

7.

La salute

Nicola Pasini e Veronica Merotta

1. Introduzione

Se torniamo a leggere i capitoli dei *Rapporti ISMU* di alcuni decenni fa in ordine ai dati relativi alla salute degli immigrati (sempre comparati a quelli relativi ai cittadini italiani), emergono delle regolarità con le principali ricerche che gli istituti di ricerca anche quest'anno rilevano, soprattutto per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri, siano essi in regime ordinario o in day hospital. Questa tendenza di lungo periodo ci deve far riflettere: nonostante i molteplici tentativi da parte delle diverse istituzioni nazionali, regionali e locali (dal Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità, agli assessorati alla salute regionali, alle aziende sanitarie locali) di promuovere una integrazione socio-sanitaria basata prevalentemente sulla prevenzione primaria e secondaria, stili di vita, comportamenti e atteggiamenti, **condizioni di svantaggio strutturale (in parte legato anche a condizioni di vita e di lavoro estremamente precarie) – alimentato anche dalla mancanza di conoscenza e informazione rispetto al diritto alla salute – una parte non trascurabile della popolazione immigrata anche regolare, soprattutto di prima generazione, non ha lo stesso accesso potenziale dei cittadini italiani al Servizio Sanitario Nazionale**

(SSN). Questo non significa che le condizioni di salute siano peggiori, ma i dati della letteratura ci dicono che **spesso la salute è una componente della vita dell'immigrato che viene trascurata per molteplici e diversi fattori di natura socio-culturale e socio-economica**¹.

La prima parte del capitolo esamina proprio la salute degli immigrati, prendendo in considerazione le diverse tipologie di ricovero che danno un quadro epidemiologico dell'utenza cui prestiamo attenzione in questa sede, dove emergono non poche differenze territoriali.

Nel paragrafo successivo (2) ci soffermiamo invece su alcune criticità relative al Covid-19 (già analizzato dal 2020) per quanto riguarda la popolazione immigrata: anche in questo caso, c'è un divario consistente nell'accesso ai test diagnostici tra gli stranieri e gli italiani. I risultati evidenziano che tra gli stranieri l'accesso al test diagnostico è stato minore rispetto agli italiani, nonostante un livello di contagio dichiarato più basso. Di contro, emergono criticità intorno alla questione del long Covid e problematiche di varia natura legate al tema, tanto controverso anche nel dibattito pubblico italiano, della vaccinazione.

Infine, nel paragrafo 3 analizziamo il profilo sanitario degli ucraini alla luce della protezione temporanea concessa nell'UE, dove tutte le problematiche che abbiamo riscontrato nelle popolazioni immigrate già presenti nel nostro paese sono in parte ampliate dall'emergenza che inevitabilmente comporta conseguenze rilevanti sullo stato di benessere psico-fisico.

2. La salute degli stranieri in Italia

Ricoveri

Secondo gli ultimi dati disponibili di Istat (2022a), nel 2020 i cittadini stranieri provenienti da paesi dell'area europea (esclusa l'Italia) rappresentavano il 3,1% di tutti i ricoveri in regime ordinario. Seguivano 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 3,3% dei ricoveri attenenti a cittadini dell'area europea (esclusa l'Italia) seguiti da cittadini africani (1,2%), asiatici (0,9%) e americani (0,7%). **Il numero di donne straniere ricoverate è notevolmente maggiore rispetto a**

¹ Il settore Salute e Welfare di Fondazione ISMU negli ultimi 5 anni ha sviluppato e realizzato la valutazione dei percorsi formativi e di sensibilizzazione nei progetti *Salute senza frontiere I* (2017-2018) e *Salute senza frontiere II* (2019-2020) promossi dalla Lega Italiana Lotta ai Tumori (LILT). Nel 2022 il settore Salute e Welfare ha completato l'analisi dei risultati della ricerca-valutazione al fine di validare il modello di intervento LILT, nell'ambito del progetto "*Salute senza frontiere III*": *Validazione e promozione del modello LILT di educazione alla salute secondo un approccio transculturale*. È stata così implementata la fase di follow-up degli interventi di formazione e sensibilizzazione dei progetti SSF1 e SSF2, a distanza di 3 e 4 anni. Detta azione si è svolta attraverso la somministrazione di un questionario standardizzato ad hoc rivolto alle partecipanti alle attività del progetto SSF1 e SSF2, al fine di rilevare il mantenimento delle conoscenze acquisite durante i percorsi di sensibilizzazione, il mutamento degli stili di vita e la diffusione della cultura della prevenzione e delle abitudini "sane" nell'ambito familiare e comunitario, nonché l'adesione e l'accesso ai programmi di prevenzione oncologica.

