

# Migrazione, salute e accesso alle cure

Determinanti sociali ed evidenze sullo stato di salute

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, lunedì 8 giugno 2020

**Leonardo Mammana**

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva, Università degli Studi di Bologna;

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

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)



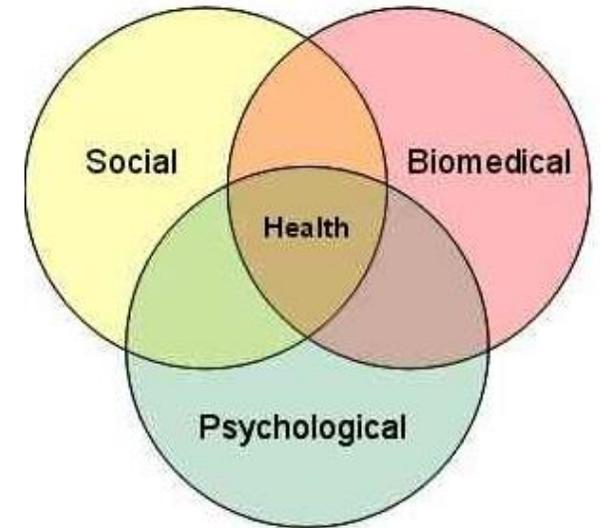
ALMA MATER STUDIORUM  
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA

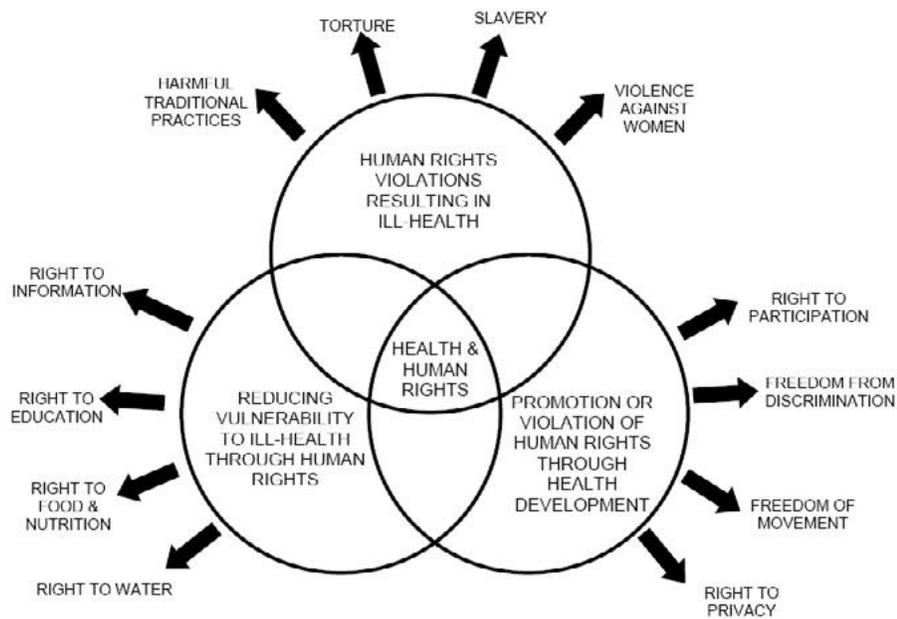


# Cosa vuol dire *Salute*?

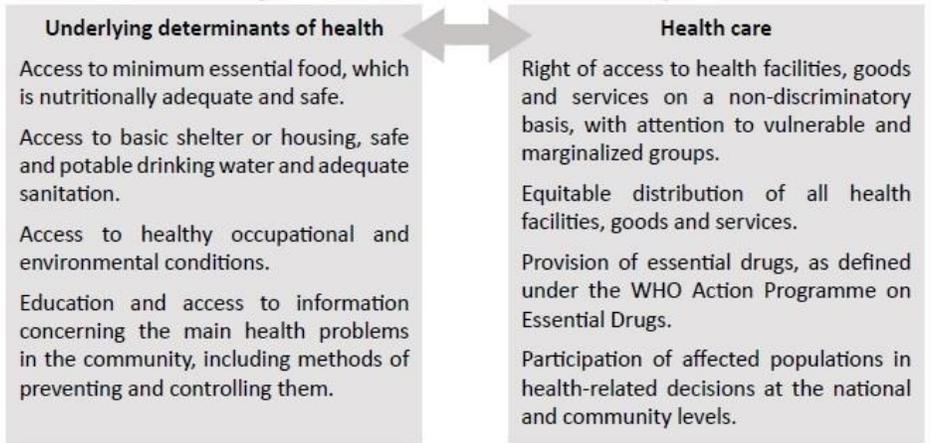
*«uno stato di completo benessere fisico, psichico e sociale e non semplice assenza di malattia»*

