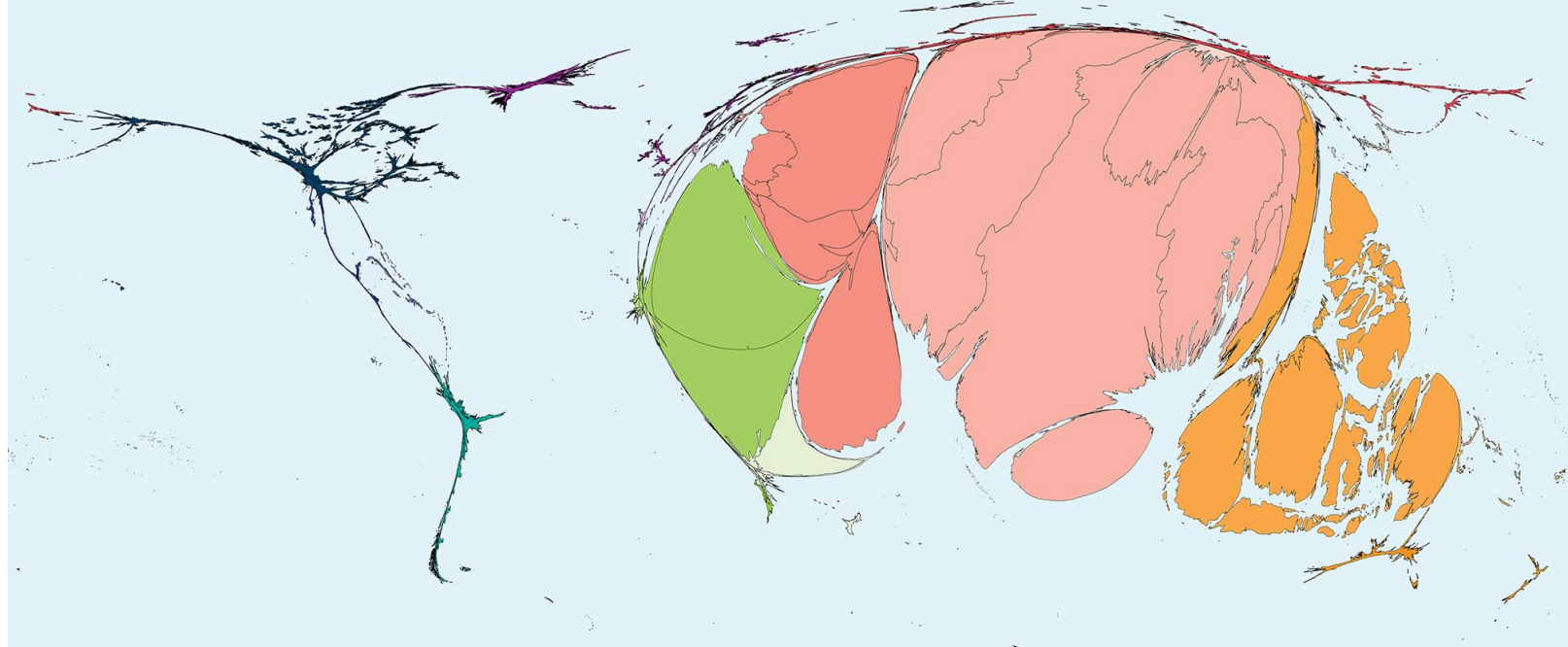


The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.
 **Oruchinga and Lobule symbols not to scale. **Includes 3,359 refugees and asylum seekers in reception centres which are not shown on the map.
 Population data: proGris (CPM) Author: UNHCR Representation in Uganda Feedback: ugakimug@unhcr.org For more info, please visit: www.ugandarefugees.org

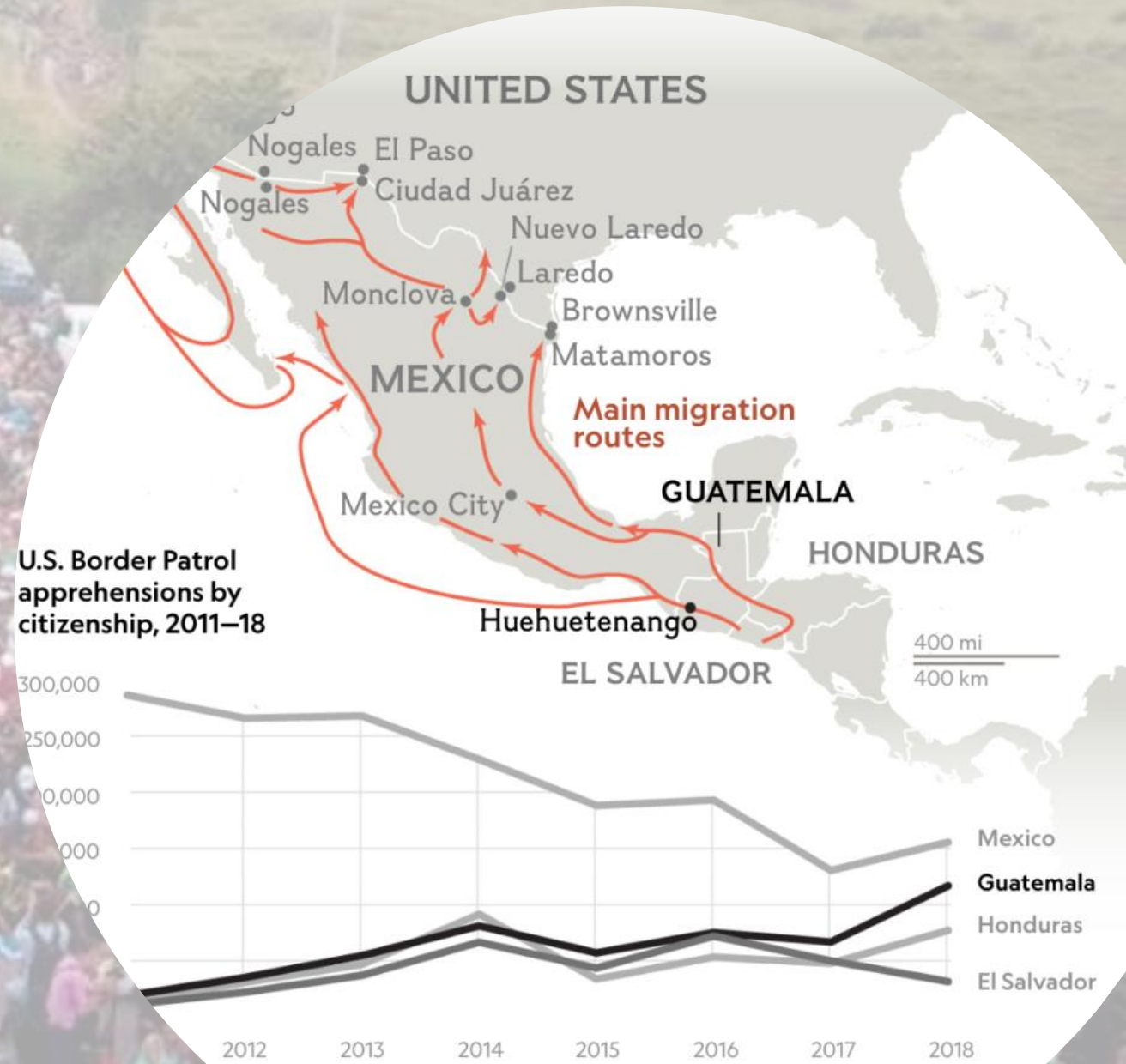
West Nile Region Uganda

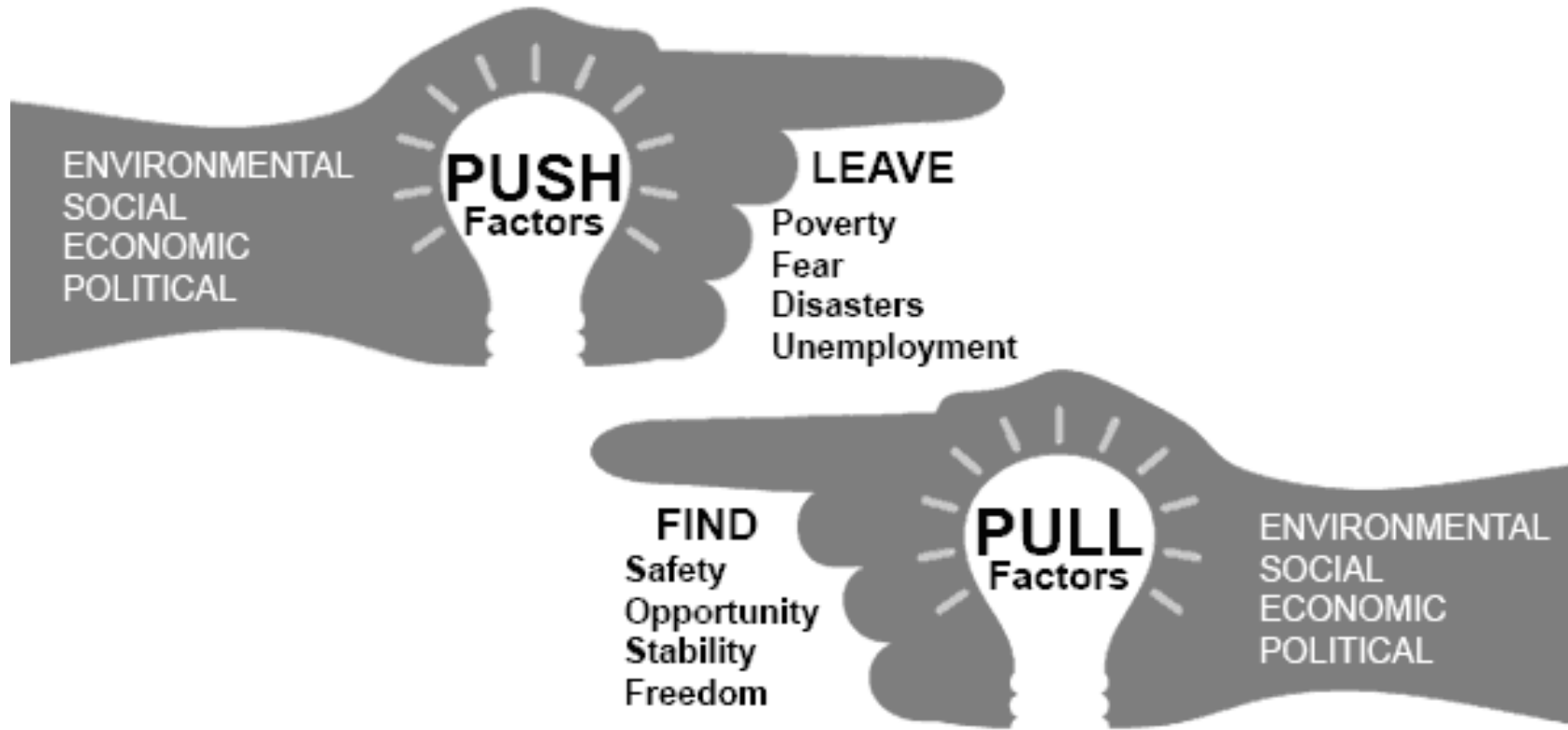


Arabia Saudita



Northern Triangle





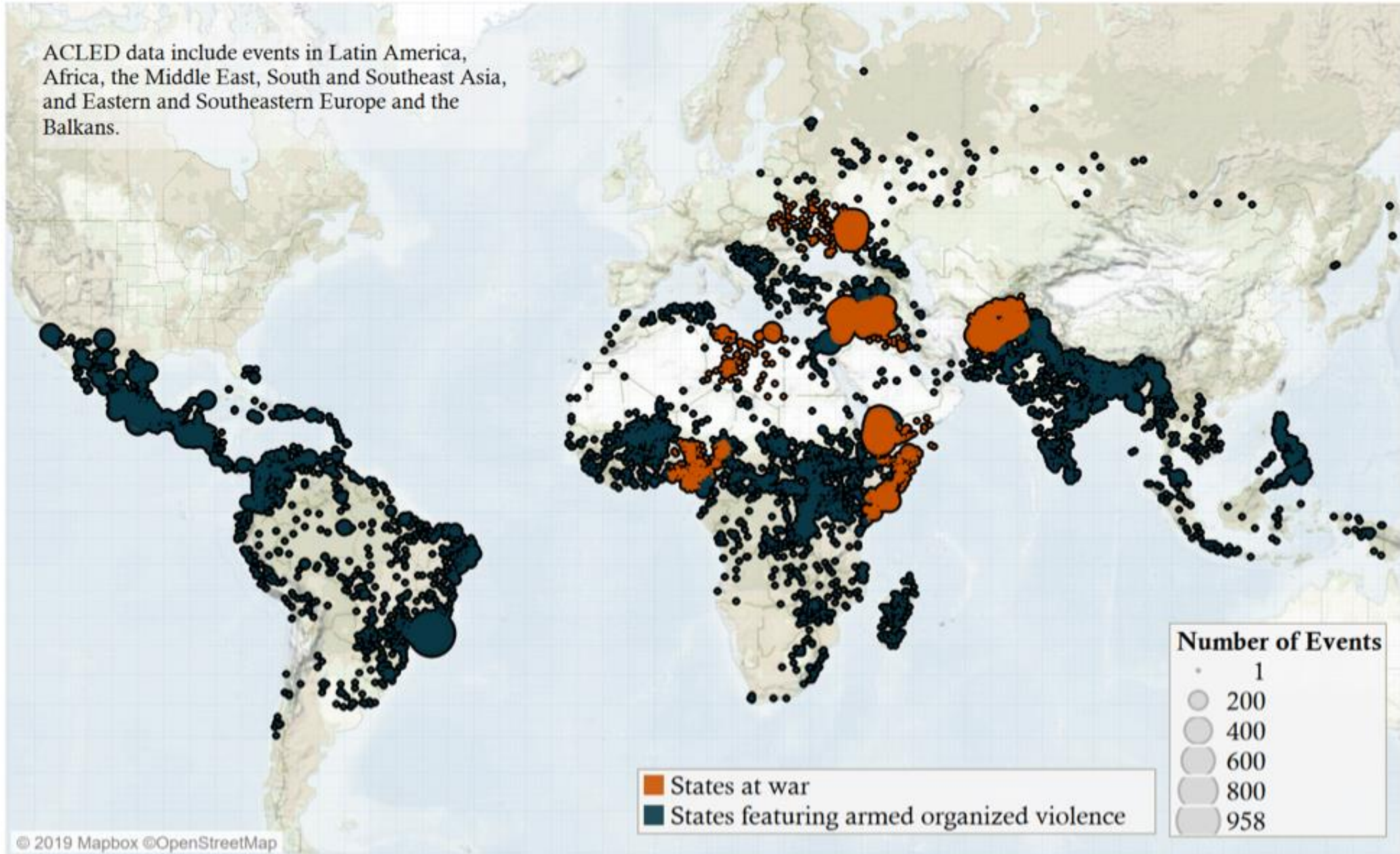
- Guerre e terrorismo
- Cambiamenti climatici
- Disuguaglianze economiche
- Sfruttamento delle risorse, land grabbing e neocolonialismo

- Ricongiungimenti
- Cure
- Lavoro
- Studio
- Realizzazione personale



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

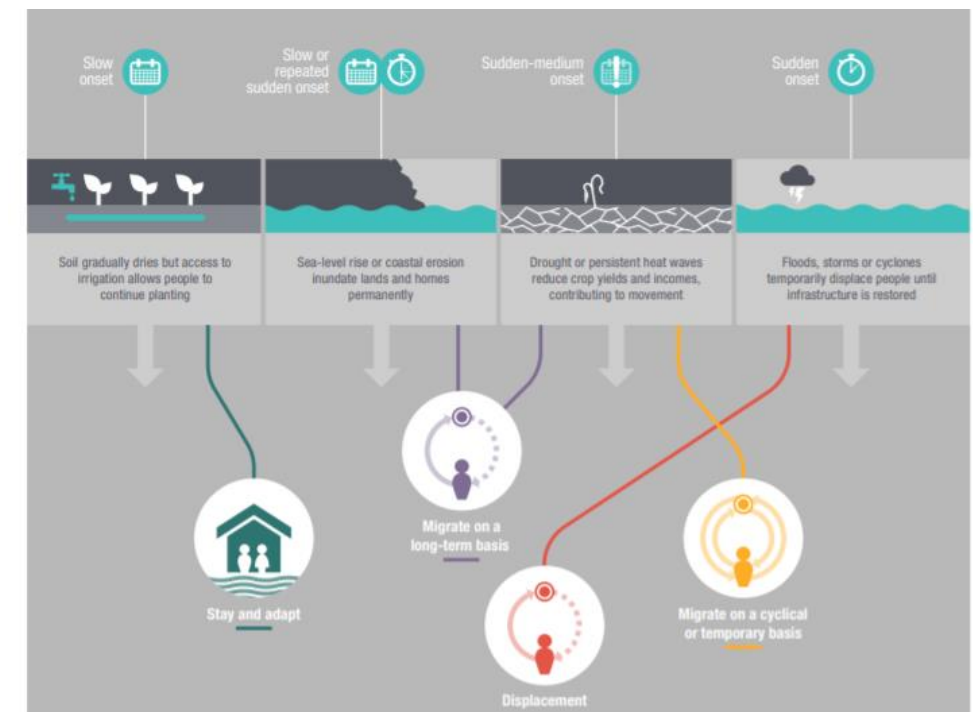
1 January 2018 - 31 August 2019





Climate change, migration and displacement

The need for a risk-informed and coherent approach

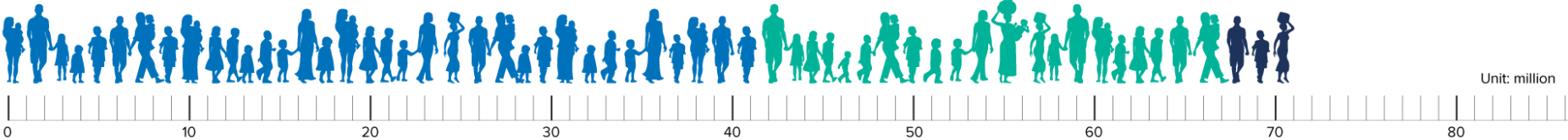




Migrazioni volontarie **vs** Migrazioni forzate

Migrazioni forzate

70.8 million forcibly displaced people worldwide



Internally Displaced People
41.3 million

Refugees
25.9 million

20.4 million under UNHCR's mandate
5.5 million Palestinian refugees under UNRWA's mandate

Asylum-seekers
3.5 million

Where the world's displaced people are being hosted



About 80 per cent of refugees live in countries neighbouring their countries of origin

57% of UNHCR refugees came from three countries

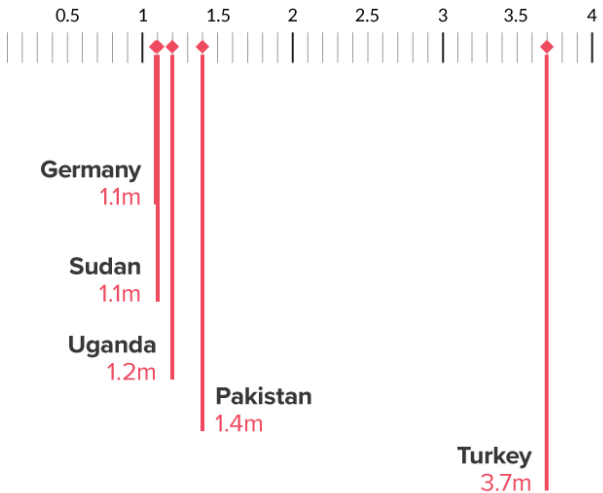


341,800 new asylum seekers

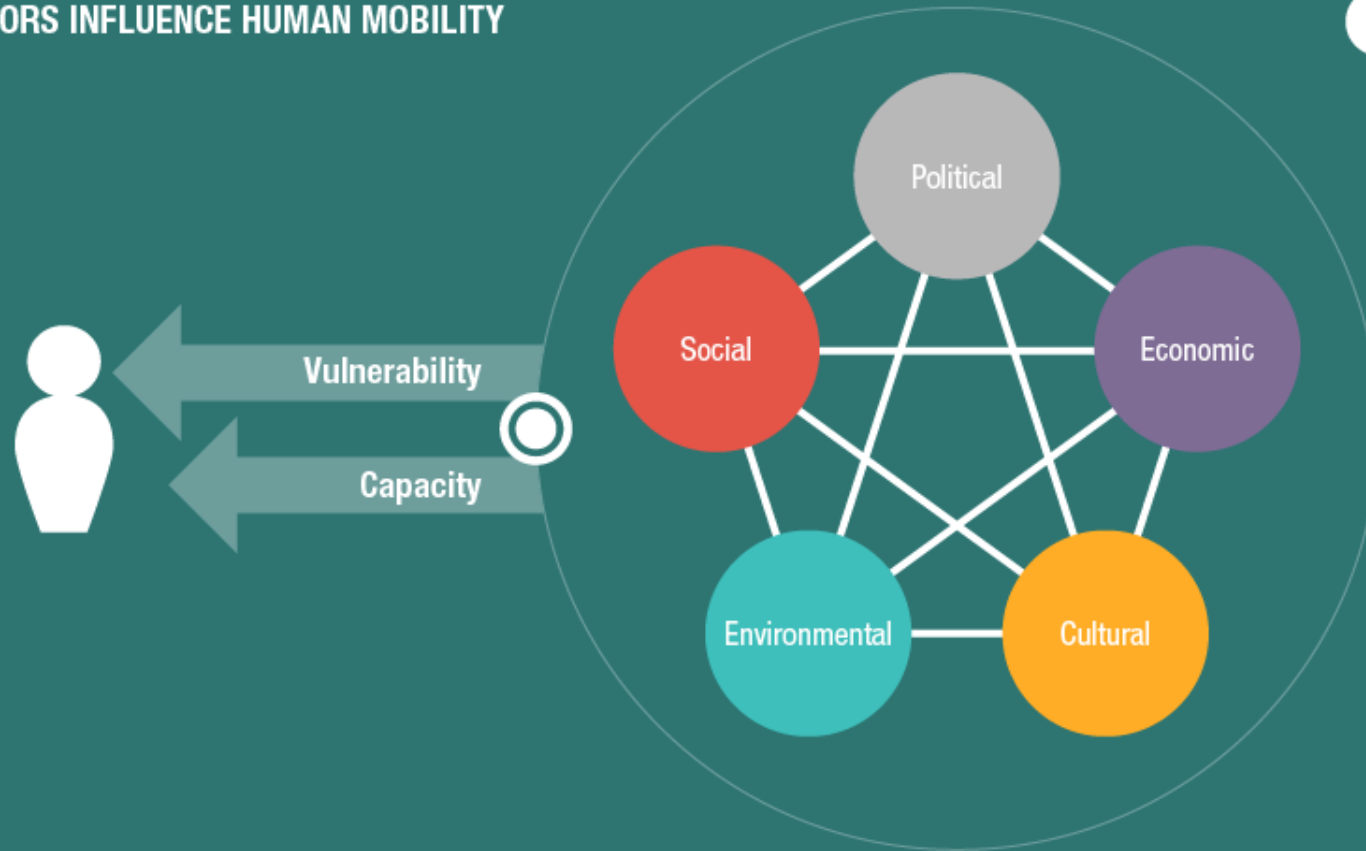
The greatest number of new asylum applications in 2018 was from Venezuelans



Top refugee-hosting countries



MANY FACTORS INFLUENCE HUMAN MOBILITY



Le categorie confondono e allontanano dalla verità

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



Gli stranieri residenti in Italia

XXVIII edizione del "Rapporto Immigrazione" di Caritas-Migrantes



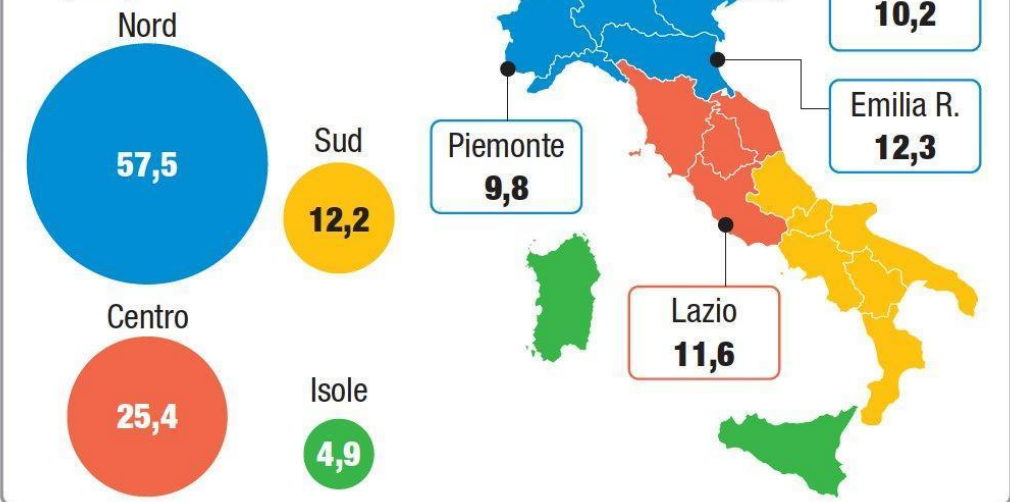
5.255.503

il totale al 1° gennaio 2019

8,7% della popolazione

LA GEOGRAFIA

(% su popolazione totale di macroregione e regione)



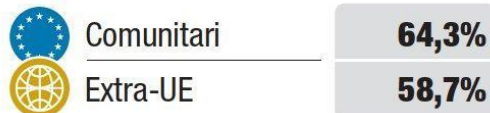
LE COMUNITÀ PIÙ NUMEROSE



LE RELIGIONI



OCCUPATI



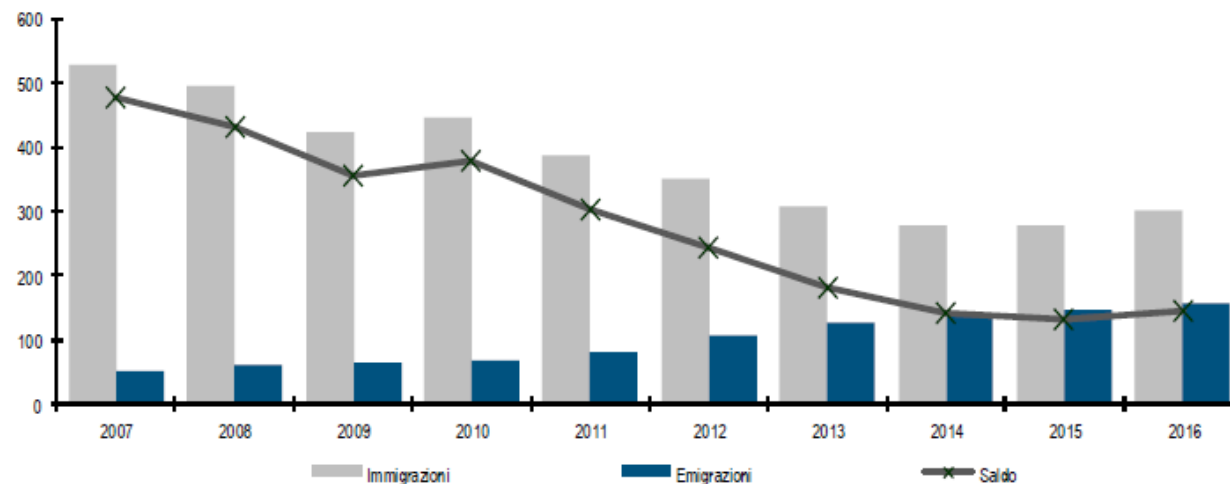
STUDENTI



ANSA centimetri

Migrazioni in Italia

IMMIGRAZIONI, EMIGRAZIONI E SALDO MIGRATORIO CON L'ESTERO. Anni 2007-2016, valori in migliaia

