

# 7.

## La salute

*Nicola Pasini e Veronica Merotta*

### 1. Introduzione

Poiché l'emergenza sanitaria causata dal COVID-19 è ancora in corso, **il presente capitolo affronta, sia su scala europea sia su scala nazionale, le implicazioni della pandemia nei confronti dei migranti**, pur nella consapevolezza che il fenomeno riguarda l'intera popolazione. In continuità con il capitolo dedicato alla salute nel Ventiseiesimo Rapporto ISMU, ci siamo quindi concentrati sulla diffusione territoriale ed etnica della pandemia, nonostante il quadro sia in costante aggiornamento e pertanto in mutamento. Il fenomeno è analizzato sia dal punto di vista delle principali criticità multidimensionali emerse sia delle misure adottate da parte delle istituzioni sanitarie per contrastare il contagio del virus, a partire dalla campagna vaccinale che dagli inizi del 2021 ha riguardato, in maniera differenziata, gran parte della cittadinanza italiana e straniera.

Nella seconda parte del capitolo, l'attenzione si sofferma **sulle principali patologie cui vanno incontro gli immigrati e i rischi rispetto alla tutela della salute che, causa COVID-19, in alcuni casi si sono ulteriormente aggravati**. Per questo è fondamentale una riflessione più ampia che, a partire dalla politica sanitaria, coinvolga le istituzioni e le dinamiche del processo decisionale che riguardano l'intero settore relativo alla sicurezza sociale (si vedano a tal proposito le considerazioni conclusive).

## 2. Focus COVID-19

### 2.1 Contagi – il quadro europeo

Come abbiamo evidenziato nel capitolo dedicato alla salute nel Ventiseiesimo Rapporto ISMU, **per quanto riguarda i migranti il rischio di contagio e di diffusione del Coronavirus, così come di altre malattie infettive, è spesso associato con le loro condizioni socioeconomiche e strettamente economiche.** Fattori rilevanti sono il rischio occupazionale (la mancanza di ammortizzatori sociali, la preponderanza di lavori a contatto con il pubblico e necessitanti l'uso dei mezzi pubblici), l'affollamento nelle soluzioni abitative (soprattutto nel caso di famiglie multigenerazionali) e gli ostacoli a una comunicazione pubblica attorno al tema della salute e della sanità (bassa padronanza della lingua ufficiale, bassa consapevolezza, percezione distorta della salute e del rischio).

**Alcuni gruppi di migranti nell'UE, nello Spazio Economico Europeo (SEE) e nel Regno Unito, sono stati toccati in modo sproporzionato dalla pandemia COVID-19 per quanto riguarda i casi, le ospedalizzazioni e le morti associate al nuovo Coronavirus.** Nell'Unione europea (ECDC, 2021) i migranti hanno rappresentato una grande porzione dei numeri di contagi in Norvegia (42% dei casi al 7/04/2020), in Danimarca (26% dei casi al 7/09/2020) e in Svezia (32% dei casi al 7/05/2020). In Spagna e in Italia, così come si approfondirà nei paragrafi seguenti, il tasso di ospedalizzazione degli stranieri è stato più alto di quello degli spagnoli e degli italiani. Una più elevata mortalità tra i migranti nel 2020 è stata registrata in diversi paesi come il Regno Unito, i paesi Bassi, la Francia e la Svezia. In generale in Europa sono stati molteplici i focolai di COVID-19 registrati nei campi e nei centri di accoglienza e per il rimpatrio.

Relativamente alla campagna di immunizzazione collettiva, dati recenti indicano che il tasso di vaccinazione tra i migranti in alcuni paesi europei è particolarmente basso (Ibid.). Nel caso di gruppi di migranti - come gli irregolari, i richiedenti asilo e i titolari di protezione internazionale - l'accesso ai sistemi di cura e di vaccinazione gratuiti è strutturalmente, in situazioni generali, fortemente limitato o assente (De Vito et al., 2017). In riferimento al quadro pandemico del 2020 e del 2021, uno studio condotto prima dello scoppio della pandemia indicava che l'82% dei migranti studiati in sette paesi europei non era coperto dall'assistenza sanitaria, facendo mancare il requisito universalistico del diritto alla salute come bene primario (Médicins du Monde, 2019). L'accesso ai sistemi di cura da parte dei migranti può essere limitato, come si evince dalla letteratura internazionale epidemiologica e di sociologia della salute degli ultimi trent'anni, da ostacoli di tipo organizzativo (assenza di mediazione linguistico-culturale, problemi di trasporto o di copertura territoriale), ma anche di natura individuale (condizioni socioeconomiche precarie, isolamento sociale, mancanza di sostegno soprattutto psicologico, discriminazione e stigmatizzazione da parte della comunità circostante) (ECDC, 2018).

## 2.2 Contagi – il quadro italiano

**In linea con gli studi recenti su scala europea, anche in Italia la popolazione immigrata, sia pur in modo silenzioso visto che in questo periodo la questione migratoria è stata vissuta in maniera meno problematica rispetto a prima della pandemia, ha risentito maggiormente delle conseguenze dell'ondata di COVID-19.** In un recente studio (Fabiani et al., 2021) si è evidenziato come i migranti possano essere a maggiore rischio di morbosità e mortalità per infezione da COVID-19 per via delle condizioni di vita e di lavoro e delle barriere di accesso all'assistenza sanitaria. Dei casi confermati di COVID-19 analizzati (febbraio-luglio 2020) il 7,5% atteneva a cittadini non italiani e sono stati diagnosticati circa due settimane in ritardo rispetto ai casi italiani, con un picco di quattro settimane per i migranti provenienti da paesi con un basso *Human Development Index* (HDI). Di conseguenza, le infezioni tra le persone non italiane sono state diagnosticate in modo meno tempestivo, in una fase della malattia più avanzata e con sintomi più gravi. Questo fatto è rafforzato dai dati sui ricoveri: **gli stranieri hanno maggiori probabilità di essere ricoverati in ospedale e di essere ricoverati in terapia intensiva.** La probabilità è più alta nel caso di persone provenienti da paesi con basso HDI. Anche il rischio di morte tra i pazienti provenienti da questi paesi rispetto a quelli italiani risulta maggiore, sebbene tale differenza non si sia riscontrata nei casi che hanno richiesto il ricovero. In generale, quindi, minore è il valore di HDI del paese d'origine, maggiore è il rischio di ospedalizzazione, di ricovero in terapia intensiva e di morte.