OMS 1946





THE RIGHT TO HEALTH



**Availability, Accessibility, Acceptability and Quality**

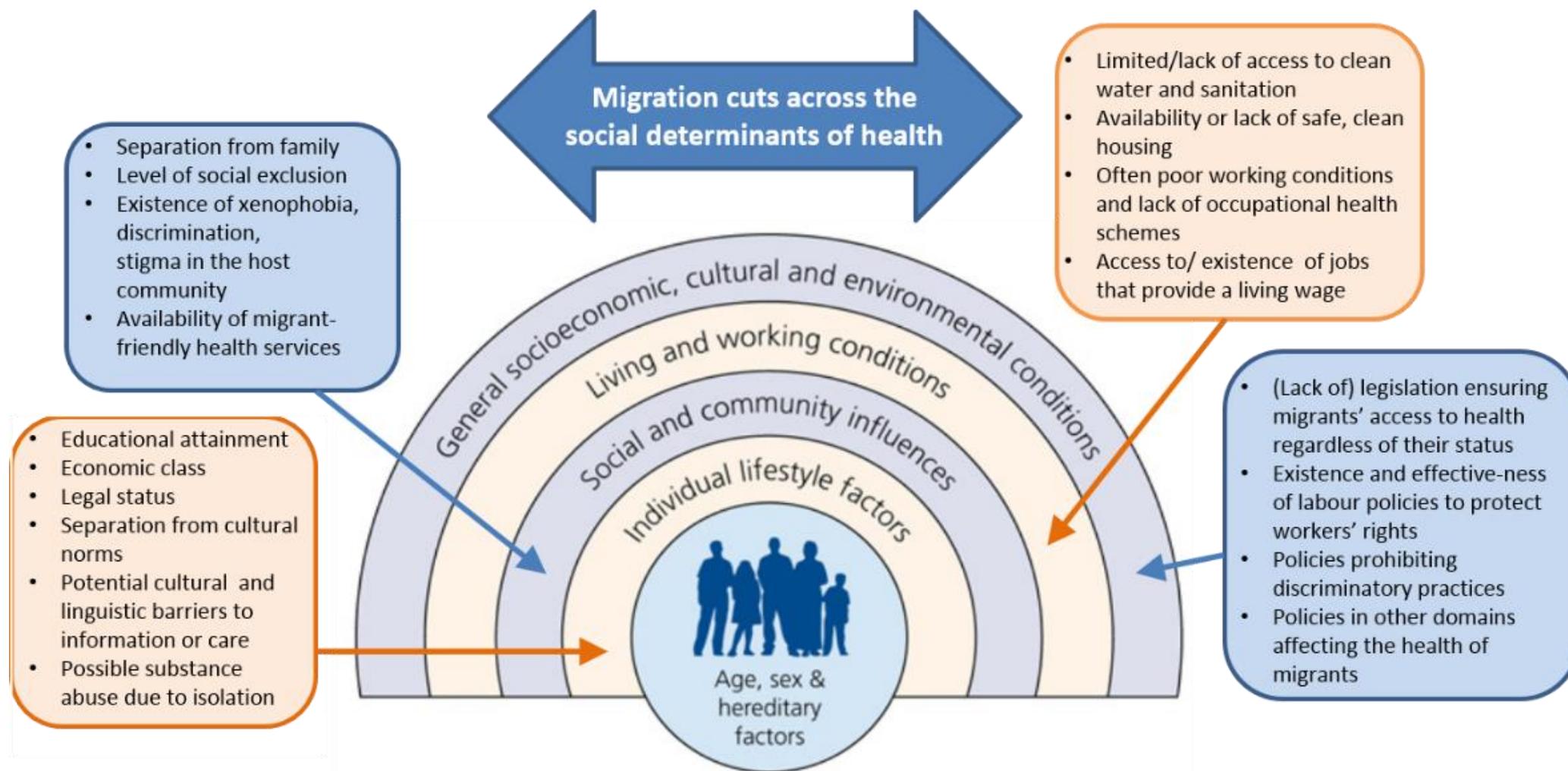
**Availability:** functioning public health and health facilities, goods, services and programmes in sufficient quantity.

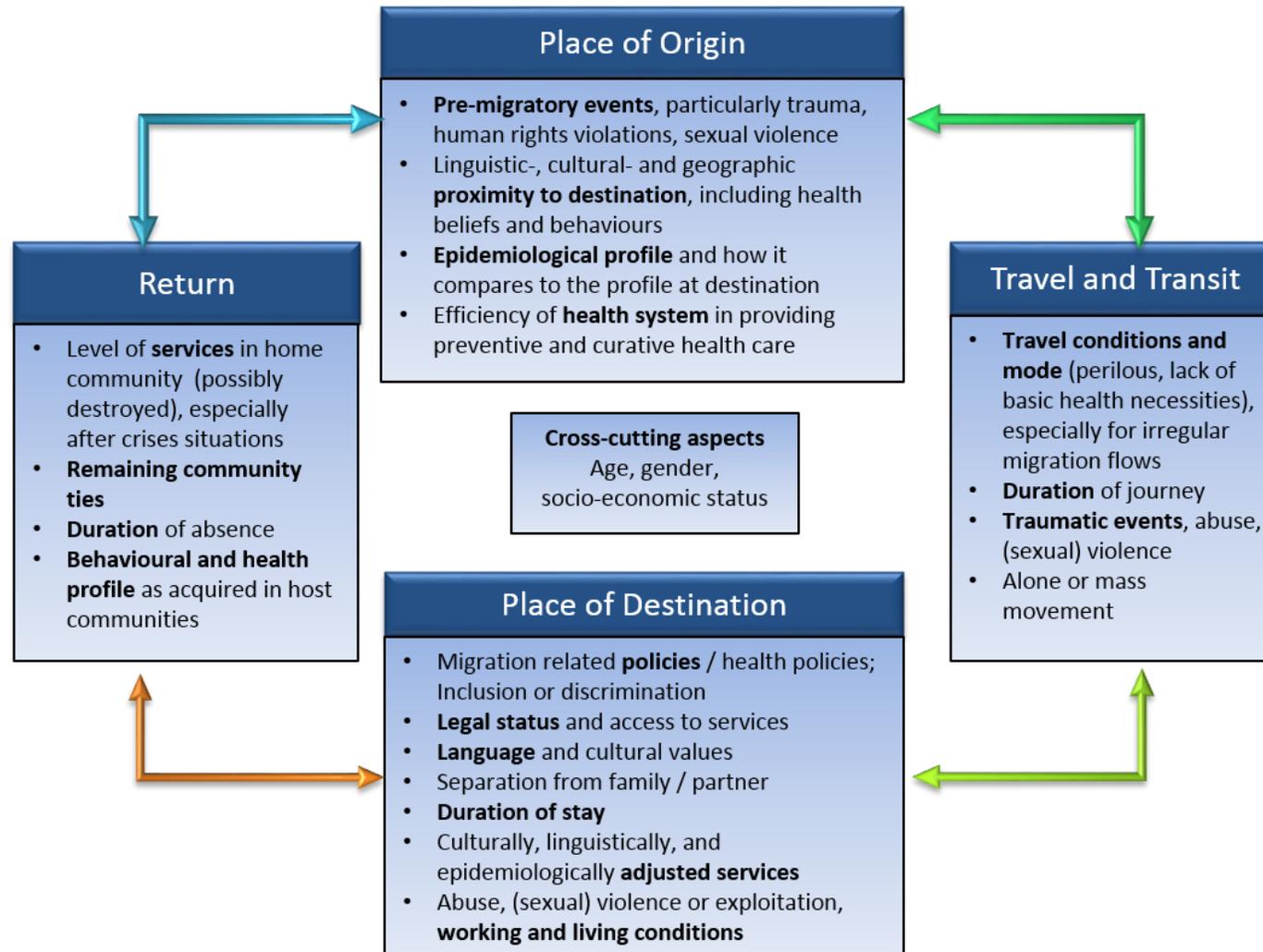
**Accessibility:** non-discrimination, physical accessibility, economic accessibility (affordability), information accessibility.