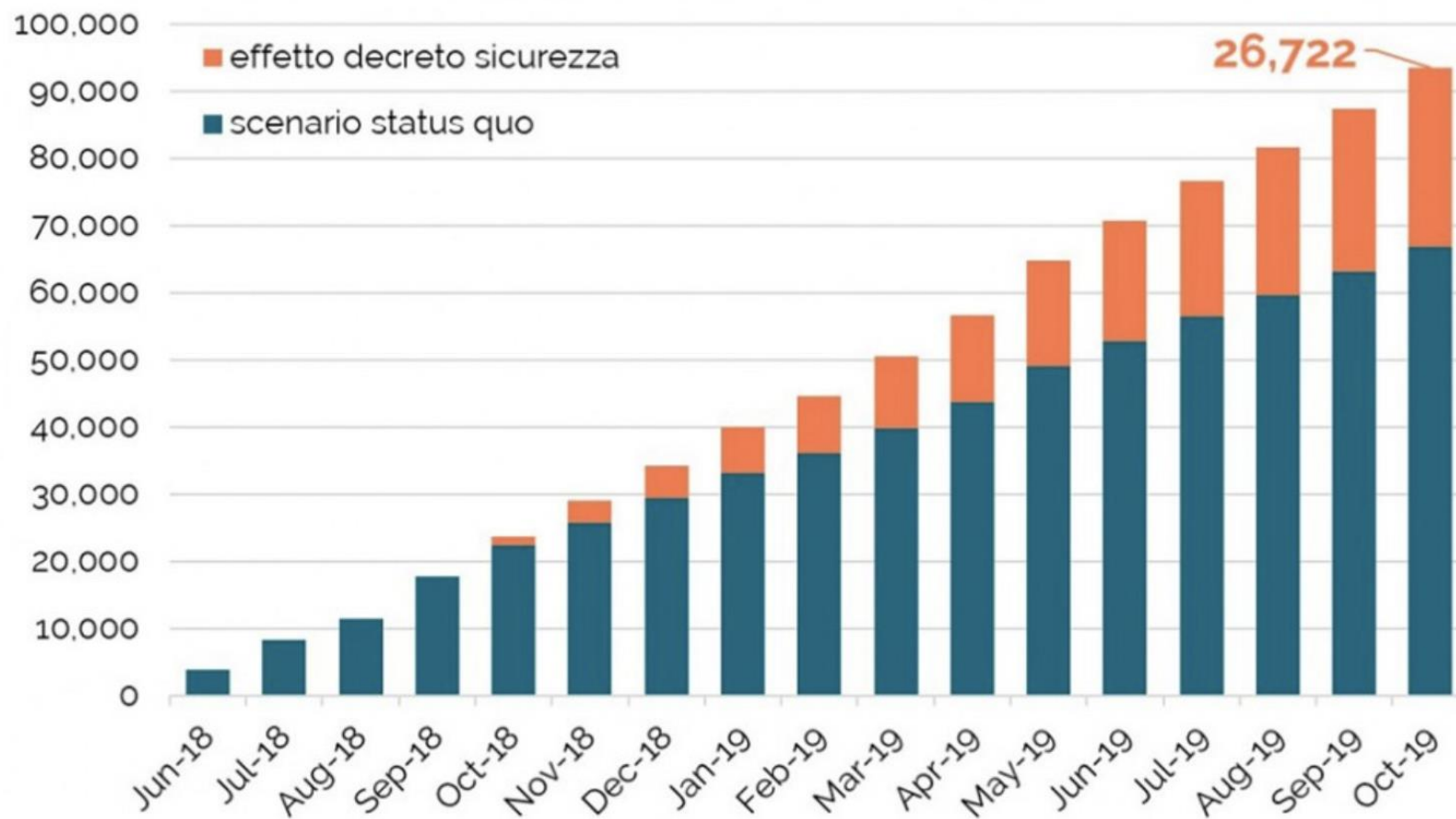


Permessi di Soggiorno

- Provenienza per PDS: Marocco, Albania, Cina, Ucraina, India
- Motivi: familiari (pari al 48,6% del totale), seguiti da quelli lavorativi. Terzi per volume i permessi collegati all'asilo e alla protezione internazionale (5,7%) e quarti quelli per studio (appena l'1,5%)
- Durata: lunga scadenza (62,3%)
- *Popolazione straniera in diminuzione dal 2018-2019: meno residenti, pds, nascite e cittadinanze*

I NUOVI IRREGOLARI IN ITALIA (giugno 2018 - ottobre 2019)

ISPI



Dati: stime ISPI su dati Ministero dell'Interno.

Protezione Internazionale

- **Asilo Politico** (status di rifugiato): non può far ritorno per timore fondato di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, ecc (Convenzione di Ginevra)
- **Protezione sussidiaria**: danno grave se fa ritorno (UE)
- **Permessi speciali** (ex Protezione Umanitaria): cure mediche, calamità, violenza domestica, sfruttamento lavorativo, ecc (Italia)
- Dal 2018 al 2019 dinieghi dal 67% all'80% (ma 50% dei ricorrenti ottiene protezione in seconda istanza)
- Tra i paesi più bassi d'Europa per esiti positivi

La migrazione come determinante di salute

Migrazione, salute e accesso alle cure

Corso elettivo

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

CSI – Centro di Salute Internazionale e Interculturale

Università degli Studi di Bologna

Bologna, Venerdì 4 giugno 2021

Leonardo Mammana

Gruppo Regionale Immigrazione e Salute Emilia-Romagna (GrIS-ER),

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA














Health of migrants

The conditions in which migrants travel, live and work often carry exceptional risks to their physical and mental well-being, and migration can therefore be regarded as a social determinant of health of migrants (GMG, 2017).

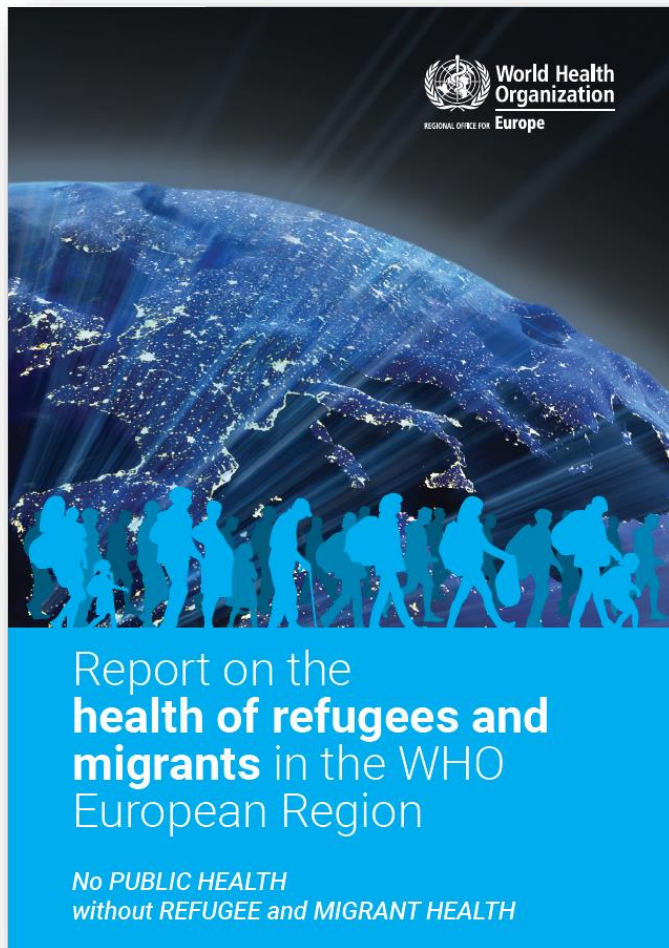
Examples of health indicators:	Mortality	Morbidity	Health status	Disability	Nutrition	Health system	Health determinants
							
	(i.e. life expectancy)	(i.e. prevalence of diseases)	(i.e. incidence of obesity, depression)	(i.e. disability adjusted life years)	(i.e. proportion of low birth rate)	(i.e. equitable access to health services for migrant population)	(i.e. smoking and physical exercise habits)

POTENTIAL TYPES OF DATA SOURCES FOR MIGRANTS' HEALTH

Traditional data sources			Non-traditional data sources		
 Statistical and administrative	 Household surveys	 Health institutions records	 MIPEX	 Technology (e.g. BioMosaics)	 Research studies and reviews
 Vertical disease control programmes	 Foreign employment Bureaus and welfare agencies		 Medical examinations and health assessments (IOM)	 Migration Health Research Portal (IOM)	 Repository of Country Migration Profiles (IOM)

Source: IOM, 2017.

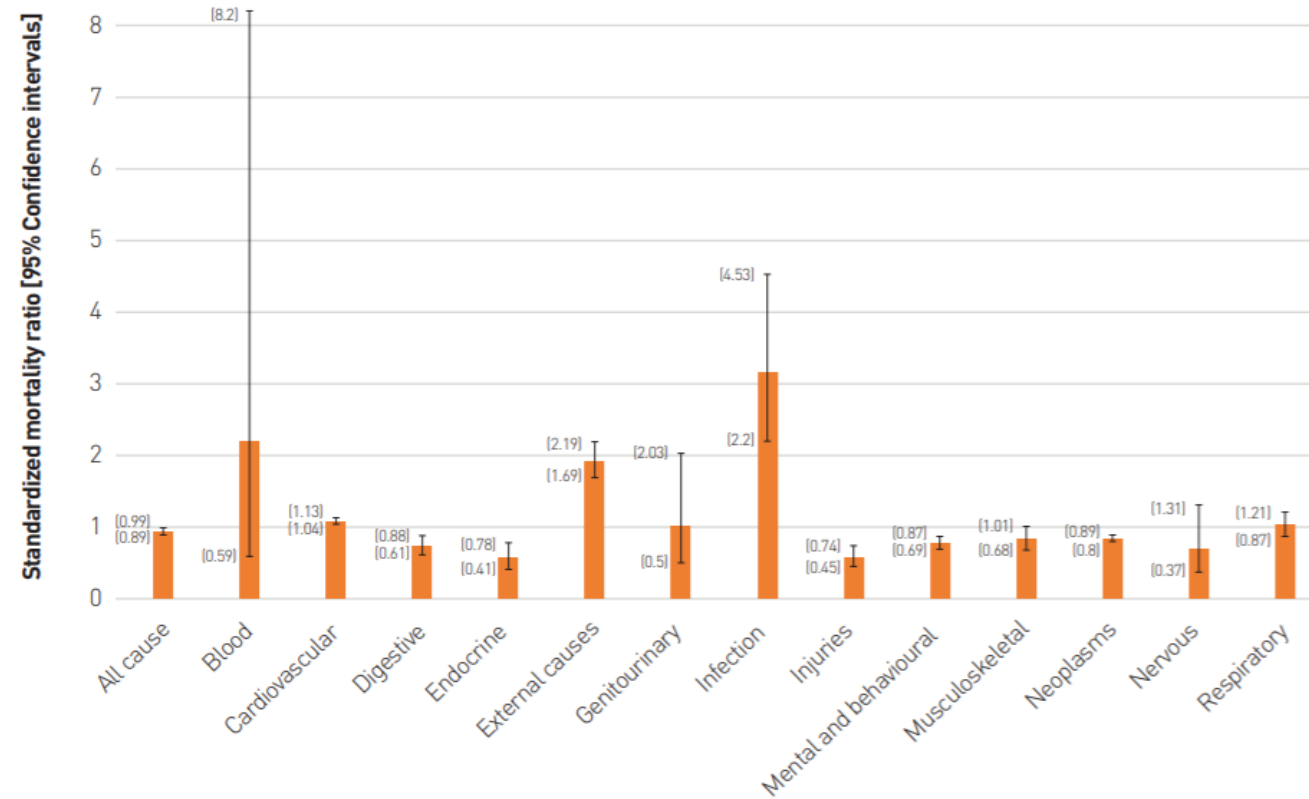
© IOM's GMDAC 2017 www.migrationdataportal.org



- 54 paesi (WHO European Region)
- 13.000 paper
- CDs, NCDs, salute materno infantile, salute mentale
- risposta dei servizi alle pressioni migratorie
- linee programmatiche e strategie di intervento per i paesi membri

“promoting refugee and migrant health by implementing the Strategy and Action Plan for Refugee and Migrant Health in the WHO European Region, which incorporates the priority areas listed in Health 2020, the WHO European Region’s policy framework for the promotion of equitable health and well-being”.

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



All-cause mortality and International Classification of Diseases 10th revision

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).

CDs

- > 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

- = prevalenza di **obesità,**
- > 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;**

PS

Differenze nell'utilizzo:

- > % **accessi non urgenti** (21,1% vs 16,1%) ,
- > % **accessi urgente differibile** (59,6% vs 58,8%)
- < % **accessi come paziente critico** (0,6% degli stranieri vs 1,6% degli italiani)
- < % **acuto** (11,3% vs 18,9%).

↑ di rischio di inappropriatelyzza: ST 33,21% vs 24,72%

- % di accessi con codice bianco con dimissione a domicilio oppure abbandono (prima della visita o prima del referto)
- % di accessi con codice verde con unica prestazione di visita generale e invio diverso dal medico di medicina generale, pediatra di libera scelta, specialista, medico di continuità assistenziale o operatore del 118.



LA NASCITA IN EMILIA-ROMAGNA**14° Rapporto sui dati del
Certificato di Assistenza al Parto
(CedAP) – Anno 2016**

Novembre 2017

Disuguaglianze e percorso nascita

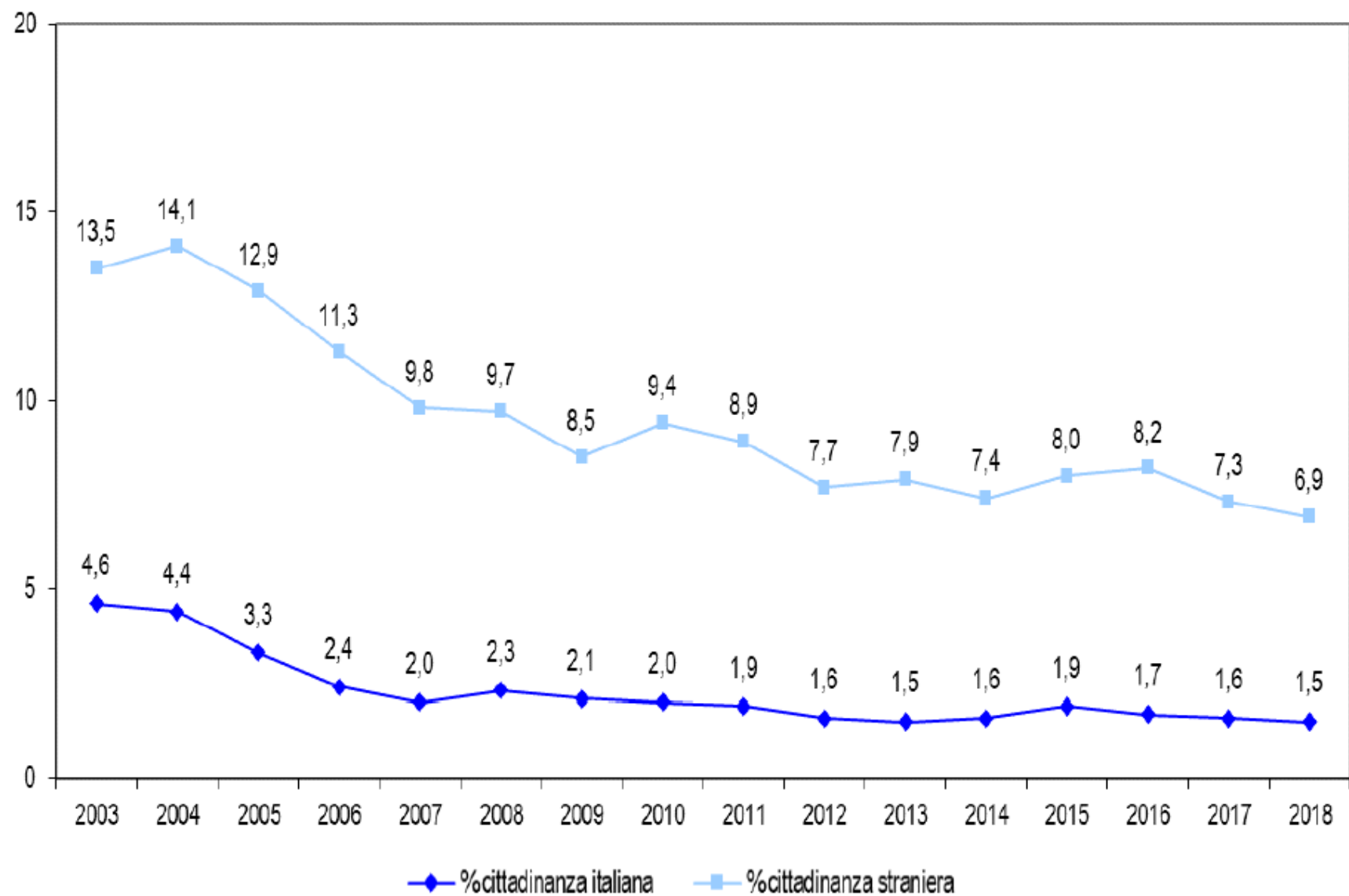
Coorte di donne con gravidanza singola che hanno partorito in Emilia-Romagna nel periodo 2015-2016 rilevati tramite il CedAP regionale (N=68.108)

- ↑ rischio di assistenza prenatale inappropriata (- di visite prenatali)
- ↑ influenza sugli esiti avversi (basso peso alla nascita, mortalità perinatale)

Paesi di origine (Africa Subsahariana, Sud-est asiatico)

Almeno un genitore di origine straniera

Graf. 10 - Meno di 4 visite in gravidanza per cittadinanza della madre. Regione Emilia-Romagna. Anni 2003-2018





- Peggiore percezione dello stato della propria salute
- < accesso alle **visite mediche** (MMG),
- < aderenza ai programmi di **screening** (K cervice, colon, mammella) e di vaccinazione influenzale;
- Prevalenza di obesità pari tra residenti e stranieri



MORTALITÀ PER TUTTE LE CAUSE

- **tassi di mortalità sono inferiori** per gli immigrati rispetto agli italiani (maschi: MRR 0,83; IC95% 0,78-0,90 – femmine: MRR 0,70; IC95% 0,64-0,77),
- **Africa subsahariana eccessi di mortalità** rispetto agli italiani (maschi: MRR 1,33; IC95% 1,12-1,59 – femmine: MRR 1,69; IC95% 1,31-2,17).
- Sono stati osservati livelli più alti di mortalità per **tubercolosi**, alcuni **tumori** e per gli **omicidi**.

MORTALITÀ NEI PRIMI 5 ANNI DI VITA

- Il rischio di mortalità neonatale e post-neonatale negli immigrati è circa 1,5 volte il rischio degli italiani anche correggendo per variabili sociodemografiche (neonatale: OR 1,71; IC95% 1,22-2,39 – post-neonatale: OR 1,63; IC95% 1,03-2,57)
- 1-4 anni si osserva una differenza tra italiani e immigrati, ma di **minore entità** (OR 1,24; IC95% 0,73- 2,11).
- Eccessi di mortalità: **Africa settentrionale e subsahariana**, e gli immigrati con **più di 5 anni di permanenza in Italia**.

7

Ospedalizzazione evitabile: confronto tra popolazione italiana e immigrata, pediatrica e adulta, nelle coorti della rete italiana degli studi longitudinali metropolitani

Avoidable hospitalisation: comparison among Italians and Immigrants, adults and children, in the cohorts of the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies

Le condizioni riconducibili all'**OE** (ACSC):

- disidratazione,
- polmonite batterica,
- infezioni del tratto urinario,
- Appendicite acuta con complicazioni,
- diabete scompensato/complicato,
- amputazione delle estremità inferiori in pazienti diabetici,
- asma,
- broncopneumopatia cronico-ostruttiva (BPCO),
- ipertensione,
- insufficienza cardiaca congestizia

e cinque per la popolazione pediatrica:

- gastro-enterite,
- diabete complicato,
- asma,
- appendicite acuta con complicazioni,
- infezioni del tratto urinario

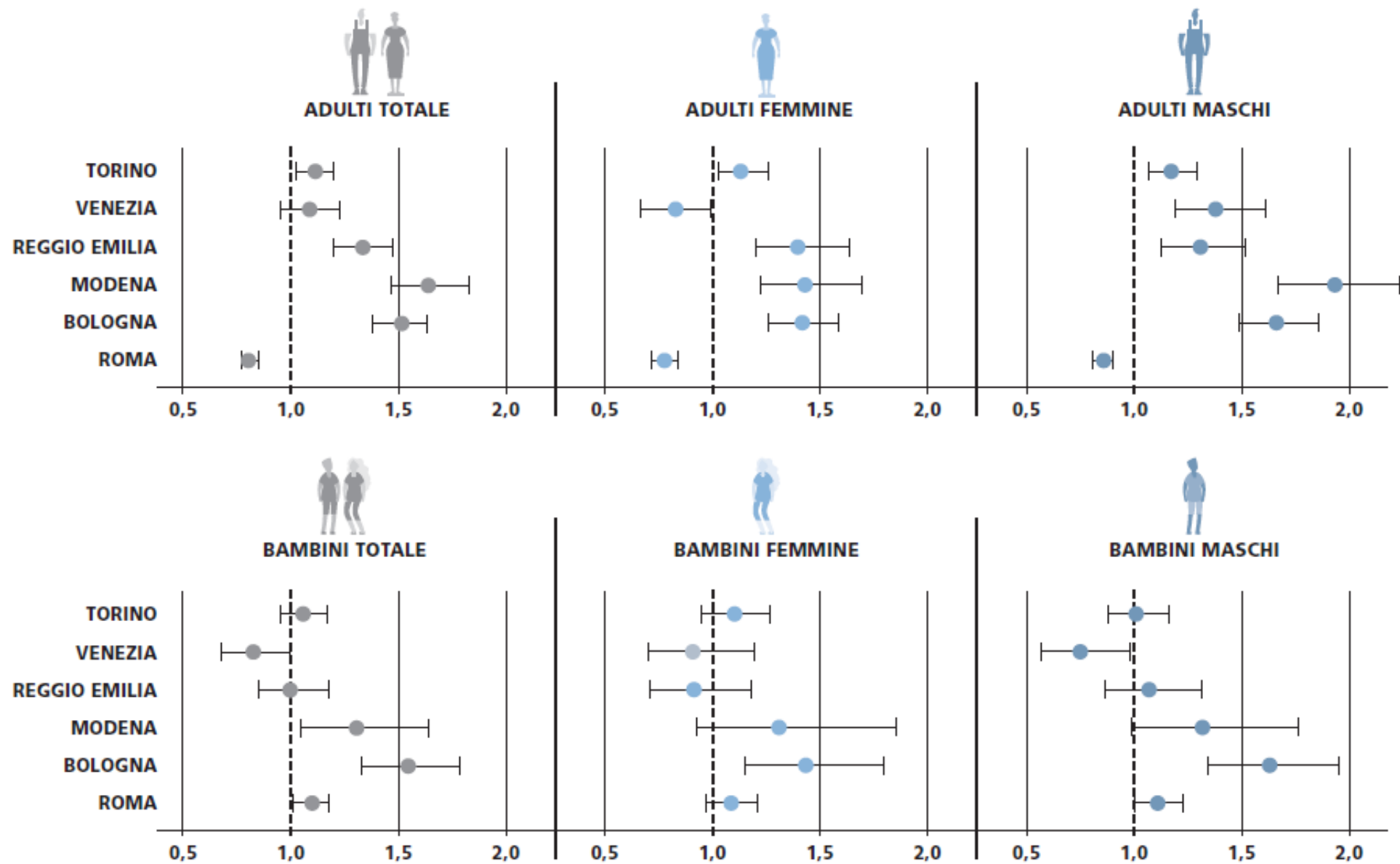


Figura 3. Rate ratio e relativi intervalli di confidenza al 95% di ospedalizzazione evitabile nei soggetti provenienti da Paesi a forte pressione migratoria rispetto agli italiani, in adulti (18-64 anni) e bambini (1-17 anni), per genere e coorte.

Figure 3. Rate ratios and 95% confidence intervals of avoidable hospitalisation in subjects from high migratory pressure Countries compared to Italians, in adults (18-64 years) and children (1-17 years), by sex and study cohort.



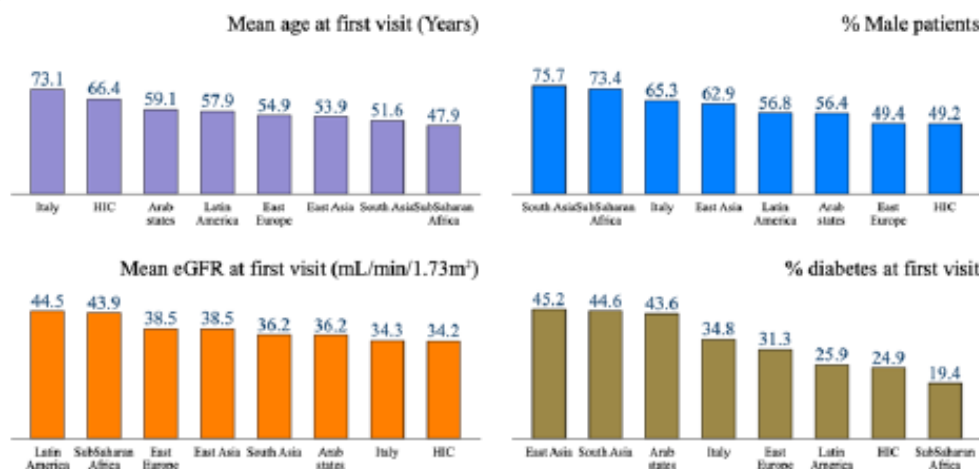
Presentation and outcome of chronic kidney disease in Italian and Immigrant citizens: results from the Emilia-Romagna PIRP project

30.702 CKD patients enrolled in 2004-2019, among which:

963 (3.1%) immigrants

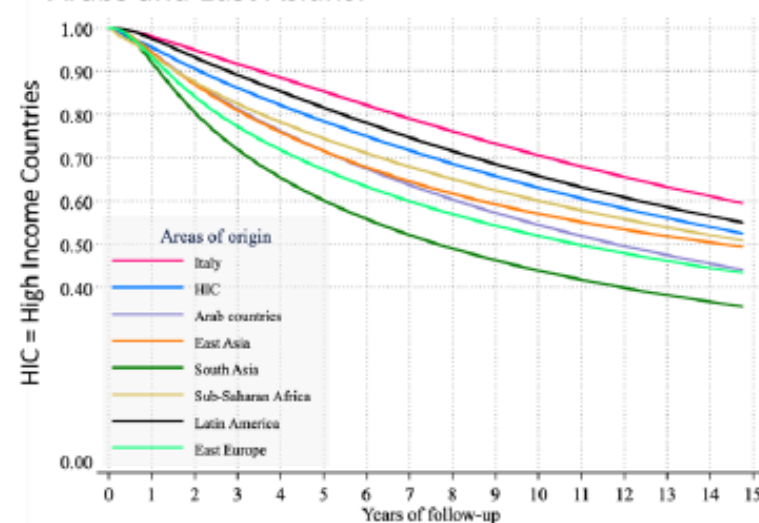


At the first visit, large differences between Italians and immigrants, and among immigrant groups, were found for age, eGFR, % of males and diabetes.