quello degli uomini (65,1% contro il 34,9%). La diagnosi principale del ricovero tra gli uomini stranieri è correlata alle malattie dell'apparato respiratorio (44,4%) seguita dai traumatismi e avvelenamenti (11,7%) e dalle malattie dell'apparato digerente (11,1%). **Tra le donne straniere la diagnosi principale coinvolge le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio (17,3%),** seguite dai tumori (7%) e dalle malattie dell'apparato genito-urinario (6,9%). È importante rilevare che gli uomini stranieri, rispetto agli omologhi italiani, vengono ricoverati molto più spesso per traumatismi e avvelenamenti (+45%) e per disturbi psichici (+77%). Per le donne straniere l'incidenza maggiore riguarda le complicazioni della gravidanza, parto e puerperio ed è di quasi il triplo rispetto alle italiane (+298%).

Gravidanze e parti

I dati più recenti disponibili sull'evento nascita (Ministero della Salute, 2022) indicano che, nel 2020, i parti di madri di cittadinanza non italiana erano il 21% del totale in linea con lo stesso dato del 2019. Questo fenomeno è più diffuso nelle aree del paese con una maggiore presenza straniera come il Centro-Nord (26%), in particolare in Emilia-Romagna, Lombardia e 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 (27,9%) e l'Unione europea (21,4%), seguite dall'Asia (20,3%) e dal Sudamerica (7,8%). Al momento del parto le madri straniere hanno in media 30,8 anni contro i 33 anni delle italiane. L'età media per la nascita del primo figlio delle donne straniere (28,9 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'11,3% contro solo il 2,2% delle donne italiane. Il parto cesareo tra le madri straniere è inferiore rispetto alle donne italiane (27,2% contro 32,4%).

Il monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche prima e durante la gravidanza così come dopo il parto è fondamentale per avere un'idea del rapporto che le donne straniere instaurano (o meno) con il sistema sanitario e con le cure farmacologiche prescritte dai medici di vari livelli. Uno studio recente (D'Aloja et al., 2022) ha indagato proprio questa dimensione sulle **prescrizioni dei farmaci prima, durante e dopo la gravidanza**, coinvolgendo donne, provenienti da paesi ad alta pressione migratoria e residenti in Italia, che hanno partorito tra il 2016 e il 2018 e fornendo un paragone con le donne italiane. Secondo lo studio, **le prescrizioni tra le donne straniere sono meno frequenti rispetto alle donne di cittadinanza italiana prima (51,0% contro il 58,6%) e dopo la gravidanza (55,1% contro il 60,3%). Durante la gravidanza, invece, le straniere ricevono un numero leggermente superiore di prescrizioni (74,9% contro il 72,8%).** La maggior parte di queste prescrizioni sono appropriate dal punto di vista del percorso medico, nonostante la prescrizione dell'acido folico tre mesi prima del concepimento risulti molto basso sia per le italiane sia per le straniere (rispettivamente 6,2% e 3,9%). Il progesterone viene prescritto nella fase iniziale per abbassare il rischio di aborti spontanei più frequentemente tra le italiane (16,5% rispetto al 8,1% delle straniere). In un numero limitato di casi

in entrambi i gruppi sono state individuate prescrizioni potenzialmente inappropriate, in particolare antipertensivi, statine e antinfiammatori.

Questi dati evidenziano anche le differenze dei profili di salute e delle possibilità di accesso alle cure tra le donne straniere, permettendo di migliorare la loro assistenza durante il percorso nascita e, a sua volta, di ridurre le differenze negli esiti materni e perinatali a seconda del paese di origine o della cittadinanza delle donne.

