

*Salute, migrazioni, diseguaglianze:
una sfida professionale,
organizzativa ed etica per
l'assistenza primaria*

Antonio Fortino

**Direttore sanitario Azienda Ospedaliera San Giovanni-Addolorata
già Direttore Sanitario INMP**

Roma, 9 novembre 2017

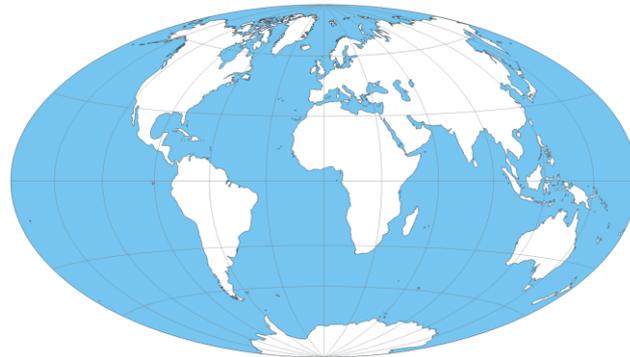
**INMP - ISTITUTO NAZIONALE
PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE
DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI
E PER IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTÀ**



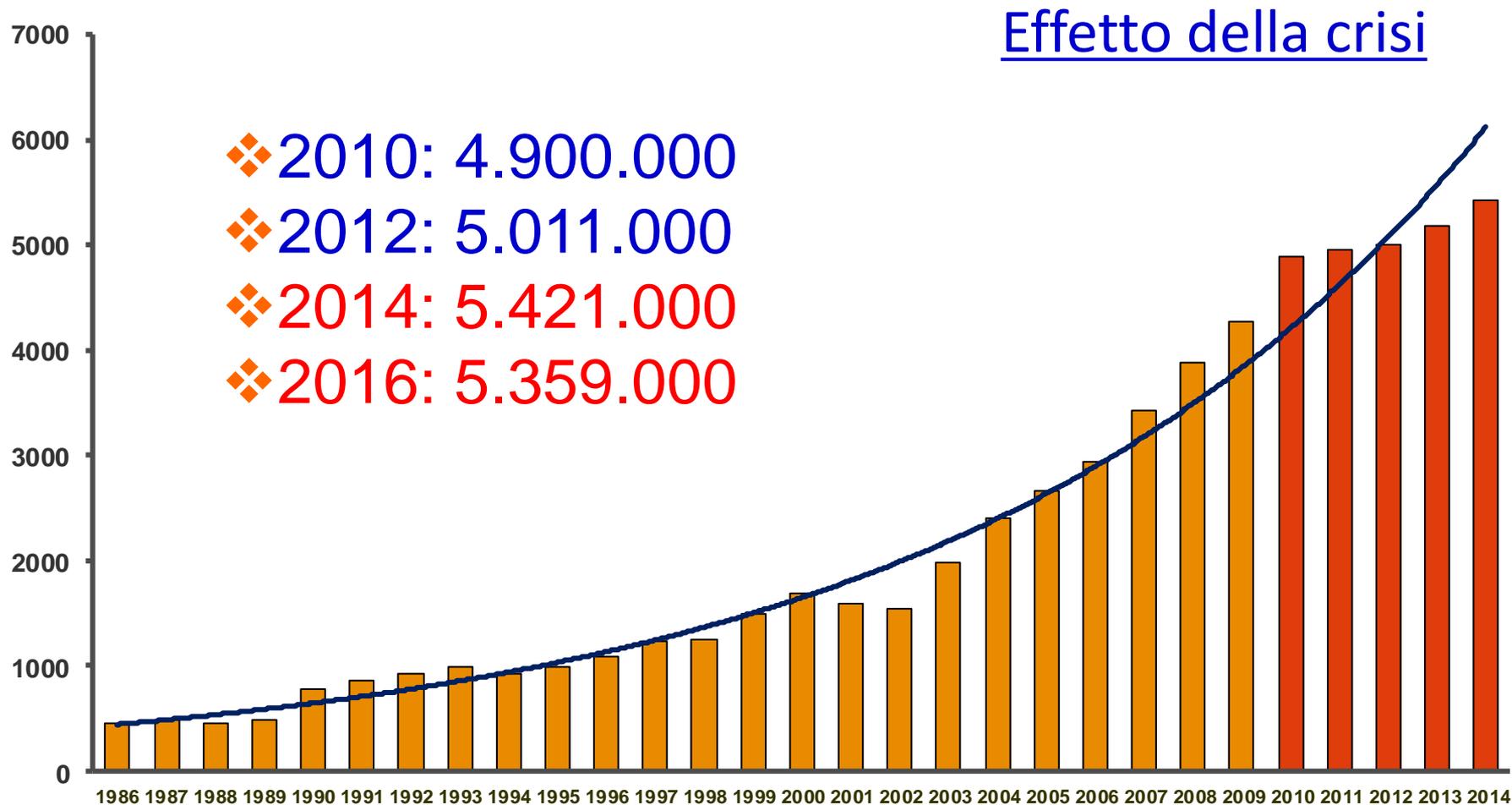
Dati demografici di un fenomeno complesso e
strutturale

Stranieri presenti all' 1 gennaio 2016: circa 5,36 milioni regolari, circa 435 mila irregolari

- 30% UE (Romania oltre 1,1 milione)
- 21,2% Europa non comunitaria (Albania 450 mila, Ucraina 234 mila)
- 20,7% Africa (Marocco 420 mila)
- 20,2% Asia (Cina 281 mila)
- 7,3% Americhe (Perù 110 mila)



