

Monografia
Cambiamenti climatici e migrazioni
Climate change and migrations

Problematiche sanitarie dei migranti e loro impatto socio-sanitario prima e dopo le migrazioni
Health problems of migrants and their socio-medical impact before and after migration

Maurizio Marceca

*Sapienza Università di Roma, Dipartimento di Sanità Pubblica e Malattie Infettive / Sapienza University, Department of Public Health and Infectious Diseases
Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) / Italian Society of Migration Medicine*

Parole chiave: salute, migranti, paesi di origine, paesi di destinazione, impatto sanitario

RIASSUNTO

Obiettivi: il presente contributo si propone di fornire alcune chiavi di lettura del fenomeno migratorio, per un approccio sistemico focalizzato sulle dimensioni della salute e dell'assistenza.

Metodi: la teoria dei determinanti sociali/strutturali della salute, ed alcuni indicatori come l'Indice di Sviluppo Umano (HDI) e il MIPEX HS, vengono adottati per evidenziare la complessità della tematica e sottolineare l'importanza, e l'interdipendenza, di alcune dimensioni e variabili legate al contesto più che all'individuo, facendo riferimento alla dinamica migratoria con particolare attenzione alle condizioni pre-partenza (quelle riferibili ai Paesi di origine) e alle condizioni di arrivo e permanenza (quelle riferibili ai Paesi cosiddetti di 'destinazione').

Risultati: è oggi disponibile una ricca e documentata letteratura scientifica internazionale - compresi diversi Rapporti della WHO - che forniscono chiari indirizzi strategici e operativi ai Paesi (in particolare a quelli di destinazione). Le politiche di integrazione dei migranti, con particolare riferimento al calcolo del MIPEX HS riferito al 2015, mostrano una grande variabilità a livello europeo in cui l'Italia emerge tra i Paesi che stanno garantendo una maggiore tutela della salute.

Conclusioni: si rende necessaria una capacità di governance a livello globale (in particolare europeo) e locale, particolarmente orientata alla promozione della salute attraverso l'adozione di politiche intersettoriali.

Autore per corrispondenza: maurizio.marceca@uniroma1.it

Key words: health, migrants, countries of origin, countries of destination, health impact

SUMMARY

Objectives: the present contribution aims to provide some keys to understanding the migration phenomenon, for a systemic approach focused on the dimensions of health and health care.

Methods: the theory of social / structural determinants of health, and some indicators such as the Human Development Index (HDI) and MIPEX HS, are adopted to highlight the complexity of the issue and to underline the importance and interdependence of some dimensions and variables related to the context rather than to the individual, referring to the migration dynamics with particular attention to the pre-departure conditions (those referring to the countries of origin) and to the conditions of arrival and stay (those referable to the so-called 'destination' countries) .

Results: a rich and documented international scientific literature is currently available - including several WHO Reports - which provide clear strategic and operational guidelines for countries (in particular those of destination). The integration policies of migrants, with particular reference to the calculation of the MIPEX HS referred to 2015, show a great variability at European level in which Italy emerges among the countries that are guaranteeing greater protection of health.

Conclusions: a capacity of governance at the global (in particular European) and local levels is needed, particularly oriented to health promotion through the adoption of intersectoral policies.

Un logical framework per leggere la salute dei migranti all'interno dei loro percorsi migratori attraverso i determinanti strutturali di salute

Nel 2011 la rivista Plos Medicine ha ospitato una serie di articoli dedicati al tema 'salute e migrazione'.

Il primo di questi, scritto da Zimmermann, Kiss e Hossain, presentava il semplice schema sotto riprodotto (Figura 1), che visualizza in maniera immediata, da una parte, la natura dinamica dei processi migratori, dall'altra, i differenti approcci e valutazioni che si rendono necessari per stimare la salute dei migranti tenendo conto della fase migratoria che stanno attraversando (1).

Nella necessariamente breve (e inevitabilmente riduttiva) argomentazione di questo contributo - a fronte di una complessità che, oltre che per lo specifico contesto, può essere invocata anche per lo specifico individuo protagonista della migrazione - proveremo a fornire alcune chiavi di lettura e a sottolineare l'importanza di alcune dimensioni e variabili, con particolare riferimento alle condizioni pre-partenza (quelle riferibili ai Paesi di origine) e alle condizioni di arrivo e permanenza (quelle riferibili ai Paesi cosiddetti di 'destinazione' o di 'accoglienza').

Saranno quindi consapevolmente messe in secondo piano - se non 'di riflesso', ragionando dalla prospettiva dei paesi di destinazione con particolare riferimento all'Italia - le condizioni relative al viaggio migratorio ed alle sue eventuali tappe intermedie, peraltro tristemente note negli ultimi anni, se assumiamo come situazioni drammaticamente pa-

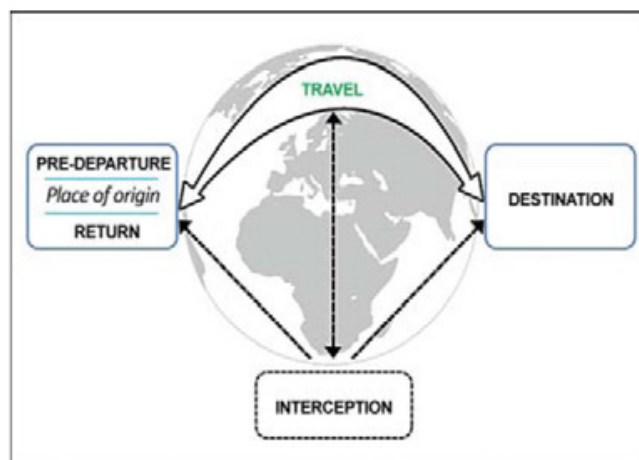


Figura 1- Framework sulle fasi migratorie

radigmatiche delle rotte seguite dai migranti provenienti dall’Africa subsahariana, quelle dell’attraversamento del deserto del Sahara in condizioni proibitive e delle carceri libiche, con il loro carico di violenza ‘disumana’. Per chi volesse approfondire ci limitiamo qui a segnalare due fonti di riferimento: la prima, di natura internazionale, è l’UNHCR, cioè l’agenzia delle Nazioni Unite per i richiedenti asilo e i rifugiati, che produce periodici report, focus e aggiornamenti per le diverse aree del pianeta (2); la seconda, di natura nazionale, è MEDU (Medici per i Diritti Umani), che ha prodotto ‘ESODI/EXODI’, una mappa web interattiva realizzata sulla base delle testimonianze di oltre 2.600 migranti dell’Africa subsahariana raccolte in quasi quattro anni (2014-2017) dai suoi operatori e volontari. Tali storie rappresentano *“una parte delle 900mila persone sbarcate sulle coste italiane negli ultimi 16 anni, delle quali quasi la metà negli ultimi tre anni. Essi appartengono ai sopravvissuti all’attraversamento del Mediterraneo centrale, che ha visto dal 2002 almeno ventimila vittime tra morti e dispersi, e all’attraversamento del Sahara e alle detenzioni e ai sequestri lunga le rotte terrestri, il cui numero di vittime è per certo tragicamente alto anche se ignoto a tutti nella sua esatta entità. ESODI racconta nel modo più semplice e dettagliato possibile i motivi della fuga e le rotte affrontate dai migranti dall’Africa subsahariana all’Italia, le difficoltà, le violenze, le tragedie e le speranze attraverso le voci e le informazioni dei protagonisti”*¹(3).