Povertà sanitaria

Il rapporto dell'Osservatorio sulla Povertà Sanitaria (2022) 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. Il numero di assistiti di origine straniera a livello nazionale è inferiore rispetto al numero di cittadini italiani (57,3%) e rappresenta un'inversione di tendenza rispetto agli anni precedenti, segno di come gli effetti della pandemia abbiano investito la popolazione italiana e abbiano portato i residenti stranieri a rientrare nel proprio paese di origine. Tuttavia, gli assistiti stranieri continuano a superare quelli italiani nelle regioni del Nord (57% del totale in questa zona), un dato che testimonia la forte presenza nel Nord di residenti stranieri tra i quali l'incidenza della povertà assoluta è *più alta rispetto a quella* dei residenti italiani (32,4% contro il 7,2%) (Istat, 2022b). Va inoltre osservato che in questa area molti stranieri sono occupati ma hanno redditi bassi, (fenomeno dei *working poor*). Nel Mezzogiorno la componente italiana supera largamente quella straniera (59,7% contro il 40,3%), mentre nelle città metropolitane si verifica un'inversione, con una maggiore concentrazione di assistiti stranieri.

Salute mentale

Da anni l'OMS promuove un approccio al disagio mentale considerato più come risposta alla privazione relativa e all'ingiustizia sociale e meno come una questione di malattia individuale (WHO, 2009). In alcuni paesi europei a essere sotto analisi è il legame tra salute mentale e svantaggio sociale, che si ritiene possa sfociare in un fenomeno denominato "tripla barriera" della disuguaglianza sanitaria: determinanti diseguali della salute mentale (legati all'equilibrio tra fattori di rischio e di protezione), accesso iniquo al supporto per la salute mentale, ed esperienze e risultati delle cure diversi (anche in caso di accesso equo) (PICUM, 2022; Centre for Mental Health, 2020). **Le disuguaglianze di salute mentale sono correlate con le disuguaglianze economiche e sociali, ovvero le disuguaglianze in termini di ricchezza, potere e autonomia** (Ibid.). Comprendere questo rapporto nel contesto della migrazione evidenzia i limiti della promozione positiva della salute mentale dal momento che il potenziale di

questo approccio nel conferire protezione e vantaggi si verifica soprattutto per persone con livelli di risorse simili. In altre parole chi sta meglio se la cava meglio rispetto a persone più resilienti ma socialmente svantaggiate (WHO, 2009).

Le evidenze empiriche sulla salute mentale dei migranti non sono molte, soprattutto per quanto riguarda il contesto italiano. Tuttavia si possono citare alcuni studi. Uno del 2020 (Aragona et al.) ha analizzato i trend delle ospedalizzazioni per disturbi psichici tra i richiedenti asilo nel periodo 2008-2015 e ha evidenziato che questo tipo di ospedalizzazioni è aumentato tra i richiedenti asilo (da 30,2‰ nel 2010 al 43,6‰ nel 2015), diminuendo al contrario per gli italiani e gli altri migranti. Questo trend è principalmente il risultato delle maggiori ammissioni registrate sotto la categoria “altre psicosi non registrate” e potrebbe essere collegato a alcune criticità diagnostiche. In particolare, il disagio dei richiedenti asilo potrebbe essere il risultato dello sbarco, inteso come episodio migratorio centrale che porterebbe con sé traumi e problematiche sulla salute mentale che gli psichiatri non riuscirebbero a riconoscere attraverso immagini e scenari atipici riportati dai migranti.

Un altro studio, condotto dall’OMS a inizio pandemia (WHO, 2020), inverte la prospettiva focalizzandosi sulla salute mentale auto-riferita dai migranti (inclusi i rifugiati). In particolare lo studio ha analizzato i gruppi di persone secondo la tipologia di sistemazione: casa/appartamento, centro di accoglienza, campo profughi, senza fissa dimora/con domicilio precario. **Tutti i gruppi hanno dichiarato di sentirsi soprattutto depressi, preoccupati e ansiosi, con valori massimi registrati tra gli ospiti dei centri di accoglienza, seguiti dalle persone senza fissa dimora/con domicilio precario.** In merito a quest’ultimo gruppo, è interessante rilevare come alla disponibilità di una sistemazione individuale non corrisponda una minore incidenza degli stati ansiosi