Presenza straniera in Italia 1986-2016



un fenomeno dinamico e di grandi dimensioni

- 5 mln di stranieri residenti: 8,3% dei residenti
 - Età media 34,2 anni (Italia: 45,9)
- 300 mila stranieri soggiornanti regolarmente non residenti
- 435 mila irregolari
- 1,3 mln di italiani di origine straniera
- 1,1 mln minori stranieri

un fenomeno strutturale, non emergenziale

- 1 nato su 5 o su 7 è di origine straniera
- 130 mila acquisizioni di cittadinanza italiana nel 2014, 178 mila nel 2016, 208 mila nel 2016
- 18 mila matrimoni misti
- 75 mila nati da coppie straniere nel 2014 (15% di tutti i nati)

un fenomeno complesso

status giuridico degli stranieri e vulnerabilità sociosanitaria

	Persone senza dimora	Vittime di tortura	Vittime di tratta
<i>Richiedenti protezione internazionale / diniegati ricorrenti</i>	✓	✓	✓
<i>Beneficiari di protezione internazionale</i>	✓	✓	✓
<i>Lavoratori/Disoccupati</i>	✓		
<i>Lungo soggiornanti</i>	✓		
<i>Minori stranieri non accompagnati</i>	✓	✓	✓
<i>Cittadini comunitari</i>	✓		✓
<i>Irregolari</i>	✓		✓

Pregiudizi e diseguaglianze

Paure, pregiudizi e falsi miti

- Il migrante untore
- Il migrante profittatore
- La responsabilità del povero
- Victim blaming

LA STAMPA
 QUOTIDIANO FONDATA NEL 1857
 MARTEDÌ 21 OTTOBRE 2014 - ANNO 148 N. 289 - 1,50 € IN ITALIA (PREZZI PROMOZIONALI ED ESTERO IN ULTIMA SPEDIZIONE ABB. POSTALE - D.L. 35300 (CONV. IN L. 27/02/04) ART. 1 COMMA 1, DCR - TO www.lastampa.it

Di tutti gli sbarchi nel Mediterraneo negli ultimi cinque anni il 45% è avvenuto nel 2014 (Fonte: Onu)

1500 dollari a persona il costo medio di una traversata dal Nord Africa all'Italia (Fonte: Global Black Market Information)

150.000 i migranti salvati dall'Operazione Mare Nostrum (Fonte: Ministero degli Interni)

511 milioni di DOLLARI le rimesse globali degli immigrati verso i Paesi di origine (Fonte: Banca Mondiale)

20% la percentuale del reddito che un immigrato risparmia per reinvestirlo. In totale, sono **2 miliardi di dollari l'anno** (Fonte: Banca Mondiale)

48% dei morti nel Mediterraneo negli ultimi cinque anni (5.223) si sono registrati nel 2014 (Fonte: Onu dati al 14 settembre 2014)

215 milioni le persone nel mondo che vivono fuori dai confini del Paese d'origine (di cui **51,2 milioni** in Europa) Sono il 3% della popolazione mondiale. Fossero una nazione, sarebbe la più grande del Brasile (Fonte: Onu)

84 miliardi di euro il guadagno complessivo per le casse statali tedesche prodotto dagli immigrati (Fonte: Università di Bamberg)

29% gli immigrati laureati che vivono in Germania. I tedeschi laureati sono invece solo il 19% (Süddeutsche Zeitung)

30 miliardi DI EURO il girod'affari globale del traffico di persone (Onu)

Italiani occupati 59,5%

Immigrati occupati 60,1% (dati Eurostat 2013)

81,4% dei collaboratori familiari nel Nord Italia sono immigrati. Al Sud, la percentuale è del **64,3%**

IMMIGRAZIONE VIAGGIO NELLE NOSTRE PAURE

MARIO CALABRESI

L'immigrazione, insieme alla crisi del lavoro, è la più grande sfida che oggi l'Europa deve affrontare. La grande migrazione dell'ultimo anno, spinta dalle guerre che infiammano la sponda sud del Mediterraneo, insieme all'insorgere di tremende malattie come Ebola, ha creato nuovi allarmi e paure nei cittadini di questo Continente. Paure che non possono essere sottovalutate e che stanno plasmando la politica e la società. Insieme agli altri cinque quotidiani del progetto Europa abbiamo lavorato per darvi un numero speciale che superando le urla offre risposte razionali e strumenti di comprensione. Perché nessuna storia ha una sola faccia e vale sempre la pena leggerla fino in fondo.

