



1. Dati e iniziative su scala europea

---

2. Dati e sviluppi di policy sulla salute dei migranti in Italia

# 7.

## La salute

*Nicola Pasini e Veronica Merotta*

Il diritto alla salute è uno dei principali pilastri (insieme all'istruzione, alla previdenza, alla casa e al lavoro) dei sistemi di sicurezza sociale su cui i Paesi europei a tradizione democratica, pur con modelli sanitari diversi l'uno dall'altro, rivendicano una copertura universalistica per i membri della comunità politica. A partire dalla pandemia di COVID, di soli tre anni fa, è in atto una revisione dei servizi sanitari nazionali. L'offerta sanitaria, specie in Italia, sta suscitando una insicurezza da parte della domanda di salute nei confronti sia della medicina di base (il rapporto fiduciario tra medico e paziente è sempre più caratterizzato da una impersonalità e "distanza" non sempre giustificabili nella relazione) sia della medicina ospedaliera (basti pensare alle liste d'attesa e alle diverse problematiche che si riscontrano nei pronto soccorso degli ospedali).

La lettura e l'interpretazione del fenomeno migratorio vanno condotte alla luce dell'evoluzione dei sistemi di welfare in generale e del welfare sanitario in particolare. Ormai è necessaria una visione del "bene salute" più ampia, non solo di natura specialistica, che consideri sempre più comportamenti e atteggiamenti quotidiani, stili di vita, fenomeni globali come il cambiamento climatico, le nuove modalità di lavoro, i disagi di natura psichica e mentale ecc.

All'interno di una cornice sempre più complessa del quadro socio-sanitario, il presente capitolo del Rapporto, prende in considerazione:

- i dati europei sulla salute degli stranieri con comparazioni tra Paesi e gruppi di età e cittadinanza diversa (comunitari vs non comunitari vs nazionali);
- le iniziative delle istituzioni europee per garantire la salute mentale dei migranti e il prosieguo del sostegno sanitario ai rifugiati ucraini titolari di protezione temporanea;
- i dati italiani sulla salute dei migranti (ospedalizzazioni, gravidanza e parto, malattie croniche e disabilità);
- lo sviluppo di policy in Italia, in particolare il decreto Cutro e il suo impatto sulla salute dei migranti.

## 1. Dati e iniziative su scala europea

### 1.1. I dati sulla salute degli stranieri

I dati europei forniti da Eurostat (2022) aiutano a tracciare il quadro dello stato di salute dei cittadini stranieri nell'UE prendendo in considerazione due dimensioni: le condizioni e i bisogni di salute non soddisfatti (entrambe come dimensioni auto-percepite). In particolare, questi dati si riferiscono alle persone con cittadinanza dei singoli Paesi europei ("cittadini nazionali"), di altri Stati membri dell'UE ("cittadini comunitari") e di Paesi extra-UE ("cittadini non comunitari"), offrendo interessanti comparazioni tra diversi Paesi e gruppi di persone.

I dati sulla salute percepita, uno degli indicatori inclusi nella dichiarazione di Saragozza sull'integrazione (Consiglio dell'Unione europea, 2010), sono il risultato di un'inchiesta in cui gli intervistati di 4 gruppi di età (16 anni, 16-44 anni, 45-64 anni e over 65) hanno fornito una valutazione complessiva del loro stato di salute percepito in generale e non solo al momento dell'indagine. A livello europeo e tra tutti i gruppi di età, la percentuale di cittadini nazionali che riportano uno stato di salute cattivo o pessimo (8,9%) è superiore a quella dei cittadini comunitari (7,1%) e non comunitari (7,8%). Questo dato è ancora più marcato nel caso dell'Italia (8,4% tra i cittadini nazionali, 4% tra i cittadini comunitari e 3,1% tra i cittadini non comunitari) e riflette in larga misura la diversa composizione demografica tra i gruppi, poiché gli stranieri che vivono in un Paese europeo sono generalmente più giovani rispetto ai cittadini nazionali e la percezione negativa della salute è più diffusa tra le persone con 65 anni o più.

Un'analisi più approfondita a livello nazionale per fasce d'età<sup>1</sup> evidenzia che la salute auto-percepita tra i cittadini stranieri (comunitari e non comunitari) è paragonabile a quella dei cittadini nazionali nella fascia 16-44 anni e over 65. Tuttavia, se si divide il gruppo di cittadini stranieri nei due sottogruppi il dato cambia poiché tra i cittadini non comunitari la salute auto-percepita in tutte

<sup>1</sup> Ovvero il rapporto tra la percentuale di cittadini stranieri (comunitari e non comunitari) e la percentuale di cittadini nazionali che hanno valutato una salute cattiva o pessima.

e tre le fasce di età appare significativamente peggiore di quella dei cittadini nazionali<sup>2</sup>. Tali caratteristiche non sono condivise da tutti gli Stati membri. Per l'intera popolazione intervistata, l'auto-percezione della salute dei cittadini non comunitari è risultata peggiore rispetto a quella dei cittadini nazionali in dieci Stati membri, con il rapporto più alto registrato in Lettonia e Paesi Bassi.

I bisogni di salute non soddisfatti si riferiscono a persone che non hanno richiesto o ottenuto esami, visite e cure mediche necessarie a risolvere un problema sanitario specifico sotto la diretta supervisione di medici o professionisti secondo i sistemi sanitari nazionali. Il confronto a livello europeo tra cittadini stranieri e nazionali porta a conclusioni diverse per quanto riguarda le visite mediche e le visite odontoiatriche. Nel primo caso, i bisogni non soddisfatti sono inferiori rispetto ai cittadini nazionali (4,8%) sia tra i cittadini comunitari (3,4%) sia tra quelli non comunitari (4,2%). Al contrario, i bisogni collegati alle visite odontoiatriche sono rimasti maggiormente insoddisfatti tra i cittadini comunitari (5,2%) e non comunitari (6,9%) rispetto ai cittadini nazionali (4,9%). A livello nazionale<sup>3</sup>, i bisogni non soddisfatti tra i cittadini comunitari e non comunitari sono riportati maggiormente rispetto ai cittadini nazionali rispettivamente in 14 e 13 Stati membri.

### *1.2 L'approccio globale alla salute mentale della Commissione europea*

Nel pieno della crisi pandemica, la Commissione europea ha lanciato una serie di iniziative finalizzate alla costruzione di un'Unione europea della salute (Commissione europea, 2020) quali le linee guida per prevenire e limitare la diffusione delle infezioni tra la popolazione migrante<sup>4</sup>. La pandemia, tuttavia, ha anche messo in luce e in molti casi esacerbato le condizioni di salute mentale della popolazione in Europa, un continente dove prima del COVID-19 si stimava che 1 persona su 6 soffrisse di problemi di salute mentale (OECD, 2018).

Per affrontare questa crisi, a giugno 2023 la Commissione europea ha lanciato il proprio nuovo approccio globale alla salute mentale, un ulteriore tassello nella realizzazione dell'Unione europea della salute (Commissione europea, 2023). In particolare, dopo aver stimato il costo dei mancati interventi a 600 miliardi di euro ogni anno, ha stabilito di porre la salute mentale sullo stesso piano della salute fisica introducendo 20 iniziative pilota e stanziando un budget di 1,23 miliardi di euro ricorrendo a diversi strumenti finanziari. L'approccio si basa su tre pilastri: (i) prevenzione adeguata ed efficace; (ii) accesso a cure e assistenza sanitaria mentale di alta qualità e a prezzi accessibili; (iii) reinserimento nella società dopo il recupero. Tra le iniziative previste vi è il sostegno e lo sviluppo di campagne di prevenzione sulla depressione e sul suicidio, lo sviluppo di spazi digitali più sicuri per i minori, il supporto tecnico sulle riforme

<sup>2</sup> I rapporti sono pari rispettivamente a 1,24, 1,46 e 1,41.

<sup>3</sup> Ovvero il rapporto tra la percentuale di cittadini stranieri (comunitari e non comunitari) e la percentuale di cittadini nazionali che hanno riportato dei bisogni non soddisfatti tra i 22 Stati membri per i quali tale rapporto è disponibile.

<sup>4</sup> I capitoli sulla salute dei due precedenti Rapporti ISMU sulle migrazioni (2021 e 2022) contengono brevi analisi di questi sviluppi di policy.

delle politiche inerenti la salute mentale, il contrasto allo stigma e alla discriminazione e una maggiore protezione delle vittime di crimini. Per quanto riguarda la migrazione, la Commissione lancerà la campagna “Healthy Workplaces” sui rischi psicosociali e sulla salute mentale connessi alle occupazioni emergenti o poco considerate nelle politiche, incluse quelle più diffuse tra i migranti. La Commissione metterà inoltre a disposizione dei fondi per gli stakeholder chiave attraverso bandi sulla promozione della salute mentale nelle popolazioni vulnerabili e bandi sull’accesso ai servizi sanitari. Infine, le iniziative di sostegno psicosociale rivolte ai rifugiati Ucraini lanciate nel 2022 proseguiranno nei prossimi anni, mentre verrà avviato un servizio di e-learning per pediatri e altre figure mediche in modo che questi professionisti siano pronti a rispondere ai bisogni psicofisici degli sfollati.

### *1.3 Il diritto alla salute tra i cittadini ucraini beneficiari di protezione temporanea*

In seguito all’invasione dell’Ucraina da parte della Russia nel febbraio 2022, le istituzioni europee e i Paesi membri hanno risposto rapidamente attivando la Direttiva sulla protezione temporanea (Consiglio dell’Unione europea, 2022). La direttiva prevede una serie di diritti, incluso l’accesso almeno ai servizi di emergenza e ai trattamenti essenziali delle malattie. Tra il 2022 e il 2023 gli Stati membri hanno adottato le misure legali necessarie per trasporre e implementare la direttiva su scala nazionale.

Secondo un’indagine dello European Observatory on Health Systems and Policies (2023), a giugno 2023 tutti gli Stati membri avevano adottato le necessarie disposizioni giuridiche a livello nazionale per garantire ai beneficiari della protezione temporanea l’accesso all’assistenza sanitaria nei rispettivi territori nazionali. Nella maggioranza dei casi i beneficiari godono di una copertura previdenziale completa allo stesso modo dei residenti, talvolta anche con riduzioni di costo *ad hoc* ed esenzioni. Nel caso dell’Italia, la continuità del soccorso e dell’assistenza ai profughi ucraini è stata garantita con la proroga dello stato di emergenza<sup>5</sup> e attraverso disposizioni *ad hoc* del Dipartimento della Protezione Civile<sup>6</sup>. Se da un lato il test COVID-19 all’ingresso non è più obbligatorio per i cittadini ucraini, dall’altro non vi sono programmi sanitari specificatamente rivolti a loro.

Rimane difficile stabilire se la copertura sanitaria teorica si sia tradotta in reale accesso alle cure nell’ultimo anno, o quali eventuali accordi e procedure siano stati più efficaci. La presenza di evidenze qualitative, aneddotiche e derivanti dalla valutazione di esperti non possono sostituirsi al monitoraggio di dati quantitativi sull’utilizzo dei servizi sanitari che diventano fondamentali se si pensa che lo sfollamento degli ucraini nel territorio europeo potrebbe prolungarsi più del previsto. Una delle sfide più importanti emerse dall’indagine è certamente quella relativa alla barriera linguistica: espandere le capacità di

<sup>5</sup> Legge 29 dicembre 2022, n. 197.

<sup>6</sup> Protezione Civile (2022), Ocdpc n. 895, 24 maggio 2022.

traduzione e interpretazione può essere sia estremamente costoso per i sistemi sanitari sia complicato dall'abbondante terminologia medica e pone problemi specifici legati alla riservatezza del rapporto paziente-medico, ad esempio quando si deve discutere di argomenti delicati come la salute mentale. Altri ostacoli sono:

- la bassa consapevolezza e la mancanza di informazioni (in ucraino) sui diritti dei beneficiari di protezione internazionale, in particolare sull'accesso e il funzionamento del sistema sanitario del Paese ospitante;
- le preoccupazioni sui costi, compresi quelli per servizi e prodotti farmaceutici non inclusi nelle iniziative del Paese ospitante;
- i lunghi tempi di attesa non solo risultanti da problemi strutturali di lunga data, ma anche esacerbati dalla pandemia;
- il coordinamento tra l'assistenza sanitaria e altri servizi educativi, abitativi e lavorativi.

## 2. Dati e sviluppi di policy sulla salute dei migranti in Italia

### *2.1 I dati: ricoveri, gravidanza e parti*

Secondo gli ultimi dati disponibili di ISTAT (2023), nel 2021 i cittadini stranieri provenienti da Paesi dell'area europea (esclusa l'Italia) rappresentano il 3,2% di tutti i ricoveri in regime ordinario. Seguono i ricoveri di cittadini provenienti da Paesi dell'area africana (1,6%), asiatica (1,1%) e americana (0,6%). I ricoveri in regime day hospital presentano una distribuzione geografica simile con il 3,1% dei ricoveri relativi a cittadini dell'area europea (esclusa l'Italia) seguiti da cittadini africani (1,2%), asiatici (0,9%) e americani (0,7%).

I dati più recenti disponibili sull'evento nascita (Ministero della Salute, 2023) indicano che, nel 2021, i parti di madri di cittadinanza non italiana erano il 19,9% del totale, in leggera flessione rispetto allo stesso dato del 2020 (21%). Questo fenomeno è più diffuso nelle aree del Paese con una maggiore presenza straniera come il Centro-Nord (26%), in particolare in Emilia-Romagna, Liguria e Marche, regioni in cui oltre il 30% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentate sono l'Africa (28%) e l'Unione europea (21,4%), seguite dall'Asia (19%) e dal Sudamerica (8,7%). Al momento del parto le madri straniere hanno in media 31 anni contro i 33,1 anni delle italiane. L'età media al primo figlio delle donne straniere (29,2 anni) è inferiore rispetto ai 31 anni delle donne italiane. La percentuale di donne straniere che effettuano la prima visita oltre il primo trimestre di gravidanza è del 10,2% contro solo il 1,9% delle donne italiane. Il parto cesareo tra le madri straniere è inferiore rispetto alle donne italiane (27,4% contro 32%).

## 2.2 I dati su disabilità e malattie croniche tra i migranti in Italia

Le malattie croniche e le disabilità visibili e non sono presenti tanto nella popolazione generale quanto in quella straniera. Tuttavia, non è facile stimare le persone straniere con disabilità e malattie croniche. Alcuni ricercatori e ricercatori hanno indagato questa realtà e gli esiti sono stati presentati in una pubblicazione di ISMU (Filosa et al., 2023) utilizzando dati già pubblicamente disponibili.

In primo luogo, è possibile considerare il numero delle persone iscritte e avviate al lavoro tramite collocamento mirato secondo i dati del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali nel monitoraggio dell'attuazione della legge 12 marzo 1999, n. 68, "Norme per il diritto al lavoro dei disabili". In particolare, tra il 2016 e il 2018 gli iscritti stranieri sono oltre 150.000 all'anno e rappresentano circa un quinto del totale degli iscritti dichiarati. Per quanto riguarda le differenze di genere si evidenzia una presenza più alta di iscritti uomini rispetto alle donne. Se da un lato vi è una prevalenza netta di cittadini comunitari (fino al 72% nel 2017) tra coloro che hanno usufruito dei servizi per il collocamento mirato per il positivo accesso al lavoro, dall'altro il rapporto tra gli avviamenti rispetto agli iscritti è più alto tra i cittadini non comunitari (7-8% contro circa il 2% dei cittadini comunitari). Per quanto riguarda le nuove iscrizioni nei singoli anni, si evidenzia un calo tra i cittadini extra-UE di oltre il 50% tra il 2016 e il 2018.

Si può inoltre considerare il numero di alunni con disabilità nelle scuole statali secondo l'Anagrafe Nazionale degli studenti (ANS) del Ministero dell'Istruzione. I dati dell'ANS rivelano che, nell'anno scolastico 2020/21, gli alunni stranieri presenti nelle scuole italiane ammontavano al 10,3% del totale degli alunni mentre la percentuale degli alunni stranieri con certificazione sul totale degli alunni con disabilità era pari al 14,3%, con una maggiore concentrazione nelle regioni settentrionali. Questo dato risulta sostanzialmente in linea con quello dell'anno scolastico precedente (14,2%) e in leggera crescita rispetto all'anno scolastico 2018/2019 (13,4%). La maggioranza degli alunni CNI (cittadinanza non italiana) con disabilità frequenta la scuola primaria (43,9%), circa un quarto frequenta la secondaria di primo grado e appena il 16,5% frequenta la secondaria di secondo grado.

In alternativa, si può guardare al numero di beneficiari dei progetti della rete di accoglienza SAI (Sistema di accoglienza e integrazione) incluso nei dati del Ministero dell'Interno. Nel 2021 i progetti finanziati dal FNPSA (Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo) per persone con disagio mentale o disabilità fisica erano 803 e le persone accolte 759 (1,8% del totale, con un aumento dell'1,1% rispetto al 2020). I dati aggiornati a giugno 2022 indicano la maggior concentrazione di ospiti in Sicilia (228), Puglia (203) ed Emilia Romagna (123).

Un'ulteriore fonte di dati è rappresentata dalle persone che beneficiano di indennità (per infortunio/malattia), pensioni di invalidità (per una capacità lavorativa ridotta a meno di un terzo a causa della disabilità) o pensioni assistenziali (per gravi disabilità fisiche e psichiche) secondo i dati INPS raccolti e forniti attraverso l'Osservatorio sugli stranieri. Nel 2020 il numero di stranieri titolari di pensioni indennitarie era di 19.796, di cui il 64% era rappresentato

da cittadini non comunitari e il 36% da cittadini comunitari. L'importo medio dei trattamenti, quando non viene percepita anche una pensione IVS (Invalidità, Vecchiaia, Superstiti), era di circa 6.700 euro annui. Dei circa 100.000 trattamenti di pensione IVS degli stranieri, circa il 70% era rivolto a cittadini non comunitari. Le pensioni assistenziali erogate agli stranieri erano 150.959, di cui il 68% a cittadini non comunitari.

Infine, è possibile considerare i residenti nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari secondo i dati ISTAT. Dall'ultima rilevazione risulta che nel 2018, gli stranieri presenti nei presidi residenziali socioassistenziali e sociosanitari erano 7.390 (pari all'1,8% del totale degli assistiti), di cui 6.678 in strutture di tipo comunitario e 712 in strutture di tipo familiare. I posti letto dedicati agli stranieri erano 3.154 al Nord, 1.626 al Centro e 2.611 al Sud e Isole.

### *2.3. Il decreto Cutro: criticità e impatti sulla salute dei migranti*

Dal punto di vista del dibattito e delle policy in materia di migrazione e integrazione in Italia, il 2023 è stato senza dubbio caratterizzato dal decreto-legge 20/2023<sup>7</sup>, convertito in legge<sup>8</sup> e chiamato anche "decreto Cutro"<sup>9</sup>. Il decreto, emanato a seguito del naufragio al largo delle coste calabresi che è costato la vita a oltre cento persone, contiene "Disposizioni urgenti in materia di flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri e di prevenzione e contrasto all'immigrazione irregolare" e rappresenta un ulteriore irrigidimento delle politiche migratorie.

Secondo la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (2023), il decreto evidenzia una profonda distanza tra le politiche di accoglienza e le procedure di richiesta di asilo sempre più complicate. Nel quadro di questo Rapporto ISMU è importante riportare alcune considerazioni di tipo sanitario che assumono grande rilevanza per il dibattito sociale, in quanto evidenze recenti hanno confermato che le politiche migratorie restrittive, come il decreto Cutro, hanno effetti negativi sulla salute delle persone migranti (Juárez et al., 2019).

- Il decreto limita la possibilità di rinnovo dei permessi di soggiorno per protezione speciale in corso di validità ad una sola volta e con durata annuale, e la loro non convertibilità in permessi di soggiorno per lavoro. Nel concreto, ciò rende più difficile ottenere un permesso di soggiorno per protezione speciale e, di conseguenza, limita la possibilità di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'accesso al SSN resterebbe limitato alle cure urgenti ed essenziali garantite dal codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), provocando l'aumento dei rischi in termini di salute pubblica e individuale (Juárez et al., 2019; Refle et al., 2023).
- Il decreto limita l'accesso al Sistema di Accoglienza e Integrazione (SAI) esclusivamente alle persone titolari di permesso di soggiorno per pro-

<sup>7</sup> Decreto-legge 20/2023, *Disposizioni urgenti in materia di flussi di ingresso legale dei lavoratori stranieri e di prevenzione e contrasto all'immigrazione irregolare*.

<sup>8</sup> Legge 50/2023.

<sup>9</sup> Cfr. il capitolo 4 in questo Rapporto.

tezione internazionale (ad eccezione di precise categorie considerate vulnerabili)<sup>10</sup> ed elimina i servizi di assistenza psicologica, corsi di lingua italiana, orientamento legale e ai servizi territoriali dai Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS). Il problema in questo caso è che se, da un lato, la vulnerabilità diventa il criterio di inclusione/esclusione dall'accoglienza di un richiedente asilo, dall'altro si nega alle persone la possibilità di uscire da queste vulnerabilità attraverso il sostegno psicologico, i colloqui di orientamento e dell'équipe professionalizzata di ascolto e supporto.

- Il decreto limita le condizioni ostative all'espulsione solo alle condizioni di salute derivanti da patologie di particolari gravità non adeguatamente curabili nel Paese di origine. In quest'ottica, la visione globale dello stato di salute della persona passa in secondo piano e l'interazione tra condizioni somatiche e psichiche non viene più esplicitata a favore di una definizione tecnica parziale della gravità della malattia che apre all'arbitrarietà, ad esempio nel constatare la non curabilità nel Paese di origine.
- Il decreto fa leva sul potenziamento e ampliamento della rete dei Centri di Permanenza per il Rimpatrio (CPR). Questi centri sono luoghi di detenzione in assenza di reato gestiti da enti privati selezionati con gare d'appalto e con forte presenza delle Forze dell'ordine. Il rischio, come già documentato in letteratura (von Werthern et al, 2018) e nella prassi (Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale, 2021), è che le pessime condizioni igienico-sanitarie, la durezza delle condizioni detentive, l'isolamento e la mancata gestione delle problematiche di salute e sicurezza possano portare ad atti di autolesionismo, tentativi di suicidio e abuso e misuso di psicofarmaci (Rondi e Figoni, 2023).

## Riferimenti bibliografici

**Commissione europea** (2020), *Comunicazione Costruire un'Unione europea della salute: rafforzare la resilienza dell'UE alle minacce per la salute a carattere transfrontaliero*, 11.11.2020, COM(2020) 724 final.

**Commissione europea** (2023), *Communication on A comprehensive approach to mental health*, 7.6.2023, COM(2023) 298 final.

**Consiglio dell'Unione europea** (2010), *Declaration of the European Ministerial Conference on Integration*, Zaragoza, 15-16 April.

**Consiglio dell'Unione europea** (2022), *Council Implementing Decision 2022/382*, 4 March 2022.

<sup>10</sup> Minori, minori non accompagnati, disabili, anziani, donne in stato di gravidanza, genitori singoli con figli minori, vittime di tratta di esseri umani, persone affette da gravi patologie o disturbi mentali, persone per le quali è stato accertato che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale o legata all'orientamento sessuale o all'identità di genere, vittime di mutilazioni genitali.

**European Observatory on Health Systems and Policies** (2023), *Access to health care one year on: Implementation of Temporary Protection Directive (2001/55/EC) in EU Member States*, Report, disponibile in: [https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-07/security\\_2023\\_tpd\\_rep\\_en.pdf](https://health.ec.europa.eu/system/files/2023-07/security_2023_tpd_rep_en.pdf).

**Eurostat** (2022), *Migrant integration statistics – Health*, September 2022, disponibile in: [https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migrant\\_integration\\_statistics\\_-\\_health#Unmet\\_medical\\_and\\_dental\\_examination\\_needs](https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Migrant_integration_statistics_-_health#Unmet_medical_and_dental_examination_needs).

**Filosa G., Chirurgo L., Giuliano G., Rosano A.** (2023), “Le persone di origine straniera con disabilità: questioni emergenti e principali fonti statistiche di riferimento”, in: Zanfrini L. e Formichi C. (a cura di), *Immigrazione e disabilità: conoscenze, politiche e (buone) pratiche. A che punto siamo?*, Collana CeDoc, aprile, Fondazione ISMU ETS, Milano, disponibile in: <https://www.ismu.org/immigrazione-e-disabilita-conoscenze-politiche-e-buone-pratiche-a-che-punto-siamo/>.

**Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale** (2021), *Rapporto sulle visite effettuate nei Centri di permanenza per i rimpatri (CPR) (2019-2020)*, disponibile in: <https://www.garantenazionaleprivatiliberta.it/gnpl/resources/cms/documents/b7b0081e622c62151026ac0c1d88b62c.pdf>.

**ISTAT** (2023), *Dati su servizi sanitari e loro ricorso. Ricoveri ospedalieri e soddisfazione* [database], disponibile in: <http://dati.istat.it/>.

**Juárez S.P., Honkaniemi H., Dunlavy A.C., Aldridge R.V., Barreto M.L., Vittal Katikireddi S., Rostila M.** (2019), Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis, *Lancet Glob Health*: 7(4), pp. 420-435.

**Ministero della Salute** (2023), *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2021*, rapporto disponibile in: [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3264\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3264_allegato.pdf).

**OECD** (2018), *Factsheet on Promoting Mental Health*, Factheet, novembre 2018, disponibile in: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Factsheet-Mental-Health-Health-at-a-Glance-Europe-2018.pdf>.

**Protezione Civile** (2022), *Ocdpc n. 895*, 24 maggio 2022.

**Refle J.E., Fakhour J., Burton-Jeangros C., Consoli L., Jackson Y.** (2023), Impact of legal status regularization on undocumented migrants' self-reported and mental health in Switzerland, *SSM Popul Health*, 22(1013986).

**Rondi L., Figoni L.** (2023), “Rinchiusi e sedati: l'abuso quotidiano di psicofarmaci nei Cpr italiani”, *Altreconomia*, 1 aprile, disponibile in: <https://altreconomia.it/rinchiusi-e-sedati-labuso-quotidiano-di-psicofarmaci-nei-cpr-italiani/>.

**Società Italiana di Medicina delle Migrazioni** (2023), “La salute dei migranti dopo il “Decreto Cutro”, *Salute internazionale*, 21 giugno, disponibile in: [https://www.saluteinternazionale.info/2023/06/la-salute-dei-migranti-dopo-il-decreto-cutro/#\\_ftn18](https://www.saluteinternazionale.info/2023/06/la-salute-dei-migranti-dopo-il-decreto-cutro/#_ftn18).

**Von Werthern M., Robjant K., Chui Z., Schon R., Ottisova L. Mason C., Katona C.** (2018), The impact of immigration detention on mental health: a systematic review, *BMC Psychiatry*: 18(1), p. 382.