Genetic and life-style characteristic, low access to healthcare are the main determinants of the differences among CKD patients.

Predicted survival to end-stage kidney disease was lower for South Asians, East Europeans, Arabs and East Asians.



Awareness of such differences is important to clinicians for tailored treatment aimed to delay CKD progression.

The causes of inequalities should be investigated by Public Health specialists, in order to develop appropriate strategies to prevent them.

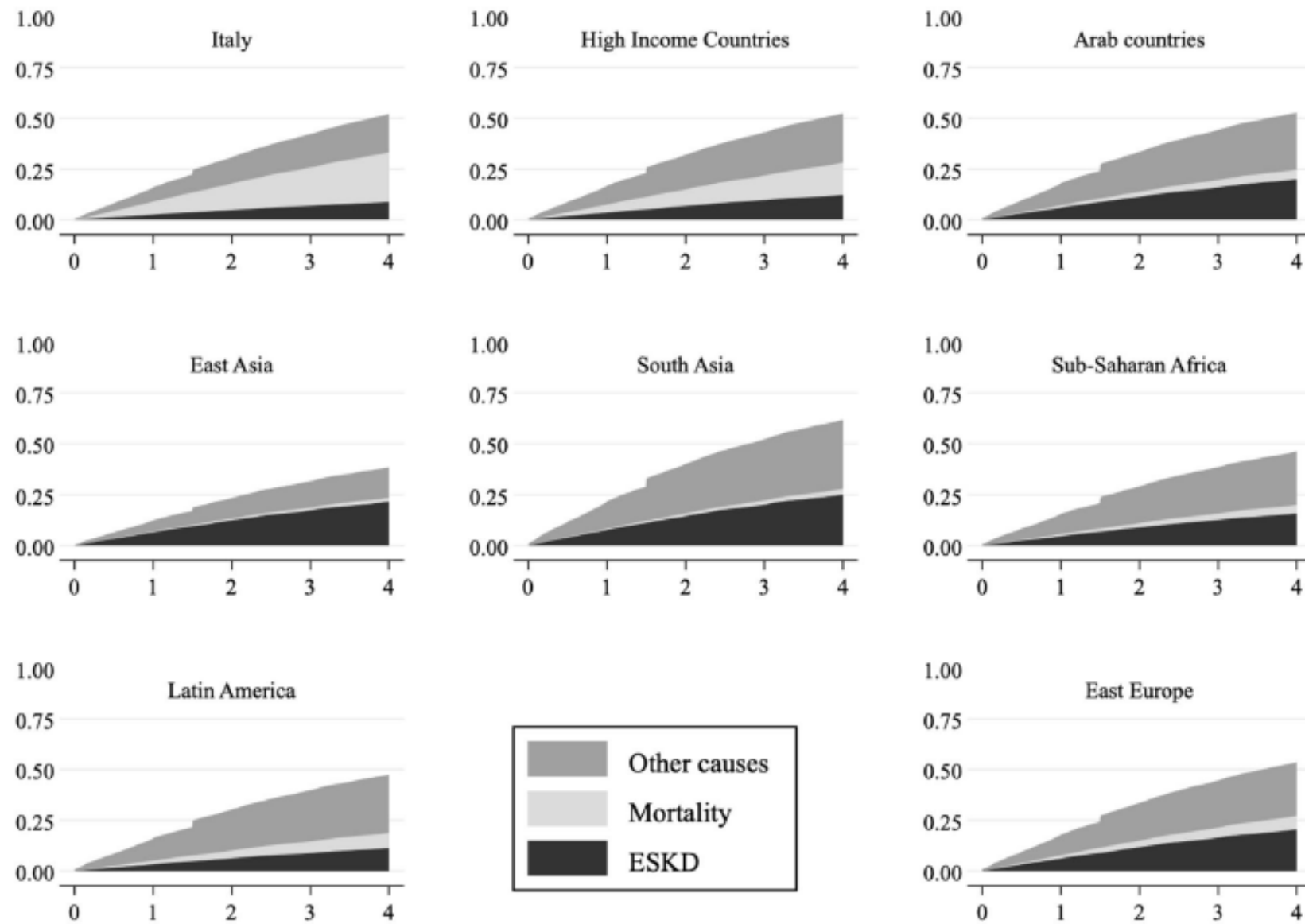
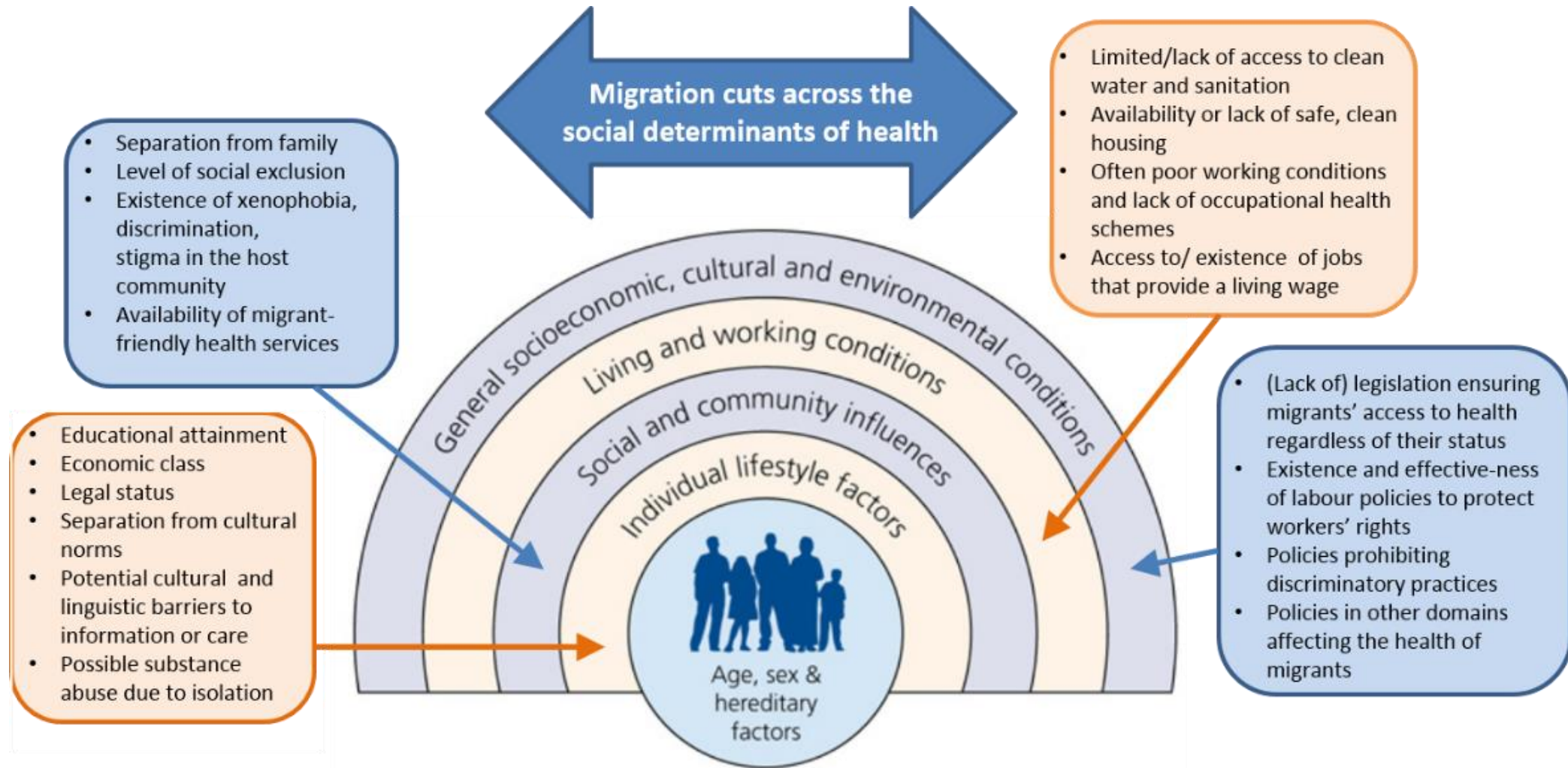
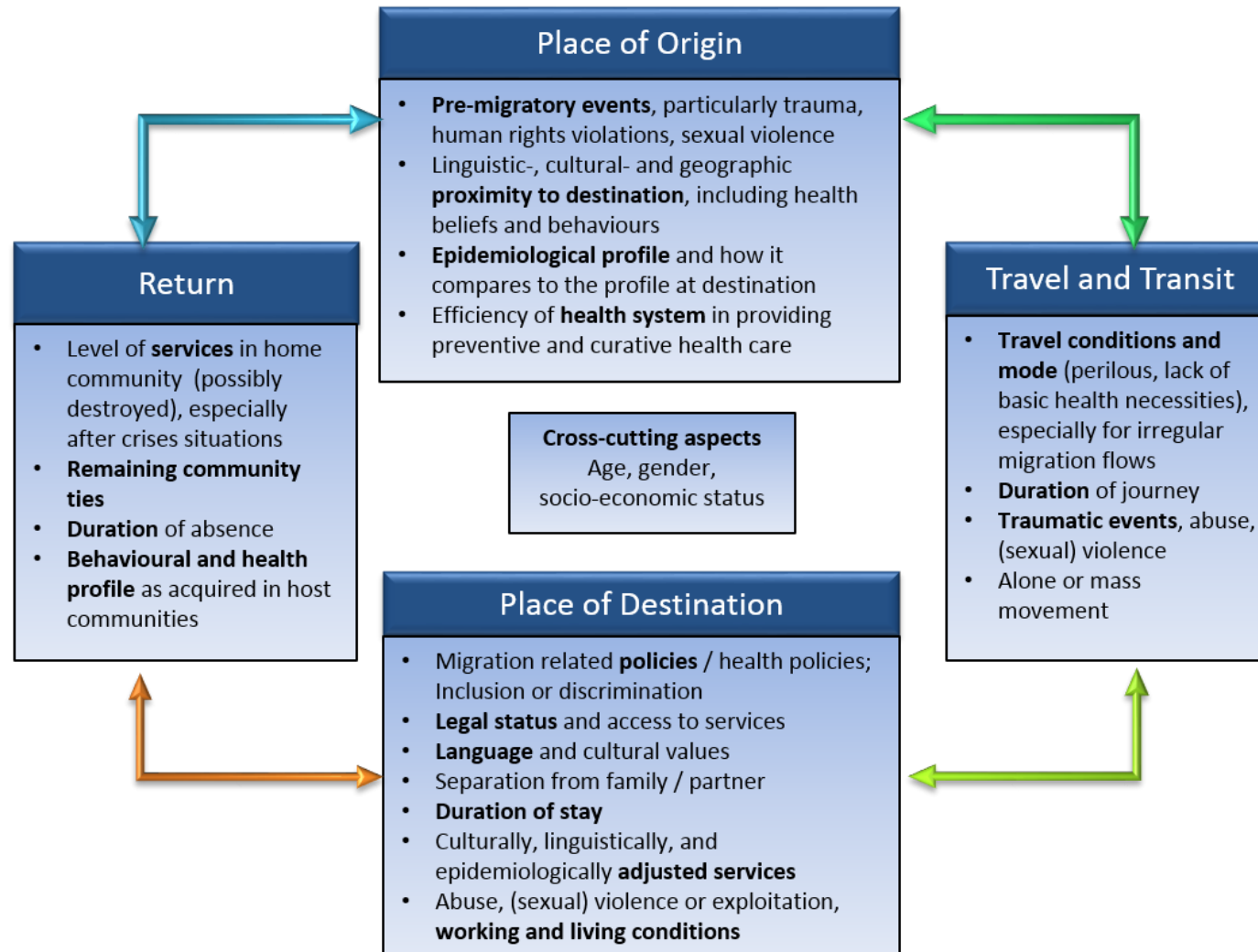


Fig. 3 Cumulative incidence functions of events causing interruption of follow-up in PIRP, in Italians and immigrant subgroups

La migrazione come determinante di salute





Determinanti pre-migratori

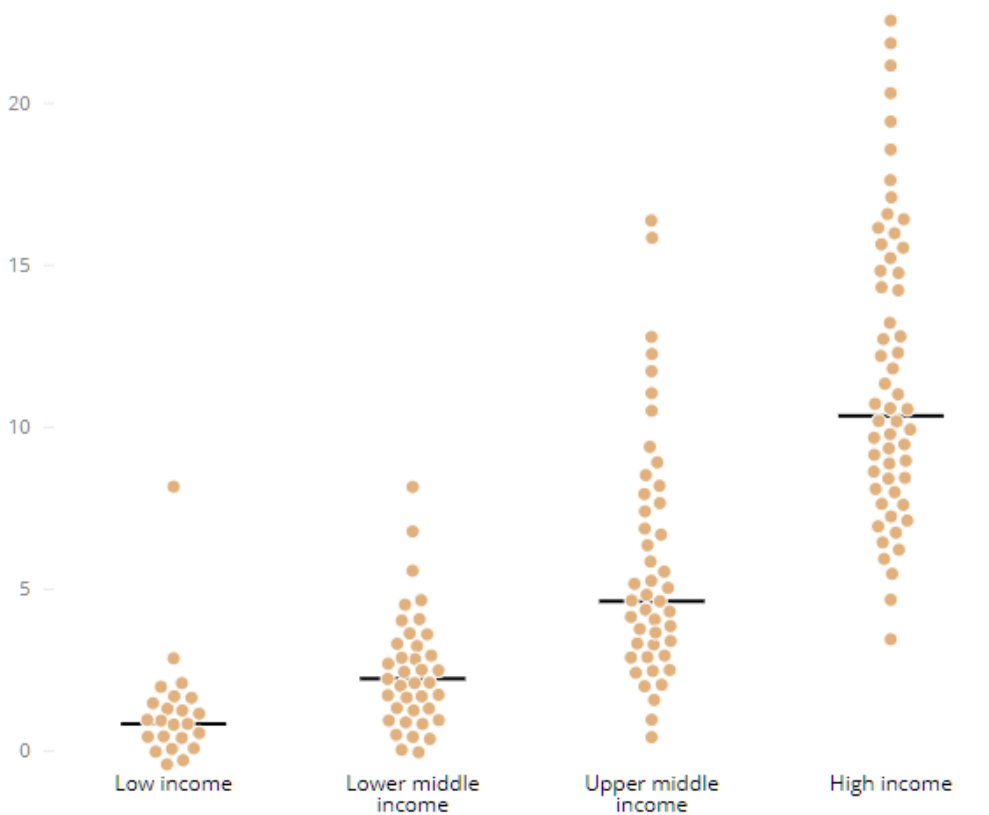
- **Alta prevalenza** di malattie infettive prevenibili e **associate alla povertà** e alle carenze di risorse, **TBC, HIV, HBV**, etc.
- **Ridotto tasso di immunizzazione** (scarso accesso alle cure o mancanza di servizi per guerre e calamità naturali)
- **Disturbi di salute mentale**



Interazione tra cause migratorie e condizioni di vita

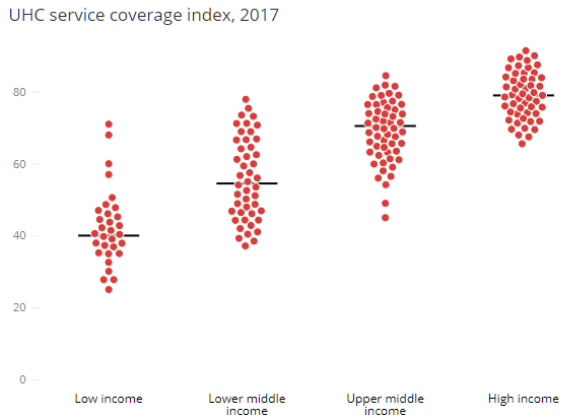
Medical personnel Nurses Physicians Hospital beds

Nurses and physicians per 1,000 people



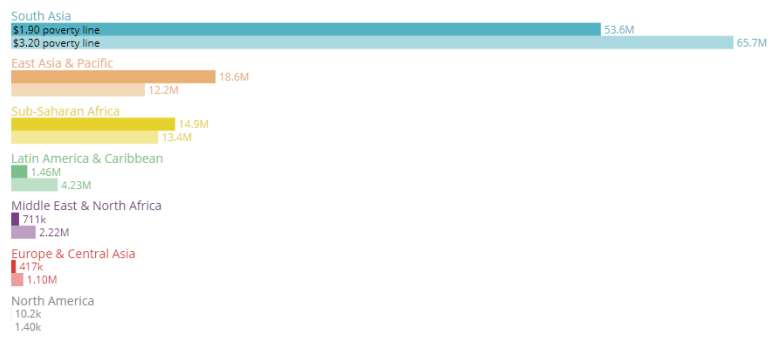
Note: Most recent value available; "Nurses" refers to nurses and midwives
 Source: World Development Indicators, World Health Organization

Coverage of essential health service improves with income



Source: World Development Indicators (SH.UHC.SRVS.CV.XD)

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



Source: World Health Organization and World Bank, 2019. Global Monitoring Report on Financial Protection in Health 2019

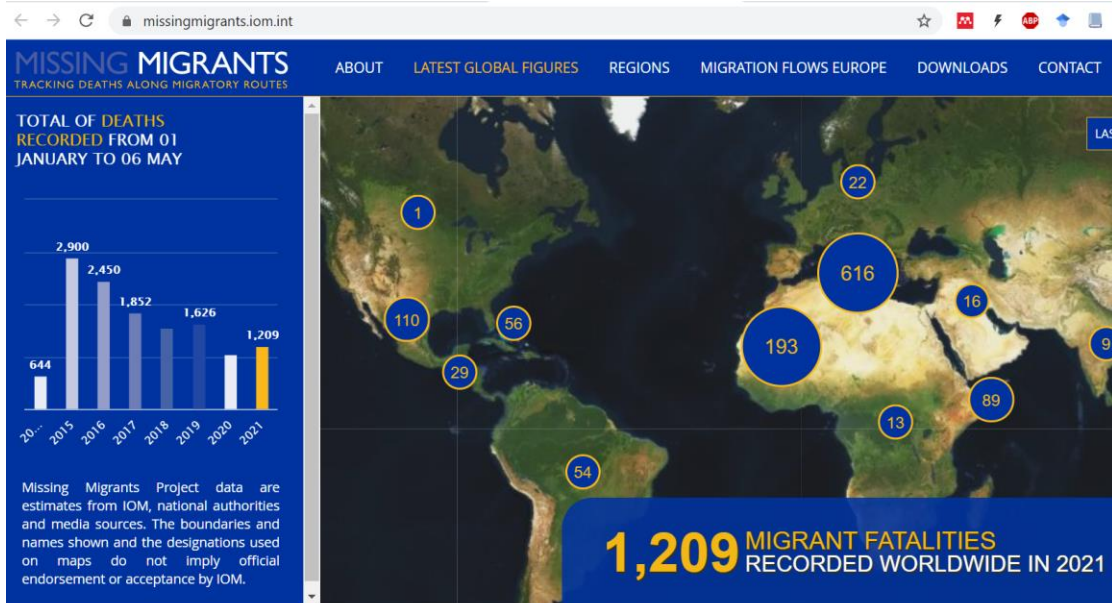
Determinanti peri-migratori

- alta prevalenza e quindi alto rischio di contagio di CDs
- slatentizzazione e riduzione immunizzazione
- esposizione a traumi e violenze
- ridotto accesso ai servizi e frammentazione percorsi di cura



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



Document updated as of 6 May 2021

EUROPE Dead and Missing at Sea

Key Figures

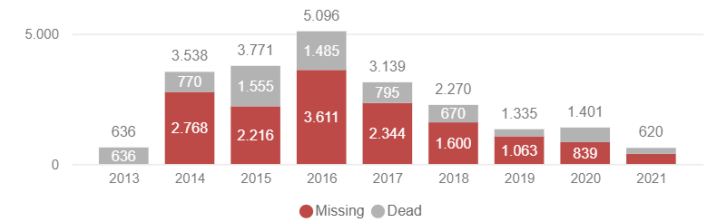
620 Dead and Missing in 2021 (as of 6 May)

280 Dead and Missing in 2020 (as of 6 May)

Dead and missing by year
2013 - 2021

Route

- Central Mediterranean
- Eastern Mediterranean
- Western Mediterranean

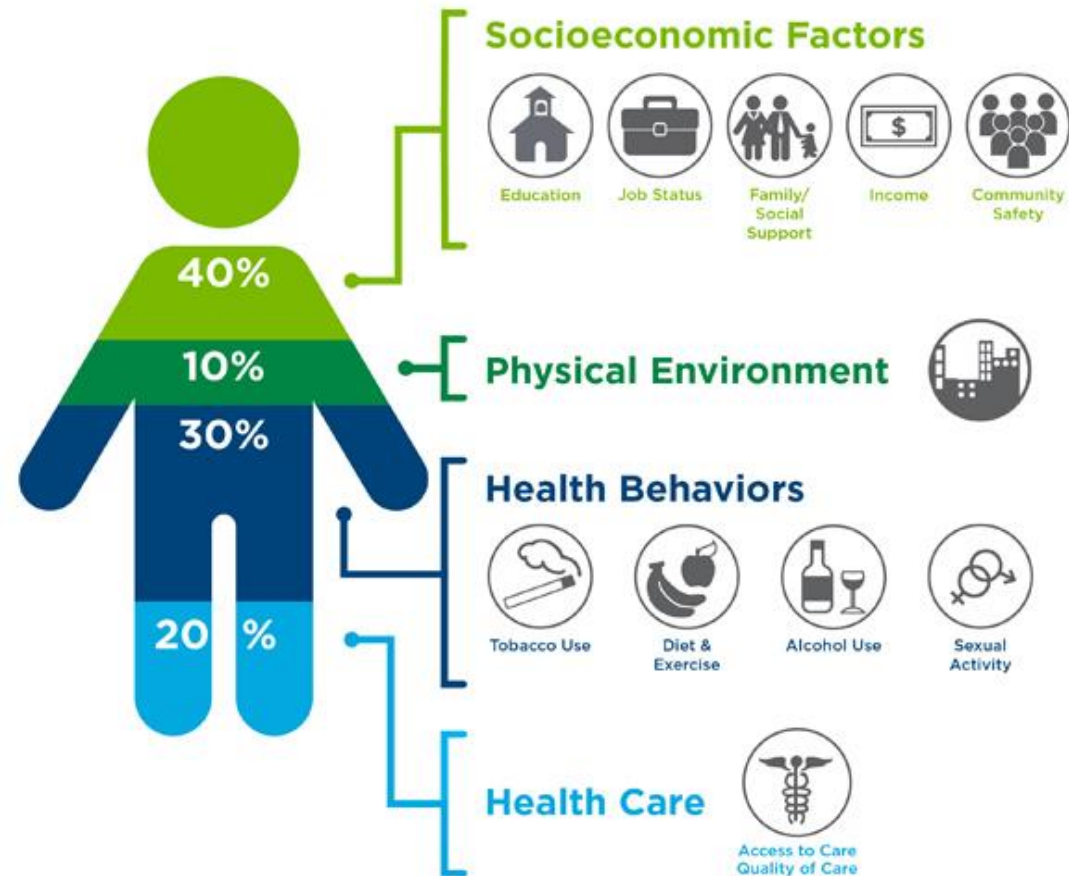


Determinanti post-migratori

- maggiore il rischio di infettarsi che di essere portatore di CDs
- più aumenta il tempo di permanenza più aumentano le malattie croniche e i tumori
- NCDs hanno esordio precoce e prognosi peggiore
- bassa aderenza agli screening e ridotto accesso alle visite mediche
- ruolo protettivo di fattori come status socio-economico e livello di istruzione



What Goes Into Your Health?



Source: Institute for Clinical Systems Improvement, Going Beyond Clinical Walls: Solving Complex Problems (October 2014)

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).
- **30 %** dei lavoratori stranieri si trova sotto la linea della **povertà relativa**, ovvero con un **reddito disponibile equivalente** nettamente inferiore alla media nazionale (dopo i trasferimenti sociali).
- **50%** si trova a **rischio di povertà o di esclusione sociale**¹, doppia rispetto a quella, comunque elevata, che si registra tra gli italiani (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).

¹un indice sintetico che mette insieme tre indicatori: 1) la quota di persone in povertà relativa (salari bassi); 2) in condizioni di grave deprivazione materiale; 3) a intensità lavorativa molto bassa.