Secondo lo stesso Istituto Superiore di Sanità (ISS), il ritardo nelle diagnosi è attribuibile a diversi fattori, quali la difficoltà nell'accedere ai primi livelli della medicina territoriale, in primis il medico di base e i servizi ambulatoriali, ai mediatori, fondamentali per una diagnosi precoce; le barriere linguistiche, amministrative, legali, culturali e sociali che – da sempre – ostacolano un veloce accesso ai servizi sanitari, allungando ulteriormente i tempi di diagnosi; infine, nel pieno della pandemia, gli stranieri potrebbero aver temuto il rischio di isolamento/quarantena e, di conseguenza, di restrizione o blocco della propria attività lavorativa.

Il precedente capitolo sulla Salute del Ventiseiesimo Rapporto ISMU (Pasini, Merotta, 2021) aveva già rielaborato i dati sui contagi della prima ondata (ISS, 2020). Primi tra i contagiati si trovavano i romeni (con un alto HDI), seguiti da peruviani, albanesi, ecuadoriani, marocchini, ucraini, egiziani, moldavi e filippini (con un HDI medio) e indiani, bengalesi, nigeriani e pakistani (paesi con HDI basso). Sulla base di questi dati, ISMU aveva calcolato il tasso di contagio rapportando i casi ai dati Istat sulle popolazioni in Italia all'1/01/2019. Ne era emerso che i gruppi col tasso di contagio più alto erano i peruviani (8,1‰) e gli ecuadoriani (4,2‰), mentre gli altri gruppi nazionali oscillavano tra l'1,8‰ (egiziani) e lo 0,7‰ (marocchini).

Nel corso del 2020 Fondazione ISMU ha inteso approfondire come la popolazione straniera ha vissuto l'esperienza della "prima ondata" della pandemia conducendo un'indagine nell'arco di sei settimane, tra settembre e ottobre

2020, nelle quattro province lombarde che più sono state interessate dal fenomeno nei primi mesi dell'anno 2020 (Milano, Bergamo, Brescia e Cremona).

Per quanto riguarda l'infezione da COVID-19 (Menonna, Papavero, 2021a) le risposte date hanno messo in evidenza il contesto della prima ondata di contagi, quando i tamponi non venivano prescritti se non in presenza di sintomi e in particolari casi. **Prevale, di fatto, nettamente la quota di coloro che hanno dichiarato di non sapere se hanno o meno avuto il COVID-19 tra marzo e maggio 2020, non avendo manifestato sintomi né avendo avuto possibilità di fare il tampone (64%).** Le persone che hanno avuto esperienza personale di infezione da COVID-19 sono complessivamente il 4,6%, includendo anche coloro che lo hanno saputo solo a posteriori, a seguito di esame sierologico. Più le donne degli uomini hanno contratto il COVID-19 con certezza a seguito di un tampone (3,1% vs 1,8%), e tra le aree di provenienza più gli est-europei (3,2%) rispetto agli stranieri provenienti da altri continenti.

Durante la prima ondata pandemica le richieste di assistenza hanno anch'esse risentito di un contesto in cui non vi era un accesso ben definito ai servizi: se il 70% del campione non ha avuto nessuna necessità di chiedere sostegno e assistenza medica perché non ha avuto sintomi da COVID-19, il 17% ha comunque richiesto informazioni e aiuto al proprio medico di famiglia, mentre circa l'8% si è rivolto al numero di telefono istituzionale dedicato; infine, il 4% si è recato direttamente al pronto soccorso.

Poco meno di un terzo dei cittadini stranieri o con background straniero ha dichiarato (Menonna, Papavero, 2021b) **che la situazione emergenziale legata alla pandemia COVID-19 non ha avuto impatto sulle proprie condizioni generali di salute, mentre tra chi ha indicato effetti negativi sulla propria salute emerge significativo il dato relativo all'insorgenza o aumento di stati di ansia e stress, attacchi di panico e disturbi del sonno.** Più degli uomini, le donne hanno dovuto rinunciare a cure e visite mediche e fare fronte all'insorgenza o all'aumento di depressione. Conseguenze negative sulla propria salute sono state riportate con un valore massimo tra i nordafricani e con un minimo tra gli asiatici.

In merito alle risposte da parte delle istituzioni competenti, va ricordata la legge di bilancio 2021 (L. 178/2020, art. 1, commi 795 e 796) che ha destinato 5 milioni di euro per l'anno 2021 in favore dei comuni di confine con altri paesi europei e dei comuni costieri interessati dalla gestione dei flussi migratori; per questo è stato istituito un appropriato fondo nello stato di previsione del Ministero dell'Interno. La disposizione mette in relazione lo stanziamento con le misure di sicurezza sanitaria per la prevenzione del contagio da COVID-19 legate ai flussi migratori. Il decreto del Ministro dell'Interno 22 aprile 2021 (pubblicato nella Gazzetta Ufficiale 19 maggio 2021, n. 118) ha proceduto al riparto del fondo tra i comuni interessati. Si tratta di 36 comuni costieri e 12 di frontiera terrestre.