Il secondo schema concettuale che proponiamo, in termini di chiavi di lettura per un approccio sistemico alla tematica di interesse, è quello dei ‘determinanti sociali della salute’, che ha visto la sua prima sintesi all’inizio degli anni ’90 del secolo scorso - ed è storicamente rappresentato dallo schema di Dahlgren e Whitehead sotto riprodotto - per poi avere uno sviluppo scientifico e concettuale ininterrotto fino ai giorni nostri (Figura 2); centrale, in questo percorso, è la figura dell’epidemiologo Michael Marmot, con parti-

¹ A partire da queste esperienze Medu ha recentemente prodotto un testo dal significativo titolo “L’umanità è scomparsa” (4).

colare riferimento al suo ruolo di presidente della 'Commissione sui determinanti sociali della salute - CSDH' istituita dall'OMS/WHO nel 2005, che nel 2008 ha presentato il suo Rapporto dal titolo "Closing the gap in a generation" (5-6). In estrema sintesi, la teoria dei 'determinanti sociali della salute' - oggi supportata in termini di evidenza scientifica da centinaia e centinaia di pubblicazioni - dimostra quanto l'esposizione (favorevole o sfavorevole) a variabili di ampio contesto quali: le condizioni socio-economiche di un Paese, quelle climatiche e ambientali (elemento su cui si focalizza maggiormente questo numero monografico), il livello di istruzione dei suoi abitanti, il loro reddito medio (e, più specificamente, l'equità nella distribuzione delle risorse economiche disponibili nella



Figura 2 - I principali determinanti della salute secondo Dahlgren e Whitehead, 1993

popolazione misurata dal 'coefficiente di Gini'), la presenza e la qualità dell'occupazione, il livello di coesione sociale etc. (cioè variabili/determinanti modificabili attraverso le specifiche politiche intersettoriali adottate in quel contesto), sono in grado di determinare il livello di salute (e più in generale di qualità di vita e quindi di benessere) di chi ci vive. Nel caso della migrazione tale teoria è applicabile sia ai Paesi da cui i flussi migratori si originano (agendo in termini di fattori 'di espulsione'), sia a quelli che dai flussi migratori vengono maggiormente interessati come destinazione (agendo invece in questo caso come fattori 'di attrazione'). Ciò di cui oggi abbiamo maggiormente consapevolezza sono i meccanismi con cui i determinanti 'strutturali' (aggettivo che oggi viene preferito a 'sociali' per indicare le variabili/determinanti della dimensione 'macro'), sono in grado di influenzare (anche con complesse dinamiche di interdipendenza) quelli delle dimensioni inferiori in un avvicinamento progressivo alla dimensione individuale (che nel nostro caso coincide con la persona migrante) (5).

Nel presente contributo si è scelto, per motivi di opportunità e di spazio, di non con-

centrare l'attenzione sugli aspetti clinico-epidemiologici relativi alle condizioni di salute dei migranti (per cui si rimanda alla volutamente abbondante bibliografia citata), che variano tra l'altro sulla base di diverse e complesse variabili che si modificano nel tempo (come ad esempio la generazione di immigrazione, la condizione giuridica, il livello di integrazione socio-economica, le condizioni di vita... cioè, ancora una volta, i 'determinanti sociali della salute'), quanto piuttosto di presentare quelle che sono - da 'una parte' e 'dall'altra' - le principali chiavi di lettura attraverso cui è possibile identificare i livelli di tutela della salute delle persone migranti.

Parte delle riflessioni qui proposte rimandano, per una trattazione più approfondita, ad un numero monografico su 'Salute e Migrazione' ospitato da questa rivista nel 2017 e curato da un gruppo di ricercatori e professionisti che fanno riferimento alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) (7).

Le condizioni di salute e di possibilità di assistenza nei paesi di origine dei migranti (Paesi a forte pressione migratoria): elementi di analisi essenziali

Considerati i numeri che caratterizzano l'attuale configurazione del fenomeno migratorio su scala mondiale (di cui altri contributi di questo numero monografico offrono dati analitici), e preso atto che ne sono coinvolti - se pur con caratteristiche diverse - quasi tutti i paesi del mondo, risulta di tutta evidenza come non sia possibile nemmeno azzardare di formulare specifiche valutazioni sulle condizioni di salute delle persone che scelgono di emigrare. Tale impossibilità ha, alla sua radice, soprattutto una ragione tecnico-scientifica: la precarietà socio-economica di un paese si accompagna infatti, con rare eccezioni, ad una precarietà sanitaria nel raccogliere ed elaborare in modo sistematico e duraturo dati clinico-epidemiologici; in altre parole, quanto più debole è un paese, tanto più scarse e poco affidabili sono le sue fonti statistico-epidemiologiche (per cui di solito ci si affida, invece che a fonti informative correnti, a pubblicazioni che riportano studi epidemiologici *ad hoc* limitati nel tempo e nello spazio, con frequenti problemi di inferenza statistica in termini di rappresentatività della popolazione generale).

Ci si limiterà qui ad offrire alcuni essenziali elementi di analisi che possono agevolare una lettura ad ampio raggio del tema di interesse, proposti in modo piuttosto schematico:

- 1) con alcune eccezioni relative alla cosiddetta emigrazione 'forzata', la mobilità umana nel mondo (con finalità non turistiche, e quindi occasionali, ma essenziali, e quindi prevalentemente proiettate nel medio-lungo periodo) vede come principali protagonisti persone giovani, provenienti da aree caratterizzate da un'alta percentuale, nel profilo demografico della popolazione (piramide delle età), di soggetti appartenenti alle fasce di età giovanili. Ciò comporta che, in generale, tendono a emigrare perso-

ne sane proprio in quanto giovani (come noto l'età rappresenta il principale fattore epidemiologico di protezione o, all'opposto, di rischio per la salute); a ciò si aggiungono (e sono state sottolineate dalla letteratura medico-scientifica sotto il concetto di 'effetto migrante sano') dinamiche di (auto)selezione che vedono privilegiati gli individui con patrimoni di salute (e capacità di intraprendenza e resistenza) superiori. Come noto questo effetto tende poi a scomparire come conseguenza di un possibile fallimento del progetto migratorio ('effetto migrante esausto') o dell'attivazione del ricongiungimento con familiari con problemi di salute già in atto o, più in generale, con l'avvicinarsi nel tempo delle generazioni di migranti (8).

- 2) Coerentemente a queste considerazioni preliminari, diversi studi mostrano che la ricerca di cure non è tra le motivazioni principali per cui la maggior parte delle persone che migrano arriva in Paesi a sviluppo avanzato quali quelli europei (9-11). In altri termini, pur tenendo conto che la grande maggioranza dei Paesi a forte pressione migratoria sono caratterizzati da sistemi sanitari deboli o inesistenti ², in cui non esiste di norma una copertura sanitaria universale e le persone possono curarsi, in caso di bisogno, in misura proporzionale al proprio reddito (situazione che registra la massima esasperazione nei paesi caratterizzati dal sistema cosiddetto 'Out of pocket'), non sembra ragionevole, in linea di massima, attribuire alle scarse opportunità assistenziali di tipo sanitario una forte capacità di convincimento a emigrare. A tale valutazione generale sfuggono ovviamente casi di immigrazione per motivi di salute, spesso presenti nei cosiddetti 'corridoi umanitari', che hanno però un impatto complessivo, in termini quantitativi, del tutto secondario.
- 3) Se però, come è stato proposto precedentemente, consideriamo la salute in modo più ampio, come un costrutto complesso influenzato da numerose variabili tra loro interdipendenti di prevalente natura sociale, ecco allora che l'azione negativa esercitata da un'esposizione a determinanti sociali sfavorevoli (tipica dei Paesi a scarse risorse ma in parte anche di quelli a medio reddito), è in grado di produrre complessivamente un disagio esistenziale che, in quanto auto-percezione di qualità di vita e quindi di maggiore o minore benessere, giocano sicuramente un ruolo rilevante nell'assumere la decisione di emigrare. In altre parole, fattori quali: le opportunità (e le condizioni) di lavoro e di guadagno e quindi le possibilità di ascesa sociale rispetto ai propri genitori; le possibilità di istruzione scolastica superiore o universitaria dei propri figli; la possibilità di vivere in ambienti meno inquinati o climaticamente meno rischiosi; la possibilità di nutrirsi in modo adeguato etc., laddove percepiti come precari nei