Occupational health outcomes among international migrant workers: a systematic review and meta-analysis



Sally Hargreaves*, Kieran Rustage*, Laura B Nellums*, Alys McAlpine, Nicola Pocock, Delan Devakumar, Robert W Aldridge, Ibrahim Abubakar, Kristina L Kristensen, Jan W Himmels, Jon S Friedland, Cathy Zimmerman



Summary

Background Globally, there are more than 150 million international migrant workers—individuals who are employed *Lancet Glob Health 2019;*

- 150 million international migrant workers
- NA, UE, Medio-Oriente
- **caretakers, cleaners and helpers, delivery workers and porters.**
- **Industry, agriculture,**
- Seasonal workers and informal economy
- **Low wage occupation, long working hours, most dangerous**



• **3 Ds (Dirty, dangerous, demanding)** →

- **Poor mental health outcomes, perinatal mortality, injury risks,** barriers in access to care
- 47% morbidities, 22 workplaces injuries
- Poorer self-reported health
- **Musculoskeletal and dermatological** (agriculture), **stress and mental health issue** (cleaner and caregiver), **physical stress and injuries,**



- **2.5 mil 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 in nero
- **minore mobilità interna al mercato del lavoro, maggiore ricattabilità contrattuale, maggiore esposizione ad infortuni**

Condizioni abitative

- I **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 stranieri o difficoltà ad avere mutuo,
- **2/3 abitano in coabitazione, spesso** in condizioni di **sovraffollamento** (il 22,2% IT).
- **Aree-ghetto**: bassa qualità degli immobili (minor prezzo), meno servizi (*place effect*);
- **Insedimenti informali**. Nel 2018 MSF ne aveva mappati circa **50** con un numero complessivo di 10000 persone.

condizioni economiche, abitative, lavorative;

barriere linguistico-culturali, amministrative,
economiche, giuridiche;

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

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

effetto migrante sano - migrante esausto

disuguaglianze nello stato di salute

disponibilità di risorse



esposizione a fattori di rischio durante il percorso migratorio



fattori push



vulnerabilizzazione primaria



condizioni economiche, abitative, lavorative;

barriere linguistico-culturali, amministrative, economiche, giuridiche;



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

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

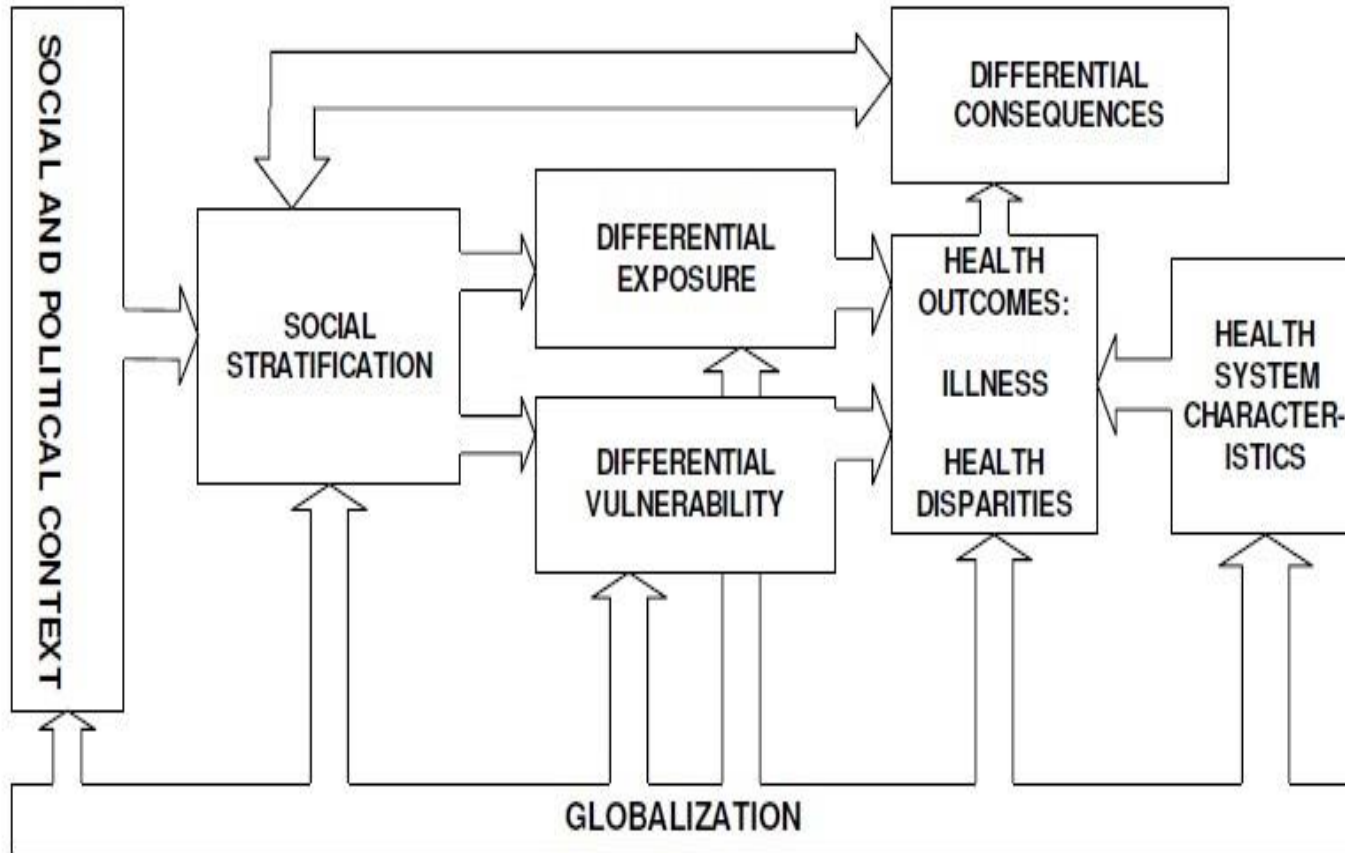


effetto migrante sano - migrante esausto/
vulnerabilizzazione secondaria



disuguaglianze nello stato di salute

Globalizzazione e salute

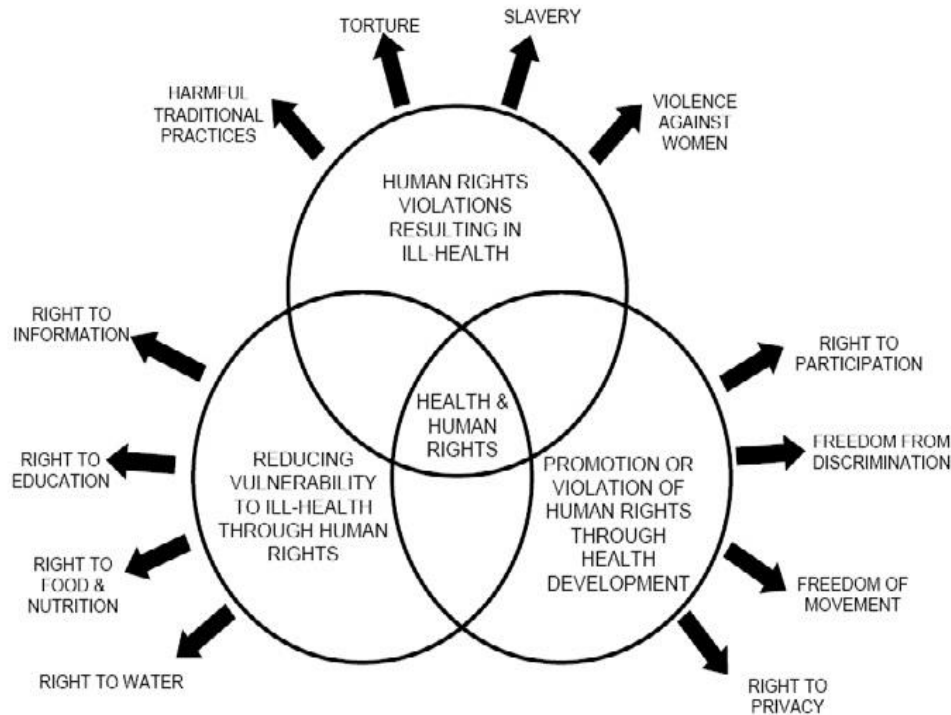


- Fattor push
- Disuguaglianze economiche
- Servizi sanitari
- Politiche migratorie

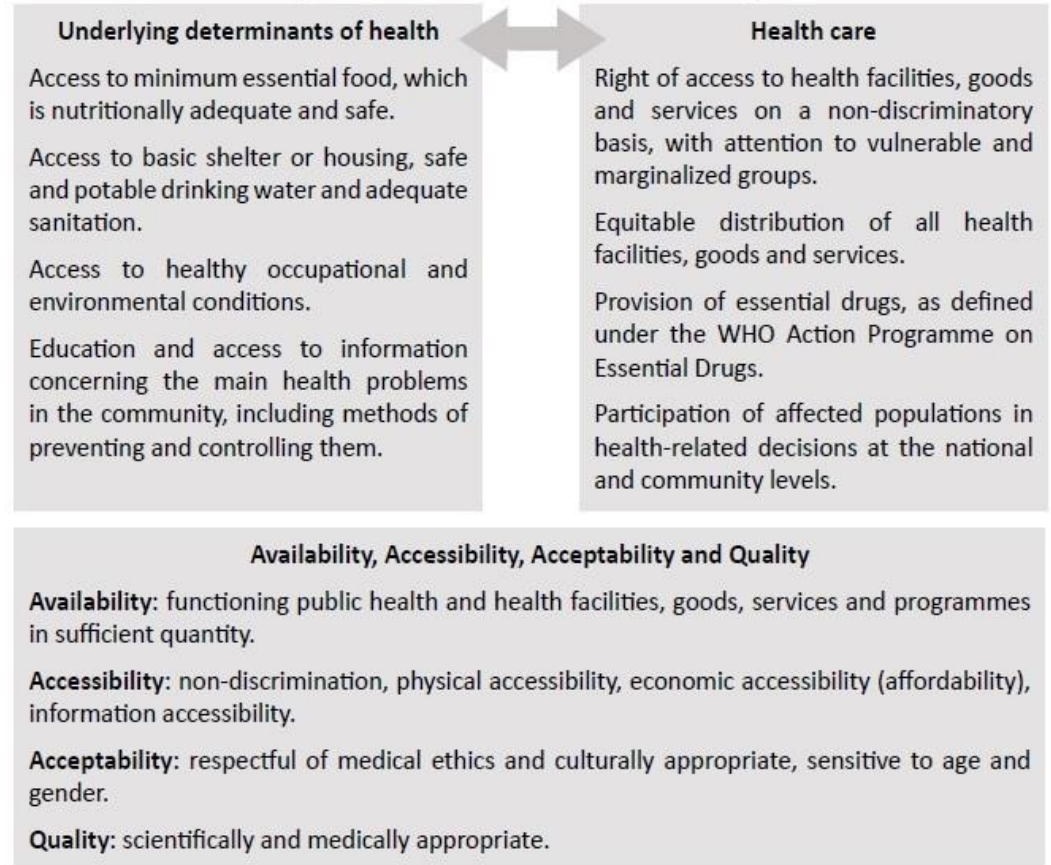


**Determinanti
di accesso
alle cure**

Determinanti prossimali di salute: l'accesso alle cure



THE RIGHT TO HEALTH



Le dimensioni dell'accesso alle cure

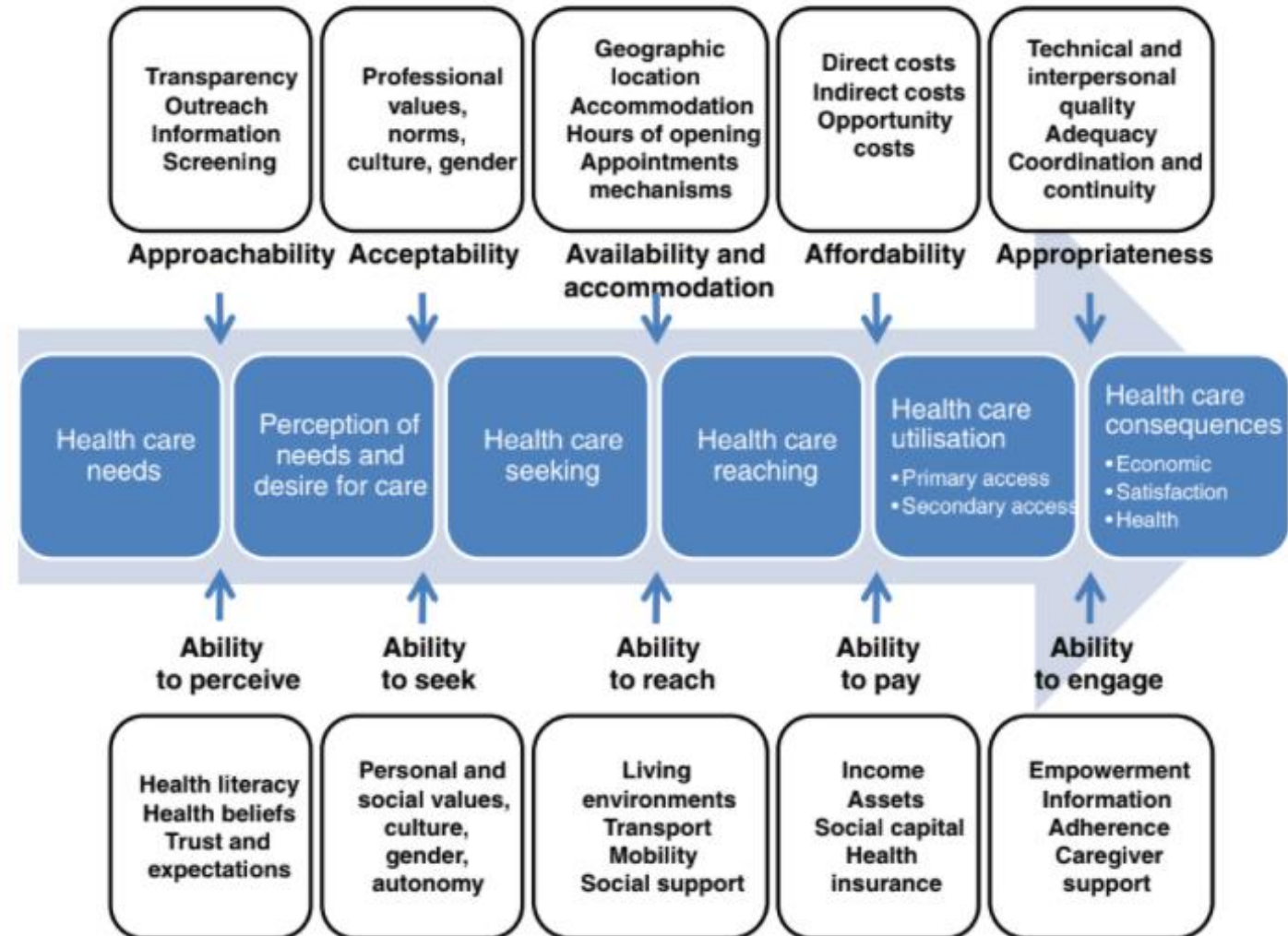


Figure 2 A conceptual framework of access to health care.

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)

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

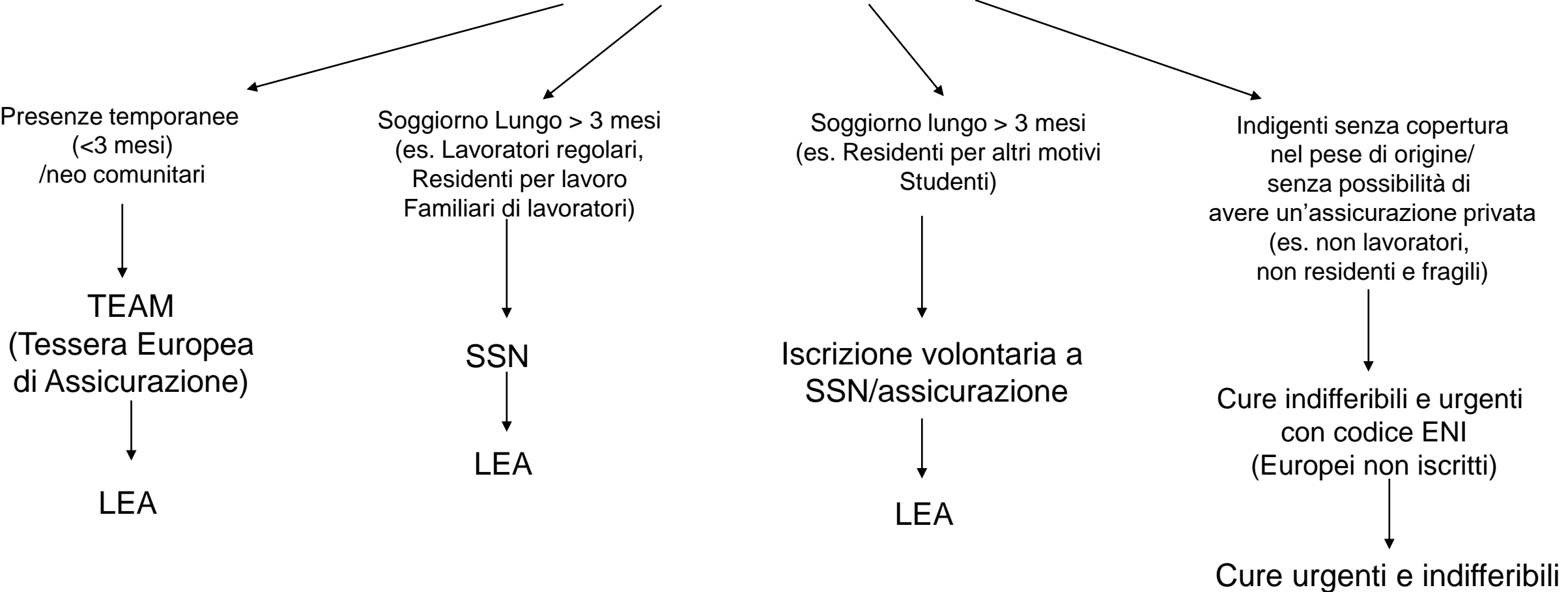
Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012

INDIVIDUO

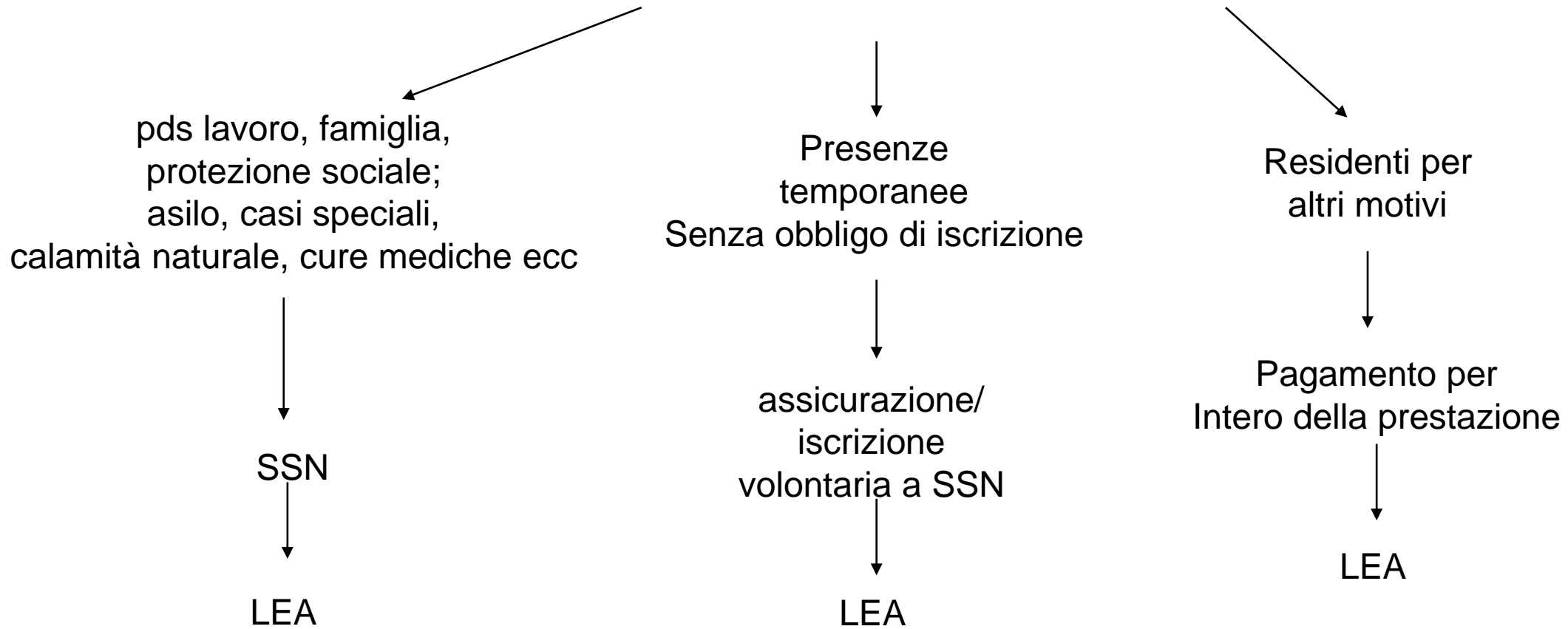


Un individuo può passare da una condizione ad un'altra (es. perdita del lavoro) subendo una frammentazione dei percorsi di assistenza

COMUNITARI



NON COMUNITARI CON REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO



NON COMUNITARI 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

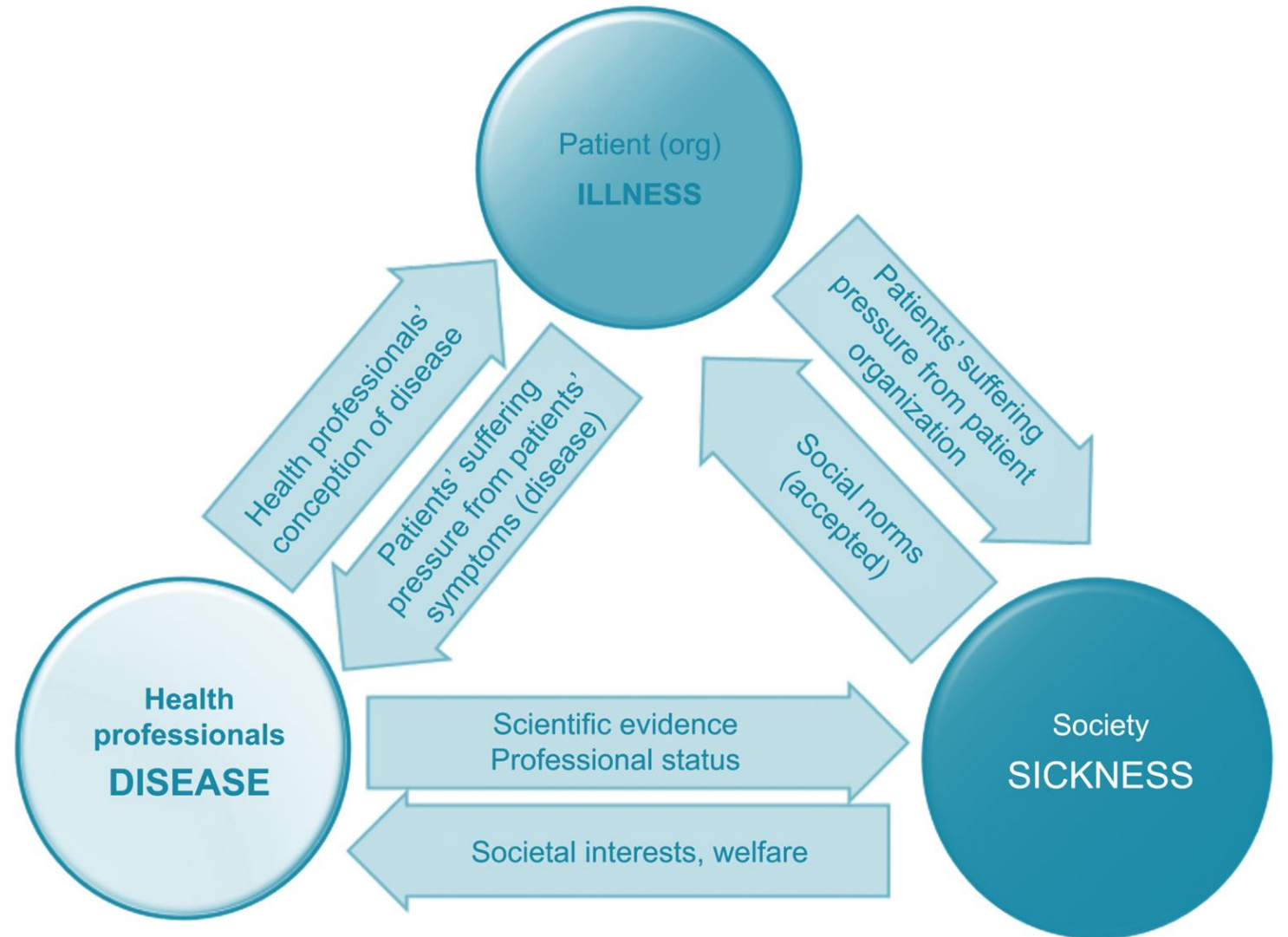
Accesso alle cure nella “Fortezza” Europa



- 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
- Aspetti medico-legali (es. consenso informato)
- Differenze di trattamento e di outcome



Cultura, salute e migrazione



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



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.



Sovente abituale su molte strade pronte di colore 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 ospedalizzati per HIV punto controverso è quello controllo di questi immigrati.rebbe opportuno effettuare protrazione di indagini che per la la visita medica, l'esame nosologia delle foto, 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

RAFFAELLA 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

Ma 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 sono, non serve disinettare gli ambienti. I pidocchi sono generati da cattive condizioni igienico-sanitarie e a Roma queste situazioni a rischio riguardano italiani e stranieri. Il problema non è il pidocchio ma la povertà. In la grande dormo sotto i ponti, il minimo che si può prendere sono i pidocchi.

consigli del cattiva educazione. Ma una circolare prevede l'abolizione l'anno se i genitori non mi che conigliate loro soluzione.

Allarme Aids, è malato un immigrato su dieci
La Repubblica 28-02-01 p. 27
ROMA - In Italia è allarme Aids. In

Cultura, salute e migrazione

- diversa visione di **corpo, salute e malattia** possono molto influenzare la relazione tra medico e paziente, tra servizio e comunità e quindi l'accesso ai servizi. Si parla infatti di necessità da parte dei servizi di elaborare “competenze culturali”.
- Anche in questo caso i costrutti sociali e l'immaginario collettivo agiscono sulla visione dell'altro e condizionano la relazione e le scelte. Se da un lato il migrante può immaginarsi il medico occidentale come il guaritore super tecnologico, dall'altra il medico vede il migrante come portatore di chissà quale malattia esotica (**sindrome di Salgari**)

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..