**Acceptability:** respectful of medical ethics and culturally appropriate, sensitive to age and gender.

**Quality:** scientifically and medically appropriate.

# La migrazione come determinante di salute





# Determinanti prossimali ed evidenze sullo stato di salute: alcuni esempi

- Effetto migrante sano - esausto
- Vulnerabilizzazione
- Displacement e LMIC



L. è una ragazza americana di 26 anni, che insegna in una scuola bilingue di Bologna. Da due anni vive in un monocale, molto centrale ma un po' umido.

E' spesso stanca, e da circa 6 mesi ha frequenti mal di testa e ciclicamente risente una febbriola della durata di un paio di giorni.

Non ha un MMG perché il suo pds è scaduto, e ormai da più di un anno è in attesa del rinnovo. Si è recata più volte in guardia medica, ma i medici non parlavano inglese e le hanno dato solo un po' di tachipirina. Nelle ultime settimane i mal di testa e la febbre sono peggiorati e sono comparsi anche tosse e dispnea.

Dopo qualche giorno la febbre non scende, un amico le consiglia di andare in PS dove L. viene ricoverata per polmonite.



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.

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**

## Lavoro

- **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 economiche

- **Retribuzione** media mensile **<1000 eur** (< 25% IT)
- **30 %** al di sotto della **soglia di povertà relativa** (reddito disponibile equivalente alla media nazionale),
- **50% rischio di povertà** o di esclusione sociale (26% IT);
- il **25%** della popolazione straniera sperimenta una condizione di **severa deprivazione materiale**.

## Casa

- 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*), periferie;
- **Insedimenti informali**. Nel 2018 MSF ne aveva mappati circa **50** con un numero complessivo di 10000 persone.

## Accesso ai servizi

- < **ricoveri** in generale; > ricoveri per: malattie infettive, del sangue e per le cause legate alla gravidanza al parto,
- **PS**: < cod. bianchi, > cod. verdi/gialli,
- > 34% **ospedalizzazioni evitabili** (db scompensato, BPCO, polmonite, IC, etc),
- < accesso alle **visite mediche** (MMG),
- < aderenza ai programmi di **screening** (K cervice, colon, mammella) e di vaccinazione influenzale;

## 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**;

## 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**;

## Salute materno-infantile

- maggior rischio di eventi avversi pre/perinatali,
- > rischio di **mortalità natale/perinatale** e tra 1-5 y,
- status socio-economico e di istruzione fattori protettivi;

# Determinanti di salute e accesso alle cure: 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**

<b>COMUNITARI</b>	Presenze temporanee (<3 mesi) /neo comunitari	TEAM (Tessera Europea di Assicurazione)	LEA
	Soggiorno Lungo > 3 mesi (es. Lavoratori regolari, Residenti per lavoro , Familiari di lavoratori)	SSN	LEA
	Soggiorno lungo > 3 mesi (es. Residenti per altri motivi, Studenti)	Iscrizione volontaria a SSN/assicurazione	LEA
	Indigenti senza copertura nel paese di origine/ No assicurazione privata (es. non lavoratori, non residenti e fragili)	ENI (Europei non iscritti)	Cure indifferibili e urgenti
<b>NON COMUNITARI CON REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO</b>	pds lavoro, famiglia, protezione sociale; asilo, prot. sussidiaria, prot. Umanitaria, etc	SSN	LEA
	Presenze temporanee Senza obbligo di iscrizione	Iscrizione volontaria a SSN/assicurazione	LEA
	Residenti per altri motivi	Pagamento per Intero della prestazione	LEA
<b>NON COMUNITARI PRIVI DI REGOLARE PERMESSO DI SOGGIORNO</b>		STP (Straniero temporaneamente presente)	Cure indifferibili e urgenti

# 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



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 settimane 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.