² Si segnalano a questo proposito, come fonti particolarmente competenti, il sito 'saluteinternazionale.info' all'indirizzo <http://www.saluteinternazionale.info/category/sistemi-sanitari-internazionali/> e, per quanto riguarda l'area regionale europea del WHO, la piattaforma "The health Systems and Policy Monitor" all'indirizzo <https://www.hspm.org/mainpage.aspx>

propri paesi di origine, sostengono in modo decisivo, anche per il ruolo di amplificazione (ma spesso anche di informazione distorta) esercitato dai mass media in un'epoca di globalizzazione dell'informazione, dinamiche di emigrazione. In questo senso appare legittimo affermare che, in ultima analisi, l'emigrazione è sostenuta da fattori 'di espulsione' (e, dall'altra parte, nei Paesi di destinazione, 'di attrazione') che sostanzialmente sono determinanti strutturali (o sociali) di salute.

Per cercare di 'misurare' - per quanto genericamente - alcune di queste variabili in modo combinato, a titolo esemplificativo, e facendo riferimento alla situazione italiana, possiamo prendere in considerazione l'Indice di Sviluppo Umano (Human Development Index - HDI).

Si tratta di un indicatore di sviluppo macroeconomico realizzato nel 1990 dall'economista pakistano Mahbub ul Haq (seguito dall'economista e premio nobel indiano Amartya Kumar Sen), utilizzato, accanto al PIL (Prodotto Interno Lordo), dall'Organizzazione delle Nazioni Unite a partire dal 1993 per valutare la qualità della vita nei Paesi membri (12). A partire dal 2010, l' HDI è definito come la media geometrica di tre indici di base, legati rispettivamente alla speranza di vita (quella maggiormente collegata agli standard sanitari), al livello di istruzione e al reddito.

La scala dell'indice è in millesimi decrescente da 1 a 0 e si suddivide, in base ai quartili (dal 2010), in quattro gruppi: Paesi a sviluppo umano molto alto, Paesi ad alto sviluppo umano, Paesi a medio sviluppo e Paesi a basso sviluppo umano. Dal Report 2010 i Paesi sono suddivisi in quattro gruppi in base al quartile in cui rientrano: primo 25% dei Paesi: Paesi a sviluppo umano molto alto; dal 25% al 50% dei Paesi: Paesi ad alto sviluppo umano; dal 50% al 75% dei Paesi: Paesi a medio sviluppo umano; ultimo 25% dei Paesi: Paesi a basso sviluppo umano.

Nella Tabella 1 sono stati riportati, facendo riferimento all'ultimo Rapporto dell'UNDP sugli indici e gli indicatori di sviluppo umano (dati 2017), i valori corrispondenti relativi ai dieci Paesi da cui provengono le prime dieci comunità di immigrati residenti presenti attualmente in Italia (dati 2017) (13).

Come era prevedibile, l'Indice di Sviluppo Umano di questi Paesi (tenendo conto che l'Italia occupa attualmente il 28° posto del ranking mondiale) va dal 52° posto (Romania, cioè la prima comunità immigrata in Italia) al 136° posto (attribuito al Bangladesh, l'ottava comunità per quantità di residenti stranieri in Italia). Se guardiamo all'aspettativa di vita alla nascita, l'indicatore che, come accennato, rappresenta più da vicino le condizioni di salute e le capacità di assistenza di un Paese, possiamo rilevare che, a fronte degli 83,2 anni di aspettativa degli italiani, si possono registrare 'scarti' che vanno dai 14,4 anni di vita in meno per gli indiani ai 4,7 anni di vita in meno per gli albanesi.

Analoghi confronti possono essere operati per gli anni di istruzione, in cui si registra un delta massimo di 4,7 anni di media di istruzione a sfavore dei marocchini rispetto agli

italiani, o per il prodotto nazionale lordo pro capite, in cui si registra una differenza massima che corrisponde quasi ad un rapporto di 1 a 10 tra bengalesi ed italiani.

% di immigrati sul totale degli immigrati in Italia* 2017	PAESE	HDI Rank 2017	HDI (Valore) 2017	SDG 3 Aspettativa di vita alla nascita (anni) 2017	SDG 4.3 Anni di istruzione scolastica attesi (anni) 2017	SDG 4.6 Media di anni di istruzione (anni) 2017	SDG 8.5 Prodotto nazionale lordo pro capite (2011 PPP \$) 2017	HDI Rank 2016
23,1	Romania	52	0,811	75,6	14,3	11,0	22,646	52
8,6	Albania	68	0.785	78.5	14.8	10.0	11,886	69
8,1	Marocco	123	0.667	76.1	12.4	5.5	7,340	122
5,7	Cina	86	0.752	76.4	13.8	7.8	15,270	86
4,6	Ucraina	88	0.751	72.1	15.0	11.3	8,130	90
Tot. parz. 50,1								
	Filippine	113	0.699	69.2	12.6	9.3	9,154	111
	India	130	0.640	68.8	12.3	6.4	6,353	129
	Bangladesh	136	0.608	72.8	11.4	5.8	3,677	138
	Moldavia	112	0.700	71.7	11.6	11.6	5,554	110
	Egitto	115	0.696	71.7	13.1	7.2	10,355	113
Tot. parz. 63,7								
	ITALIA	28	0.880	83.2	16.3	10.2	35,299	28

Fonte: United Nations Development Programme. *Human Development Indices and Indicators*. 2018

* Dati Idos. Dossier Statistico Immigrazione 2018 (dati 2017).

Tabella 1 - Valori (e rank) mondiale dello Human Development Index e delle sue componenti (con riferimento agli SDGs) nei primi 10 paesi di immigrazione in Italia (2017 e confronto 2016)

Non ci si può quindi stupire di trovare conferma del fatto che il principale motore di emigrazione sia rappresentato da un tentativo di miglioramento delle proprie condizioni di vita, che l'Indice di Sviluppo Umano complessivamente è in grado di intercettare (i flussi migratori, si direzionano quindi normalmente da Paesi a più basso HDI a Paesi a più alto HDI ³).

Per quanto tali argomentazioni siano decisamente convincenti, non appare scontato cercare di valutare la migrazione, in termini di costi/benefici complessivi, sul piano delle scelte sia individuali che collettive (in termini di 'investimento' dei singoli Stati), anch'esse in qualche modo traducibili in termini di 'salute'.

³ Tale affermazione non risulta necessariamente confermata, da un punto di vista strettamente quantitativo, nel caso delle migrazioni 'forzate' dovute a gravi situazioni socio-politiche: se ad esempio facciamo riferimento al Venezuela, potremo verificare che i paesi limitrofi cui si stanno attualmente rivolgendo i suoi emigranti, come Perù e Colombia, avevano nel 2017 un HDI inferiore.