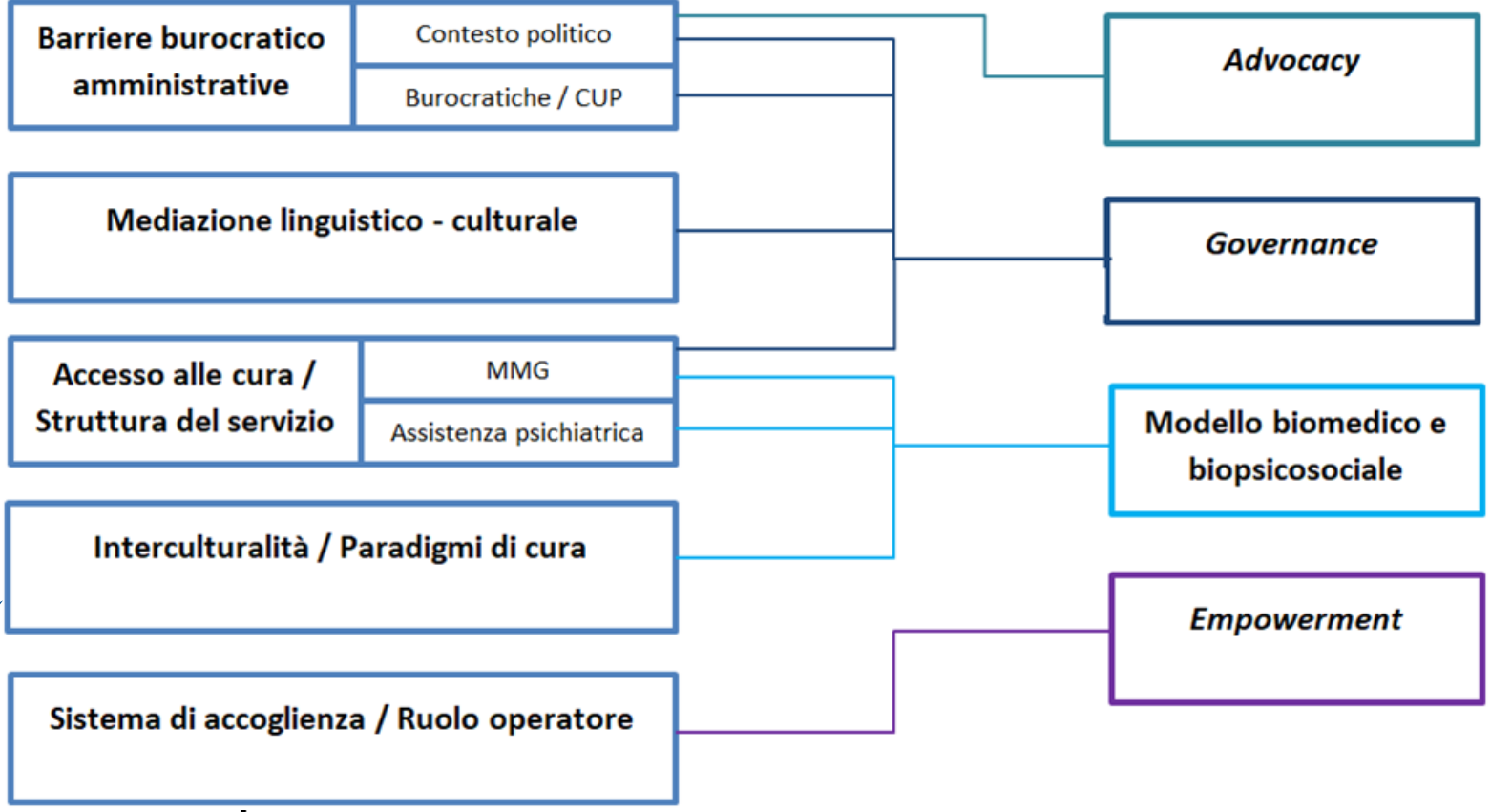
«Con lo stesso documento riesci a iscrivere una persona in un CUP e non in un altro, perché rispetto al decreto di ottobre, piuttosto che le direttive a livello regionale piuttosto che provinciale piuttosto che le indicazioni dal Comune, c'è spesso un conflitto»

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

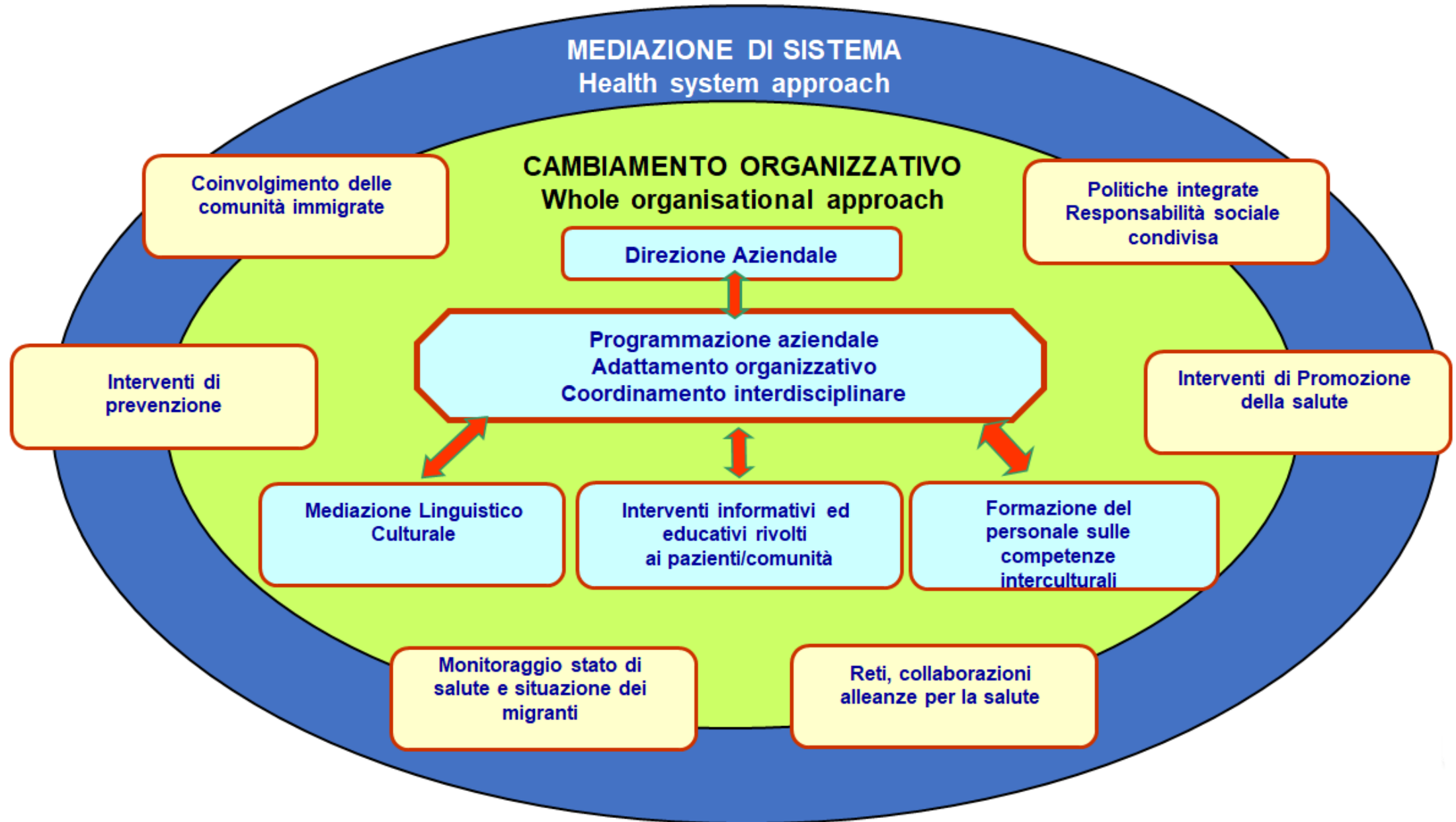
«...arrivi dal MMG con il foglio, ti fa una ricevuta, vai a prendere la medicina e poi basta, non c'è il tempo di spiegare...»

«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»



Il modello migrant friendly e mediazione di sistema



Strategie di intervento e di contrasto alle disuguaglianze



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

No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH

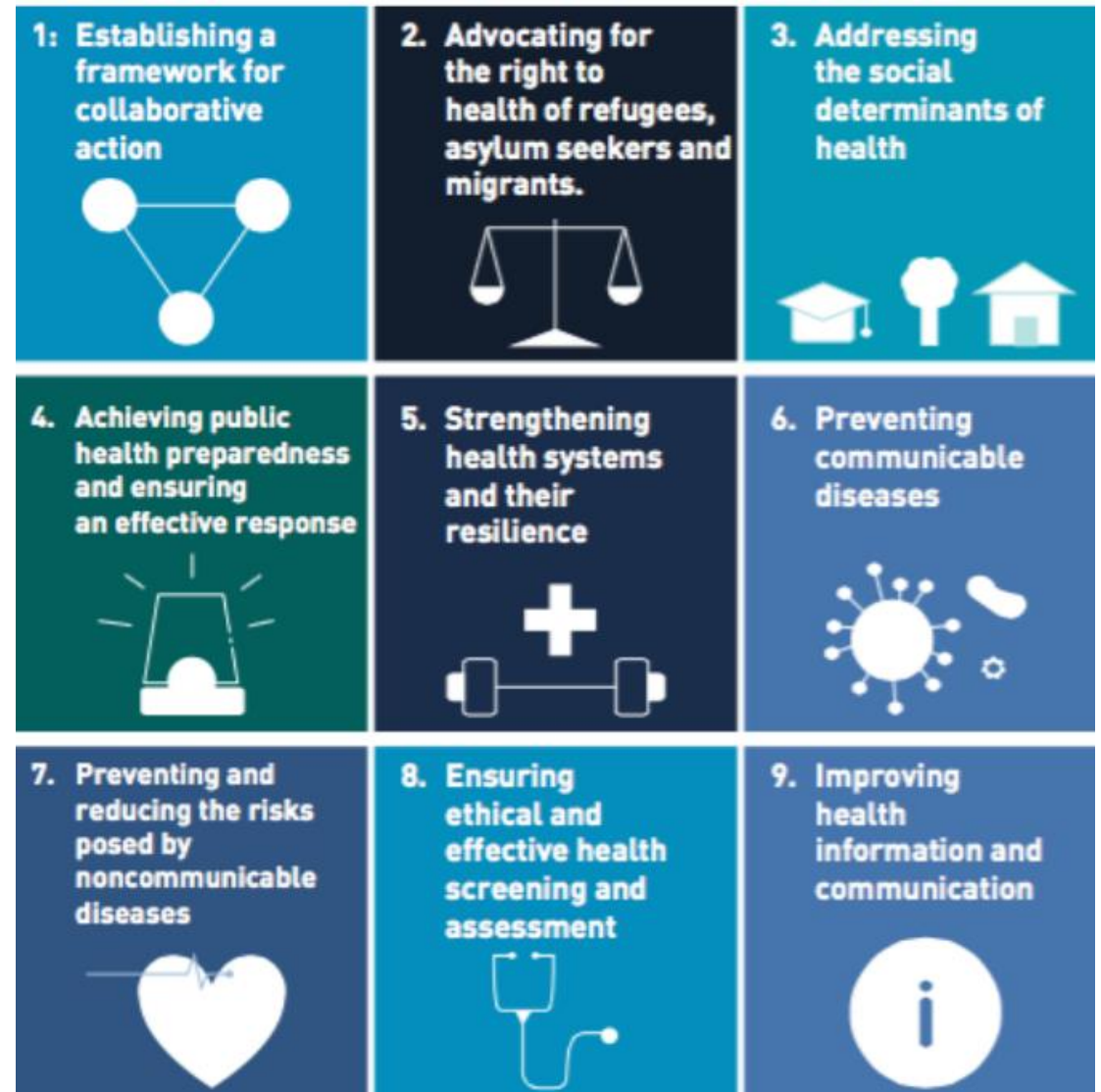


- Regional committee for Europe 66th session, **STRATEGY AND ACTION PLAN**
- Azioni a breve termine
- Progettualità a lungo termine
- Universal health coverage

Peop

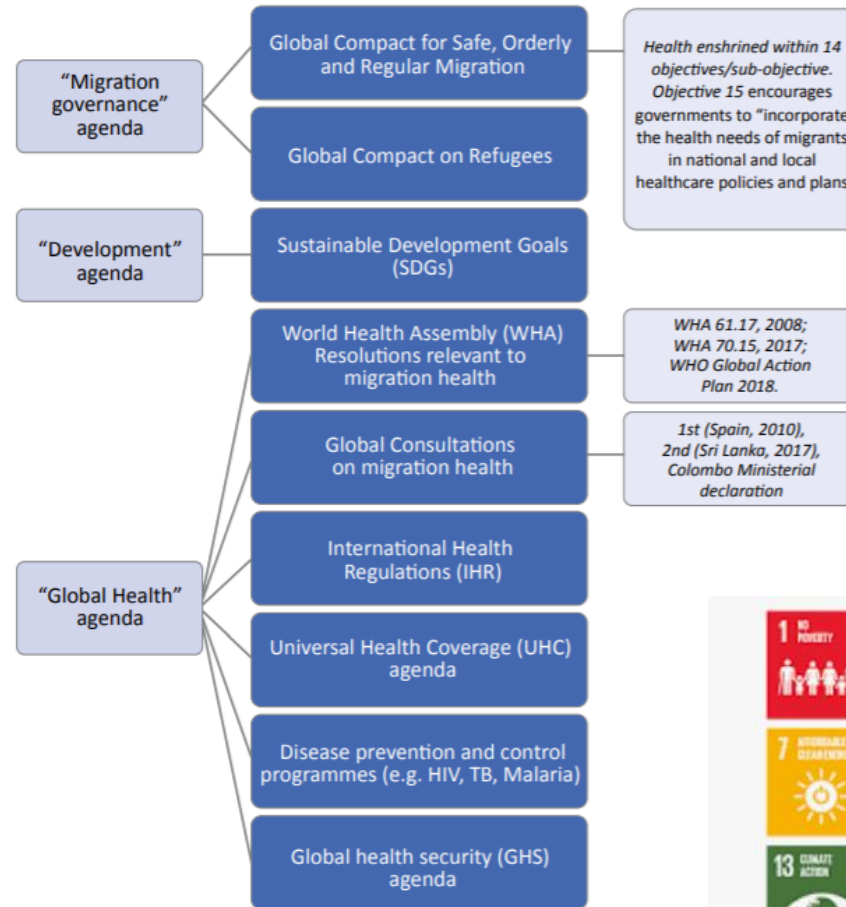


« **a common framework** for collaborative action on refugee and migrant health, acting in a spirit of **solidarity** and mutual assistance, to promote a **common response**, thereby avoiding uncoordinated single-country solutions»



Migration governance → engagement of local health authorities

Figure 2. Global agendas for advancing migration and health goals



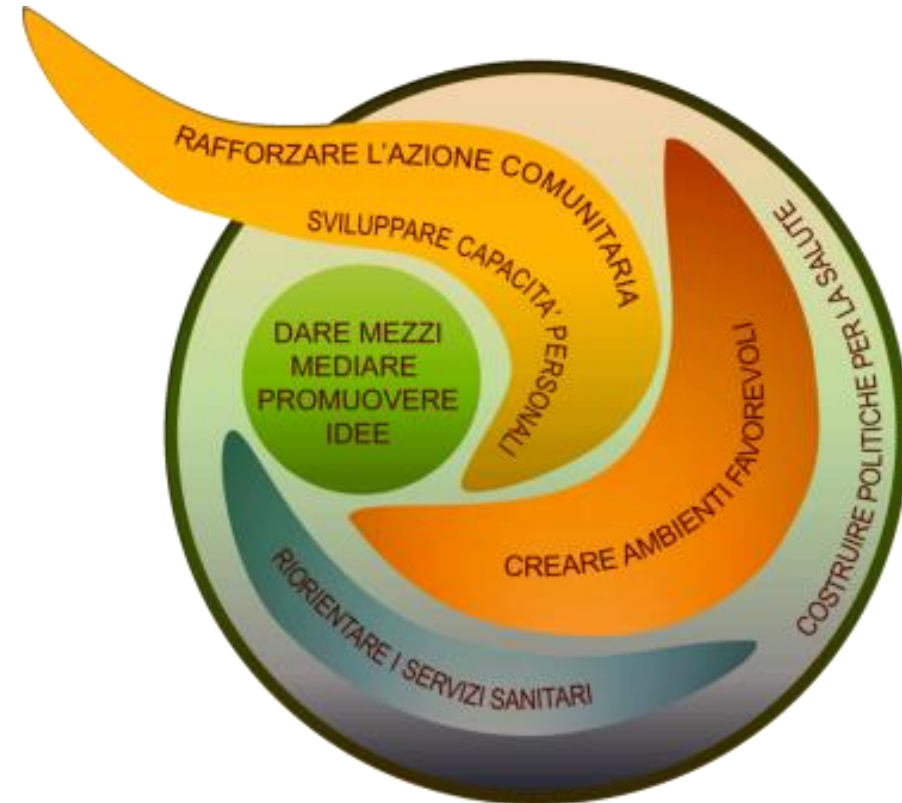
PROMOZIONE ALLA SALUTE



- **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



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, 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

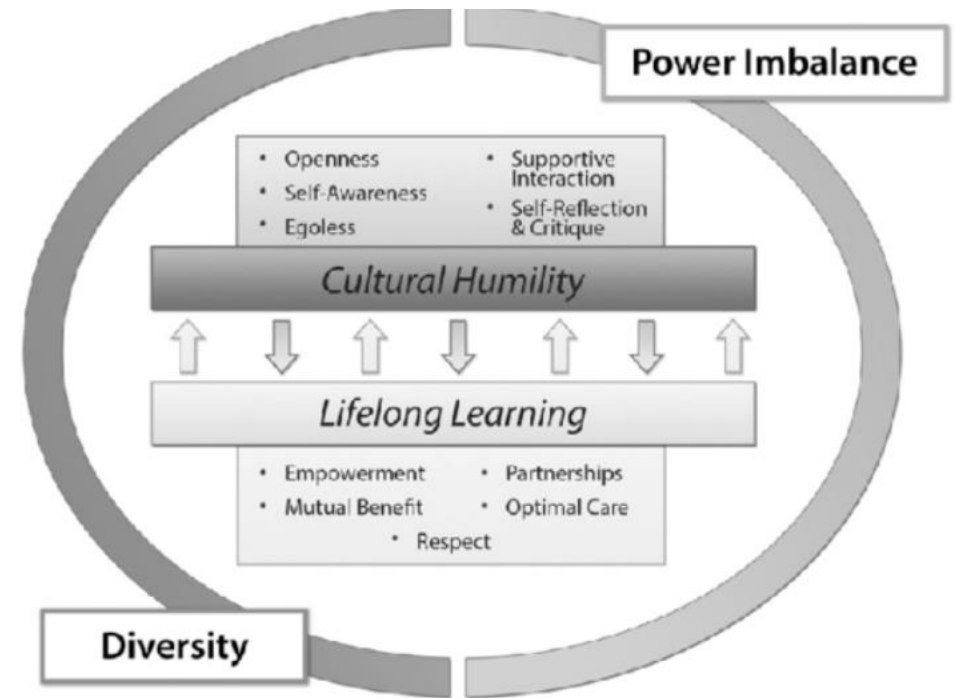
Empowerment, Health literacy

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 sé e degli altri
 - Egoless: visione orizzontale, 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)»

Fig. 1. Applying the Ottawa Charter to migration

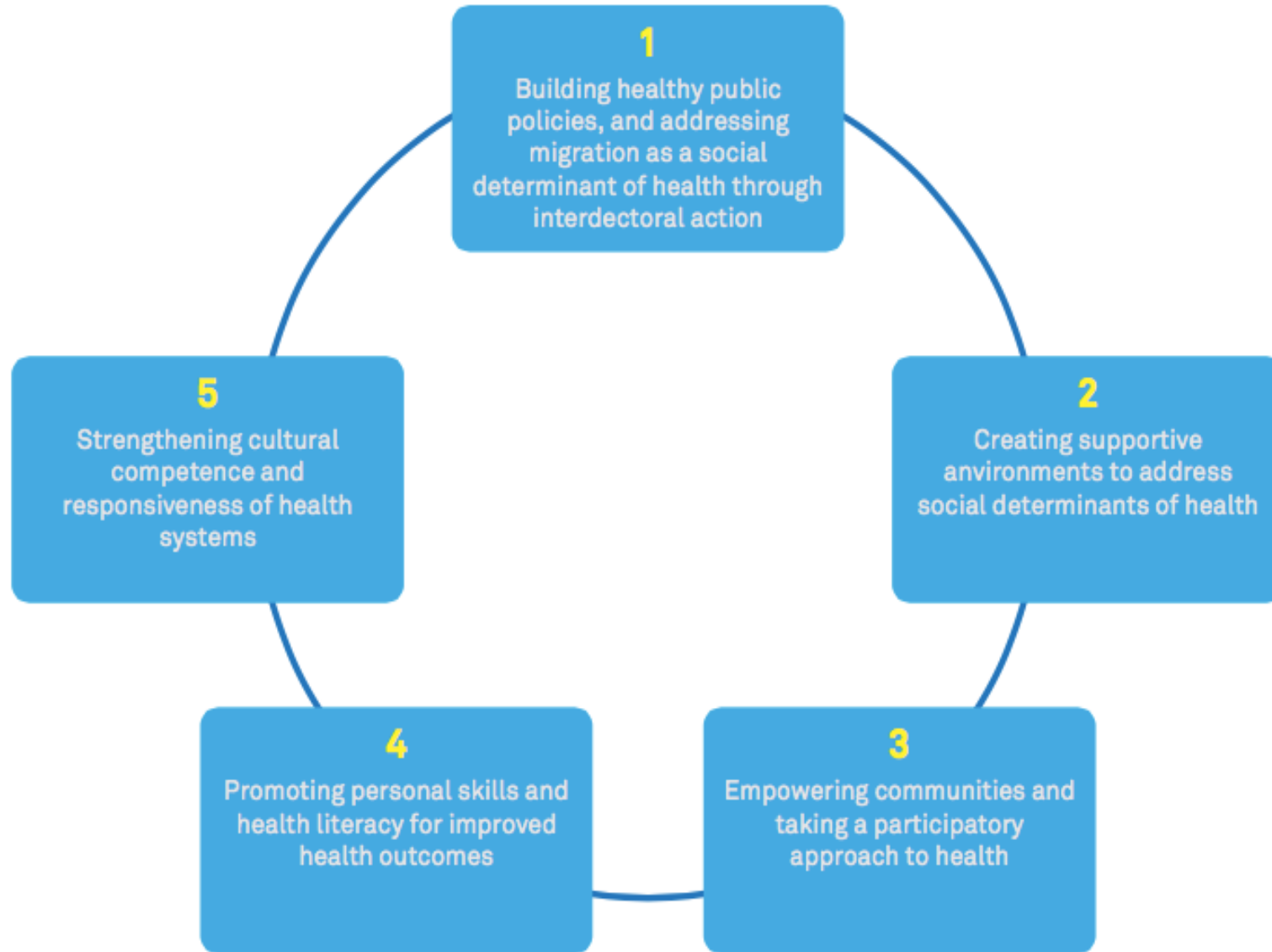
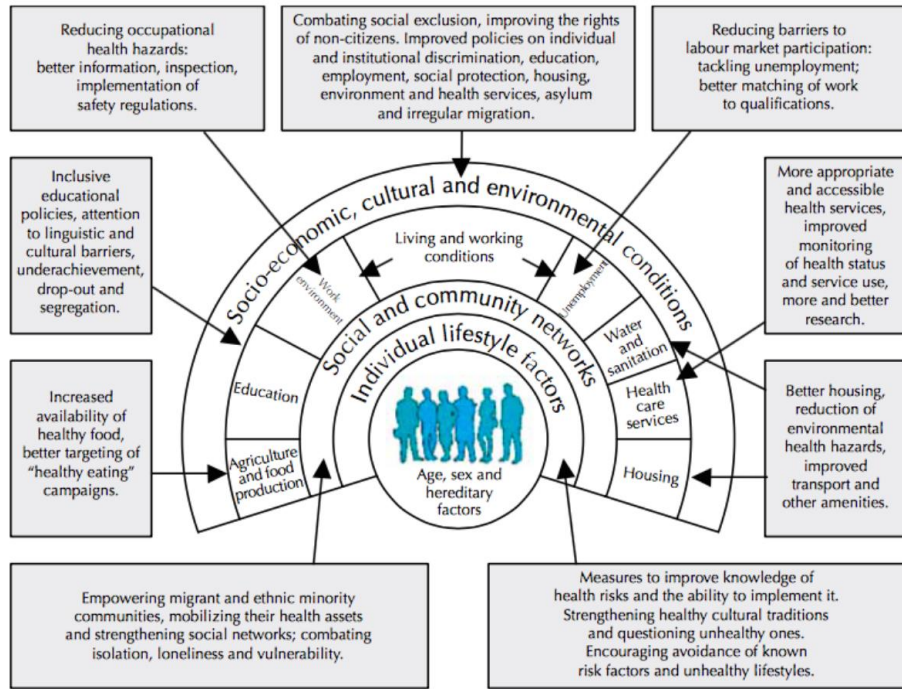


Fig. 1. Policy measures required to tackle the social determinants of health for migrants and ethnic minorities



- 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

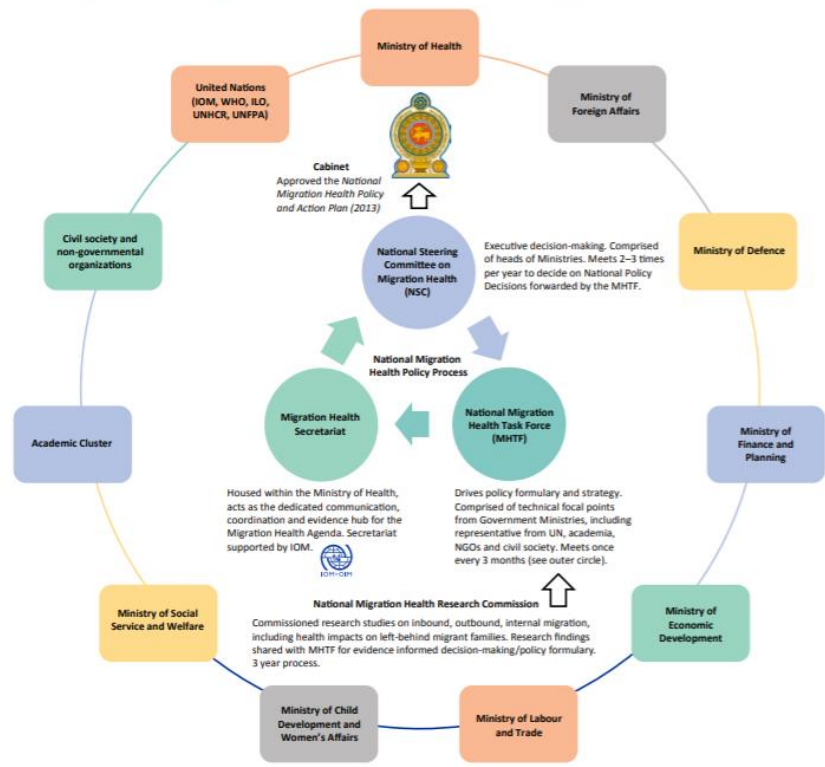
- Low socioeconomic position is linked to...

"Policies must examine the implications for different sectors, with implications for planning, budgeting and implementation...it is important that policies should recognise migrants, refugees and asylum seekers as 'part of society' rather than requiring 'exceptional', 'emergency' responses, embedding them structurally in health systems and other areas at local, national and regional levels and addressing their needs as individuals and not as part of a plural 'them'."