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**

# EUROPE Dead and Missing at Sea

## Key Figures

**182** Dead and Missing in 2020  
(as of 05 June)

**554** Dead and Missing in 2019  
(as of 05 June)

### Route

- Central Mediterranean
- Eastern Mediterranean
- Western Mediterranean

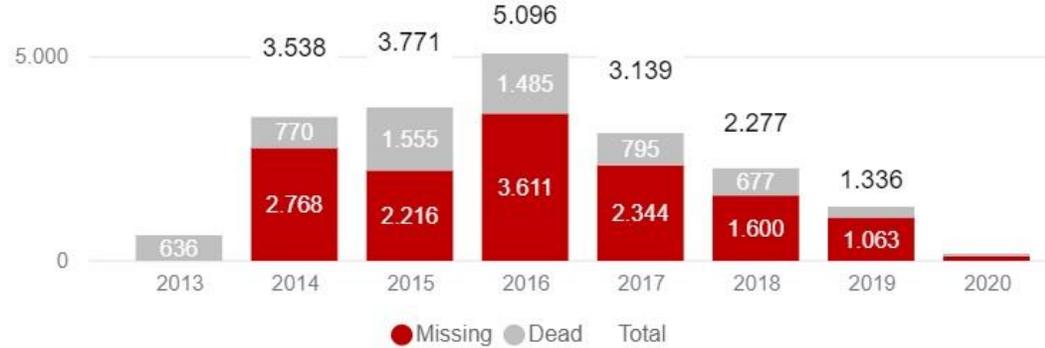
### Year

- 2013
- 2014
- 2015
- 2016
- 2017
- 2018
- 2019
- 2020

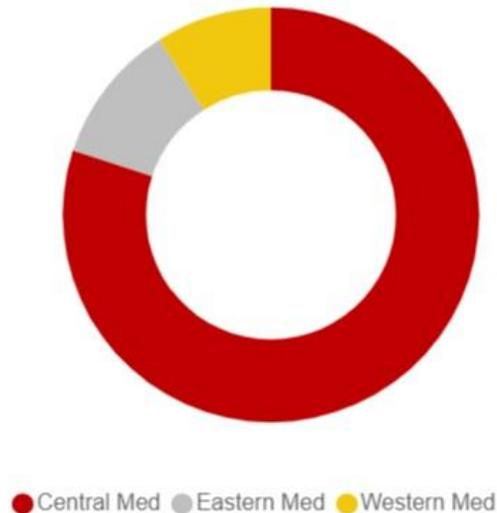
### Month

- January
- February
- March
- April
- May
- June
- July
- August
- September
- October
- November
- December

Dead and missing by year  
2013 - 2020



Dead and missing by route  
2013 - 2020



Year	Total	Route
2014	40	Western Mediterranean
2015	67	Western Mediterranean
2016	102	Western Mediterranean
2017	209	Western Mediterranean
2018	811	Western Mediterranean
2019	511	Western Mediterranean
2020	56	Western Mediterranean
2014	255	Eastern Mediterranean
2015	793	Eastern Mediterranean
2016	760	Eastern Mediterranean
2017	56	Eastern Mediterranean
2018	187	Eastern Mediterranean
2019	182	Eastern Mediterranean
2020	182	Eastern Mediterranean
<b>Totale</b>	<b>19,975</b>	





### **Accesso ai servizi:**

- Disorientamento, paura
- Barriere giuridiche (formalizzazione richiesta di asilo) e amministrative
- Scarso accesso alle prestazioni odontoiatriche, protesiche

### **CDs e NCDs**

- Slatenzittazione o contagio durante il percorso migratorio
- Acquisizione di fattori di rischio
- Ridotto/assente accesso alle cure

### **Salute mentale**

- alta prevalenza di disturbi di ansia, depressione, DSP in chi ha subito traumi diretti o indiretti
- meno frequenti psicosi e schizofrenia
- disagio correlato al post-migratorio spesso associato a discriminazione, mancanza di opportunità e permanenza prolungata nei CAS.
- ritardo nella diagnosi, presa in carico poco strutturata e poco rappresentata sul territorio.

### **Traumi**

- Violenze, torture, menomazioni,
- ferite da armi da fuoco e da taglio,
- Bruciature, ustioni
- Scarso accesso alle certificazioni delle lesioni e ai presidi

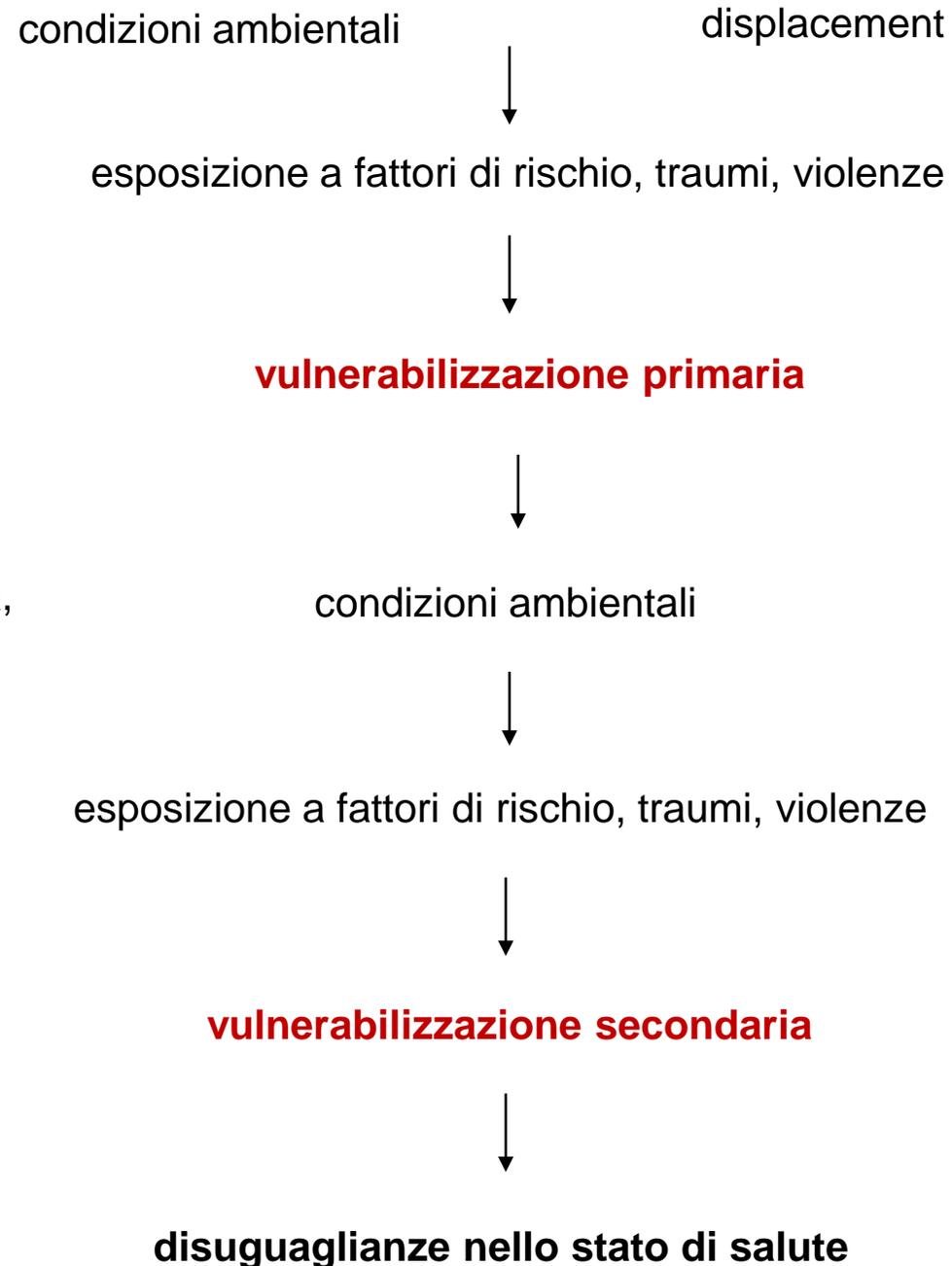


A. è una ragazza di 19 anni. La famiglia ha perso tutto quello che aveva a causa della guerra civile e così A. è stata venduta come sposa in cambio di bestiame. Vive nel campo da due anni e si trova al 7° mese di gravidanza. Durante l'ultima visita antenatale è risultata positiva all'HIV, contratto dal marito andato con altre donne.

A. non dice nulla alla sua famiglia perché ha paura di essere isolata e abbandonata dal marito. Da qualche giorno ha dolori e qualche perdita ematica. Dovrebbe andare all'ultima visita antenatale ma il marito la obbliga ad andare alla distribuzione della razione di cibo e acqua al suo posto. La notte A. inizia il travaglio ma la clinica materna più vicina è chiusa e non ci sono mezzi per portarla in quella aperta. A. muore a causa di un'emorragia post-partum.

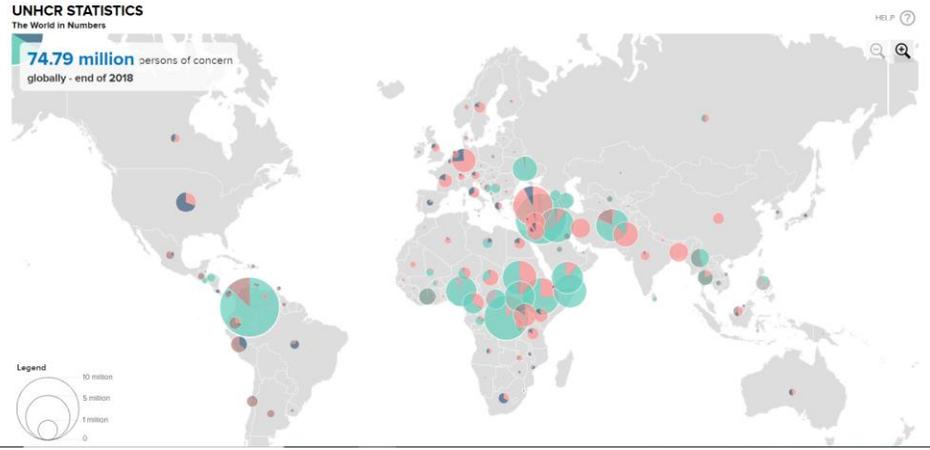


O. È un bimbo di 4 anni. È un po' sottopeso e da qualche giorno ha diverse scariche diarroiche durante il giorno. Nelle ultime ore è soporoso e non risponde agli stimoli. La madre lo porta alla clinica più vicina, l'infermiere lo visita, lo idrata e lo tiene sotto controllo e raccomanda alla madre che deve lavare il bimbo più spesso. La madre risponde che fa quel che può, ma da una settimana la distribuzione dell'acqua è stata dimezzata e lei ha tanti figli e l'acqua gli serve anche per cucinare. Il giorno dopo torna con il figlio di due anni. Anche lui ha avuto gli stessi sintomi del fratello, ma non risponde agli stimoli dalla notte precedente. La madre lo aveva portato all'HC ma non aveva trovato nessuno.



accesso a beni primari (acqua, cibo, casa)

ridotto accesso alle cure (disponibilità personale, farmaci, strutture)



[http://popstats.unhcr.org/en/overview#\\_ga=2.213269969.459430131.1591537616-367175261.1548094849](http://popstats.unhcr.org/en/overview#_ga=2.213269969.459430131.1591537616-367175261.1548094849)

# SOUTH SUDAN SITUATION IN ETHIOPIA

**440,319** REFUGEES AS OF MARCH 2018

- 95% IN GAMBELLA
- 4% IN ASSOSA
- 1% IN SOUTH OMO & ADDIS ABABA

**13,967** NEW ARRIVALS IN GAMBELLA IN 2018

**97,103** REGISTERED REFUGEES IN NGUENYYIEL

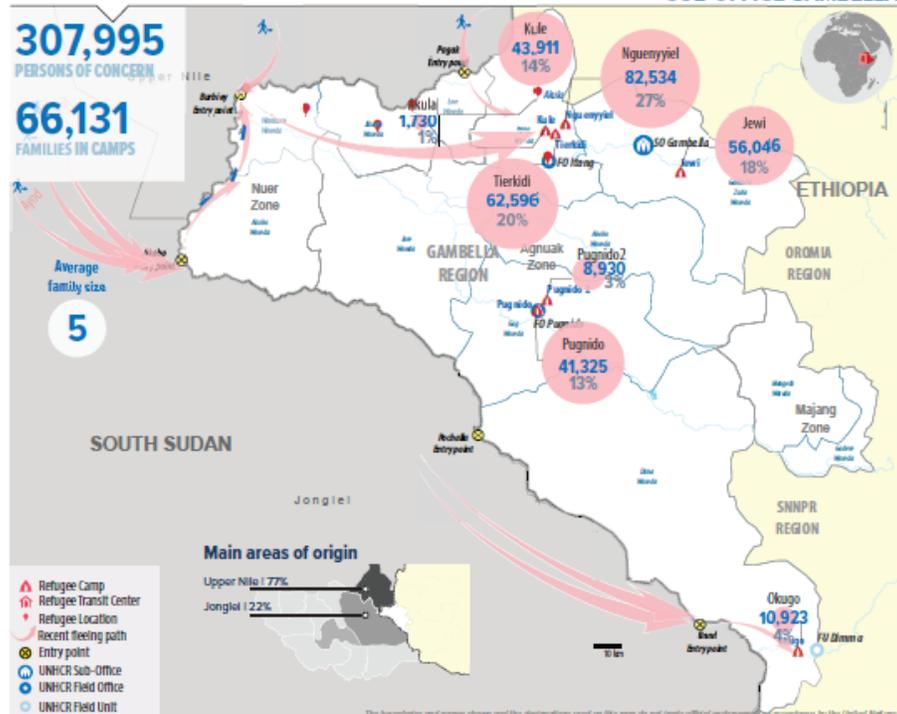
- 62% CHILDREN
- 55% WOMEN & GIRLS

THE LARGEST CAMP IN ETHIOPIA

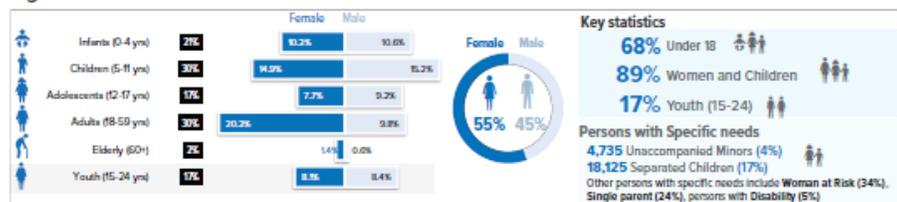
**UNHCR** | Ethiopia  
The UN Refugee Agency

# SOUTH SUDAN SITUATION

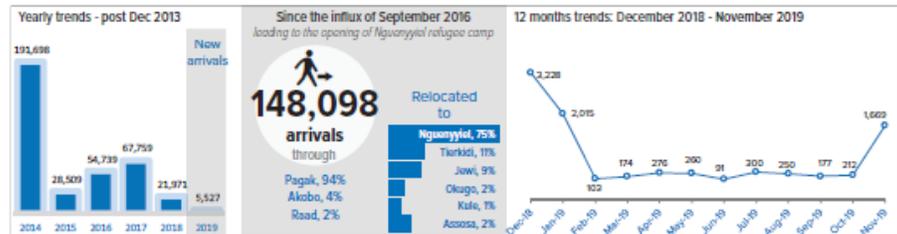
Refugee population in Gambella region | as of 30 November 2019



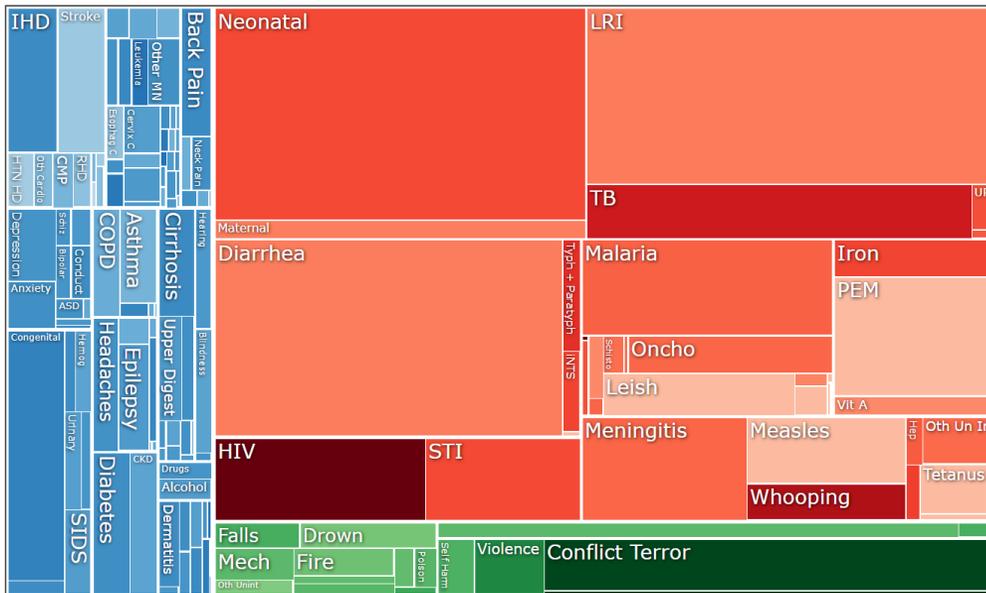
## Age/Sex breakdown



## Arrivals



Creation date: 04 December 2019 | Sources: UNHCR Gambella Registration Unit | Author: UNHCR Gambella Information Management Unit | Feedback: efigalm@unhcr.org | more info at <http://data.unhcr.org/southsudan/regional.php>

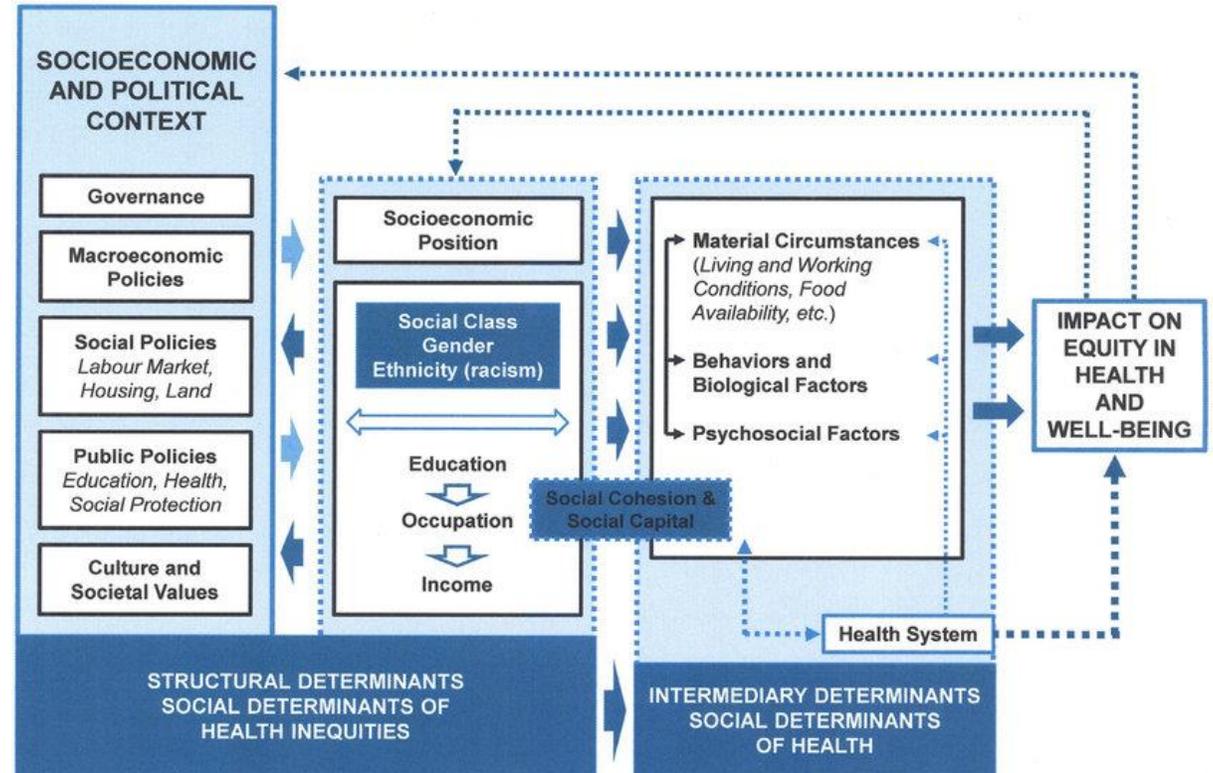


## CHALLENGES



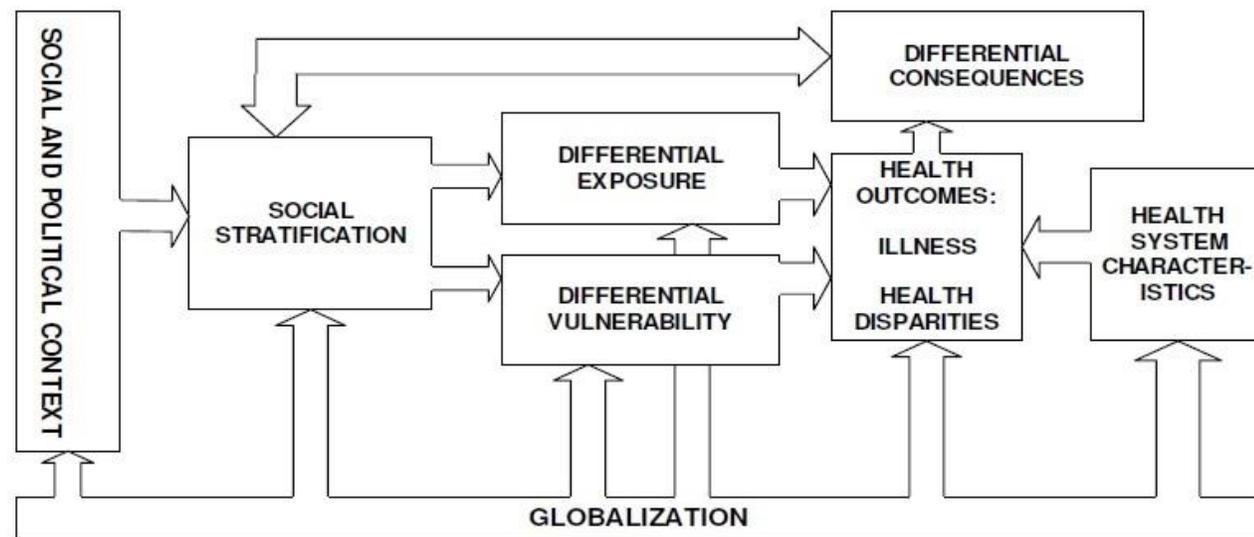
# In sintesi:

- Det. Pre-peri- post migratori
- accessibilità alle cure: status e pds, disponibilità e organizzazione dei servizi, barriere linguistiche-culturali, amministrative, economiche;
- condizioni di vita: lavoro, casa, ambiente, relazionale;
- discriminazione, razzismo;



# Globalizzazione, migrazione e salute

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



# Servizi sanitari

- definanziamento, privatizzazione e profitto
- aziendalizzazione
- decentralizzazione e regionalismi



# Mobilità internazionale e politiche migratorie

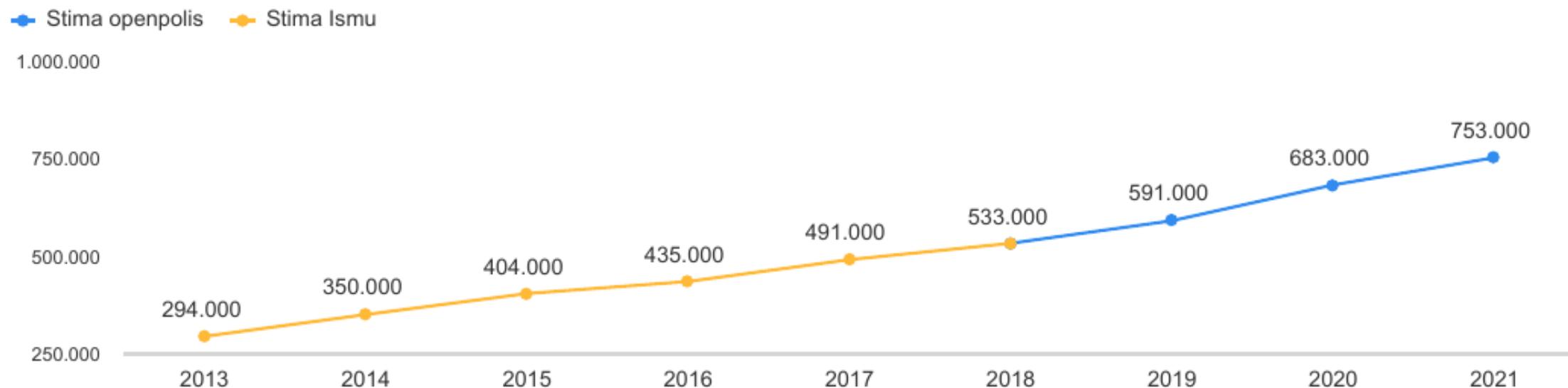
- Internazionalizzazione del mercato del lavoro,
- stratificazione della mobilità: turisti, lavoratori specializzati e migranti,
- criminalizzazione della migrazione, esternalizzazione delle frontiere;



# La crescita del numero di migranti irregolari in Italia

Il numero di irregolari in Italia è in costante crescita dal 2013. L'abolizione della protezione umanitaria a fine 2018 dà una spinta ulteriore a questo trend.

I dati si riferiscono al gennaio di ogni anno



# Bibliografia

International Migration, Health and Human Right. IOM, 2007

<https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health>

Dossier statistico immigrazione 2019. Scheda di sintesi

Sanità di Frontiera: <https://www.sanitadifrontiera.org/wp-content/uploads/corriere-del-migrante-4-19.pdf>

World Health Organization, Regional Office for Europe. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region: no public health without refugee and migrant health. Summary. <http://www.euro.who.int/en/publications/abstracts/report-on-the-health-of-refugees-and-migrants-in-the-who-european-region-no-public-health-without-refugee-and-migrant-health-summary>

G. Costa. Il profilo di salute degli stranieri immigrati: implicazioni per le politiche. in *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenza delle indagini multiscopo ISTAT*. Epidemiol Prev 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 1-68; **pp. 65-66** [http://www.epiprev.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1\\_INMP\\_2017.pdf](http://www.epiprev.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1_INMP_2017.pdf)

F. Faggiano. Salute straniera o salute degli stranieri? In *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenza delle indagini multiscopo ISTAT*. Epidemiol Prev 2017; 41 (3-4) Suppl 1: 1-68; **pp 67-68** [http://www.epiprev.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1\\_INMP\\_2017.pdf](http://www.epiprev.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1_INMP_2017.pdf) ISTAT 2017

Petrelli A.; Di Napoli A. (2019) Salute degli immigrati e disuguaglianze socioeconomiche nella popolazione residente in Italia valutate attraverso la rete degli Studi Longitudinali Metropolitan. [https://www.inmp.it/pubblicazioni/EP5-6-S1\\_Full.pdf](https://www.inmp.it/pubblicazioni/EP5-6-S1_Full.pdf)

Vulnerability and resilience. IOM 2017:

[https://www.iom.int/sites/default/files/our\\_work/DMM/Migration-Health/Vulnerability%20and%20Resilience%20paper%20excerpts\\_%20final.pdf](https://www.iom.int/sites/default/files/our_work/DMM/Migration-Health/Vulnerability%20and%20Resilience%20paper%20excerpts_%20final.pdf)

UNHCR <https://data2.unhcr.org/en/dataviz/95?sv=0&geo=0>

<https://www.openpolis.it/numeri/le-presenze-nei-centri-di-accoglienza-tra-il-2014-e-il-2019/>

Rapporto sulla protezione Internazionale. 2017 [https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/10/Rapporto\\_2017\\_web.pdf](https://www.unhcr.it/wp-content/uploads/2017/10/Rapporto_2017_web.pdf)