### 2.3 La campagna vaccinale

Le strategie messe in atto in Europa in risposta alla pandemia si sono caratterizzate per livelli variabili di inclusione dei migranti nei test, nei trattamenti e nelle vaccinazioni (Crawshaw et al. 2021) e, in alcuni casi, da una sorta di “razzismo” strutturale e istituzionale che ha alimentato le disuguaglianze nel campo della salute durante la pandemia (Razai et al., 2021). Perché le strategie attuali e future riescano efficacemente a ridurre la trasmissione da COVID-19 e a garantire una campagna di vaccinazione inclusiva anche per i migranti sono necessari alcuni accorgimenti. **Nel contesto italiano si deve partire dal constatare che persone migranti, richiedenti asilo, rifugiati, apolidi, senza dimora, vittime di tratta, hanno status giuridici diversificati e talora mancano di documenti di identità e/o iscrizione all’SSN (ISS, 2021)<sup>1</sup>. Di conseguenza, occorre adottare formule flessibili che rispondano direttamente alle vulnerabilità della popolazione in esame e alle singole situazioni specifiche.**

Le raccomandazioni delle autorità italiane (Ibid.), europee (ECDC, 2021) e mondiali (WHO, 2020) sono molto chiare, in un’ottica di medicina preventiva e assistenziale, soffermandosi sugli attori coinvolti, sulla logistica della vaccinazione e sulla comunicazione sanitaria. Prima di tutto è necessario prevedere la vaccinazione degli operatori che, anche se non sanitari, lavorano in contesti particolarmente a rischio di contagio. Il personale sanitario e socio-sanitario è opportuno venga formato soprattutto in competenze culturali onde evitare comportamenti discriminatori e stigmatizzanti. Il materiale informativo deve essere orientato culturalmente e linguisticamente, possibilmente in formati multilingue. Il diretto coinvolgimento dei migranti stessi, di mediatori culturali e delle associazioni del terzo settore può aiutare a costruire fiducia con le diverse comunità di migranti sui vaccini e sulla stessa campagna vaccinale, contrastando la disinformazione con informazioni affidabili accurate e identificando luoghi e tecniche innovative per l’accesso dei migranti irregolari ai vaccini. I luoghi “classici” in cui somministrare i vaccini includono i centri di accoglienza, le unità mobili e gli *hub* vaccinali rivolti a tutta la popolazione. In ogni contesto è consigliabile affiancare ai migranti dei mediatori linguistici e culturali.

<sup>1</sup> Come emerge anche dal XXX Rapporto Caritas Migrantes, “Verso un noi sempre più grande” (ottobre 2021), problemi di natura soprattutto burocratica (mancanza di tessere sanitaria, sia per gli italiani sia per gli stranieri) hanno impedito a una parte della popolazione, seppure in possesso dei requisiti richiesti (a partire dall’età), di potersi prenotare negli Hub regionali. Inoltre, molti immigrati presenti nelle strutture d’accoglienza collettive, eccetto gli anziani o con patologie croniche, non sono stati contemplati per la vaccinazione. In tal modo si accentua il divario nell’accesso ai servizi sanitari per motivi che poco hanno a che vedere con il diritto alla salute.

### 3. La salute degli stranieri in Italia

#### 3.1 Ricoveri

**Secondo gli ultimi dati disponibili di Istat (2021), nel 2019 i cittadini stranieri provenienti da paesi dell'area europea (inclusa l'Italia) erano pari a 5.810.707, e rappresentavano il 96,7% di tutti i ricoveri in regime ordinario<sup>2</sup>. Seguivano i ricoveri di cittadini provenienti da paesi dell'area africana (1,6%), asiatica (1%) e americana (0,6%).** I ricoveri in regime *day hospital* presentano una distribuzione geografica simile con il 97,2% dei ricoveri attenenti a cittadini dell'area europea (di cui il 2% da paesi extra UE), seguiti da cittadini africani (1,2%), asiatici (0,9%) e americani (0,7%). Il numero di donne straniere ricoverate è leggermente maggiore rispetto a quello degli uomini (52% contro il 48%). La diagnosi principale del ricovero tra gli uomini stranieri è correlata alle malattie del sistema circolatorio (17,7%) seguita dalle malattie dell'apparato digerente (11,7%), dai tumori (11,6%) e dalle malattie dell'apparato respiratorio (9,6%). Tra le donne straniere la diagnosi principale coinvolge le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio (14,9%), seguite dalle malattie del sistema circolatorio (11,2%), tumori (11%) e dalle malattie dell'apparato genito-urinario (9%). A livello geografico le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio costituiscono la principale diagnosi per tutti i gruppi (32,3% per i cittadini asiatici, 30,1% per i cittadini africani e 26,5% per i cittadini americani). Al secondo posto troviamo le malattie dell'apparato digerente nel caso degli asiatici (7,7%) e degli africani (8%) ma non degli americani, per i quali troviamo le malattie dell'apparato genito-urinario (8,3%).

#### 3.2 Gravidanze e parti

I dati più recenti disponibili sull'evento nascita (Ministero della Salute, 2021) indicano che, nel 2019, i parti di madri di cittadinanza non italiana erano il 21% del totale. Questo fenomeno è più diffuso nelle aree del paese con una maggiore presenza straniera come il Centro-Nord (27%), in particolare in Emilia-Romagna, Lombardia e Liguria, regioni in cui oltre il 30% delle nascite è riferito a madri straniere. Le aree geografiche di provenienza più rappresentate sono l'Africa (27,6%) e l'Unione europea (22,1%), seguite dall'Asia (20,2%) e dal Sudamerica (7,8%). Al momento del parto le madri straniere hanno in media 30,7 anni contro i 33,6 anni delle italiane. L'età media al primo figlio delle donne straniere (28,7 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 dell'11% contro solo il 2,2% delle donne italiane. Il parto cesareo tra le madri straniere è inferiore rispetto alle donne italiane (27,1% contro 32,9%).

<sup>2</sup> Di questa percentuale, poco più del 2% si riferiva a cittadini stranieri provenienti da paesi extra UE.

### 3.3 Rischi per la salute tra comportamenti, abitudini e prevenzione

I dati raccolti attraverso il monitoraggio “Progressi delle Aziende Sanitarie per la Salute in Italia” e rielaborati da Fondazione AIOM (2020) forniscono un quadro importante circa le abitudini degli stranieri in Italia<sup>3</sup> in particolare su fattori chiave per la prevenzione dei tumori. Tra italiani e stranieri il consumo rischioso di alcol registra valori molto simili (17% e 16%), così come la pratica del *binge-drinking* (9%). Per quanto riguarda il tabagismo, invece, nonostante la prevalenza del fumo tra la popolazione italiana e straniera sia uguale (26%) il numero di stranieri che si dichiarano ex fumatori è inferiore (12% contro il 18%). Gli stranieri sembrano essere più sedentari degli italiani (37% contro 34%) ma, in leggera misura, meno sovrappeso (30% contro 32%) e meno obesi (10% contro 11%). L'osservanza della buona prassi del *five-a-day* (consumo di almeno 5 porzioni giornaliere di frutta e/o verdura) tra gli stranieri è alquanto bassa, seppur in linea con quella degli italiani (9% contro il 10%).

Un dato rilevante emerso da questo monitoraggio è la differenza sui fattori predittivi per la non esecuzione degli esami preventivi, in particolare la percentuale di persone 50-69enni che hanno riferito di non aver eseguito nessun esame preventivo per la diagnosi precoce dei tumori colon-rettali, o di averlo fatto oltre i tempi raccomandati, per caratteristiche individuali. In questo caso gli stranieri registrano un valore (59%) di 6 punti percentuali più alto rispetto al dato sugli italiani (53%), evidenziando come **esistano degli ostacoli e dei bisogni specifici tra la popolazione straniera che devono essere compresi e presi in carico perché la loro salute venga tutelata appieno.**

È su questa considerazione che Fondazione ISMU ha concepito e implementato con LILT (Lega Italiana per la Lotta contro i Tumori) il progetto Salute Senza Frontiere, presentato nella sua prima edizione tra il 2017 e il 2018 e riproposto in una seconda edizione nel 2020 grazie anche al parziale finanziamento del Community Award Program 2019 di GILEAD. **Il progetto ha come obiettivo la promozione della health literacy per favorire la cultura della prevenzione oncologica all'interno delle comunità straniere della rete LILT.** Il binomio ISMU-LILT, composto da ricerca-azione e formazione degli operatori, ha permesso di convalidare un approccio integrato che si fonda sulla necessità di cogliere pienamente la complessità dell'oggetto della ricerca per includere nel concetto di salute-malattia anche la sfera della morale e della cultura. Lo studio condotto da ISMU ha riguardato in particolare le comunità filippina, rom-rumena, maghrebina e alcuni gruppi provenienti dall'Africa subsahariana presenti sul territorio di Milano (Lombardi, 2021).

<sup>3</sup> Salvo altra indicazione l'inchiesta PASSI coinvolge cittadini della fascia 18-69 anni.

### 3.4 Povertà sanitaria

Il rapporto dell'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria (2020) permette di rilevare come l'estrema povertà e altre condizioni socioeconomiche abbiano influenzato l'accesso degli stranieri ai servizi e alle cure sanitarie. I dati forniti su tutto il territorio italiano consentono, da un lato, di valutare le attività dei soggetti partecipanti alla filiera delle donazioni sotto la Rete Banco Farmaceutico e, dall'altro, di evidenziare i bisogni provenienti dalla popolazione in condizione di povertà economica e di salute. **Gli assistiti di origine straniera sono maggioritari a livello nazionale (53%)** con picchi nelle aree metropolitane del Nord (60%). Nel Mezzogiorno la componente italiana supera quella straniera (61,6% contro 38,4%), un trend specialmente trainato dai piccoli comuni (in cui 2/3 degli assistiti sono italiani) che conferma come la povertà in questi territori sia un fenomeno autoctono ed endemico. Gli stranieri assistiti sono minoritari nei piccoli comuni (<50.000 abitanti) di tutte le aree (47% al Nord, 38% al Centro e 26% al Sud). In base a un aggiornamento dei dati effettuata a ottobre e novembre 2020, il rapporto evidenzia come il numero degli assistiti stranieri sia aumentato in modo considerevole (dal 53% al 65%) durante la prima fase della pandemia COVID-19.

## 4. Alcune considerazioni conclusive

Tenendo conto anche di uno dei *Sustainable Development Goals*, lanciati dalle Nazioni Unite per il 2030, **l'importanza della tutela della salute per i migranti è fondamentale per la realizzazione dei loro progetti di vita e per una maggior tutela anche della salute collettiva della comunità ospitante**. Tale auspicio è sempre stato ricordato in tutti i capitoli sulla salute dei precedenti Rapporti ISMU. E lo è ancora di più soprattutto dopo l'emergenza pandemica su scala planetaria degli ultimi due anni. Al fine di realizzare la promozione della salute, anche per una categoria di persone svantaggiate, è opportuno, quindi, investire sull'accesso ai servizi sanitari per poter garantire fino in fondo il diritto alla salute come diritto umano e sociale. In tale direzione va la Dichiarazione dei Ministri della Salute del G20 riunitisi a Roma il 5 e 6 settembre 2021, dove nel preambolo sottolineano quanto segue:

*“Noi, i Ministri della Salute del G20, ci siamo riuniti per promuovere una forte cooperazione multilaterale, i cui obiettivi includono la fine della pandemia da COVID-19, il sostegno alla ripresa e lo sforzo congiunto per una migliore prevenzione e rilevazione dei rischi e risposta alle emergenze sanitarie globali”.*

Proprio alla luce dei mutamenti di cui sopra, **si deve cercare di comprendere quali sono le nuove sfide alla cittadinanza sanitaria, soprattutto in un contesto economico-sociale completamente nuovo rispetto al passato** (già prima, ma soprattutto dopo la pandemia) e che impone una revisione de-



gli strumenti allocativi e distributivi di risorse scarse, in un'ottica globale e locale. Le principali priorità e criticità fanno riferimento a una duplice interpretazione: innanzitutto a questioni di natura istituzionale e politica, come l'adozione di nuovi modelli di solidarietà e di inclusione sociale, l'evoluzione della cittadinanza e dei diritti sociali, cominciando proprio dal diritto alla salute; la *governance* multi-livello nelle politiche socio-sanitarie per gli immigrati (chi decide che cosa e a quale livello istituzionale spesso è il problema e non solo in merito alle politiche sanitarie, ma in generale in relazione a tutte le politiche riguardanti gli immigrati). In secondo luogo, vi sono questioni più inerenti l'area medico-sanitaria e le diverse concezioni di salute e di malattia in contesti globali, nonché il mutamento della domanda e offerta dei servizi, in particolare quelli socio-sanitari rivolti alla persona; il monitoraggio delle condizioni di salute degli immigrati, attraverso l'analisi comparativa di alcuni indicatori socio-sanitari; la condizione di salute della donna immigrata, soprattutto nella sfera riproduttiva (in particolare l'area materno-infantile); l'analisi dettagliata di alcune patologie come le malattie infettive (tubercolosi, Hiv, malattie sessualmente trasmesse, COVID-19 ecc.); le malattie psichiatriche (soprattutto, ma non solo, in riferimento ai rifugiati e richiedenti asilo<sup>4</sup>), i tumori, i traumi (da lavoro, in ambiente domestico, da violenza altrui, da autolesionismo, da incidenti stradali). Concentrandosi su tali criticità e definendo alcune priorità per la soluzione delle stesse, gli attori preposti alle problematiche sanitarie in un'ottica multilivello potranno così essere messi in grado di ridurre (almeno in parte) la vulnerabilità che contraddistingue i migranti.

<sup>4</sup> A tal proposito è opportuno fare riferimento al *Progetto START - Servizi Socio-Sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione Internazionale*, progetto implementato tra settembre 2016 e dicembre 2018 con lo scopo di sperimentare, su territorio bresciano e milanese, interventi migliorativi e innovativi per la realizzazione di una rapida ed efficace azione di individuazione, emersione e presa in carico multidisciplinare di richiedenti e titolari di protezione internazionale (RTPI) con vulnerabilità. Al progetto hanno preso parte soggetti del territorio bresciano e milanese, tre Ospedali e tre organizzazioni del Terzo settore: ASST degli Spedali Civili di Brescia (Capofila), ASST Grande Ospedale Metropolitano Niguarda, ASST Santi Paolo e Carlo, Cooperativa Tempo Libero, Crinali Cooperativa Sociale Onlus, Fondazione ISMU. Progetto "START - Servizi socio-sanitari trasversali di accoglienza per richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale 2.0" - Fondazione ISMU. Si veda <https://www.ismu.org/progetto-start-servizi-socio-sanitari-trasversali-di-accoglienza-per-richiedenti-asilo-e-titolari-di-protezione-internazionale-2-0/>.

Diario di bordo: aggiornamenti epidemiologici per la sanità pubblica, a cura dell'Istituto Superiore di Sanità, 2021 (*Migranti e salute - news iss.it*)

#### **4/11/2021 - Vaccinazione anti COVID-19 nei rifugiati e nei migranti: dall'OMS principi e considerazioni chiave**

Fornire principi e considerazioni chiave sulle “policy” che considerino l'equità nelle priorità e nell'accesso ai vaccini anti COVID-19 per rifugiati e migranti. È questo l'obiettivo della Guida ad interim “COVID-19 immunization in refugees and migrants: principles and key considerations” pubblicata a fine agosto 2021 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). Il documento si basa su una revisione globale fatta dall'OMS sui Piani nazionali di distribuzione e vaccinazione sottomessi alla iniziativa COVAX circa l'inclusione di rifugiati e migranti, sull'esperienza derivante dalla loro attuazione e dall'introduzione del vaccino anti COVID-19 in tutto il mondo, oltre che sulla letteratura relativa all'argomento. Il documento fornisce informazioni sulle principali sfide e barriere all'accesso ai servizi di vaccinazione, considerazioni chiave per affrontarle e presenta esempi di buone pratiche. La guida evidenzia principi come l'equità globale per la distribuzione dei vaccini, l'equità nazionale e il rispetto.

#### **28/10/2021 - Migranti e rifugiati: vaccinazioni durante e dopo la pandemia di COVID-19**

La pandemia di COVID-19 ha messo in evidenza come la vulnerabilità sociale di alcuni gruppi all'interno dei paesi ne aumenti il rischio di infezione da malattie trasmissibili, ne ostacoli l'accesso alle cure e alle misure preventive (compresa la vaccinazione) e, più in generale, li esponga a peggiori risultati di salute. Questo vale anche nel caso di migranti e rifugiati, per i quali il rischio di contrarre malattie è molto alto durante e dopo la migrazione ed è quindi necessario adottare politiche nazionali, coordinate a livello internazionale, per garantire un'offerta vaccinale contro il COVID-19 inclusiva, gratuita e proattiva per persone migranti o rifugiate indipendentemente dal loro status giuridico. Inoltre, sarebbe importante estendere questo approccio oltre l'attuale pandemia al fine di ridurre le disuguaglianze sanitarie e migliorare la preparazione alle minacce per la salute presenti e future.

#### **16/9/2021 - Popolazione migrante e HIV: quando avviene l'infezione?**

Le persone migranti stabilitesi in Europa sono esposte al rischio di contrarre il virus HIV indipendentemente dal loro paese di origine e dal sesso: è quanto emerge da uno studio pubblicato su Eurosurveillance ad agosto 2021 con il titolo “Post-migration acquisition of HIV: Estimates from four European countries, 2007 to 2016”. I dati del decennio 2007-2016 sulle infezioni da HIV tra 23.595 persone migranti arrivate in UK, Svezia, Belgio e Italia indicano che circa il 40% (9400) abbia contratto l'infezione post-migrazione: il 91% tra chi era arrivato oltre dieci anni prima della diagnosi e il 30% tra chi era arrivato tra 1 e 5 anni prima della diagnosi.

#### **9/9/2021 - Epatiti virali acute: i dati 2004-2019 tra la popolazione migrante e quella italiana**

Tra il 2004 e il 2019, dieci Regioni italiane hanno segnalato 15.872 casi di epatite virale e tra questi il 14,8% erano diagnosticati in persone straniere. L'articolo “Differences in Incidence of Acute Viral Hepatitis between Foreigners and Autochthonous Population in Italy” confronta l'andamento dell'incidenza di epatite A, B e C nella popolazione italiana e straniera; i dati utilizzati sono quelli raccolti dal SEIEVA, il Sistema Epidemiologico Integrato delle Epatiti Virali Acute, coordinato dal Centro Nazionale per la Salute Globale dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS). Un dato rilevante che emerge dall'analisi di 16 anni di sorveglianza è che l'86% dei cittadini stranieri che hanno avuto una diagnosi di epatite acuta risiedeva in Italia da più di un anno, l'infezione è stata quindi acquisita in Italia.

### **29/7/2021 - Vaccinazione anti COVID per persone ospiti di Centri di accoglienza e/o in condizioni di marginalità sociale**

Quasi il 60% delle persone ospitate nelle strutture di accoglienza (migranti, ma anche italiani senza dimora) non sono inclini ad aderire alla vaccinazione anti-COVID-19: è quanto emerge dal documento “Dossier COVID-19. Indagine sulla disponibilità a vaccinarsi contro il COVID-19 da parte delle persone ospitate nei centri/strutture di accoglienza in Italia”, pubblicato a luglio 2021 dal Tavolo Asilo e Immigrazione (TAI) e il Tavolo Immigrazione e Salute (TIS).

### **29/7/2021 - Accesso e diffusione della vaccinazione anti COVID-19 nelle popolazioni socialmente vulnerabili: il webinar ECDC**

Al fine di promuovere uno scambio di buone pratiche su un’equa diffusione della vaccinazione contro l’infezione da SARS-CoV-2 tra le popolazioni socialmente vulnerabili nei paesi dell’Unione europea (UE) e dello Spazio economico europeo (SEE), il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), il 23 giugno 2021, ha tenuto un webinar per riunire gli stakeholder delle autorità sanitarie pubbliche nazionali e della società civile. Le popolazioni socialmente vulnerabili hanno, infatti, sopportato un onere sproporzionato dagli interventi restrittivi non farmaceutici (NPI) volti a prevenire la diffusione di COVID-19. Inoltre, sebbene in generale manchino dati disaggregati sull’adozione della vaccinazione anti COVID-19 nelle popolazioni socialmente vulnerabili, informazioni da parte di alcuni paesi evidenziano le disuguaglianze nel tasso di questa vaccinazione nelle popolazioni migranti e nelle minoranze etniche.

### **22/7/2021 - Vaccinazione anti COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia**

Analizzare le caratteristiche dei diversi contesti residenziali presenti a livello nazionale al fine di fornire una serie di indicazioni per sostenere l’implementazione delle strategie per la vaccinazione degli ospiti residenti e degli operatori coinvolti. È questo l’obiettivo del Rapporto ISS COVID-19 n. 16/2021 “Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim” pubblicato l’8 luglio 2021 dall’Istituto Superiore di Sanità. Le comunità residenziali (comunità socio-assistenziali – RSA per anziani; strutture per disabili e per persone con problemi di salute mentale; carceri; centri di prima e seconda accoglienza per stranieri e per italiani; centri di recupero per le dipendenze patologiche; case di alloggio per persone con HIV/AIDS; case famiglia; comunità religiose), sono accomunate da un elevato livello di rischio dell’infezione da SARS-CoV-2, individuale e collettivo, in conseguenza delle condizioni strutturali e di coabitazione, e, pertanto, rappresentano una priorità per il raggiungimento degli obiettivi della campagna di vaccinazione anti COVID-19. Nonostante le differenze evidenziate, sono stati individuati alcuni elementi comuni tra i quali importanti aspetti operativi oltre che l’opportunità di valutare e integrare nuovi modelli di servizi di prossimità nell’ottica di un servizio sanitario che metta la persona con un bisogno assistenziale al centro del sistema. In particolare: la necessità di sviluppare modelli di decentralizzazione dei servizi preventivi; l’opportunità di intercettare quei segmenti di popolazione che più difficilmente accedono al servizio sanitario; la necessità di adeguare l’intervento alle caratteristiche specifiche della popolazione (inclusi gli aspetti legati alla comunicazione e informazione).

### 10/6/2021 - COVID-19 tra i migranti: l'importanza della vaccinazione

La pandemia di COVID-19 ha colpito in modo sproporzionato le popolazioni migranti residenti nei paesi dell'Unione europea (UE), dello Spazio economico europeo (SEE) e del Regno Unito, che hanno sperimentato una vasta gamma di effetti sia a livello sanitario che sociale. I dati raccolti mostrano che alcune comunità di migranti sono particolarmente esposte al rischio di infezione da SARS-CoV-2, con conseguenze sul numero di ricoveri e decessi. Per fare il punto sulla situazione il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), a giugno 2021, ha pubblicato il report "Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA" in cui presenta: i dati sull'impatto della pandemia di COVID-19 tra le popolazioni migranti di UE/SEE/UK; i fattori di rischio e di vulnerabilità verso il COVID-19 delle popolazioni migranti; alcune considerazioni utili a garantire un accesso equo alla vaccinazione anti COVID-19 attraverso l'identificazione dei successi, delle lezioni apprese e delle buone pratiche.

### 6/5/2021 - Migranti e virus dell'epatite C: uno studio nell'ambito del progetto PITER

Valutare le caratteristiche demografiche, virologiche e cliniche dei migranti arruolati nell'ambito della Piattaforma Italiana per lo studio della Terapia delle Epatiti virali (PITER) rispetto a quelle degli italiani: è questo l'obiettivo dello studio condotto all'interno della coorte PITER-HCV, costituita da 10.669 pazienti con infezione cronica da virus dell'epatite C (HCV) i cui risultati sono stati pubblicati ad aprile 2021 sulla rivista *Digestive and Liver Disease*. I risultati ottenuti indicano che i migranti arruolati, di cui il 56,5% di sesso femminile, sono più giovani degli italiani (età mediana: 47 vs 62) e con una **più alta prevalenza di coinfezione da HBV (virus dell'epatite B)**. I migranti presentano prevalentemente un'infezione da HCV-genotipo 4, in accordo con l'alta prevalenza dei migranti provenienti dall'Egitto (18,9%) dove il genotipo 4 è rappresentato nel 90% delle infezioni da HCV.

### 29/4/2021 - G-START: video multilingue per favorire il buono stato di salute e il benessere psicofisico nella popolazione migrante

Veicolare messaggi chiave che promuovano l'adozione di corretti stili di vita, informino sulla salute sessuale di uomini e donne e sulla salute di mamme e bambini/bambine: è questo l'obiettivo di quattro video realizzati nell'ambito dell'attività di informazione, educazione e comunicazione (IEC) del progetto G-START (Governance, Salute, Territorio, Accoglienza per Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione) nato per garantire la tutela della salute e promuovere percorsi di prevenzione per i richiedenti asilo e titolari di protezione internazionale (RTPI), al fine di favorire l'accesso appropriato e consapevole ai servizi offerti dal territorio.

### 15/4/2021 - Malattie infettive tra i migranti

Sulla *Oxford Research Encyclopedia of Global Public Health* è stato pubblicato un compendio, curato dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) insieme a esperti internazionali, sulla relazione fra migranti e malattie infettive con l'obiettivo di proteggere sia la salute dell'individuo migrante che quella della comunità ospitante. Nonostante del fenomeno migratorio l'aspetto che fa più notizia sia il flusso dal Sud verso il Nord del mondo, questa voce nel 2015 corrispondeva soltanto al 35% del totale. Inoltre, contrariamente all'idea comune, i migranti non rappresentano di per sé un rischio rilevante per la salute pubblica della popolazione ospitante. Viceversa ciò che preoccupa gli esperti è la maggiore esposizione dei migranti stessi a malattie alle quali non sono immuni. Il compendio passa poi in rassegna le condizioni sanitarie di ogni fase dell'accoglienza, raccomandando di adottare sistemi sanitari migrant-friendly che assicurano un accesso tempestivo alla diagnosi e al trattamento e un'altrettanta valida prevenzione per gli stranieri, indipendentemente dallo status giuridico, allo scopo di limitare il carico di infezioni e promuovere la salute di questa popolazione e della popolazione locale.

### 25/3/2021 - I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli

Fornire indicazioni precise agli operatori sanitari impegnati nella gestione dei migranti durante tutte le fasi del percorso di accoglienza: è questo l'obiettivo della lineaguida "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza" presentata nel 2017 nell'ambito di un accordo di 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). Il contenuto della Linea Guida è ora disponibile in inglese e diffuso a livello internazionale grazie alla pubblicazione dell'articolo scientifico dal titolo "Health assessment for migrants and asylum seekers upon arrival and while hosted in reception centres: Italian guidelines" uscito a marzo 2021 su *Health Policy*.

### 25/3/2021 - G-START: poster di comunicazione multilingua ai tempi del COVID-19

La salute e la vita ai tempi del COVID-19 sono i temi di due poster multilingua realizzati nell'ambito del progetto G-START a supporto delle attività di informazione, educazione e comunicazione (IEC). I materiali, liberamente scaricabili e utilizzabili, hanno l'obiettivo di promuovere lo sviluppo di competenze nelle persone Richiedenti Asilo e Titolari di Protezione Internazionale (RTPI) così da mantenere un buono stato di salute e benessere psicofisico anche durante l'emergenza COVID-19.

### 11/3/2021 - Le differenze di impatto della pandemia da COVID-19 sui cittadini italiani e stranieri

I gruppi di popolazione più svantaggiati potrebbero essere a maggiore rischio di morbosità e mortalità per infezione da SARS-CoV-2 a causa delle condizioni di vita e di lavoro e delle barriere di accesso all'assistenza sanitaria. Uno studio dell'Istituto Superiore di Sanità pubblicato sul numero di febbraio dello *European Journal of Public Health* analizza l'impatto dell'epidemia da COVID-19 sugli individui stranieri, inclusi i migranti economici, i viaggiatori di breve durata e i rifugiati, attraverso i dati del sistema di sorveglianza integrata dei casi COVID-19 confermati in laboratorio diagnosticati in Italia tra il 20 febbraio e il 19 luglio 2020.

### 11/2/2021 - Salute di rifugiati e migranti nei sistemi informativi nazionali

Online, sul sito dell'OMS Europa, il policy brief che riassume le informazioni contenute nella guida "Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region" in cui sono presentate le conoscenze e le migliori pratiche relative all'inclusione dei dati sulla salute dei migranti nei sistemi informativi sanitari nazionali.

### 4/2/2021 - La formazione professionale nella presa in carico dei minori migranti

L'assistenza ai minori migranti e la formazione del personale sanitario necessitano di interventi in grado di fronteggiare le sfide e le problematiche organizzative legate a una corretta gestione dei bisogni e delle vulnerabilità individuali. Se ne è parlato in una serie di focus group realizzati dall'Istituto Superiore di Sanità.

## Riferimenti bibliografici

**Crawshaw A.F., Deal A., Rustage K., Forster A.S., Campos-Matos I., Vandrevala T., Würz A., Pharris A., Suk J., Kinsman J., Deogan C., Miller A., Declich S., Greenaway C., Noori T., Hargreaves S., (2021),** *What must be done to tackle vaccine hesitancy and barriers to COVID-19 vaccination in migrants?*, "Journal of Travel Medicine", Volume 8(4), pp. 1-4.

**De Vito E., Parente P., de Waure C., Poscia A., Ricciardi W. (2017),** *A review of evidence on equitable delivery, access and utilization of immunization services for migrants and refugees in the WHO European Region*, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen.

**ECDC (2018),** *Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA* [online] disponibile in: Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA (europa.eu).

**ECDC (2021),** *Reducing COVID-19 transmission and strengthening vaccine uptake among migrant populations in the EU/EEA*, Technical Report, June 2021 [online] disponibile in <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/covid-19-reducing-transmission-and-strengthening-vaccine-uptake-in-migrants.pdf>.

**Fabiani M., Mateo-Urdiales A., Andrianou X., Bella A., Del Manso M., Bellino S., Rota M. C., Boros S., Vescio F., D'Ancona F.P. (2021),** *Epidemiological characteristics of COVID-19 cases in non-Italian nationals notified to the Italian surveillance system*, "European Journal of Public Health", Volume 31(1), pp. 37-44.

**Fondazione AIOM (2020),** *I numeri del cancro in Italia 2020*, rapporto [online] disponibile in [https://www.epicentro.iss.it/tumori/pdf/2020\\_Numeri\\_Cancro-pazienti-web.pdf](https://www.epicentro.iss.it/tumori/pdf/2020_Numeri_Cancro-pazienti-web.pdf).

**Fondazione ISMU (2021),** *Ventiseiesimo Rapporto sulle migrazioni 2020*, Franco Angeli, Milano.

**ISS (2020),** "COVID-19, analisi dell'andamento epidemiologico e aggiornamento tecnico-scientifico", Conferenza, 8/05/2020.

**ISS (2021),** *Vaccinazione contro COVID-19 nelle comunità residenziali in Italia: priorità e modalità di implementazione ad interim*, Rapporto ISS COVID-19 n. 16/2021 [online] disponibile in [https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+16\\_2021.pdf/b39f0142-41d6-7d4d-94e8-0668cfb95bf9?t=1625751318696](https://www.iss.it/documents/20126/0/Rapporto+ISS+COVID-19+16_2021.pdf/b39f0142-41d6-7d4d-94e8-0668cfb95bf9?t=1625751318696).

**Istat (2021),** *Dati su servizi sanitari e loro ricorso - Ricoveri ospedalieri e soddisfazione* [database] disponibile in <http://dati.istat.it/> (20/07/2021).

**Lombardi L. (2021),** *Salute senza frontiere II - Salute e medicina interculturale: ricerca valutazione percorsi di sensibilizzazione e di formazione*, report [online] disponibile in [https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2021/06/Lombardi\\_Report\\_Salute-senza-frontiere-II.pdf](https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2021/06/Lombardi_Report_Salute-senza-frontiere-II.pdf).

**Médecins du Monde (2019),** *2019 Observatory Report* [online] disponibile in: [https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/2018/11/DOTW\\_2019\\_lowress\\_alt.pdf](https://www.doctorsoftheworld.org.uk/wp-content/uploads/2018/11/DOTW_2019_lowress_alt.pdf).

**Menonna A., Papavero G.** (2021a), *Il contagio da COVID-19 durante la prima ondata (marzo-maggio 2020) - La pandemia COVID-19 tra la popolazione migrante e di origine straniera nelle province di Milano, Bergamo, Brescia e Cremona*, Factsheet, Marzo 2021 [online] disponibile in [https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2021/03/5.-Fact-Sheet\\_Indagine\\_COVID\\_ISMU\\_contagio.pdf](https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2021/03/5.-Fact-Sheet_Indagine_COVID_ISMU_contagio.pdf)

**Menonna A., Papavero G.** (2021b) *L'impatto dell'emergenza COVID-19 sulle condizioni generali di salute - La pandemia COVID-19 tra la popolazione migrante e di origine straniera nelle province di Milano, Bergamo, Brescia e Cremona*, Factsheet ISMU, Febbraio 2021 [online] disponibile in [https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2021/02/2.-Fact-Sheet\\_-Indagine-COVID\\_ISMU-\\_impatto-salute\\_ed.pdf](https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2021/02/2.-Fact-Sheet_-Indagine-COVID_ISMU-_impatto-salute_ed.pdf).

**Ministero della Salute** (2021), *Certificato di assistenza al parto (CeDAP) Analisi dell'evento nascita - Anno 2019*, rapporto [online] disponibile in [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_3076\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3076_allegato.pdf).

**Osservatorio Povertà Sanitaria** (2020), *Donare per curare. Povertà sanitaria e donazioni farmaci, Rapporto 2020* [online] disponibile in <https://www.opsan.it/cm-files/2021/02/19/bilanciopoverta-2020-web.pdf>.

**Pasini N., Merotta V.** (2021), "La salute", in Fondazione ISMU, *Ventiseiesimo Rapporto sulle migrazioni 2020*, FrancoAngeli, Milano, pp. 159-171.

**Razai M.S., Majeed A., Esmail A.** (2021), *Structural racism is a fundamental cause and driver of ethnic disparities in health*, "BMJ Opinion" [online] disponibile in <https://blogs.bmj.com/bmj/2021/03/31/structural-racism-is-a-fundamental-cause-and-driver-of-ethnic-disparities-in-health/>.

**WHO** (2020), *SAGE Roadmap for prioritizing uses of covid-19 vaccines in the context of limited supply - An approach to inform planning and subsequent recommendations based upon epidemiologic setting and vaccine supply scenarios*, Version 1.1 [online] disponibile in <https://apps.who.int/iris/handle/10665/341448>.