Costruire politiche per la salute

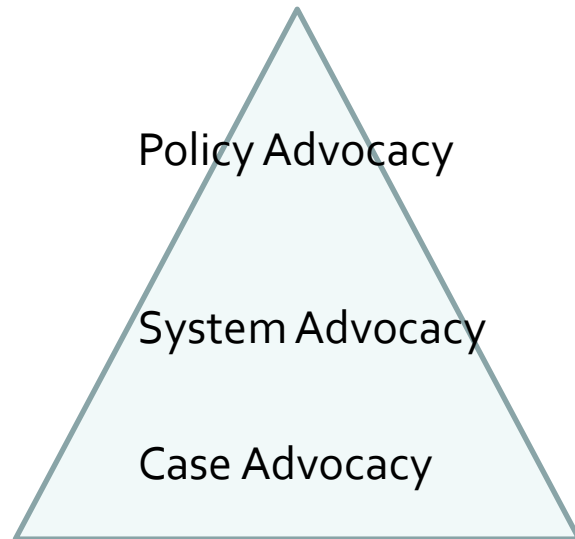


Figure 1. Advancing a National Migration and Health Policy process in Sri Lanka



- 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



- **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.

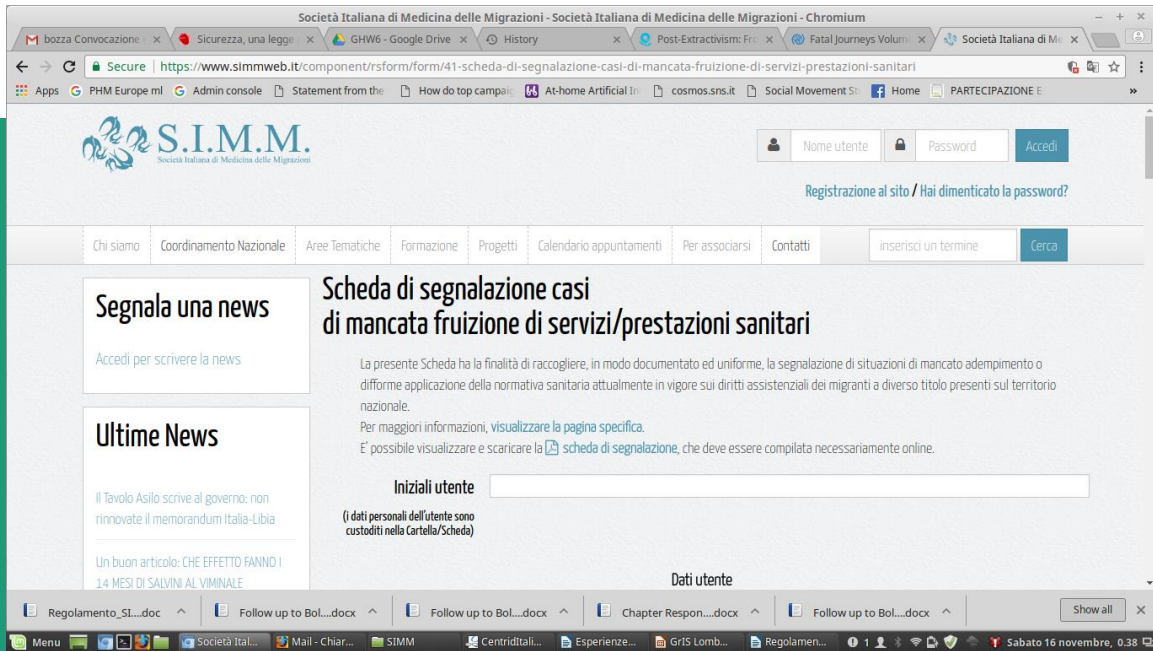
La Società Italiana di Medicina delle Migrazioni in breve

- ❖ 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

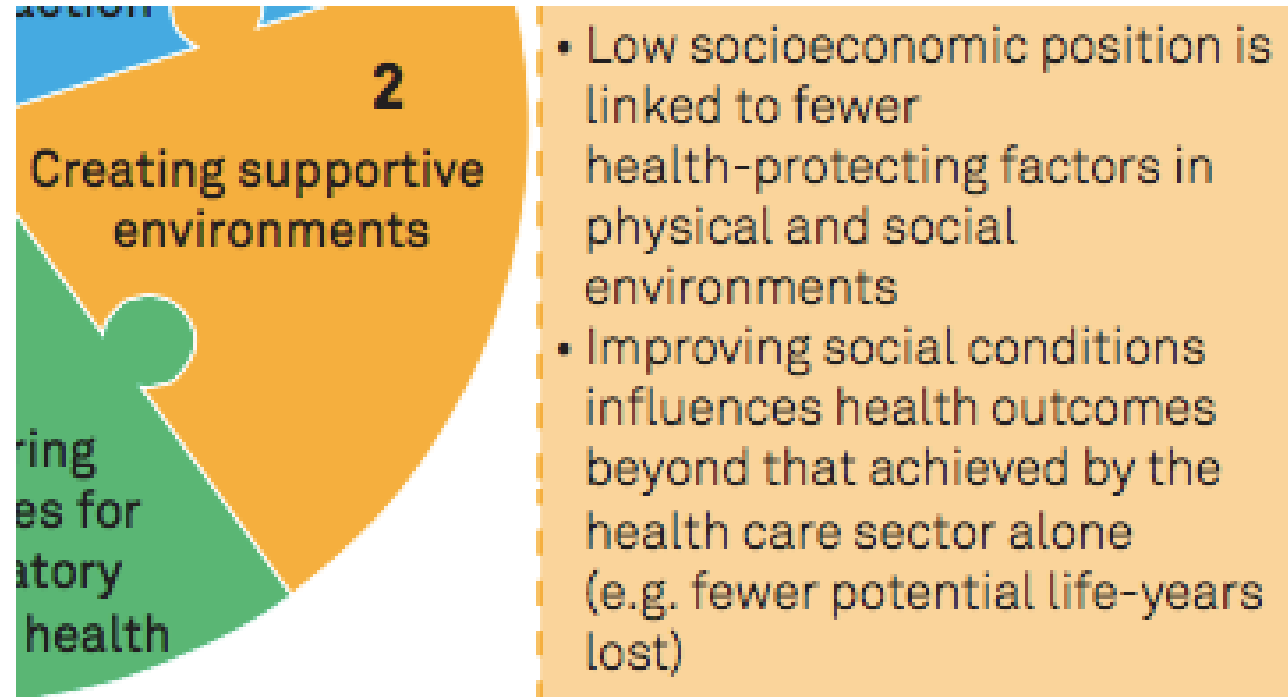


GrIS Emilia-Romagna partecipa al Tavolo regionale:

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"



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.

Comprehensive Refugee Response Framework (CRRF)

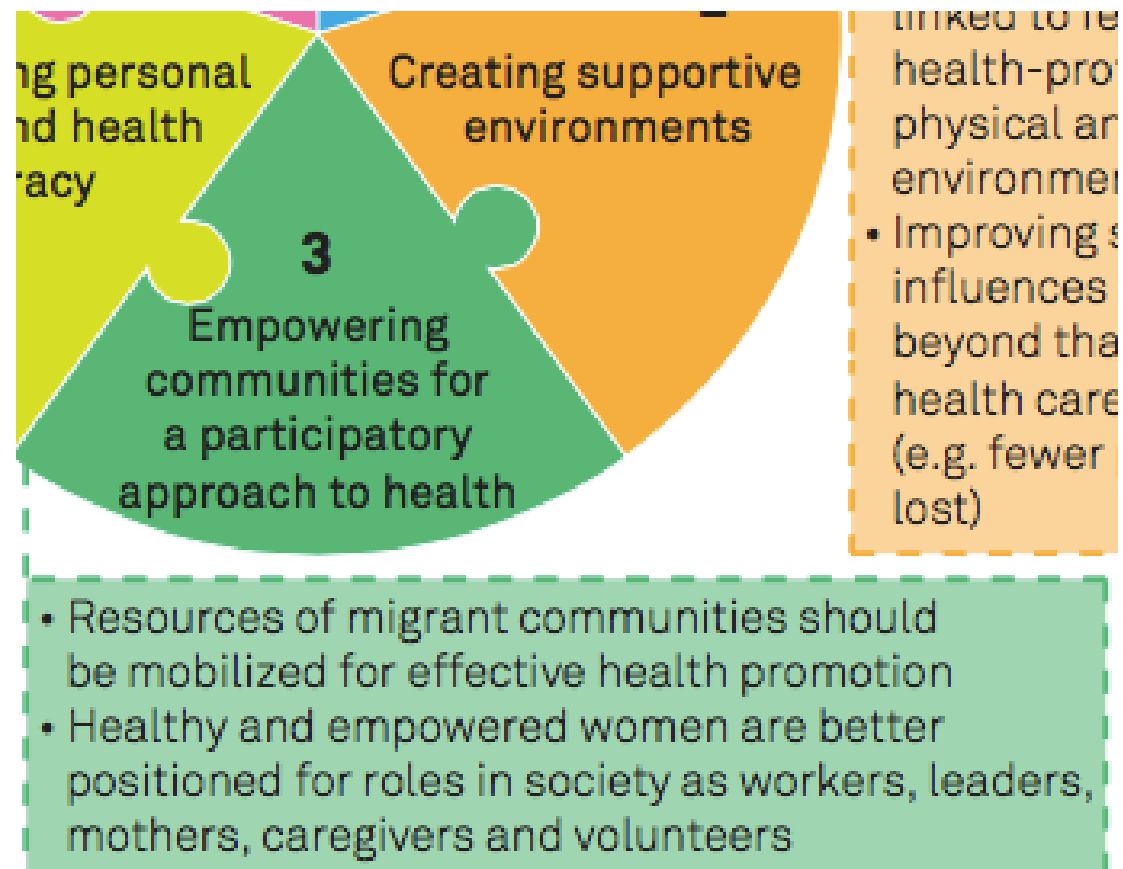
- E' un modello che comprende una serie di azioni da attuare in contesti con un elevato numero di rifugiati
- 4 aree:
 - Reception and admission measures
 - Support for immediate and ongoing needs
 - Support for host countries
 - Enhanced opportunities for durable solutions
- **INTEGRATION AS A DIMENSION OF A SOCIAL PROTECTION STRATEGY**



Ethiopia. Refugee and host community women farmers say hello at the irrigation scheme. Here, refugees and host communities share land to grow crops. © UNHCR/Diana Díaz

Comprehensive refugee response framework: The ethiopia model UNHCR

Rafforzare l'azione comunitaria



Ruolo chiave delle community-based organizations / **organizzazioni "dal basso"**.

I livelli della partecipazione:

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

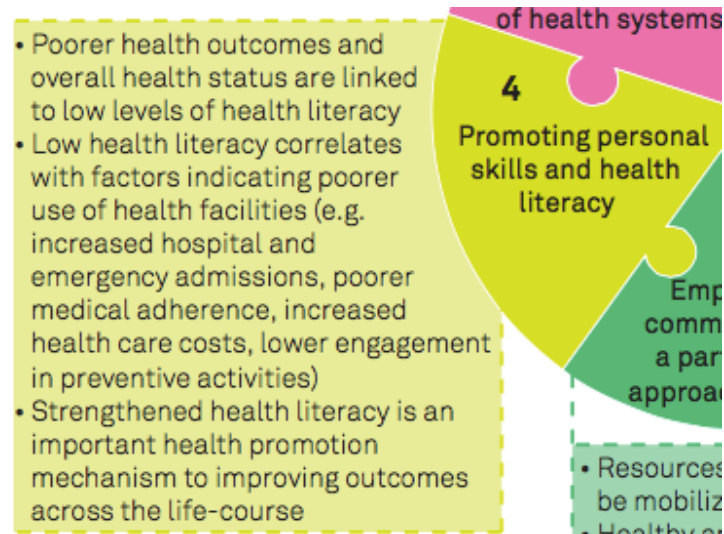
Community based approach: le persone direttamente coinvolte in una questione vengono incluse come key partners nel sviluppare strategie risolutive.

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



Orientamento ai servizi sanitari

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*.

« 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

Ricerca

Research article | [Open Access](#) | Published: 20 June 2018

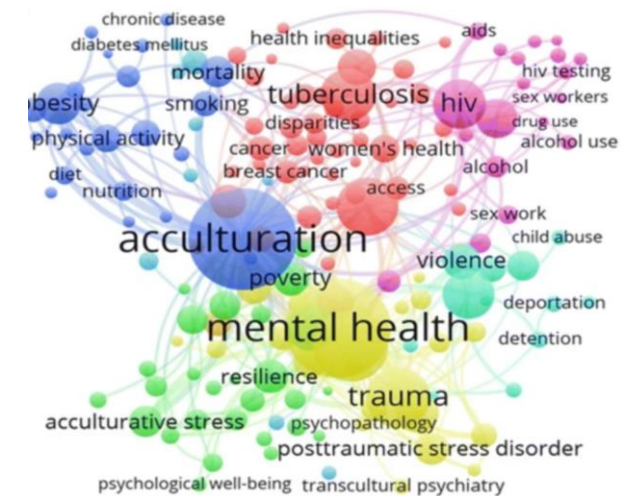
Bibliometric analysis of global migration health research in peer-reviewed literature (2000–2016)

[Waleed M. Sweileh](#) , [Kolitha Wickramage](#), [Kevin Pottie](#), [Charles Hui](#), [Bayard Roberts](#), [Ansam F. Sawalha](#) & [Saed H. Zyoud](#)

[BMC Public Health](#) **18**, Article number: 777 (2018) | [Cite this article](#)

Caratteristiche principali:

- Refugees and asylum seekers
- High Income Countries (89,6%)
- Topic salute mentale e comportamenti psico-sociali (47%)
- Le tre università che pubblicano di più sono: Toronto, Amsterdam, Columbia di New York



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

Migrazione e COVID-19

I determinanti di salute della popolazione migrante durante l'emergenza sanitaria

Corso elettivo:

"Salute globale: determinanti sociali e strategie di primary health care"

AA 2020/21

Delia Da Mosto - Scuola di Medicina e Chirurgia



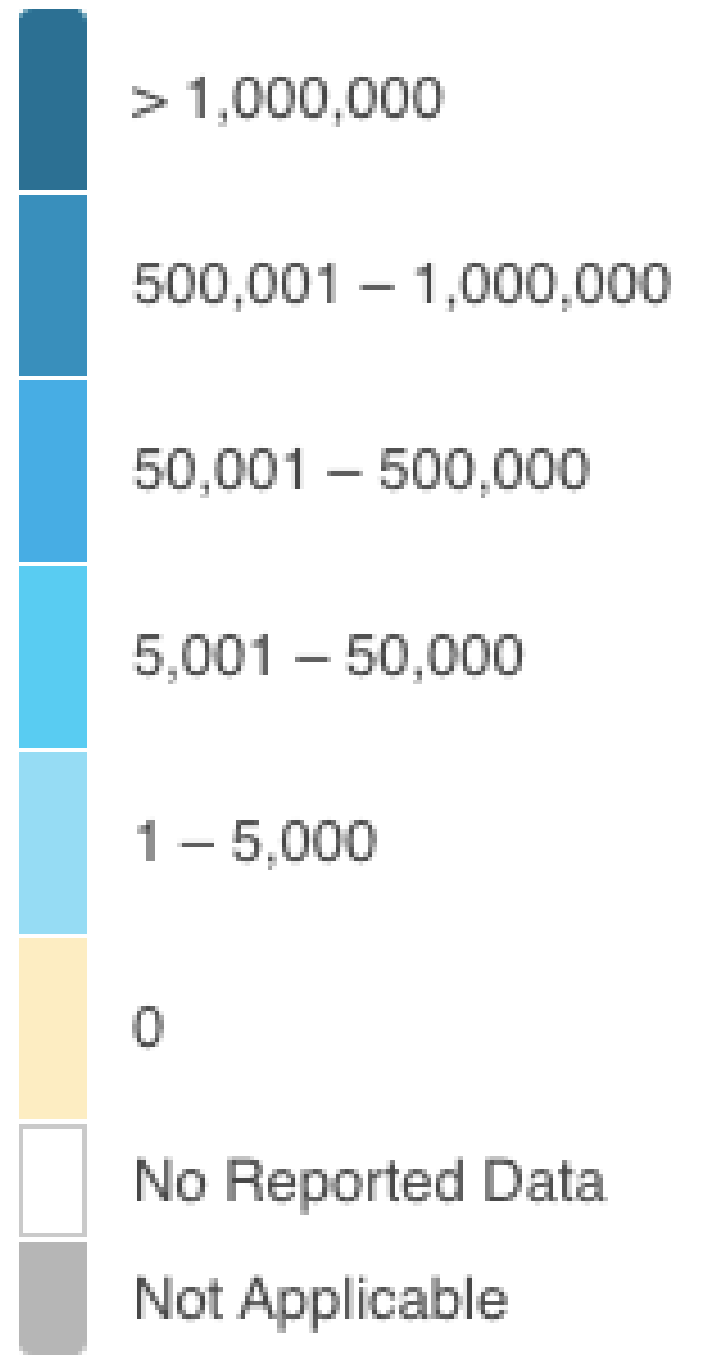
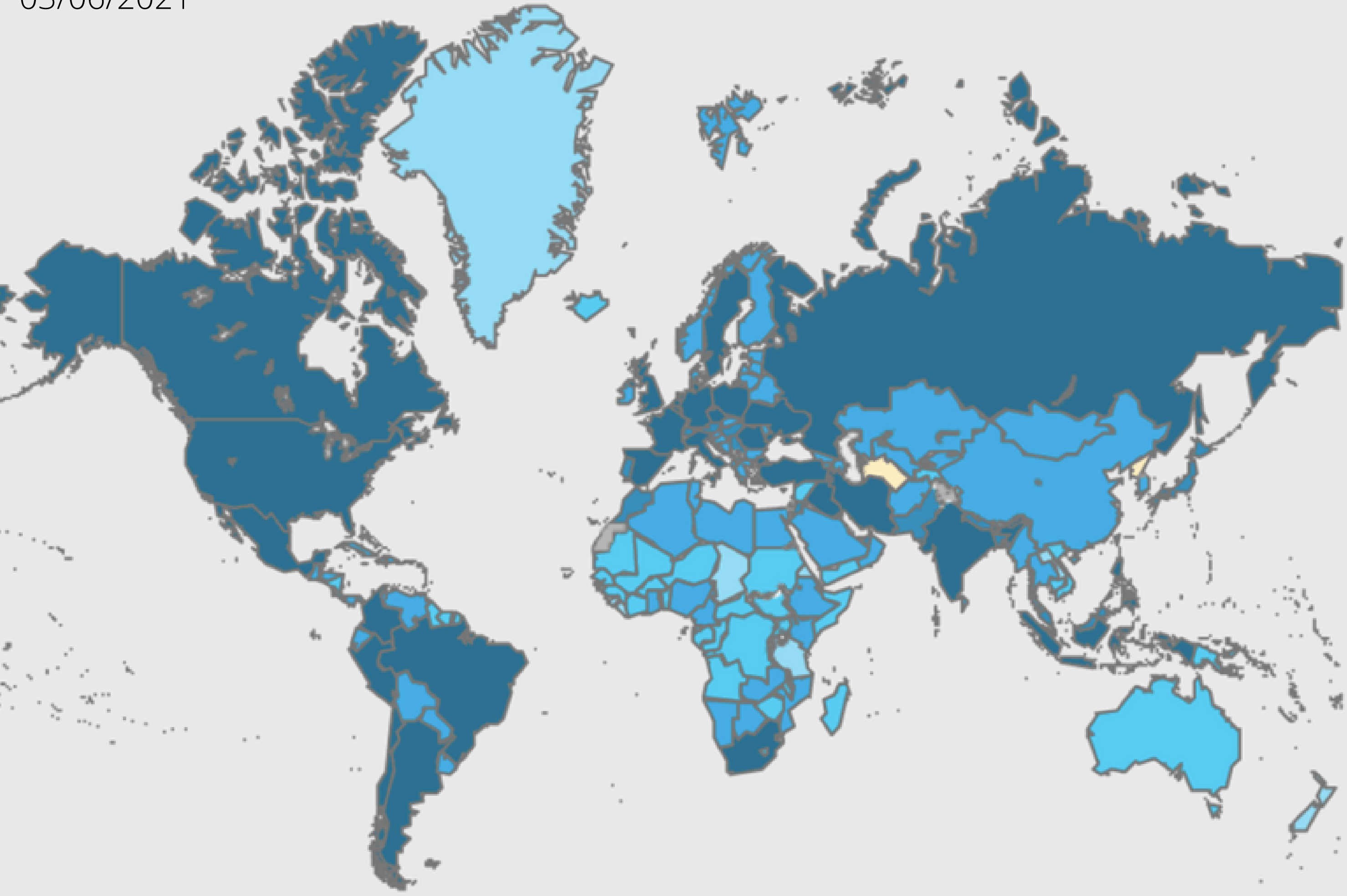
ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

03/06/2021



World Health Organization

- **171.292.827 casi**
- **3.687.589 morti**
- **1.581.509.628 vaccini**



NON TUTTE LE PERSONE SI AMMALANO ALLO STESSO MODO

**Minoranza
etnica**

**The
Guardian**

Ethnic minorities dying of Covid-19 at
higher rate, analysis shows

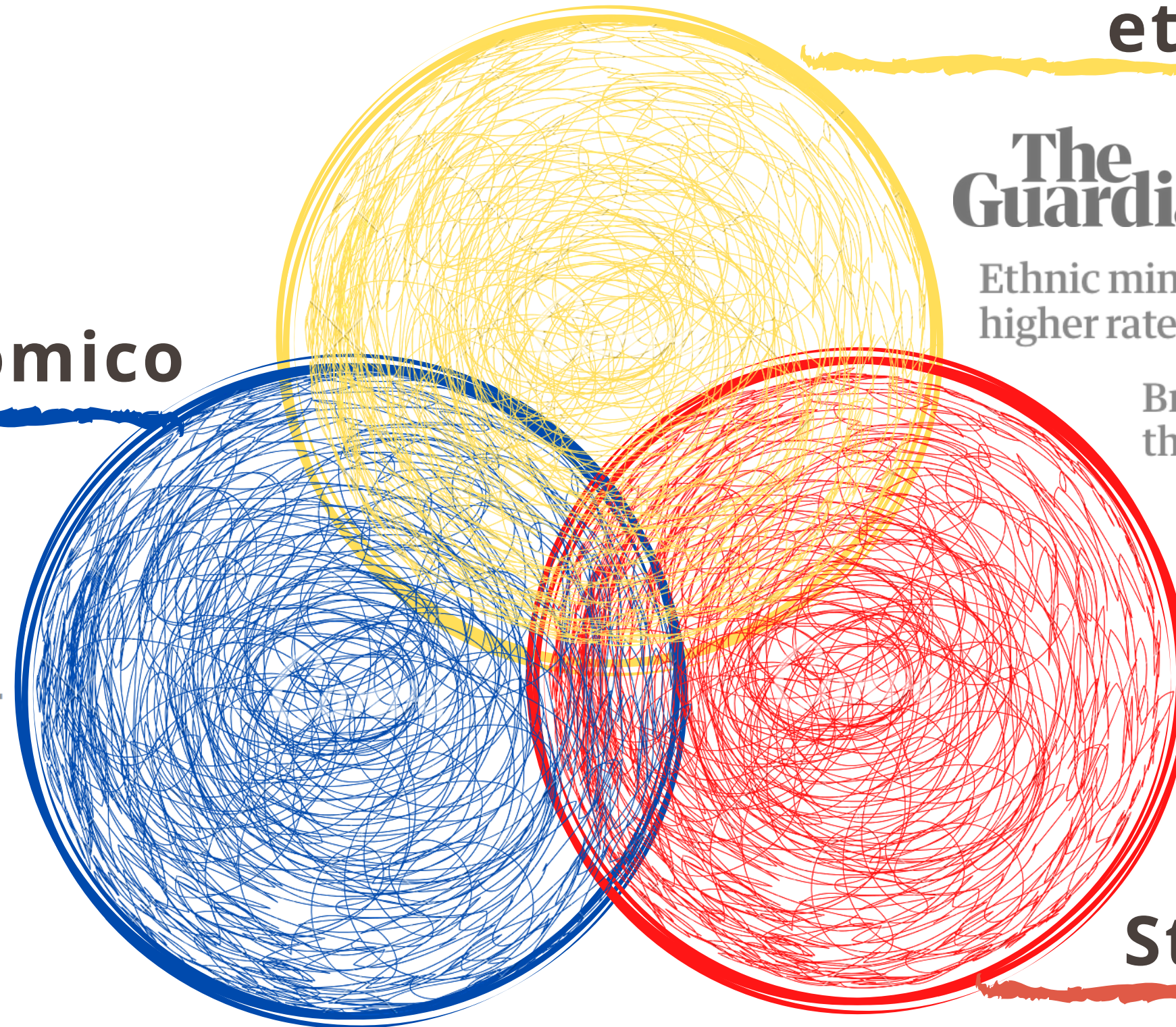
British BAME Covid-19 death rate 'more
than twice that of whites'

Stato socio-economico

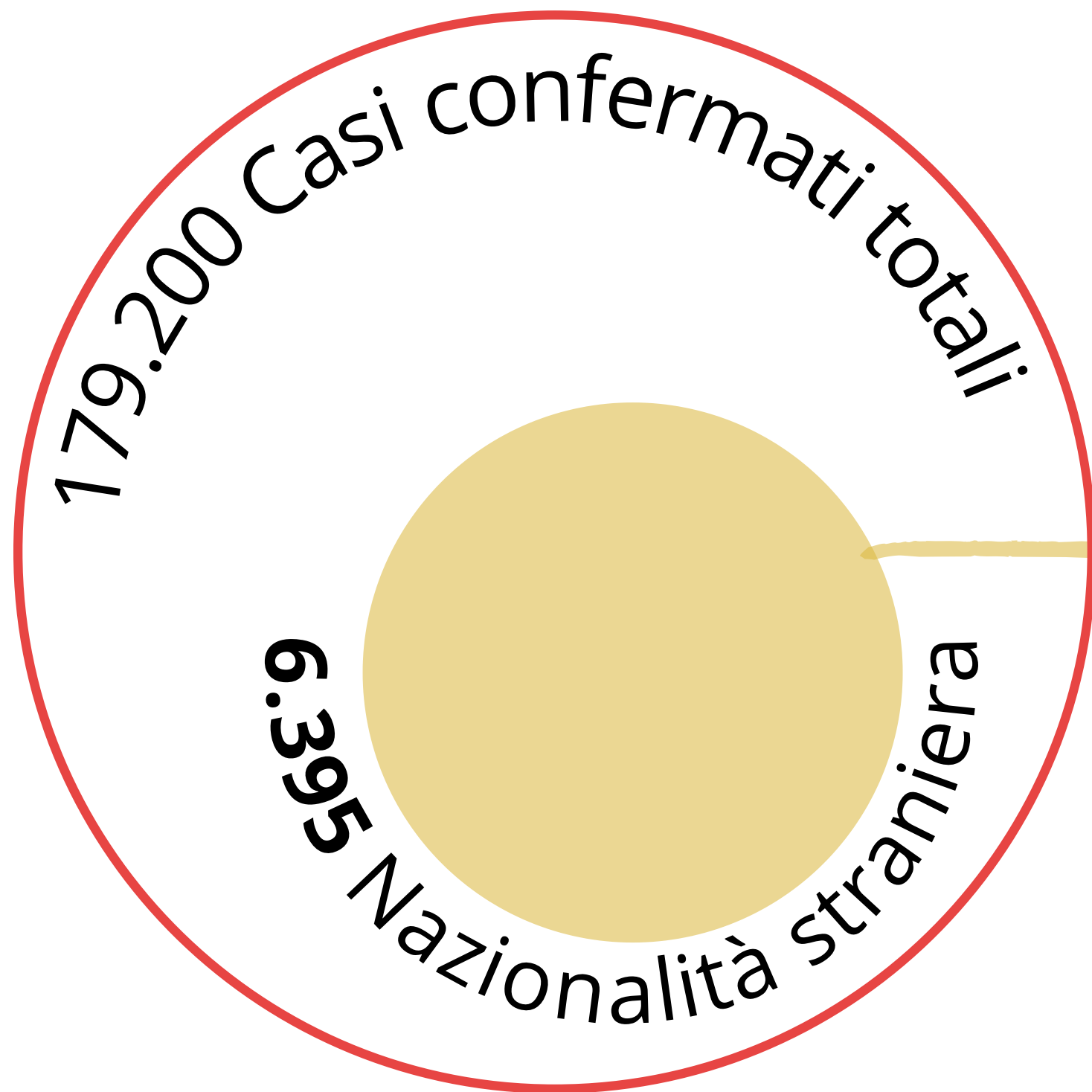
**BBC
NEWS**

Coronavirus: Higher death rate in poorer
areas, ONS figures suggest

Stato Giuridico



ITALIA 22 Aprile 2020



- Diagnosi tardiva
- Maggior tasso di ospedalizzazione x 1.4
- Maggior rischio di mortalità (↑ ↑ LMIC)
- Età inferiore