europa

Determinanti di salute

Condizioni di salute psico-fisica all'arrivo

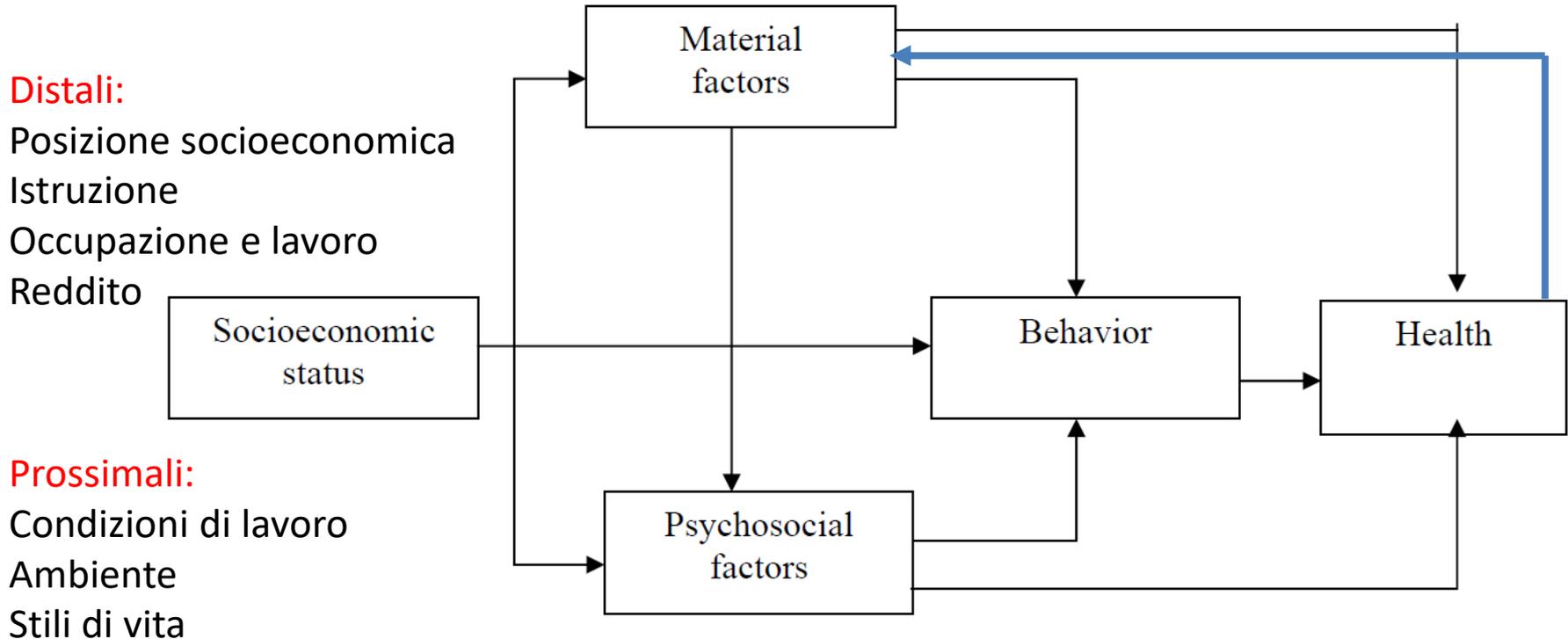
Barriere all'accesso dei servizi

Esclusione sociale



Relazione tra determinanti socioeconomici e salute

L'assistenza sanitaria può avere effetti di amplificazione o di riduzione dell'esclusione sociale e della cattiva salute



La migrazione incide su tutti i fattori e, anche da sola, è un determinante di povertà e di cattiva salute

famiglie straniere: maggior frequenza di povertà

Vivono in povertà assoluta :