Sul piano individuale, ci si limita qui a ricordare come, anche in caso di emigrazioni di successo (che cioè consentono all'individuo/gruppo familiare di fare un salto di posizione in termini socio-economici), la migrazione in sé comporti in maniera quasi inevitabile uno 'strappo' con le proprie radici che ha inevitabili ripercussioni sulla dimensione identitaria (14).

Sul piano collettivo, è indubbio che le rimesse degli emigrati comportino sempre linfa vitale per l'economia, e quindi il possibile sviluppo sociale, di qualunque Paese⁴.

Secondo un recente studio della Fondazione Leone Moressa su dati della Banca d'Italia, nel 2018 sono stati inviati all'estero dagli immigrati residenti in Italia 6,2 miliardi di euro, con una crescita annua del 20,7 per cento. Bangladesh, Romania, Filippine sono le prime tre comunità di immigrati che vivono e lavorano in Italia per entità delle rimesse nei Paesi di origine. Da notare come tra i primi sei Paesi ben quattro siano asiatici: oltre al Bangladesh, anche Filippine, Pakistan e India. Per la prima volta, nel 2018 il Bangladesh è il primo Paese di destinazione delle rimesse, con oltre 730 milioni di euro complessivi (11,8% delle rimesse totali), registrando nell'ultimo anno un +35,7%, mentre negli ultimi sei anni ha più che triplicato il volume (16).

Non si può però ignorare che spesso l'attivazione di importanti ondate migratorie in uscita depauperi quel Paese della sua componente giovanile più 'promettente', in termini di capacità di guidare importanti cambiamenti di sviluppo culturale, tecnico-scientifico e sociale. Quando a partire sono i giovani per la cui istruzione superiore c'è stato, specie in un Paese a risorse fortemente limitate, un importante investimento economico-sociale, la 'perdita' di capitale sociale diventa veramente significativa. E lo diventa ancora di più in quei settori maggiormente decisivi per la vita della popolazione, tra cui è sicuramente compreso quello sanitario.

Quando a emigrare verso paesi a sviluppo avanzato, attirati da salari dieci-venti volte superiori a quelli percepibili nel proprio Paese di origine, sono infatti medici, chirurghi, anestesisti, infermieri, ostetriche... la ricaduta sulla qualità di vita della popolazione autoctona si fa veramente pesante. Tale dinamica conferma e amplifica la cosiddetta 'Legge sull'assistenza inversa' formulata da Julian Tudor Hart nel 1971, per cui *"La disponibilità di una buona assistenza medica tende a variare in modo inversamente proporzionale al bisogno della popolazione servita"* (17-18).

Sulla pagina dedicata alla 'Health workforce' della WHO, si può leggere che: *"La migrazione internazionale degli operatori sanitari è in aumento: nell'ultimo decennio c'è stato un aumento del 60% nel numero di medici e infermieri migranti che lavorano nei paesi dell'OCSE. Le proiezioni future indicano una continua accelerazione nella migrazione in-*

⁴ I dieci Paesi al mondo che nel 2017, secondo i dati della World Bank, hanno avuto un maggior beneficio in termini di contributo percentuale alla composizione del Prodotto Nazionale Lordo sono stati: il Kyrgyzstan (35%), Tonga (33%), Tajikistan (31%) Haiti (29%), Nepal (29%), Liberia (27%), Comoros (21%), Gambia (21%), Moldova (20%) e Honduras (19%) (15).

ternazionale degli operatori sanitari, con un crescente squilibrio tra l'offerta e la domanda economica degli operatori sanitari”.

Tale particolare migrazione non è però ‘spontanea’, in quanto ha assunto, negli ultimi dieci - quindici anni le caratteristiche di un vero e proprio ‘reclutamento’ pianificato da molti paesi occidentali a sviluppo avanzato (quelli, per intenderci, con una posizione alta nel ranking dell’HDI); la gestione di questo reclutamento è di norma affidata ad agenzie di intermediazione professionale specializzate. Le pericolose ricadute di quella che potremmo chiamare a buon diritto una ‘competizione disonesta’ sono state focalizzate e descritte da ormai un quindicennio, portando l’Assemblea Mondiale della Sanità ad approvare due risoluzioni: la WHA 57.19 del 22 maggio 2004 dal titolo *“International migration of health personnel: a challenge for health systems in developing countries”* (la “Migrazione internazionale del personale sanitario: una sfida per i sistemi sanitari nei paesi in via di sviluppo”) e la WHA 64.6 del 24 maggio 2011 dal titolo *“Health workforce strengthening”* (il “Rafforzamento del personale sanitario”). Con la WHA 63.16 del maggio 2010 è stato invece approvato il *“WHO Global Code of Practice on the International Recruitment of Health Personnel”* (“Codice di condotta dell’OMS sul reclutamento internazionale del personale sanitario”), alla cui implementazione e monitoraggio si sta lavorando in questi anni nel tentativo di responsabilizzare soprattutto i Paesi che attirano e impiegano la maggior quota di professionisti della salute provenienti da aree a scarse risorse.

Come giustamente evidenzia la WHO, un altro *“elemento chiave è la creazione di un ambiente di lavoro e di vita solidale e opportunità di crescita professionale in modo che gli operatori sanitari abbiano meno probabilità di migrare”* (19).

Le condizioni di salute nei paesi di arrivo: valutazioni di impatto nell’area europea e importanza delle politiche intersettoriali

Per quanto riguarda la valutazione delle condizioni di salute dei migranti nei paesi di destinazione - soprattutto nei casi di massiccio afflusso quale è stato quello che ha caratterizzato l’area europea a seguito del conflitto siriano (e che, con riferimento all’Italia, ha registrato l’afflusso ‘record’ di oltre 180.000 persone nel 2016) - appare evidentemente necessario distinguere le prime fasi susseguenti all’arrivo da quelle successive.

Senza trascurare l’importanza delle prime, riteniamo sia qui più utile soffermarsi sulle seconde, che sono maggiormente correlate con i percorsi di integrazione (e quindi le politiche nazionali che li possono facilitare od ostacolare) delle comunità immigrate; ciò anche per contrastare culturalmente un eccesso di attenzione, non raramente pianificata da un punto di vista mediatico con finalità di propaganda demagogica ⁵, alla cosiddetta

⁵ Significativa, a questo proposito, la frase pronunciata da Papa Francesco il 20 settembre 2018 in occasione della Conferenza Mondiale sul tema “Xenofobia, razzismo e nazionalismo populista, nel contesto delle migrazioni mondiali”: *“Purtroppo accade pure che nel mondo della politica si ceda alla tentazione*

‘emergenza’, che finisce per dominare in modo distorto la ‘narrazione’ del fenomeno migratorio in tutti i suoi aspetti, compresi quelli della salute.

Entrambe le situazioni temporali richiedono però una capacità di leggere i bisogni di salute ed assistenza nel ‘qui ed ora’ e di programmare gli interventi con un approccio di sistema capace di coinvolgere in modo organico e di provata efficacia (cioè ‘evidence-based’), tutti gli attori coinvolti.

Con riferimento alla gestione delle prime fasi, quelle dell’arrivo, segnaliamo alcune pubblicazioni di interesse: le prime due, predisposte dall’Ufficio regionale europeo dell’OMS, suggeriscono ai paesi membri, rispettivamente, una strategia e un piano di azione (21), nonché un toolkit per valutare la capacità del sistema sanitario di gestire importanti flussi di immigrati e richiedenti protezione internazionale, di cui la Figura 3 - riprodotta nella pagina seguente - è una efficace sintesi (22).