(Bollettino sorveglianza integrata COVID-19 28/04/20. ISS. 2020)

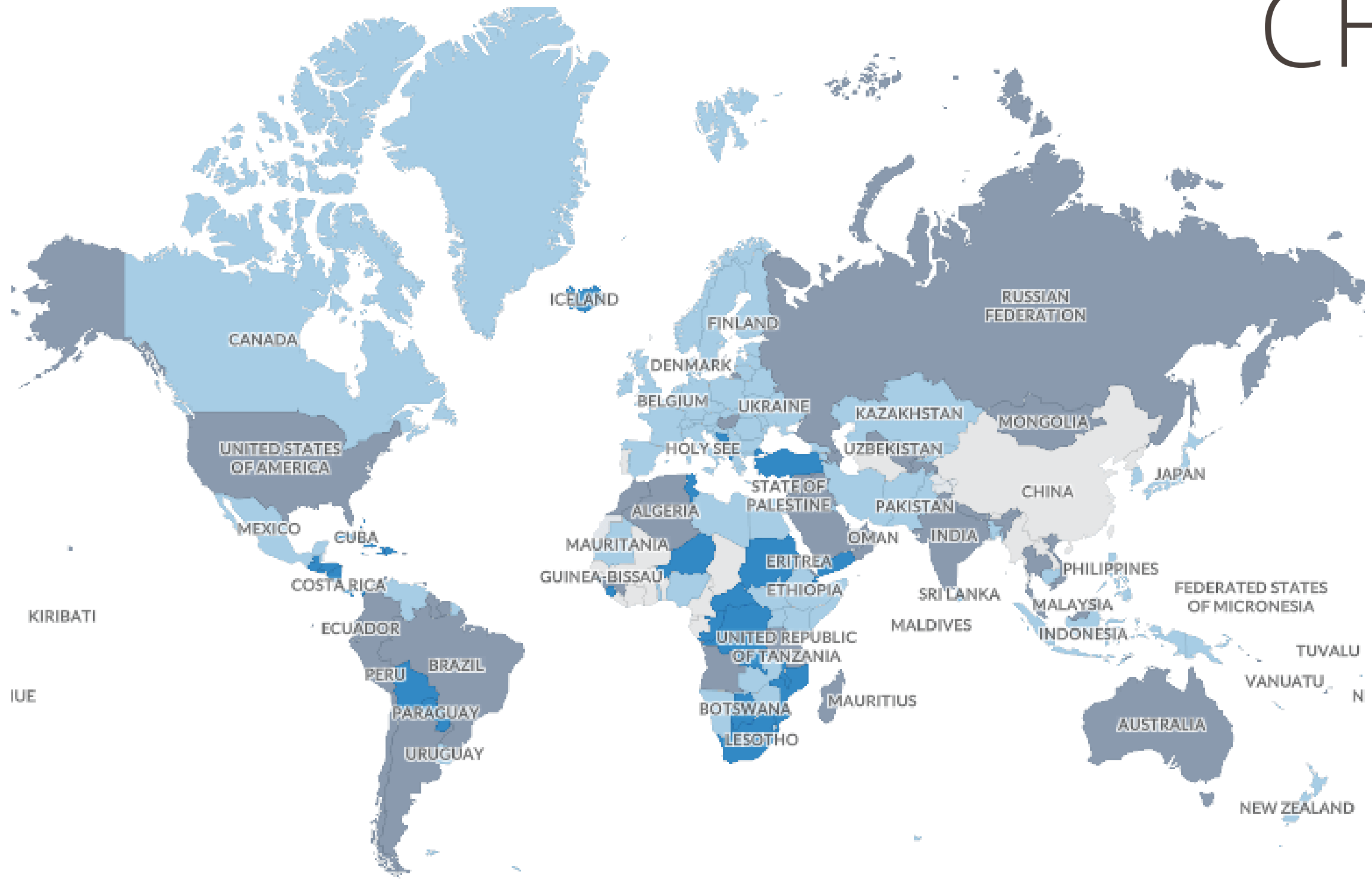
(Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system. EJPH. 2021.)

ACCESSO AI SERVIZI

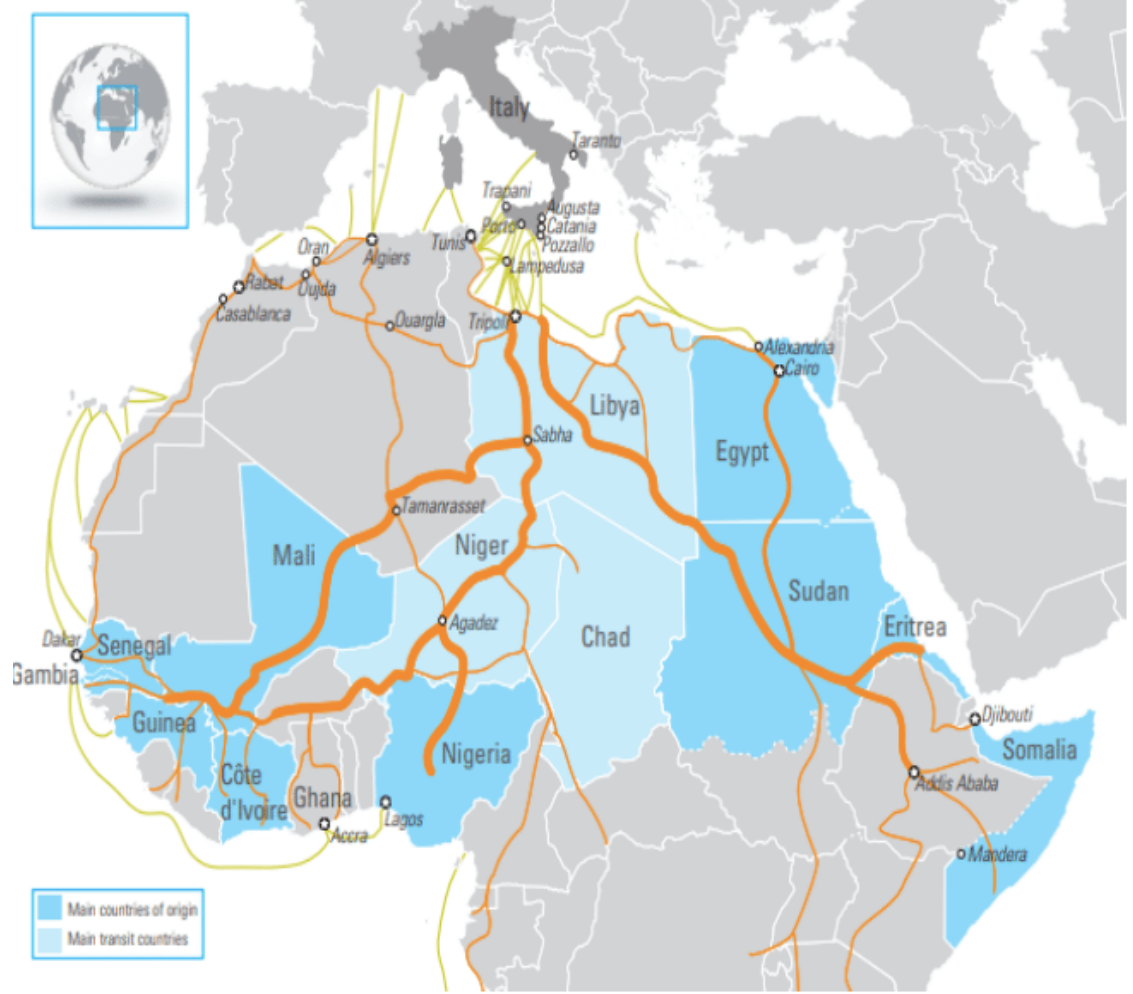
- Pronto Soccorso è diventato un luogo fortemente respingente
- Barriere linguistico-culturali
- Persone "sans papiers" non incluse negli interventi di Prevenzione e Controllo



CHIUSURA DELLE FRONTIERE



- No COVID-related restrictions imposed
- Access denied
- Restrictions apply with exceptions for asylum-seekers
- Pending data

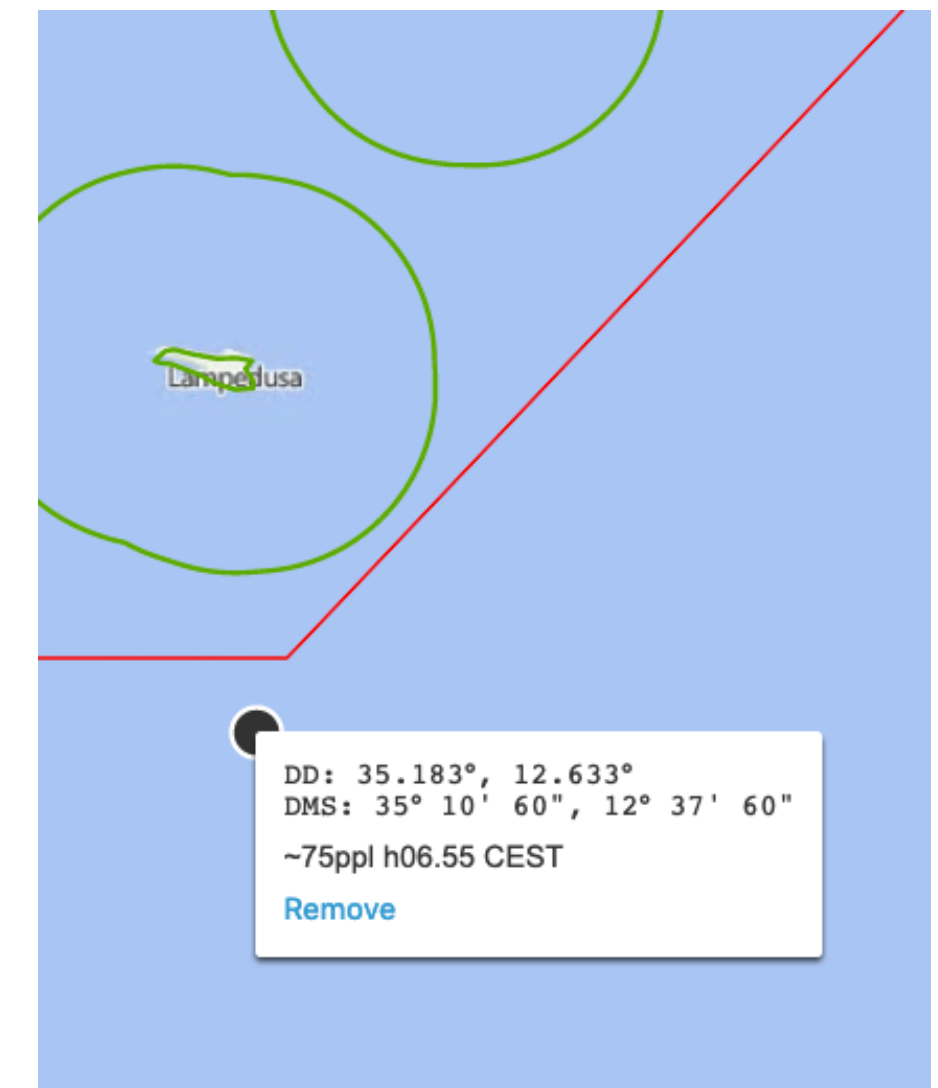


Central Mediterranean migration routes

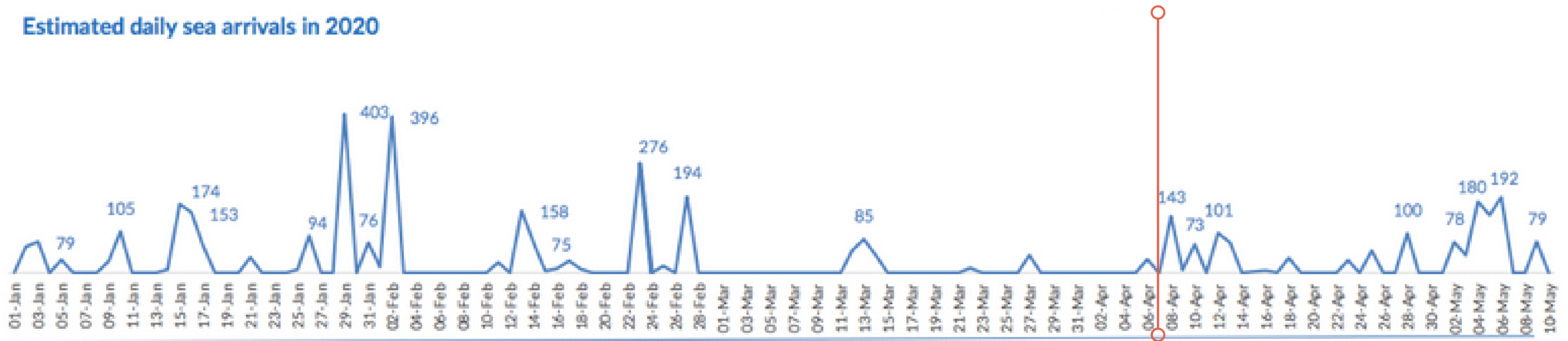
07/04/2020

L'ITALIA NON È PIÙ "PORTO SICURO"

- Rimpatrio nei centri di detenzione in Libia
- Aumento tempo di permanenza sulle navi



Estimated daily sea arrivals in 2020



United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) -

data.unhcr.org/mediterranean



www.globalist.it/world/2020/03/19/libia-il-coronavirus-non-ferma-la-fabbrica-della-tortura-2054734.html



Alejandro Cegarra/Bloomberg via Getty Images

- Aumento permanenza in insediamenti informali
- Maggiore lunghezza temporale del viaggio
- Percorsi irregolari
- Impossibilità di tornare nel paese di origine o di residenza



Ghetto ex Pista di Borgo Mezzanotte // Rocco Rorandelli (tratta dal Rapporto Medu 2019)



Migrant living conditions in the CDA of Cona, Italy (photo credit: Gianni Rosini)

CONDIZIONI ABITATIVE

- Sovraffollamento
- Mancanza di presidi per igiene personale
- Isolamento dai servizi



INDAGINE NAZIONALE COVID-19 NELLE STRUTTURE DEL SISTEMA DI ACCOGLIENZA PER MIGRANTI

- L'indagine condotta nell'estate del 2020 nelle **strutture di accoglienza in Italia**
- In 5.038 strutture di accoglienza con una **copertura pari al 73,7%**
- **Indice di saturazione** mediamente **più elevato nelle 68 strutture presso le quali si sono registrati casi confermati (87,8% circa)** rispetto a quello rilevato nelle 4.970 strutture senza casi confermati (78,6%)

CONDIZIONI LAVORATIVE

- Lavori essenziali durante la pandemia
- Lavori che non permettono la modalità da remoto
- Lavori precari con basso potere contrattuale
- Lavori irregolari senza tutele



https://www.lavoroediritti.com/wp-content/uploads/2018/08/construction-1921518_1280-e1535725276947.jpg



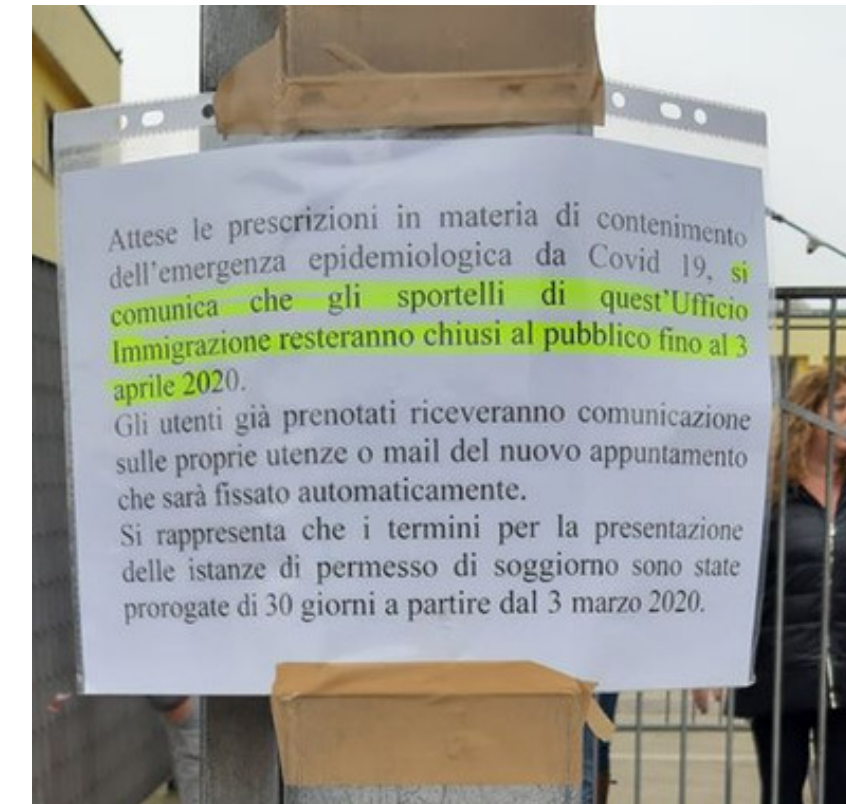
<https://www.buongiornopalghero.it/contenuto/0/3/154296/decreto-di-maggio-patrigno-con-i-braccianti-esclusi-dal-beneficio>

ACCESSO AL PERMESSO DI SOGGIORNO

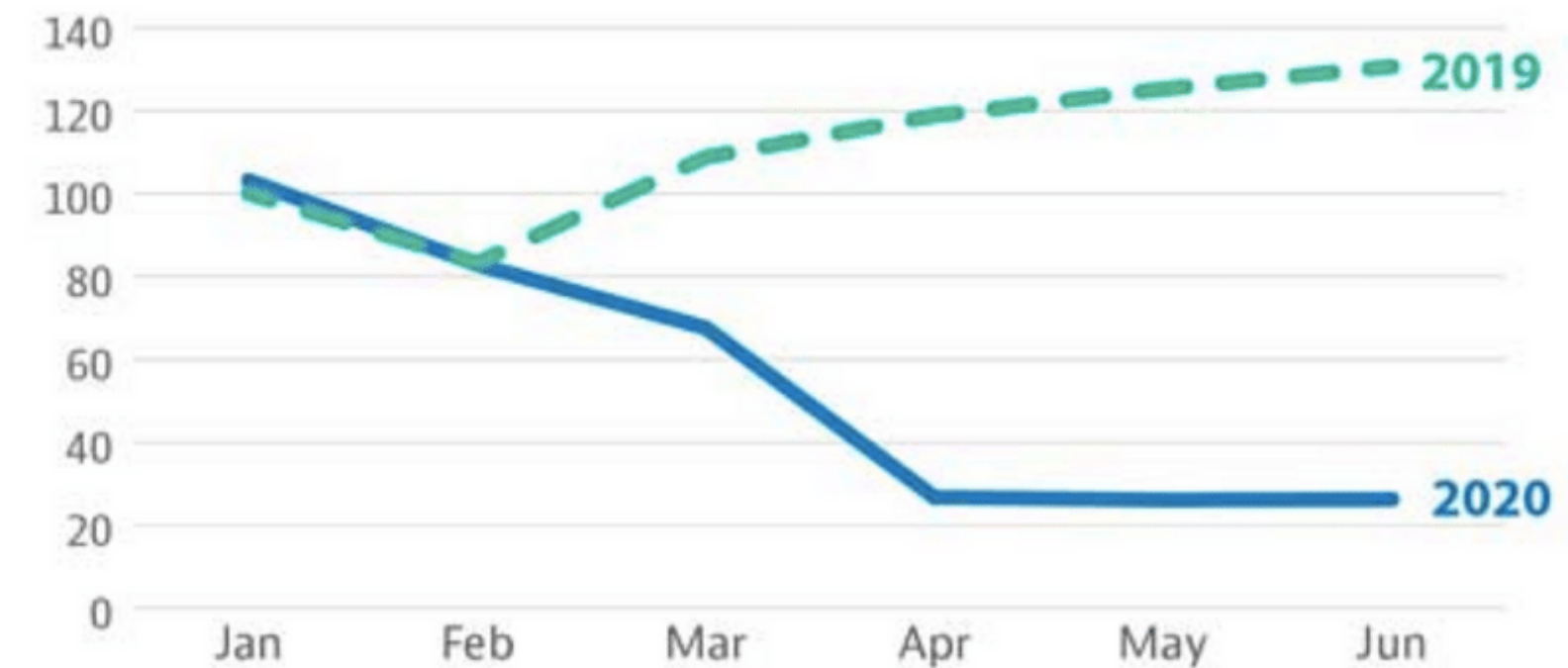
- Chiusura delle Questure
- Sospensione delle audizioni per la richieste d'asilo



- Aumento della precarietà
- Maggior rischio di cadere nell'irregolarità



» The number of resident permits has plummeted
2019 vs 2020, index Jan 2019=100



Source: OECD International Migration Outlook 2020

ZAIA: "TUTTI ABBIAMO VISTO I CINESI MANGIARE TOPI VIVI"



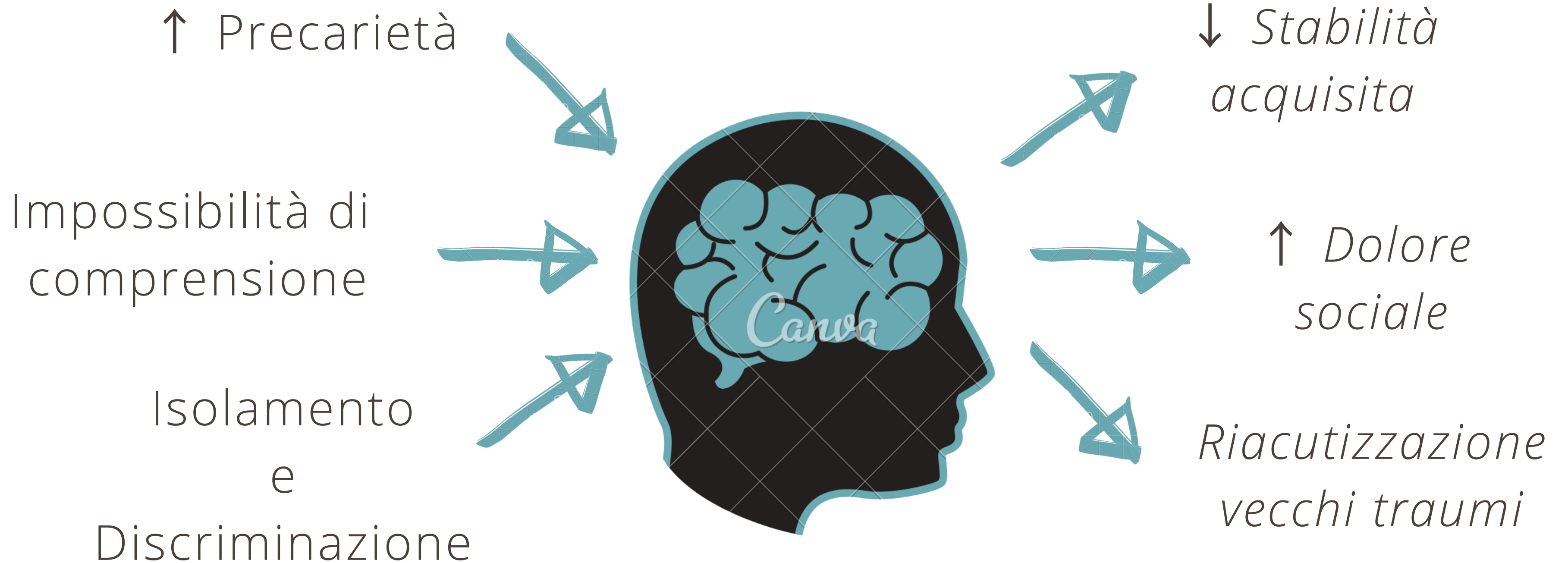
www.ilfattoquotidiano.it/2020/02/29/educazione-leghista/5721368/

STIGMATIZZAZIONE XENOFOBIA DISCRIMINAZIONE

- Mancato accesso ai servizi per paura di essere segnalati
- Maggiore senso di esclusione
- Discriminazione al rientro presso il paese di origine



MAGGIORE IMPATTO SUL BENESSERE PSICOLOGICO



Mexico



Panama



Colombia



Grecia



Turchia



Bangladesh



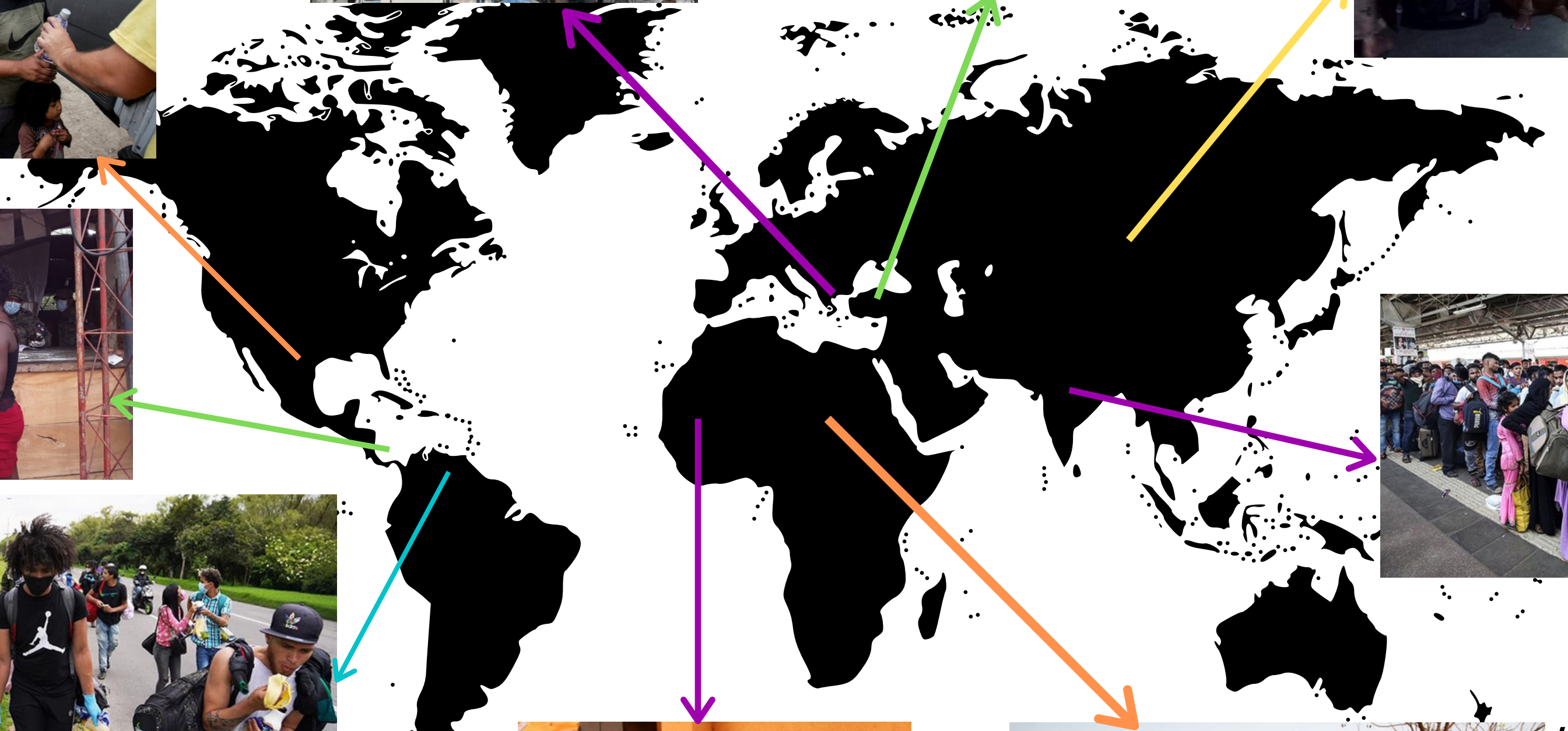
India



Burkina Faso



Sud Sudan



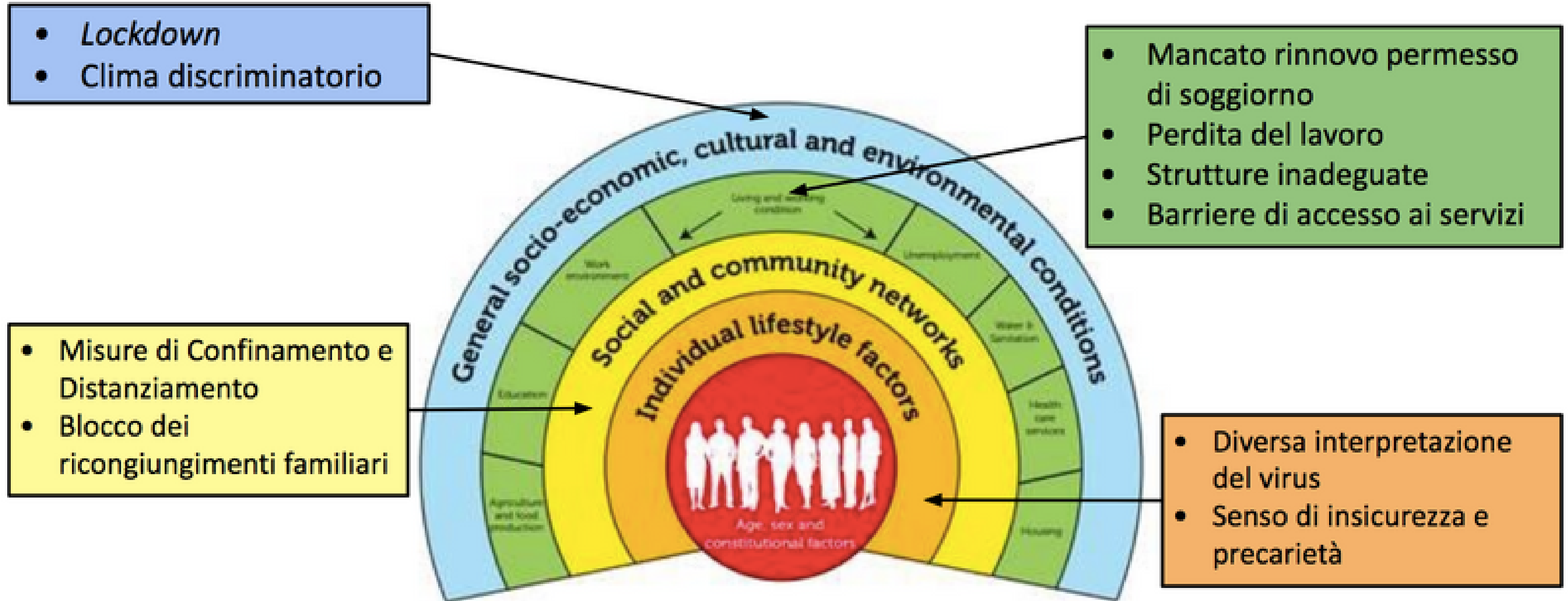
COVID-19 e Accoglienza.

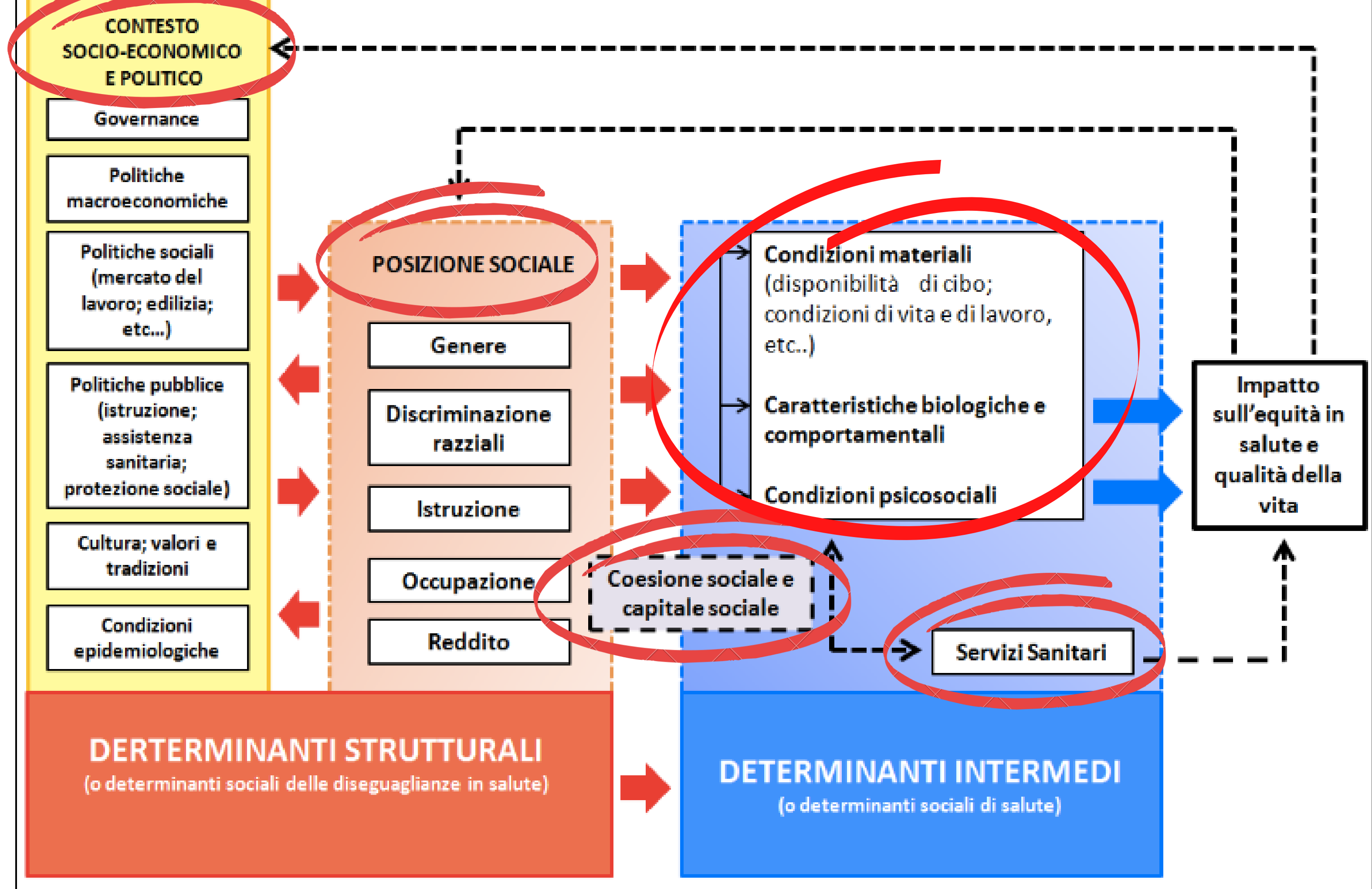
Le conseguenze dell'emergenza socio sanitaria sulla salute delle persone Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale nel contesto di Bologna e analisi delle misure di contrasto alla diffusione in un'ottica di equità

1. Measures implemented in the reception centres
2. Evaluate the impact of COVID-19 on the health of Refugees and Asylum Seekers

- 25 semi-structured interviews
- *Framework method*
- Essential services for the management of the pandemic
- Multiple occupations and professional backgrounds

PRINCIPALI RISULTATI



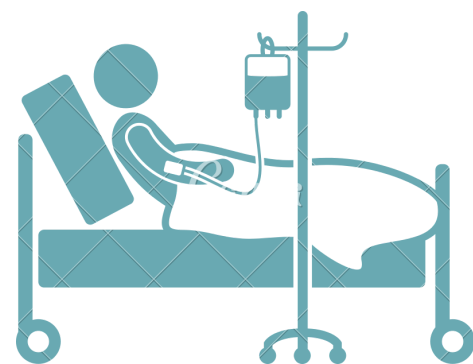


Schema concettuale dei determinanti sociali della salute proposto dalla CSDH. WHO; traduzione A. Rinaldi

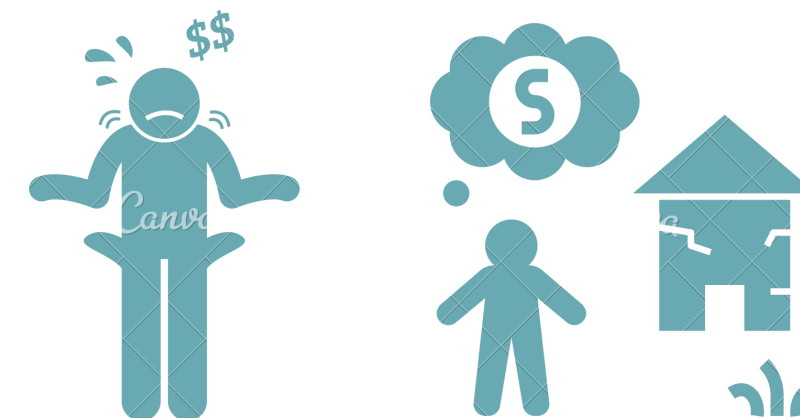
CHE COSA
DETERMINA?

*MAGGIORE ESPOSIZIONE AI
FATTORI DI RISCHIO*

DURANTE L'EMERGENZA
SANITARIA



DOPO L'EMERGENZA
SANITARIA





*"Tra i lavoratori migranti attivi il **26,6%** ha visto **sospendere completamente le proprie attività professionali** e un ulteriore 7,5% le ha dovute invece ridurre. Il **51,3%** ha dichiarato che il **livello di reddito mensile è stato inferiore rispetto al periodo precedente alla pandemia**"*



MIGRATION DATA PORTAL

The bigger picture

*"**Remittance flows** in 2020 to low-and middle-income countries (LMICs) **are projected to fall** by 7.2 per cent to USD 508 billion, followed by a further decline of 7.5 per cent to USD 470 billion in 2021."*

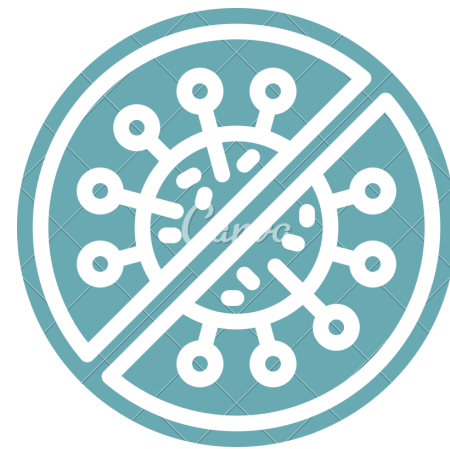
**Migranti, sbarchi dalla Tunisia: +400%.
Lamorgese: «Risposta unitaria dall'Ue»**

Il ministro dell'Interno interviene ai Med Dialogues 2020: «Le conseguenze socioeconomiche della pandemia aumentano il flusso dei immigrati illegali»

RACCOMANDAZIONI



Assicurare
l'accesso ai
servizi



Includere le persone
immigrate negli
interventi di
Prevenzione e Controllo
e sussidi statali



Fornire
informazioni in
modo trasparente
ed efficace



World Health
Organization



UNHCR
The UN Refugee Agency

THE LANCET

INTERNATIONAL

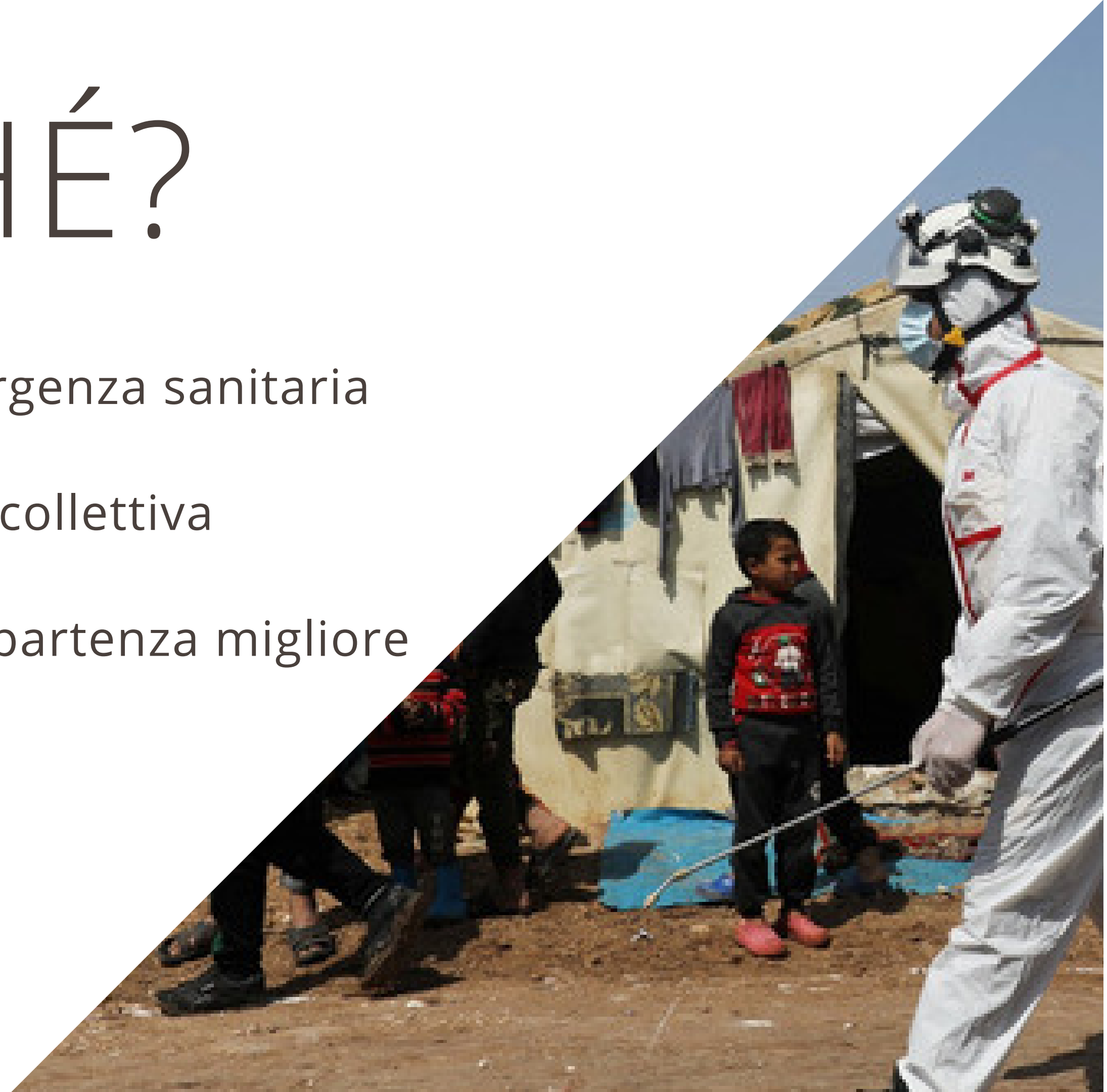


FEDERATION

PERCHÉ?

- Migliorare la gestione dell'emergenza sanitaria
- Tutelare la salute individuale e collettiva
- Creare i presupposti per una ripartenza migliore
- Tutelare i diritti fondamentali

(Guadagno L., Migrants and the COVID-19 pandemic: An initial analysis, IOM 2020)



SULLA CARTA IN ITALIA:

- | ● Per chi c'è già: | ● Per chi arriva: | ● Nei Centri: | ● Informazione: | ● Vaccinazione: |
|--|--|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none">• Proroga dei programmi di accoglienza• Estensione PdS• Possibilità di permanere nei CdA | <ul style="list-style-type: none">• Isolamento fiduciario• Screening• Sorveglianza Sanitaria | <ul style="list-style-type: none">• Garantire spazi• Diminuire assembramenti• Garantire strumenti per igiene personale e DPI | <ul style="list-style-type: none">• Rischi della diffusione• Prescrizioni igienico-sanitarie• Distanziamento• Spostamenti | <ul style="list-style-type: none">• Saranno vaccinate tutte le persone presenti sul territorio italiano, residenti, con o senza permesso di soggiorno. |

(Decreto "Cura Italia", Decreto "Rilancio", Circolari Ministeriali, Schema di priorità piano vaccini)

CRITICITÀ:

Navi Quarantena

Molto costose e documentate come dei luoghi di maggiore rischio di infezione

Lettera del CAS Mattei

Per mesi non hanno avuto gli strumenti per potersi proteggere

Proteste nei Centri di permanenza per il rimpatrio

Venuti meno i criteri per legittimare il trattenimento amministrativo

Vaccinazioni

Seppure a un livello formale il diritto è previsto l'accesso è compromesso dalla presenza di barriere di tipo formale e informale.

Solo lo 0,1% dei vaccini sono destinati a paesi a basso reddito.

IL CORONA VIRUS NON DISCRIMINA

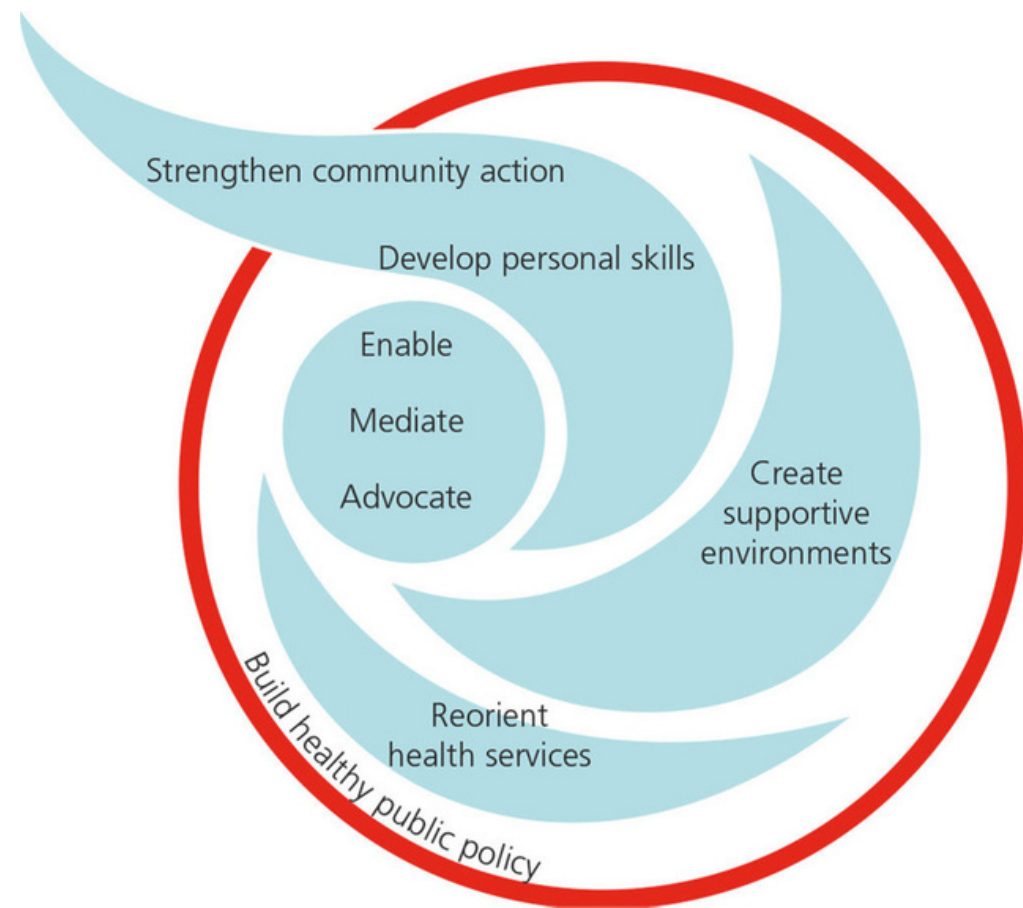
Lettera aperta al Comune di Bologna, alla Prefettura e Questura della città, alla Regione Emilia-Romagna.

Siamo i migranti e le migranti che vivono nelle strutture dell'accoglienza della città di Bologna. Da molti giorni scuole, università, cinema sono chiusi. Tutti gli eventi pubblici sono stati annullati; manifestazioni e scioperi sono vietati. Per ridurre le probabilità di contagio dal corona virus, il governo ha stabilito che le persone non devono incontrarsi in massa. Chi di noi aveva un appuntamento all'ufficio immigrazione per il permesso di soggiorno ha dovuto aspettare fuori all'aperto e siamo stati fatti entrare in gruppi di tre. **Tutte queste misure sanitarie non valgono però quando lavoriamo e dormiamo – insieme ad altri migranti e italiani – in condizioni di affollamento.**

Molti di noi lavorano uno accanto all'altro notte e giorno all'Interporto, dove in alcuni magazzini il lavoro è raddoppiato per star dietro alla grande richiesta di merci causata dal panico dell'epidemia. Quando dobbiamo riposare ritorniamo all'affollamento dei centri di accoglienza. **In via Mattei viviamo in più di 200 e dormiamo in camerate che ospitano 5 o più persone, spesso anche 10, con letti vicini, uno sopra l'altro. Molte di queste stanze non hanno nemmeno le finestre per cambiare l'aria. Alcuni dormono in container, anch'essi sovraffollati, anch'essi senza finestre. La situazione non è molto diversa in altri centri della città, come lo Zaccarelli e Villa Aldini.** Sappiamo che al Centro di via Mattei hanno riservato un container per isolare gli eventuali ammalati, ma prevedere l'isolamento in un container in caso di contagio è sicuro per le cure del contagiato e la salute degli altri? A molti di noi la legge Salvini impedisce perfino di avere una tessera sanitaria e un medico di base, ci costringe a pagare i farmaci a prezzo intero e spesso ci mancano i soldi per curarci. Noi ci teniamo alla nostra salute perché pensiamo anche alla salute della città dove viviamo. Anche la sicurezza sanitaria delle donne e degli uomini migranti è importante e il corona virus, almeno lui, non discrimina tra bianchi e neri. E allora perché le scuole chiudono ma la preoccupazione delle istituzioni per la salute dei nostri figli finisce sulle porte dei centri dove siamo costretti a vivere? **Perché Prefettura, Questura, Regione e Comune non considerano l'affollamento dei centri di accoglienza un rischio per il contagio? Perché se ne fregano delle condizioni igienico-sanitarie del centro di Via Mattei, dove le perdite dei tubi degli scarichi ristagnano a cielo aperto mettendo a rischio la nostra salute e quella di tutti?**

Per conquistare la nostra libertà abbiamo attraversato situazioni molto più rischiose di questa. Sappiamo far fronte alle emergenze sanitarie e anche questa volta ci organizziamo per evitare il rischio del contagio, per pulire e igienizzare l'ambiente dove viviamo, per richiedere agli operatori e alle cooperative che ci sia fornito tutto il necessario per farlo. **Ma non accettiamo che la nostra vita sia messa in pericolo dal silenzio razzista delle istituzioni. Sono loro i responsabili dell'affollamento. Sono loro che dovrebbero intervenire immediatamente aumentando i posti letto in strutture e stanze adeguate. Prefettura e Questura, Regione e Comune che cosa intendono fare?**





Advocacy



- Coinvolgere le persone migranti nella progettazione e messa in atto degli interventi di contrasto alla diffusione
- Costruire sistemi di accoglienza più resilienti con una visione a lungo termine e non emergenziale
- Considerare le conseguenze sociali della sindemia
- Esplicitare tra le priorità nel Piano Vaccinale la “fragilità sociale”
- Introdurre una flessibilità amministrativa
- Indicare la più idonea tipologia e le modalità di vaccinazione (vaccini monodose)
- Prevedere una interlocuzione operativa con l’associazionismo ed il III settore
- Considerare il diretto coinvolgimento delle comunità di immigrati e di mediatori culturali

CONCLUSIONI

- L'emergenza Covid-19 ha accentuato le disuguaglianze e le vulnerabilità già presenti nella nostra società
- Alcune raccomandazioni sono state previste ma implementate in modo disomogeneo
- Le misure che sono state implementate hanno considerato la componente biologica del virus trascurando la sua natura e impatto sociale
- Opportunità di valutare le criticità del sistema e attuare un processo di cambiamento inclusivo



LA SALUTE
PUBBLICA
PUÒ ESSERE
CLANDESTINA?