4,4% delle famiglie di soli italiani

14,1% delle famiglie miste

28,3% famiglie composte da soli stranieri: 1 famiglia su 4

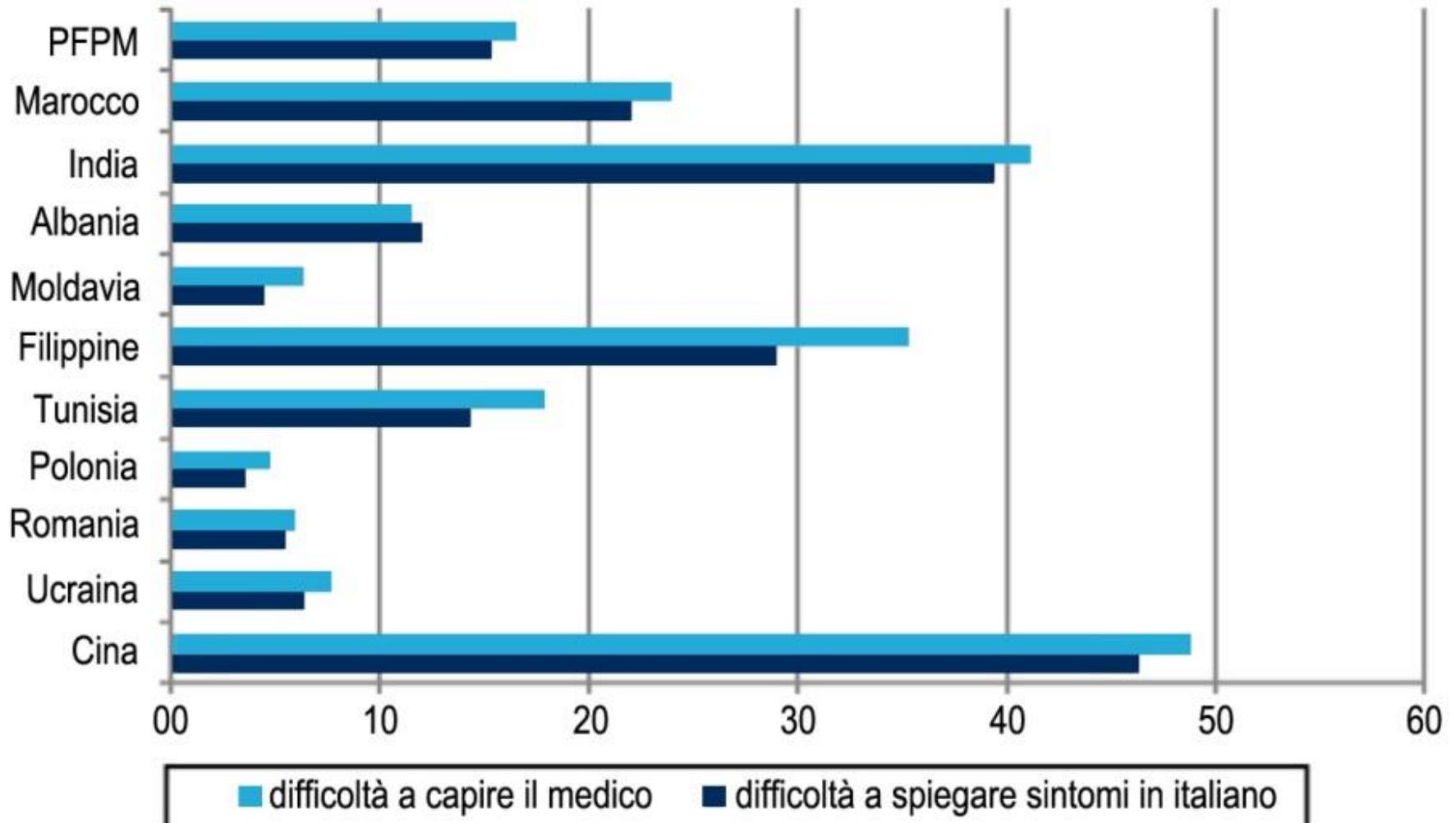


Barriere al diritto all'assistenza e alla salute

- Giuridico legali
- Linguistiche, culturali, comportamentali
- Organizzative
- Burocratico- amministrative
- Economiche

Le barriere linguistiche

Tasso standardizzato (per 100) di cittadini stranieri di età 14 anni ed oltre che dichiarano di avere difficoltà linguistiche per cittadinanza - Anni 2011-2012



La salute dei migranti

tappe di vita e stato di salute dello straniero

- Nuovo arrivato (primi uno/due mesi): condizioni acute del viaggio e conseguenze della violenza subita prima
- Di breve permanenza (primo anno): manifestazione di condizioni latenti, sradicamento
- Di lunga permanenza: malattie della povertà, dell'esclusione sociale, dello sfruttamento lavorativo. Transizione epidemiologica per fattori di rischio comuni ai nativi.
- Persone senza dimora, Vittime di tratta

Il primo studio sistematico sulla salute degli immigrati in Italia



Effetto migrante sano

- condizioni di salute all'arrivo generalmente buone perché emigrano per lo più persone più giovani e sane
- bassa prevalenza di patologie (infettive, cronico-degenerative) di importazione
- rischi minimi di contagio della popolazione ospite (in assenza di vettori o comunque di condizioni favorevoli a trasmissione)

Effetto migrante esausto

- precarietà abitativa, scarsa tutela sul lavoro, alimentazione sbilanciata
- crisi economica, soprattutto sul disagio mentale
- mancanza di supporto psicoaffettivo, sradicamento culturale, fallimento del progetto migratorio
- ritraumatizzazione
- difficoltà di accesso ai servizi sociosanitari
- barriere giuridiche, burocratiche, organizzative, relazionali

Malattie infettive, migrazioni e povertà

“Malgrado la comune percezione che vi sia un nesso tra il fenomeno migratorio e l’importazione di malattie infettive, non esiste un’associazione sistematica. Le malattie trasmissibili sono primariamente associate alla povertà”.

*(Zsuzsanna Jakab,
Direttore Regione Europea OMS)*



HEALTH EVIDENCE NETWORK SYNTHESIS REPORT 42

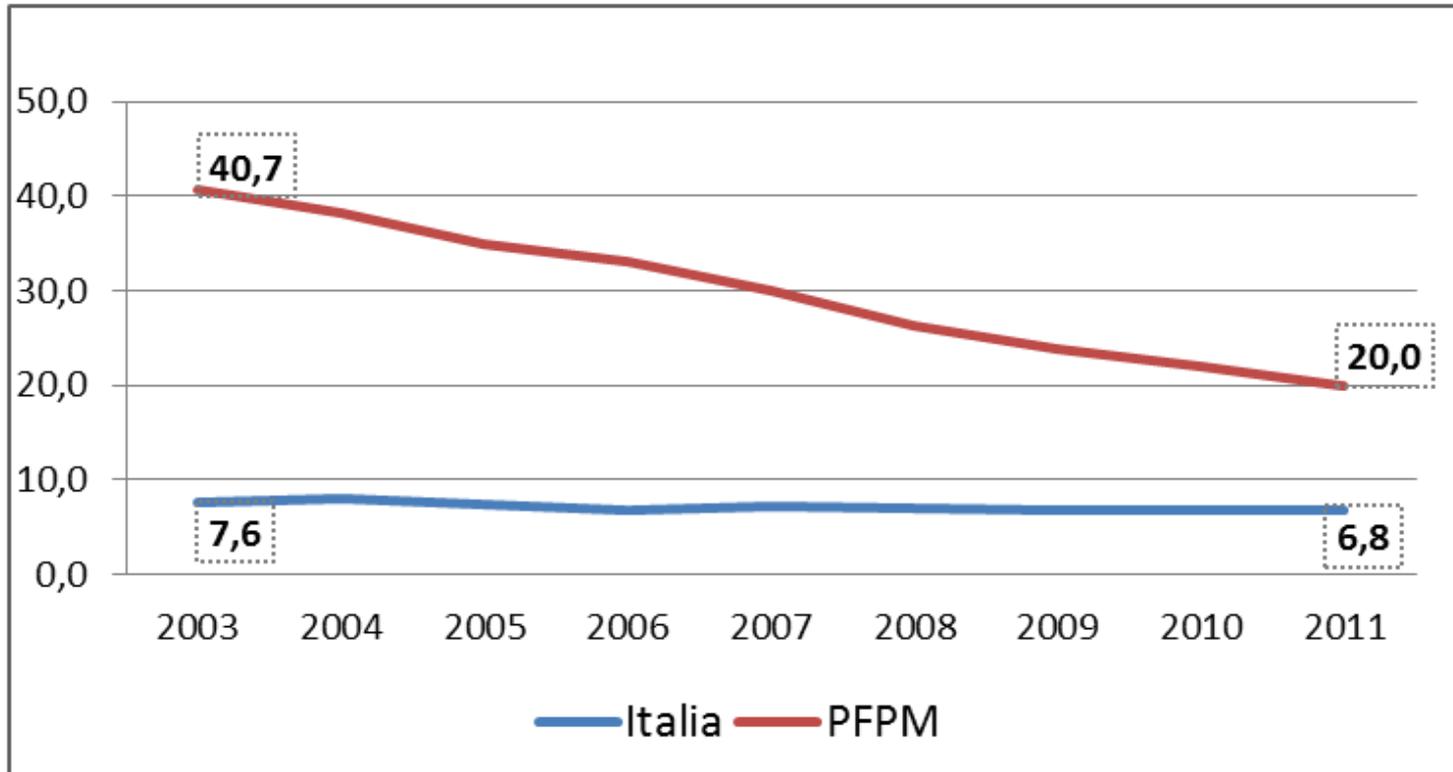
Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region