La terza pubblicazione segnalata è una Linea Guida (LG), prodotta ai sensi di una collaborazione tra l’Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), che si concentra sui controlli che, sulla base delle evidenze disponibili, sono attualmente raccomandati all’arrivo (precisando, come la metodologia delle LG prevede, la forza di ciascuna raccomandazione). La specificità di questo documento, prodotto all’interno del Sistema nazionale per le linee guida, è che non prende in considerazione, come hanno fatto altri pur pregevoli analoghi documenti europei (23) le sole malattie infettive trasmissibili, ma anche alcune più significative patologie croniche (diabete, malattie cardiovascolari, tumori...) o condizioni fisiologiche quali la gravidanza (24-25). La stessa WHO ha infatti recentemente richiamato l’attenzione, e dato indicazioni operative, sull’importanza delle patologie croniche e la necessità di una loro efficace prevenzione e controllo tra i migranti e i rifugiati (26).

Si segnala, a questo proposito, che è attualmente in corso (fino a tutto il 2020) a livello nazionale un Progetto FAMI dal titolo *‘FOOTPRINTS: Formazione operatori di sanità pubblica per la definizione di piani regionali di coordinamento per la salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica’*, di cui è coordinatore il Ministero della Salute, finalizzato a creare le condizioni più favorevoli a che le Regioni e Province Autonome italiane adottino piani di intervento omogenei (benché adattati allo specifico contesto), che includano e implementino i documenti tecnico-organizzativi attualmente disponibili tra cui la citata Linea Guida dei controlli all’arrivo ed altre di cui si farà menzione in seguito (27).

Più in generale, a prescindere dal tempo di permanenza degli stranieri immigrati, se te-

di strumentalizzare le paure o le oggettive difficoltà di alcuni gruppi e di servirsi di promesse illusorie per miopi interessi elettorali” (20).

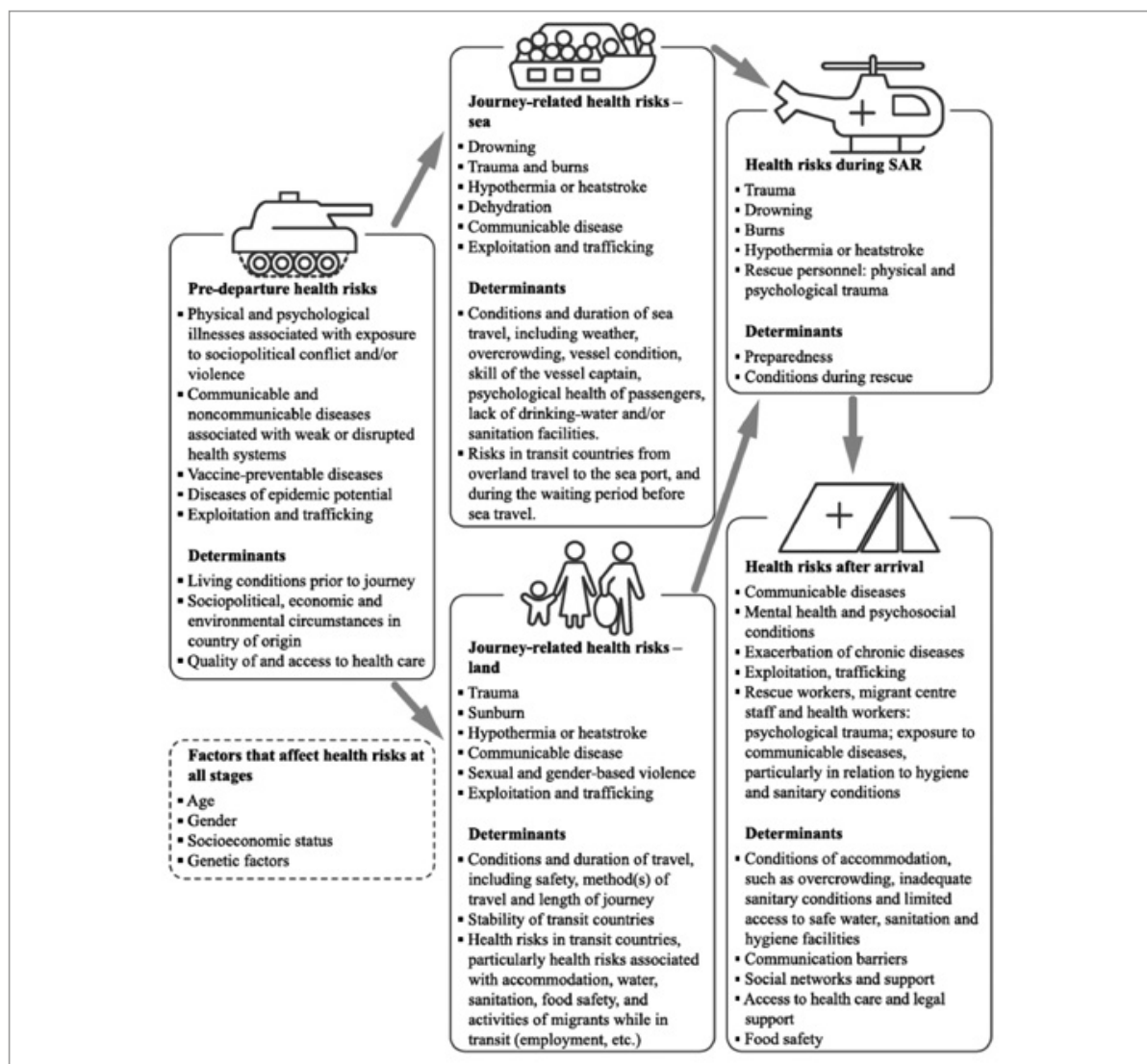


Figura 3 - Rischi di salute correlati a improvvisi e ingenti flussi di immigrati

Fonte: WHO Regional Office for Europe and UNHCR. Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants. 2016: 10.

niamo in considerazione l'area dell'Unione europea, è di tutta evidenza come la questione sanitaria, per quanto rilevante, sia una variabile subordinata a quella, di rilievo centrale, di natura sociale, determinata dalle politiche messe in atto in ambito comunitario (si veda in particolare la discussione in corso da alcuni anni sulla possibilità di rivedere il Regolamento III di Dublino, che ha evidentemente esposto in modo sbilanciato i paesi europei detti di *frontline*, cioè quelli costieri dell'area mediterranea - con particolare riferimento a Italia, Grecia e Spagna), e nazionale (con particolare riferimento alla grossa difficoltà esperita in questi anni di dar seguito in modo efficace alle misure di distribuzione dei migranti - la cosiddetta *relocation* - in particolare per la forte opposizione dei

Paesi del 'Gruppo di Visegrad', cioè Polonia, Repubblica Ceca, Ungheria e Slovacchia). E non può essere parimenti trascurato il fatto che queste politiche sull'immigrazione (e gli orientamenti socio-culturali prevalenti che le supportano), sono state e sono spesso contraddittorie nel corso del tempo, vedendo alternarsi fasi di prevalente 'apertura' con altre (oggi maggiormente evidenti) di prevalente 'chiusura'.

In altri termini, il tipo di accoglienza e opportunità di integrazione che i migranti ricevono e sperimentano nei paesi di destinazione si accompagna normalmente, nel mondo ed in Europa, ad una maggiore o minore attenzione agli aspetti della loro salute psico-fisica e quindi parallelamente alle loro possibilità di assistenza sanitaria in caso di bisogno.