3. La pandemia Covid-19

Contagi

I capitoli sulla Salute dei precedenti *Rapporti ISMU* hanno già rielaborato i dati relativi ai contagi tra la popolazione straniera (Pasini, Merotta, 2020; 2021). Si è evidenziato come il rischio di contagio e di diffusione del Coronavirus, così come di altre malattie infettive, sia spesso associato con le condizioni socio-economiche e strettamente economiche come il rischio occupazionale, l’affollamento nelle soluzioni abitative e gli ostacoli a una comunicazione pubblica sul tema della salute e della sanità. Si sono analizzati i dati della prima ondata che indicavano, tra i contagiati, una preponderanza di romeni (paese con un alto HDI - Human Development Index), seguiti da peruviani, albanesi, ecuadoriani, marocchini, ucraini, egiziani, moldavi e filippini (paesi con un HDI medio) e indiani, bengalesi, nigeriani e pakistani (paesi con HDI basso). Si è infine approfondito come la popolazione straniera ha vissuto l’esperienza della “prima ondata” della pandemia conducendo un’indagine sulle infezioni, le richieste di

assistenza e l'impatto sulle condizioni generali di salute. Inchieste più recenti hanno fatto emergere ulteriori criticità. Uno studio ha cercato di valutare l'impatto della pandemia sulla popolazione immigrata (Petrelli, Di Napoli, 2022: 7) basandosi sui dati di monitoraggio settimanali del Sistema di sorveglianza nazionale Covid-19 dell'ISS ed è diviso in cinque sottoperiodi epidemiologici: febbraio-maggio 2020 (I ondata), giugno-settembre 2020 (I periodo intermedio), ottobre 2020-gennaio 2021 (II ondata), febbraio-aprile 2021 (III ondata), maggio-luglio 2021 (II periodo intermedio). I risultati evidenziano che **tra gli stranieri l'accesso al test diagnostico è stato minore rispetto a quello degli italiani e che la curva di incidenza ha mostrato un livello di contagio più basso durante le tre ondate e più alto nei due periodi intermedi. Gli immigrati mostrano tassi di ospedalizzazione standardizzati per età più elevati in area non critica e in terapia intensiva, soprattutto nelle fasi intermedie dell'epidemia.** I tassi di mortalità standardizzati degli immigrati sono più elevati di quelli degli italiani a partire dal terzo periodo per i maschi e dal quarto per le femmine.

Long Covid

Il long Covid è una condizione medica che caratterizza la fase successiva all'infezione dall'omonimo Coronavirus e include sintomi quali stanchezza persistente, difficoltà neurologiche (ad esempio depressione), mal di testa e perdita di memoria, e sintomi cardiopolmonari tra cui tosse, dispnea e dolore toracico (Crook et al., 2021). La misura in cui i migranti e le minoranze etniche sono influenzate dal long Covid non è ancora nota, nonostante la letteratura abbia di recente identificato una serie di fattori di rischio rilevanti tra cui l'età avanzata, la gravità della malattia, le comorbidità e l'ammissione in terapia intensiva (Lopez-Leon et al., 2021).

I pochi studi sul long Covid nei migranti e nelle minoranze etniche indicano che questi gruppi sono colpiti in modo sproporzionato ma, purtroppo, i dati relativi a paesi europei sono scarsi (Halpin et al., 2021). Va citato uno studio condotto nel Regno Unito su 100 pazienti intervistati telefonicamente 4-8 settimane dopo la dimissione per una grave infezione da Covid-19, quelli appartenenti a gruppi etnici, neri ("Black" nel lessico usato nello studio), asiatici e minoritari avevano maggiori probabilità di soffrire di dispnea rispetto agli individui bianchi ("White" nel lessico usato nello studio) (42,1 % contro il 25%), mentre i tassi di disturbo da stress post traumatico (PTSD) erano simili (Ibid.). Il grande limite dello studio, tuttavia, è la mancanza di dati disaggregati per status dei migranti, il che rende difficile valutare il long Covid sugli arrivi più recenti, che possono essere caratterizzati da fattori di rischio unici e da condizioni di salute peggiori dovuti, tra le altre cose, all'accesso limitato ai servizi sanitari e di vaccinazione (Hargreaves et al., 2021).

Analizzare il long Covid tra i migranti è fondamentale poiché questa popolazione affronta già criticità importanti nell'accedere ai servizi sanitari e nel tutelare la propria salute anche per gli effetti che il long Covid potrebbe avere su altre comorbidità. **I migranti, inoltre, sono spesso più vulnerabili di altre**

popolazioni dal punto di vista socioeconomico in quanto svolgono maggiormente lavori temporanei e precari e non godono di ammortizzatori sociali e di forme di sostegno finanziario (Doctors of the World, 2020). Di conseguenza, una mancata diagnosi o monitoraggio del long Covid potrebbe aggravare le disuguaglianze sociali e sanitarie esistenti. Per evitare questo scenario, le autorità sanitarie dovrebbero garantire che la diagnosi di Covid-19 e la prognosi delle conseguenze del virus sulla salute siano comunicati all'intera popolazione, compresi i migranti. Questo richiede un approccio che sia culturalmente sensibile alla comunicazione in merito alla salute pubblica e che si dedichino sufficienti risorse.