Elsabetta De Vito | Chiara de Waure | Maria Lucia Specchia | Walter Ricciardi

«*undocumented migrants* are vulnerable to certain risks and diseases and may encounter several barriers to accessing health care because of their irregular status and economic and social marginalization»

- gravidanze indesiderate
- gravidanze di teenager
- poco screening Pap test
- malattie neonatali e problemi psicosociali dei bambini
- depressione, violenze
- traumi sul lavoro
- epatite B, HIV, Chagas

IVG



tasso di abortività delle donne straniere è 3 volte più elevato rispetto alle italiane

Percorso nascita

U. Fedeli et al.

Table 1. Deliveries among teenagers, recourse to cesarean section, and ratio of antepartum hospitalizations, miscarriages and induced abortion to deliveries: Veneto 2006–2007.

	Deliveries, <i>n</i>	Deliveries <20 years (%)	Cesarean section (%)	Antepartum hospitalizations/ deliveries	Miscarriages/ deliveries	Induced abortions/deliveries
Veneto residents, Italians	73,098	0.7	29.5	0.18	0.16	0.13
Veneto residents, regular immigrants	18,462	2.9	26.9	0.21	0.15	0.24
Irregular immigrants	1,870	8.4	19.5	0.24	0.35	0.81

Migranti e relazione con i servizi sanitari

Ridotta alfabetizzazione sanitaria

Minor abitudine alla prevenzione

Maggior ricorso alle cure di emergenza e minore all'assistenza primaria

Scarsa consapevolezza dei diritti

Timore di essere denunciati o di perdere il lavoro o i figli

Influenza delle tradizioni e delle abitudini culturali

Operatori sanitari e migranti

Conoscenza di concetti e tecniche di medicina delle migrazioni e di approccio transculturale

Barriere linguistiche

Resistenze al trattamento/Assoggettamento

Relazione di cura episodica e fugace

Problemi sanitari spesso intrecciati a sociali

Complicazioni amministrative

Mancanza di strumenti e di supporti «di sistema»

Dilemmi etici

Mancanza di tempo o di staff da dedicare

Pratica clinica interculturale

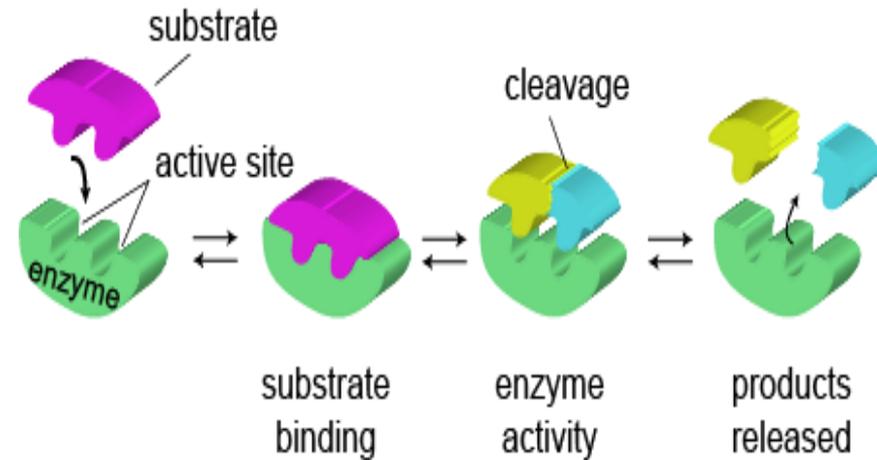
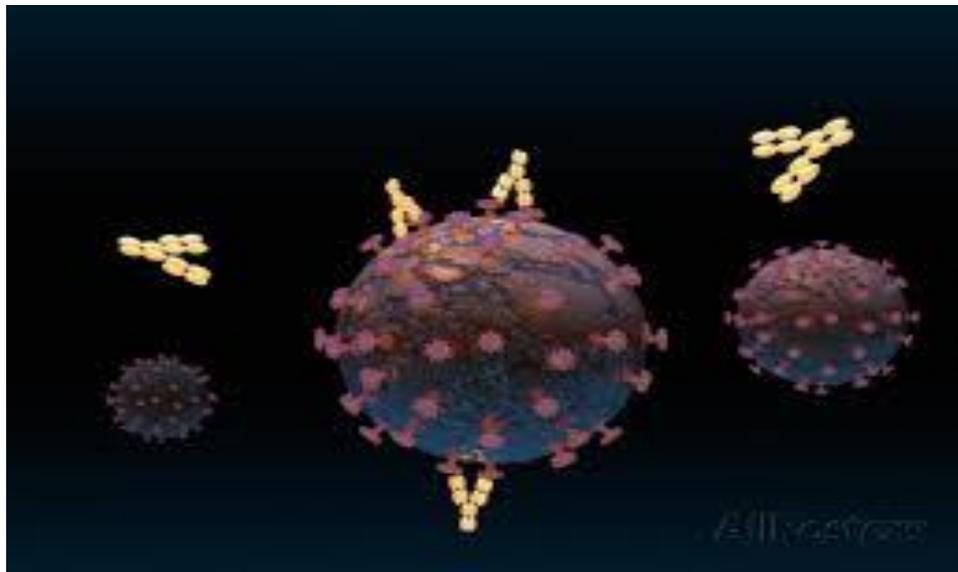
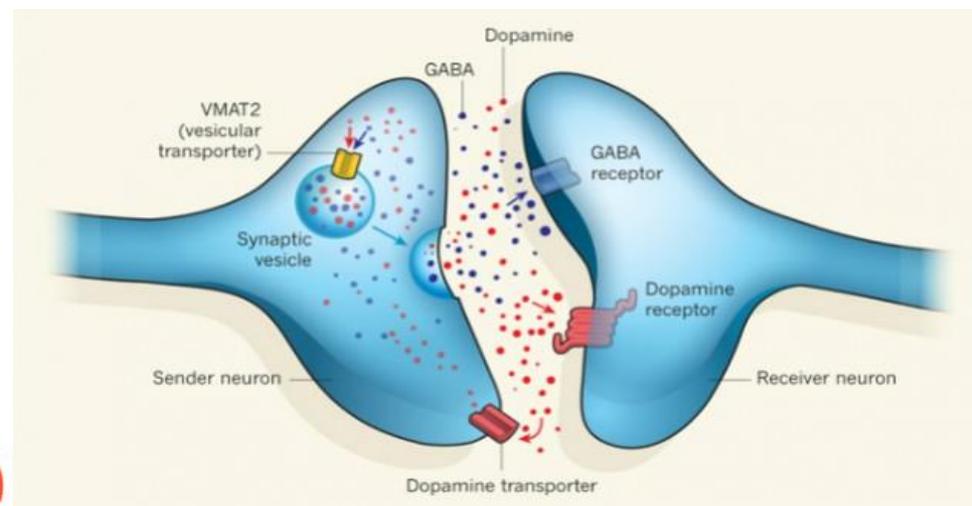
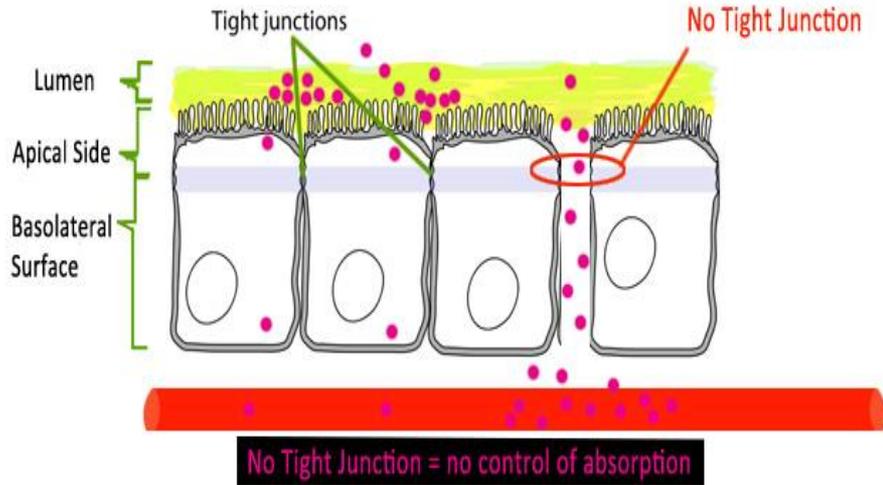
- Il racconto anamnestico è costruito con codici e termini di riferimento differenti, con percezioni e idee che sono distanti dalla routine clinica occidentale
- la semeiotica dermatologica può essere diversa: colore della cute, espressione delle malattie, segni e simboli tradizionali
- il concetto di prevenzione è meno scontato
- viene data molta importanza ai ruoli svolti dai membri della famiglia e della comunità
- le aspettative nei confronti del medico possono essere eccessive, «taumaturgiche»

Errori diagnostici disastrosi: valutazione della capacità genitoriale

Accade sempre più spesso che conflitti familiari propri della condizione migratoria, riconducibili *in primis* a problemi di tipo socio economico e poi anche a pratiche di accudimento socio-culturali, vengano attribuiti a carenze e disfunzioni genitoriali dai servizi sociali e dagli operatori socio-sanitari privi di competenze culturali adeguate.

Tale assenza ha sovente condotto gli operatori a identificare questi nuclei come «disturbati», fino all'estremo di arrivare ad allontanare i bambini dalle proprie famiglie al fine di «tutelarli»

Lumen of Small Intestine



4 funzioni dei mediatori culturali

Modelli assistenza e ruolo dei professionisti

Tre cambiamenti contro le disuguaglianze

- *Changing perspective:* lavoro interdisciplinare, collaborazione con altri settori, advocacy
- *Changing systems:* i più marginali sono spesso gli ultimi a ricercare l'aiuto medico: prossimità, bassa soglia, informazioni
- *Changing education:* mentalità degli studenti e dei nuovi medici, esperienze nel sociale e nelle comunità

Modelli ambulatoriali a bassa soglia

- Accesso immediato, accesso diretto, «pacchetti di prestazioni di base»
- Stretto contatto tra medici di assistenza primaria e alcuni specialisti
- Equipe multidisciplinare e competenze psicologiche
- Supporto sociale e lavoro di rete



Modelli ambulatoriali evoluti: one-stop clinic

- Percorso integrato e facilitato con un insieme di prestazioni di diagnosi, cura, prevenzione erogate nello stesso giorno.
- Mediatori culturali
- Case manager (infermiere, ostetrica, mediatore....)
- Supporto ai problemi burocratico-amministrativi



Clinical Practice Changes to Improve Health of Community Today

	Average Percentage
Investing in behavioral health/mental health services alongside physical health services	24%
Building interdisciplinary teams	13%
Creating community partnerships (e.g., schools, food banks, domestic violence shelters)	13%
Using more APNs and other physician extender roles	12%
Investing in tools for physicians (e.g., EMR optimization, tele-health capacity, population health systems)	11%
Investing in clinical research and performance improvement skills	9%
Building new analytic tools (big data)	6%
Investing in apps and tools to change patient behavior (e.g., Fit-bits, smoking cessation coaches, Omada)	6%
Providing CME for physicians	2%
Other	3%

If you were given \$100,000 to spend today to change clinical practice to

New Migrants in Primary Healthcare – How are services adapting?

Summary and Mini Case Book

Elizabeth Such, Elizabeth Walton, Brigitte Delaney, Janet Harris and Sarah Salway

School of Health and Related Research (SchARR) and the Academic Unit of Primary Medical Care (AUMPC), University of Sheffield



The
University
Of
Sheffield.

**NIHR CLAHRC
Yorkshire and Humber**

NHS

Sheffield

Clinical Commissioning Group

Medicina di prossimità e approccio diagonale

- Offerta attiva presso i luoghi di vita dei migranti (*outreach*) con ambulatori mobili o strutture messe a disposizione
- Promozione della salute e alfabetizzazione sanitaria
- Prestazioni di base come «aggancio» ai servizi territoriali (vaccinazioni, visite pediatriche, visite oculistiche.....): approccio diagonale
- Ruolo del facilitatore verso il gruppo/collettività
- Coordinamento di rete

La rete e l'integrazione sociosanitaria

- Unire e coordinare le forze del servizio pubblico con quelle del volontariato
- Costruire rete socio-sanitaria: «accordi territoriali tra i servizi sociali, inserimento lavorativo, istruzione, formazione, politiche abitative e la salute per un'offerta integrata di interventi e di servizi» (D. Lgvo 15.9.2017 n. 147)
- Lavorare con le collettività

Le linee guida sui controlli sanitari

(INMP, ISS, SIMM – luglio 2017)



Sistema nazionale per le linee guida

I controlli alla frontiera La frontiera dei controlli

Controlli sanitari all'arrivo
e percorsi di tutela per i migranti
ospiti nei centri di accoglienza

È indicata una visita medica generale cui sottoporre tutti i migranti all'inizio del percorso di accoglienza? Esistono strumenti (protocolli e *check-list*) per la valutazione dello stato di salute dei migranti attraverso una visita medica generale, anche in riferimento a esiti di traumi fisici?

R2.1 – Nel contesto della visita medica, particolare attenzione deve essere posta all'anamnesi clinica, familiare e sociale, nonché alla ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose – in particolare tubercolosi, malaria, IST, parassitosi, anemia, diabete – ai fini di un tempestivo accesso alle cure. **Grado A**

R2.2 – La visita medica deve includere la valutazione dello stato nutrizionale, dell'apparato cardiorespiratorio, dell'acuità visiva e uditiva, un'accurata ispezione della cute per l'identificazione di ectoparassitosi (di frequente riscontro nei migranti di recente arrivo) e la ricerca di segni di traumi e/o esiti di torture. **Grado A**

R2.3 – In considerazione della particolarità del *setting*, si raccomanda che il personale sociosanitario sia in possesso delle necessarie conoscenze circa il quadro epidemiologico nei paesi di provenienza e in quelli di transito, sia formato all'approccio transculturale e riceva adeguato supporto psicologico, nell'ottica di gestire situazioni emotivamente stressanti e prevenire il *burn-out*. **Grado A**

R2.4 – È raccomandato l'impiego di mediatori culturali in possesso di specifiche competenze sanitarie, al fine di supportare la relazione medico-paziente. **Grado A**

R2.5 – È raccomandato l'uso di strumenti informativi per la registrazione e la pronta disponibilità di dati sanitari, fatte salve le esigenze di tutela della privacy del paziente, lungo tutto il percorso di accoglienza. **Raccomandazione del panel**

Le linee guida sui disturbi psichici di rifugiati vittime di tortura e violenza

(MINISTERO DELLA SALUTE – marzo 2017)

Tutti i rifugiati sono da considerarsi come soggetti potenzialmente vulnerabili, poiché l'esilio è di per sé un'esperienza di tipo traumatico. La particolare vulnerabilità e il bagaglio di sofferenza di cui è portatore ogni rifugiato, non necessariamente e automaticamente però si traducono in disturbi psicopatologici. I RTP vittime di tortura, stupro, abusi o traumi estremi di altra natura (prolungate prigionie in isolamento e/o in condizioni disumane e degradanti, naufragi, testimoni di morti violente, etc.) possono presentare quadri clinici psicopatologici manifesti, latenti o sub-clinici. Questa tipologia di rifugiati deve essere considerata ad alta vulnerabilità ed è perciò necessario mettere in atto azioni e procedure specifiche mirate all'individuazione precoce di queste persone.

PARERE DELLA CNB su IMMIGRAZIONE E SALUTE
giugno 2017

Presidenza del Consiglio dei Ministri



... la percezione della salute, della malattia, della corporeità e della morte, è in buona parte forgiata da esperienze passate, storie familiari, significati appartenenti alla cultura di appartenenza; da qui l'opportunità di considerare le differenze metodologiche tra modalità di approccio ai temi della salute e della malattia in termini di spiegazione scientifica da una parte e di comprensione-interpretazione del vissuto del paziente dall'altra...

CNB, 2017

L'approccio transculturale

- Processo di scambio da parte di ambedue le parti in gioco, attraverso il quale le culture a confronto si modificano, si «perdono» per arricchirsi
- Uscire dalla cultura di provenienza, osare il nuovo, superare le paure e il pregiudizio
- diversità=ricchezza=opportunità
- conoscenze, informazioni, simboli e parole, sensibilità, empatia, curiosità



«La medicina olistica è una visione sistemica dell'assistenza sanitaria che considera il paziente come una persona all'interno di una comunità, di una famiglia, di un luogo di lavoro»

(BMA)

Conclusioni

Diseguaglianze e salute, poveri e migranti: un nuovo scenario per la sanità

- migrazioni e povertà sono fenomeni globali e strutturali
- i migranti costituiscono «mondi» variegati, differenti, mutevoli
- il servizio sanitario nazionale deve affrontare strutturalmente il tema della migrazione, in ogni setting
- l'assistenza primaria previene malattie e dà risparmi di costi, anche con i migranti irregolari
- modelli di assistenza specifici e *adaptations* ma senza costruire una sanità parallela: approccio diagonale

- gli operatori devono essere sostenuti e formati alla competenza culturale
- agli operatori spettano compiti di cura ma anche di comunicazione pubblica e di *advocacy*
- la piena integrazione del migrante richiede anche l'integrazione tra i servizi pubblici e una rete tra questi e il terzo settore

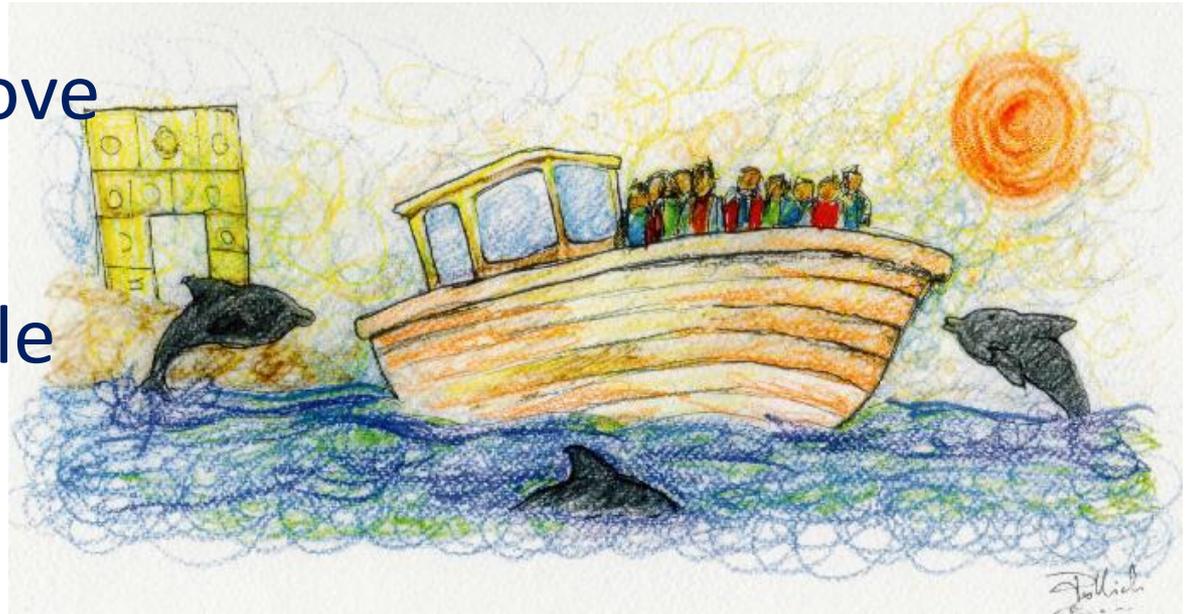
La tutela della salute dei gruppi svantaggiati, tra cui i migranti, assicura un diritto fondamentale delle persone, tutela la salute della collettività,

riduce i costi

e indica strade nuove

per una medicina

olistica e sostenibile



Il servizio sanitario universalistico, aperto e inclusivo può dare un contributo alla costruzione di un'etica sociale del prendersi cura, della fiducia e dell'equità: attenzione, relazione, rispetto reciproco, coesione sociale.