Ne è esempio paradigmatico il tipo di approccio, di competenze e di organizzazione attuati o meno in questi ultimi anni in ogni Paese, rispetto alla salute mentale dei richiedenti e titolari di protezione internazionale che hanno subito violenza intenzionale di natura fisica, psichica e sessuale, questione che ha accompagnato (e continua ad accompagnare) in modo tragico e sistematico le migrazioni da paesi a forte instabilità geopolitica, sociale e democratica (in guerra civile o con regimi dittatoriali veri e propri, ma in cui comunque sono disattesi i diritti umani universalmente riconosciuti) (28-34).

Anche a questo proposito è possibile segnalare - con accezione positiva per l'Italia - l'emanazione nel 2017, da parte del Ministero della Salute, di Linee di indirizzo (approvate in Conferenza Stato-Regioni e pubblicate in GU con Decreto ministeriale), specificamente focalizzate su questo tema, che rappresentano un prezioso strumento operativo che necessita però di una capillare implementazione, con il sostegno e la collaborazione di tutte le istituzioni (comprese le Regioni, i Comuni e le ASL), le agenzie formative (comprese le Università) e le organizzazioni scientifiche e professionali (compresi gli Ordini e i Collegi professionali e le Società scientifiche) a diverso titolo coinvolti (35).

Un'altra tematica significativa per 'misurare' la sensibilità di un Paese rispetto alle questioni di salute e benessere dei migranti è quella relativa ai Minori Stranieri Non Accompanyati (MSNA), un fenomeno che ha assunto recentemente una maggiore rilevanza in ambito europeo (e non solo) e che non dovrebbe prestarsi a valutazioni superficiali circa la scarsa tutela genitoriale quanto piuttosto essere una misura delle prove che queste famiglie finiscono per accettare pur di dare una speranza di futuro ai propri figli. Anche in questo caso il nostro Paese può vantare una recente normativa all'avanguardia, la cosiddetta Legge Zampa (L. n. 47/2017), che ha il merito di affrontare organicamente l'insieme delle potenziali vulnerabilità cui tali minori possono andare incontro ponendo le premesse per una loro efficace tutela attraverso politiche intersettoriali di natura pubblica (36).

Una terza (e finale) dimensione esemplare può essere identificata nelle politiche di maggiore o minore tutela della condizione di lavoratore straniero (sia esso di recente o pregressa immigrazione), particolarmente per i settori lavorativi a maggior rischio (cantie-

ristica, alcune lavorazioni industriali, settore agrozootecnico) (37). Facendo riferimento al contesto italiano, pur essendo disponibili dati piuttosto frammentari, la letteratura disponibile evidenzia la categoria dei lavoratori stranieri come particolarmente vulnerabile sia ad un rischio infortunistico più elevato che a condizioni di discriminazione rispetto ai lavoratori italiani. Tra i principali fattori che influenzano le condizioni di salute dei lavoratori immigrati emergono la precarietà lavorativa, la maggiore esposizione a lavorazioni rischiose, la scarsa conoscenza della lingua, la carenza (o scarsa efficacia) di formazione e il ridotto utilizzo di dispositivi di protezione individuale; i lavoratori stranieri sono anche maggiormente esposti a subire azioni prepotenti e vessatorie sul lavoro, in particolare tra gli uomini in contesti di lavoro manuale quali cantieri e fabbriche (38-39). Tra le donne, viene segnalata una discriminazione maggiormente legata a un differente accesso alle opportunità di avanzamento nella carriera o a un mancato riconoscimento delle proprie capacità professionali (39).

Con specifico riferimento alla possibilità di accesso alle cure nei diversi paesi europei si registra in questi anni una forte disomogeneità, legata, prima di tutto, alle diverse possibili definizioni di migrante e alle diverse condizioni giuridiche che le accompagnano in termini di diritti (40). Prima di presentare alcune caratteristiche di questo quadro estremamente diversificato e in continua evoluzione (che suscita molte perplessità sia sotto il profilo della sanità pubblica che di quello dei diritti umani), occorre sottolineare il fatto che - coerentemente a quanto evidenziato nel paragrafo precedente circa il ruolo marginale della ricerca di cure tra i fattori esplicativi delle migrazioni verso l'Europa - l'utilizzo dei sistemi sanitari da parte delle persone immigrate è significativamente minore rispetto a quello delle popolazioni autoctone (41).

Ciò premesso, come accennato le legislazioni nazionali in ambito europeo suddividono le persone immigrate in diverse categorie, che corrispondono a diversi livelli di accessibilità ai servizi.

La maggior parte dei Paesi garantisce a chi ha un permesso di soggiorno di lungo periodo o permanente un accesso uguale o analogo a quello della popolazione autoctona. Un diverso livello di accesso ai sistemi di cura è invece previsto di solito per immigrati che studiano, lavorano proveniendo da Paesi terzi o richiedono una protezione internazionale. All'altro polo di questo spettro, l'accesso alle cure per le persone immigrate non in regola con le normative sul soggiorno è in genere particolarmente limitato (42).

I Paesi europei sono vincolati dai trattati internazionali sui diritti umani (a partire dalla Dichiarazione Internazionale dei Diritti Economici, sociali e Culturali che, all'articolo 12, riconosce *“il diritto di ogni individuo a godere delle migliori condizioni di salute fisica e mentale che sia in grado di conseguire”*) e gli stati dovrebbero rispettare (oltre a quello di non-respingimento laddove previsto), il principio di non-discriminazione, che comprende la discriminazione nei confronti delle persone migranti e richiedenti protezione

internazionale, indipendentemente dallo status giuridico (secondo il Comitato sull'Eliminazione della Discriminazione Razziale e il Comitato sui Diritti Economici, Sociali e Culturali gli stati hanno l'obbligo di *"rispettare il diritto alla salute tramite, tra le altre cose, evitare di negare o limitare un accesso equo per tutte le persone, comprese quelle prigioniere o detenute, le minoranze, chi fa richiesta di asilo e gli immigrati irregolari, ai servizi sanitari di tipo preventivo, curativo e palliativo"*); ciò malgrado, la situazione che abbiamo di fronte registra una forte disomogeneità in termini di tutela della salute delle persone migranti (43).

Inoltre, anche a fronte di legislazioni nazionali tendenzialmente inclusive verso la maggior parte delle tipologie/categorie di immigrati, l'applicazione delle politiche è in genere piuttosto deficitaria, il che aumenta l'esclusione delle persone immigrate dalle cure. Come giustamente evidenziato da Bodini, *"spesso queste non sono/non vengono messe a conoscenza dei propri diritti, al pari del personale dei servizi sanitari che non conosce la normativa né la sua corretta applicazione. Di conseguenza, vengono prese in carico meno persone di quante ne avrebbero diritto, mentre a molte vengono ingiustamente negati i propri diritti. Questa situazione è tendenzialmente peggiore per le persone che si spostano da un Paese all'altro, a causa delle differenti normative vigenti e della frammentazione dei percorsi di presa in carico (se esistenti)"* (43).

Va riconosciuto come finora, sul piano politico, siano stati formulati e rafforzati orientamenti che dovrebbero promuovere la tutela della salute dei migranti favorendone l'accesso ai servizi sanitari: la Commissione Europea incoraggia infatti da almeno un decennio gli stati membri a sviluppare e sostenere sistemi sanitari inclusivi, mettendo in luce la vulnerabilità delle persone immigrate nei confronti delle disuguaglianze in salute, e raccomandando ai Paesi europei di assicurare un accesso universale alle cure (44). Parimenti, un particolare impegno nel fornire basi scientifiche, indirizzi strategici ed operativi, è da riconoscersi negli ultimi anni all'Ufficio regionale per l'Europa⁶ della WHO (45).