Vaccinazione

L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) ha condotto un monitoraggio periodico delle strategie di vaccinazione di 180 paesi (IOM, 2022) per valutare l'inclusione o l'esclusione dei migranti dalle campagne nazionali. L'OIM nota che, nel primo trimestre del 2022, si è registrato un lento ma progressivo **miglioramento del numero di paesi che fanno piani per migranti** in situazione regolare e irregolare nelle loro strategie e nella pratica. **Sottolinea, tuttavia, una mancanza di chiarezza sull'inclusione dei migranti in oltre un terzo dei paesi.** Ciò può essere dovuto, tra le altre cose, al fatto che in alcuni casi le politiche mirano a includere migranti ma, nella pratica, possono presentare aspetti e processi che agiscono da barriere per alcune categorie di migranti. L'OIM riporta che alcuni *policy maker* preferiscono evitare di pubblicizzare l'intenzione di includere i migranti nelle campagne per vari motivi, ad esempio per evitare reazioni xenofobe nella popolazione.

Il monitoraggio ha permesso di raccogliere informazioni sulle **principali problematiche** affrontate dai *policy maker* riguardo alla vaccinazione dei migranti. In ordine di frequenza, troviamo **le barriere amministrative o politiche (esclusione per legge di alcune categorie di migranti, assenza di firewall tra le autorità sanitarie e di immigrazione), le barriere informative e la mancanza di fiducia tra i migranti, le barriere logistiche legate alla distribuzione dei vaccini e alla costante mobilità delle persone.**

Uno studio internazionale sul contesto italiano (Vallerani et al., 2022: 12) ha evidenziato come le persone "razzializzate" e illegalizzate abbiano accettato o rifiutato il vaccino soprattutto sulla base delle diverse esigenze lavorative. Nonostante i "passaporti vaccinali" per continuare a lavorare, anche nei settori informali, abbiano aumentato l'adesione al vaccino, l'accettazione del vaccino non ha portato comunque le persone a rapportarsi con le autorità statali e i servizi sanitari pubblici attraverso una maggior fiducia. Al contrario, la gestione statale del vaccino è stata ampiamente percepita come coercitiva e ha generato sentimenti di *disempowerment* e sfiducia.

Perché la campagna vaccinale sia efficace occorre uscire da una visione a breve termine e da un approccio "emergenziale" per abbracciarne uno sostenibile e basato sulla fiducia, in quanto **le vaccinazioni Covid-19 si basano su richiami periodici e, quindi, richiedono un impegno continuo degli attori**

sanitari su tutti i livelli, a partire dai medici di base presenti a livello territoriale. È anche utile soffermarsi sul profilo socioeconomico e giuridico dei migranti. Secondo i dati OMS (WHO, 2020), tra i migranti che durante la prima ondata non hanno richiesto aiuto sanitario per sintomi legati a un sospetto di Covid-19, il 29,5% non aveva nessun livello di istruzione, contro il 7,8% dei diplomati e il 4,7% dei laureati. Dal punto di vista dello status, questo approccio è largamente più diffuso tra i migranti irregolari (18,6%) rispetto a quelli regolari (4,1%). Tra le ragioni addotte dai migranti troviamo la mancanza di risorse finanziarie (34,6%), la paura di essere espulsi (21,9%) o la mancanza di servizi sanitari (12,5%).

4. Focus. Il profilo sanitario degli ucraini alla luce della protezione temporanea concessa nell'UE²

Nel febbraio 2022 la Russia ha invaso l'Ucraina, provocando un'instabilità che si è aggiunta a quella già soggiacente dall'annessione della Crimea e ai conflitti nel Donbass. L'invasione ha inoltre generato un flusso di profughi su ampia scala che ha portato a importanti decisioni tra gli Stati membri dell'UE e i rispettivi *policymaker* europei. A marzo 2022 l'UE ha infatti approvato per la prima volta l'adozione della Direttiva sulla protezione temporanea, consentendo il rilascio di un permesso rinnovabile di un anno e, quindi, di risiedere e accedere ai servizi essenziali (compresa l'assistenza sanitaria) in tutti gli Stati membri (Consiglio dell'UE, 2022).

Alla luce del grande numero di rifugiati in Europa, il profilo sanitario dell'Ucraina pre-invasione può essere d'aiuto per identificare potenziali criticità che potrebbero emergere nei prossimi mesi e orientare interventi sanitari preventivi. La copertura vaccinale di routine nel paese è gradualmente aumentata dal 2015 ma rimane subottimale. La copertura vaccinale contro il morbillo è dell'81,9%, dopo un'epidemia nel 2017-2018 in cui si è registrato il numero più alto di casi in Europa. A causa della bassa copertura vaccinale (84%), nell'ottobre 2021 è stato registrato un focolaio di poliovirus circolante di tipo 2 derivato dal vaccino. Il paese ha il quarto più alto tasso di incidenza di tubercolosi tra i paesi della regione europea dell'OMS e la seconda più alta prevalenza di coinfezione da HIV/TB (26%) e la tubercolosi resistente ai farmaci rappresenta il 29% delle nuove diagnosi. Ha inoltre la seconda epidemia di HIV più grande nella regione europea dell'OMS (37,5 per 100mila nel 2020) con una copertura del trattamento per la cura del 57%, inferiore a quella dell'UE (82%). Anche la situazione dell'epidemia di Covid-19 è preoccupante, con una bassa copertura vaccinale (35%). Le malattie non trasmissibili in Ucraina contribuiscono al 91% dei decessi, in particolare le malattie cardiovascolari (67%) con un tasso di mortalità (aggiustato per età) per cardiopatia ischemica più di sei volte supe-

² La panoramica sanitaria dell'Ucraina è tratta da Marchese et al. (2022) e contiene dati tratti da WHO (2019; 2022a, 2022b), Hook & Bogdanov (2021), e ECDC (2022a).

riore a quello dei paesi dell'UE e una prevalenza di diabete negli adulti del 7,1%. Circa il 33% della popolazione ucraina soffre di malattie mentali nel corso della vita (soprattutto gli sfollati interni già presenti nel paese), con uno dei tassi di suicidio più alti al mondo oltre a alti tassi di decessi legati all'abuso di alcol.

Riferimenti bibliografici

Aragona M., Salvatore M.A., Mazzetti M., Burgio A., Geraci S., Baglio G. (2020), *Is the mental health profile of immigrants changing? A national-level analysis based on hospital discharges in Italy*, *Annali di igiene* 2020, 32(2), pp. 157-165, disponibile in: http://www.seu-roma.it/riviste/annali_igiene/open_access/articoli/32-02-06-Aragona.pdf.

Centre for Mental Health (2020), *Mental health for all?. The final of the Commission for Equality in Mental health*, November, disponibile in: https://www.centreformental-health.org.uk/sites/default/files/publication/download/CentreforMH_Commission_FinalReport.pdf.

Consiglio dell'UE (2022), *Decisione di esecuzione (Ue) 2022/382 del 4 marzo 2022 che accerta l'esistenza di un afflusso massiccio di sfollati dall'Ucraina ai sensi dell'articolo 5 della direttiva 2001/55/CE e che ha come effetto l'introduzione di una protezione temporanea*.

Crook H., Raza S., Nowell J. et al. (2021), *Long-covid – mechanisms, risk factors, and management*, "BMJ", p. 374.

D'Aloja P., Da Cas R., Belleudi V., Fortinguerra F., Poggi F.R., Perna S., Trotta F., Donati S. (2022), *Drug Prescriptions among Italian and Immigrant Pregnant Women Resident in Italy: A Cross-Sectional Population-Based Study*, "Int J Environ Res Public Health", 19(7), disponibile in: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35409869/>.

Doctors of the World (2020), *An unsafe distance: the impact of the COVID-19 pandemic on excluded people in England*, disponibile in: <https://www.doctorsoftheworld.org.uk/news/covid19-rapid-needs-assessment>.

ECDC (2022), *Operational Public Health Considerations for the Prevention and Control of Infectious Diseases in the Context of Russia's Aggression Towards Ukraine*, 8 March, disponibile in: <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/prevention-control-infectious-diseases%E2%88%92Russia-aggression.pdf>.

Halpin S.J., Mclvor C., Whyatt G. et al. (2021), *Postdischarge symptoms and rehabilitation needs in survivors of COVID-19 infection: a cross-sectional evaluation*, "J Med Virol.", 93(2), pp.1013-1022.

Hargreaves S., Hayward S.E., Noori T. (2021), *COVID-19: counting migrants*, "Lancet", 17;398(10296), pp. 211-212.

Hook K., Bogdanov S. (2021), *Mental health care in Eastern Europe and Central Asia: an analysis of needs and a call for greater investment*, "Lancet Reg Health Eur", 10:100182.

IOM (2022), *Migrant inclusion in Covid-19 vaccination deployment*, "IOM Country Office Review", March, disponibile in: <https://www.iom.int/sites/g/files/tmzbd1486/files/documents/iom-vaccine-inclusion-mapping-global-march-2022-external-final.pdf>.

Istat (2022a), *Dati su servizi sanitari e loro ricorso - Ricoveri ospedalieri e soddisfazione* [database], disponibile in: <http://dati.istat.it/> (20/07/2022).

Istat (2022b), *I maggiori consumi non compensano l'inflazione. Stabile la povertà assoluta*, Statistiche Report, disponibile in: https://www.istat.it/it/files/2022/06/Report_Povert%C3%A0_2021_14-06.pdf.

Lombardi L. (a cura di) (2022), *Salute senza frontiere III. Validazione e promozione del modello LILT di educazione alla salute secondo un approccio transculturale. Ricerca valutazione. Follow-up dei percorsi di sensibilizzazione e di formazione*, Report ISMU, Settembre, disponibile in: <https://www.ismu.org/salute-senza-frontiere-iii-validazione-e-promozione-del-modello-lilt-di-educazione-alla-salute-secondo-un-approccio-transculturale/>.

Lopez-Leon S., Wegman-Qstrosky T., Perelman C. et al. (2021), *More than 50 long-term effects of COVID-19: a systematic review and metaanalysis*. *Scientific Reports*, 11:16144.

Marchese V., Formenti B., Cocco N., Russo G., Testa J., Castelli F., Mazzetti M. (2022), *Examining the pre-war health burden of Ukraine for prioritisation by European countries receiving Ukrainian refugees*, "The Lancet Regional Health – Europe", 2022(00):100369.

Ministero della Salute (2022), *Certificato di assistenza al parto (CeDAP). Analisi dell'evento nascita - Anno 2020*, disponibile in: https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_3149_allegato.pdf.

Osservatorio Povertà Sanitaria (2021), *Donare per curare. Povertà sanitaria e donazioni farmaci, Rapporto 2021*, disponibile in: <https://www.opsan.it/cm-files/2021/12/15/bilanciopovera-2021-web.pdf>.

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

Pasini N., Merotta V. (2020), "La salute", in Fondazione ISMU, *Venticinquesimo Rapporto sulle migrazioni 2019*, FrancoAngeli, Milano.

Petrelli A., Di Napoli A. (2022), "L'impatto del COVID-19 nella popolazione immigrata in Italia. Contesto, metodologia e sintesi delle principali evidenze dal progetto INMP-Regioni", in Petrelli A., Di Napoli A. (a cura di), *L'impatto del COVID-19 sulla popolazione immigrata in Italia (febbraio 2020-luglio 2021). Risultati di un progetto collaborativo tra INMP e Regioni*, "Epidemiologia e Prevenzione", 46 (4) Suppl. 1, pp. 7-13, disponibile in: https://www.inmp.it/pubblicazioni/EPinmp_2022.pdf.

PICUM (2022), *Insecure residence status, mental health and resilience*, Briefing paper, disponibile in: https://picum.org/wp-content/uploads/2022/02/Insecure-residence-status-mental-health-and-resilience_EN.pdf.

UNHCR (2022), *Operational Data Portal – Ukraine Refugee Situation* [database], disponibile in: <https://data.unhcr.org/en/situations/ukraine> (9/08/2022).

Vallerani, S., Storer E., Torre, C. (2022), *Key Considerations: Equitable Engagement to Promote COVID-19 Vaccine Uptake among Undocumented Urban Migrants*, "Social Science In Humanitarian Action (SSHAP)", disponibile in: https://www.socialscienceinaction.org/resources/key-considerations-equitable-engagement-to-promote-covid-19-vaccine-uptake-among-undocumented-urban-migrants/#CONCLUDING_REMARKS.

WHO (2009), *Mental Health, Resilience and Inequalities*, WHO Europe, Copenhagen.

WHO (2019), *STEPS: prevalence of noncommunicable disease risk factors in Ukraine 2019*, disponibile in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/336642/WHO-EURO-2020-1468-41218-56060-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.