Ciò necessita, da parte dei Paesi europei, un impegno pianificato e portato avanti con determinazione per evitare che i migranti incontrino barriere (informative, amministrative, organizzative, finanziarie, linguistiche, comunicative, culturali) che ne impediscano un'adeguata tutela della salute, in particolare per ambiti molto delicati quali la salute materno-infantile (46-50).

Accenneremo ora, brevemente, a quella che è la situazione dell'Italia all'interno del contesto europeo. Nel nostro Paese, fortunatamente, è possibile affermare che lo slogan recentemente adottato dalla WHO: *"No Public Health without Refugee and Migrant Health"*, che si potrebbe tradurre, in positivo: *"La Sanità Pubblica deve necessariamente includere la Salute dei Rifugiati e dei Migranti"* (assioma mutuato a sua volta da un recente editoriale

⁶ Vale la pena ricordare qui che i Paesi che fanno riferimento a questo ufficio della WHO vanno ben oltre quelli che attualmente compongono l'Unione Europea.

del Lancet) (51- 52), sia stato fatto proprio fin dagli anni '90 del secolo scorso, cioè da quando il fenomeno migratorio ha iniziato ad assumere una dimensione sociale non trascurabile. In quel periodo, a seguito di un'efficace azione di *advocacy* portata avanti dalla società civile organizzata impegnata sul fronte della salute dei migranti (ed in particolare dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM), si sono ottenuti, da parte del Ministero della Sanità (oggi della Salute), importanti provvedimenti sanitari fortemente inclusivi che hanno poi trovato una loro stabilizzazione negli anni 1998-1999 e che sono stati sostanzialmente mantenuti fino ai nostri giorni. La principale criticità dell'Italia riguarda il fatto che, stante l'attuale assetto di federalismo sanitario, le norme in vigore (pur avendo valenza nazionale in quanto incluse nei LEA), vengono applicate in modo disomogeneo nei diversi contesti locali e questo produce dinamiche di disuguaglianza (53-55; 43; 56-57).

Se facciamo riferimento al MIPLEX HS - cioè all'indice che misura le politiche di integrazione dei migranti per la Sezione Salute riferito al 2015 - nel confronto con altri 33 Stati membri della Regione Europea della WHO, è possibile constatare che l'Italia figura sempre nei gruppi di Paesi che offrono le condizioni di tutela dei migranti più favorevoli in termini di: condizioni per l'inclusione (è tra gli Stati caratterizzati da una inclusione incondizionata); estensione della copertura sanitaria (è nel gruppo di Paesi che offrono ai migranti con permesso di soggiorno le stesse misure assistenziali garantite ai nazionali residenti)⁷.

Se si effettua un'analisi delle politiche sanitarie concentrandosi sull'accesso ai servizi sanitari da parte dei migranti in situazioni di irregolarità, tra i 34 paesi europei coperti dal MIPLEX HS, calcolando la media degli indicatori di accesso per questa componente di migranti, l'Italia ottiene il punteggio più alto (83), seguito da Danimarca, Francia, Paesi Bassi, Romania, Spagna, Svezia e Svizzera con 67. Il punteggio per i diritti legali all'assistenza sanitaria è 75 (lo stesso di Svezia), ricordando che la segnalazione di pazienti irregolari alle autorità di polizia è vietata e non vi sono sanzioni contro il loro aiuto (58). Tuttavia, la legislazione introdotta dal nuovo governo nel 2018 (L. n. 132) ha limitato alcuni dei loro diritti e ha suscitato preoccupazioni circa le reali possibilità di tutela della salute di alcune tipologie di migranti sia tra le principali Associazioni medico-umanitarie/ONG che tra le principali Società scientifiche che si occupano del tema.

Brevi riflessioni conclusive

Il fenomeno migratorio si presenta oggi, su scala internazionale e nazionale, come una sfida complessa (in quanto intrisa di inevitabile complessità); ragionarvi assumendo la chiave di lettura della salute consente in parte di sottrarsi all'attuale superficiale, fram-

⁷ Si veda il Box 2, a pag. 43, del 'Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH'; Copenhagen, WHO, 2018.

mentario e 'scomposto' dibattito politico demagogico per far proprie alcune chiavi di lettura (assumendo punti di vista diversificati) e tentare di adottare un approccio di sistema improntato alla sanità pubblica.

Non vi è però dubbio che la principale necessità che abbiamo di fronte è quella di riuscire a definire e mettere in atto una vera *governance* a livello globale e locale. Si ritiene che, in ultima analisi, questa richieda preliminarmente una riflessione profonda sulle priorità cui informare il nostro presente ma soprattutto il nostro futuro, il tipo di sviluppo che abbiamo in mente, il tipo di società che desideriamo far crescere e, successivamente, donne e uomini determinati, competenti e capaci nel portarla avanti.

BIBLIOGRAFIA

1. Zimmerman C, Kiss L, Hossain M (2011) Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making. PLoS Med 8(5): e1001034. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001034>
2. UNHCR. Global focus.Libya. 2019 <http://reporting.unhcr.org/libya>
3. Medici per i diritti umani (MEDU). Esodi. 2019. <http://esodi.mediciperidirittiumani.org/>
4. Medici per i diritti umani (MEDU). L'umanità è scomparsa. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2018.
5. WHO / CSDH. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization, 2008.
6. Marmot M. La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore, 2016.
7. Rinaldi A, Marceca M eds. Salute e migranti. Sistema Salute (Monografia) 2017; 61 (3) luglio-settembre 2017.
8. Marceca M, D'Alessandro D, Fara GM. Considerazioni di sanità pubblica riguardo il fenomeno migratorio. Annali di Igiene Medicina Preventiva e di Comunità. 1995; 7: 179-188.
9. Médecins du Monde, Access to health care for the Most Vulnerable in a Europe of Social Crisis; 2014.
10. Médecins du Monde, Access to health care for People Facing Multiple Health Vulnerabilities. Obstacles in Access to Care for Children and Pregnant Women in Europe; 2015.
11. Médecins du Monde, Access to health care for people facing multiple vulnerabilities in health in 31 cities in 12 countries; 2016.
12. Wikipedia. L'Indice di Sviluppo Umano. https://it.wikipedia.org/wiki/Indice_di_sviluppo_umano ultimo accesso del 24/06/2019.
13. United Nations Development Programme (UNDP). Human Development Indices and Indicators. Washington DC, 2018.
14. Mazzetti M. Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano. L'Harmattan Italia, 1996.
15. McCarthy N. The countries Most Reliant On Remittances. Forbes 2018, Apr 26. <https://www.forbes.com/sites/niallmccarthy/2018/04/26/the-countries-most-reliant-on-remittances-infographic/#86e28327277b> ultimo accesso del 04/07/2019
16. Fondazione Moressa. Rapporto annuale sull'economia dell'immigrazione. Edizione 2018. Prospettive di integrazione in un'Italia che invecchia. Bologna; il Mulino, 2018.
17. Tudor Hart J. The Inverse Care Law. The Lancet 1971; Saturday 27 February.
18. Taylor AL, Hwenda L, Larsen BI, Daulaire N. Stemming the Brain Drain - A WHO Global Code of Practice on International Recruitment of Health Personnel. N Engl J Med 2011; 365:2348-2351.

19. WHO. Health Workforce – Migration. <https://www.who.int/hrh/migration/en/> ultimo accesso del 04/07/2019
20. Papa Francesco. Discorso pronunciato a Roma giovedì 20 settembre 2018 ai partecipanti alla Conferenza Mondiale sul tema “Xenofobia, razzismo e nazionalismo populista, nel contesto delle migrazioni mondiali.” http://w2.vatican.va/content/francesco/it/speeches/2018/september/documents/papa-francesco_20180920_conferenza-razzismo.html; ultimo accesso del 26 giugno 2019.
21. WHO, Regional Office for Europe. Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region; 2016a.
22. WHO Regional Office for Europe and UNHCR. Toolkit for assessing health system capacity to manage large influxes of refugees, asylum-seekers and migrants; 2016b.
23. European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stockholm: ECDC; 2018.
24. INMP, ISS, SIMM. I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Sistema nazionale per le linee guida. Linea guida Salute Migranti n. 1. 2017
25. Tosti M, Baglio G, Marceca M, D’Angelo F, Ferrigno L, Eugeni E, Declich S, Pajno C, Marrone R, Rosso A, Geraci S. Italian guideline on “health checks and protection pathways for migrants on arrival and while hosted in reception centres”. *European Journal of Public Health* 2018 (7.5-O4):90-91
26. WHO Regional Office for Europe. Prevention and control of noncommunicable diseases in refugees and migrants. Copenhagen; 2019 (Technical guidance on refugee and migrant health).
27. Progetto Footprints (FOrmazione OperaTori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento To per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica). <https://progetto-footprints.it/>
28. Marceca M, Geraci S. Rifugiati, richiedenti asilo e diritto alla salute. In: Osservatorio Italiano sulla Salute Globale – OISG. “Salute globale e aiuti allo sviluppo. Diritti, ideologie, inganni”. Pisa: Edizioni ETS, 2008; 286-294
29. Bradby H, Humphris R, Newall D, Phillimore J. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for refugees and asylum seekers in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network synthesis report 44).
30. Priebe S, Giacco D, El-Nagib R. Public health aspects of mental health among migrants and refugees: a review of the evidence on mental health care for refugees, asylum seekers and irregular migrants in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) Synthesis Report 47).
31. Mazzetti M. Migrazione e Salute Mentale. In: Rinaldi A, Marceca M. Salute e migranti. Sistema Salute (Monografia) 2017; 61(3): 59-68.
32. Santone G, Vercillo E. Alcune riflessioni in tema di Salute Mentale nei Migranti Forzati: l’esperienza del centro SAMIFO. In: Rinaldi A, Marceca M eds. Salute e migranti. Sistema Salute (Monografia) 2017; 61(3): 69-81.
33. WHO Regional Office for Europe. Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants. Copenhagen; 2018a (Technical guidance on refugee and migrant health).
34. Marceca M, Battilomo S, Russo G, Massetti AP, Mastroianni CM, Villari P, Vullo V, Saso L. Migrants’ Health Protection: Socio-health and Legal Situation of Asylum Seekers and Refugees in Italy. In: Krämer A, Fisher F Editors: Refugee Migration and Health. Cham (Switzerland), Springer, 2019; 135-48. ISBN 978-3-030-03154-1
35. Ministero della Salute. Decreto 3 aprile 2017 ‘Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di

- rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. (17A02804). Allegato alla Gazzetta Ufficiale - Serie Generale - n.95 del 24/4/2017
36. La Placa S, Da Riolo R. Bambini stranieri, minori migranti: sfida e opportunità per la tutela e la promozione della salute. In: Rinaldi A, Marceca M eds. Salute e migranti. Sistema Salute (Monografia) 2017; 61(3): 119-126.
 37. Simon J, Kiss N, Łaszewska A, Mayer S. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for labour migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network synthesis report 43).
 38. Bena A, Giraudo M. La salute dei lavoratori stranieri: una priorità italiana e internazionale. *Recenti Progressi in Medicina* 2017; 108: 303-306.
 39. Eugeni E, Sesti F, Di Napoli A, Baglio G. La salute dei lavoratori stranieri in Italia. In: Rinaldi A, Marceca M eds. Salute e migranti. Sistema Salute (Monografia) 2017; 61(3): 127-138.
 40. Hannigan A, O'Donnell P, O'Keeffe M, MacFarlane A. How do variations in definitions of "migrant" and their application influence the access of migrants to health care services? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 46).
 41. Sarria-Santamera A, Hijas-Gómez A I, Carmona R, Gimeno-Feliú L A. A systematic review of the use of health services by immigrants and native populations. *Public Health Rev* 2016; 37:28.
 42. De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2015 (Health Evidence Network synthesis report 42).
 43. Bodini C. L'accesso alle cure nella 'fortezza Europa'. In: Rinaldi A, Marceca M eds. Salute e migranti. Sistema Salute (Monografia) 2017; 61(3): 45-58.
 44. European Commission, Solidarity in health: reducing health inequalities in the EU, COM (2009) 567 final; Brussels; 2009.
 45. WHO Regional Office for Europe. Health promotion for improved refugee and migrant health. Copenhagen; 2018b (Technical guidance on refugee and migrant health).
 46. McGarry O, Hannigan A, Manuela De Almeida M, Severoni S, Puthooppambal SJ, MacFarlane A. What strategies to address communication barriers for refugees and migrants in health care settings have been implemented and evaluated across the WHO European Region? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 62).
 47. Keygnaert I, Ivanova O, Guieu A, Van Parys A-S, Leye E, Roelens K. What is the evidence on the reduction of inequalities in accessibility and quality of maternal health care delivery for migrants? A review of the existing evidence in the WHO European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2016 (Health Evidence Network (HEN) synthesis report 45).
 48. WHO Regional Office for Europe. Health of refugee and migrant children. Copenhagen; 2018c (Technical guidance on refugee and migrant health).
 49. WHO Regional Office for Europe. Improving the health care of pregnant refugee and migrant women and newborn children. Copenhagen; 2018d (Technical guidance on refugee and migrant health).
 50. Cecchetto A, Cescatti E, Lesi G, Sacchetti G. La salute delle donne e madri straniere: una sfida per i nostri servizi materno-infantili. In: Rinaldi A, Marceca M eds. Salute e migranti. Sistema Salute (Monografia) 2017; 61(3): 101-118.
 51. WHO, 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; Copenhagen, WHO, 2018e.

52. The Lancet Public Health. No public health without migrant health. Editorial Volume 3, Issue6, PE259, June 01, 2018
53. Rinaldi A, Civitelli G, Marceca M, Paglione L. Le politiche per la tutela della salute dei Migranti: il contesto europeo e il caso Italia. *Rev Inter Mob Hum (REHMu)*, 2013; 40: 9-26.
54. Marceca M, Geraci S, Baglio G. Immigrants' health protection: political, institutional and social perspectives at international and Italian level. *Italian Journal of Public Health* 2012; 9 (3): e7498-1-e7498-11
55. Marceca M. Migration and Health from a Public Health Perspective. In: Muenstermann I (ed). *People's Movements in the 21st Century - Risks, Challenges and Benefits*. Rijeka, Intech, 2017; pp.103-27
56. Geraci S. Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy. In: Rinaldi A, Marceca M eds. *Salute e migranti. Sistema Salute (Monografia)* 2017; 61(3): 15-28.
57. Bonciani M, Calacoci M, Gnolfo F, Surace L. Advocacy per la salute dei migranti: dinamiche, strumenti di lavoro e prospettive a partire dalle esperienze della SIMM e dei GrIS. In: Rinaldi A, Marceca M eds. *Salute e migranti. Sistema Salute (Monografia)* 2017; 61(3): 29-44.
58. Sesti F, Rosano A, Ingleby D, Baglio G, Bell R, Geraci S, Marceca M. Policies for tackling health inequities in migrants in an irregular situation: learning from Italy. Abstract sottoposto per la 12ma Conferenza Europea di Sanità Pubblica della EUPHA (Marsiglia, Francia, 20-23 novembre 2019).

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno