

10. La salute

Nicola Pasini e Veronica Merotta

1. Introduzione

Il presente capitolo prende in considerazione diversi aspetti relativi alla salute degli immigrati in Italia in una situazione che negli ultimi anni ha focalizzato l'attenzione su una categoria di migranti diversa rispetto a quella dei decenni precedenti, vale a dire i richiedenti e titolari di protezione internazionale per motivi umanitari. Alla luce di tale mutamento – cui è seguita nell'attuale legislatura, per opera del governo Conte e per la volontà politica del ministro dell'Interno, Matteo Salvini, la legge 132/2018 chiamata legge di sicurezza – il paragrafo che segue si concentra proprio sugli effetti reali e potenziali che tale legge procura sulla garanzia del diritto alla salute dei migranti e sulla salute collettiva dell'intera popolazione. A tal fine, si entra nel merito delle conseguenze delle condizioni sanitarie a fronte dell'abrogazione del permesso di soggiorno per motivi umanitari, della riforma del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) e delle possibili vulnerabilità soprattutto di carattere mentale. Il dibattito pubblico ha innescato una situazione conflittuale tra i diversi attori che ha inciso profondamente sull'andamento del processo decisionale a tutti i livelli istituzionali.

Successivamente, come nei precedenti rapporti, si analizzano le condizioni di salute della popolazione straniera, quest'anno con un focus riguardante la "regione" europea attraverso l'analisi di 10 mila documenti tra studi e ricerche in ordine alle seguenti patologie: malattie infettive, malattie non trasmissibili, malattie mentali e materno-infantili. Nel terzo paragrafo, tenendo conto delle principali fonti istituzionali e dei principali enti di ricerca (a partire dall'Istat), si analizza la salute della popolazione straniera in Italia facendo riferimento ai ricoveri ospedalieri (sia in degenza ordinaria sia in day hospital), alle condizioni di salute di coloro senza regolare permesso di soggiorno e tutte le problematiche anche di carattere sociale e giuridico che tale status comporta, alla salute mentale che sta di-

ventando un problema emergenziale piuttosto grave soprattutto per coloro che sono in una situazione di vulnerabilità. Infine, tenendo conto di uno dei *Sustainable Development Goals* lanciati dalle Nazioni Unite per il 2030, si sostiene che l'importanza della tutela della salute per i migranti sia fondamentale per la realizzazione dei loro progetti di vita e per una maggior tutela della salute collettiva anche da parte della comunità ospitante. Al fine di realizzare la promozione della salute anche per una categoria di persone svantaggiate, è opportuno, come ribadito in tutti i rapporti precedenti, investire sull'accesso ai servizi sanitari per poter garantire fino in fondo il diritto alla salute come diritto umano e sociale.

2. I possibili effetti della legge “Sicurezza” sulla salute dei migranti e sulla salute collettiva

Il nuovo provvedimento normativo del Governo (legge 132/2018, conversione del c.d. “Decreto sicurezza”), ha introdotto importanti cambiamenti su temi quali il terrorismo, la lotta alle mafie, la pubblica sicurezza e l'immigrazione. Con riferimento a quest'ultimo, le nuove disposizioni hanno apportato profonde modifiche rispetto al sistema di ingresso e di permanenza nel nostro paese con effetti non solo sul sistema di accoglienza ma anche su altri ambiti come la salute. Su queste riflessioni, le principali organizzazioni medico-umanitarie italiane impegnate sui temi dell'immigrazione e della tutela del diritto alla salute, si sono espresse prima che il Decreto venisse trasformato in legge, sottoponendo all'attenzione dei presidenti dei gruppi parlamentari di Camera e Senato una comunicazione in cui venivano segnalate le possibili implicazioni che l'applicazione della legge in oggetto avrebbe avuto sulla salute della popolazione straniera – richiedenti e titolari di protezione internazionale – e sulla salute collettiva¹. Di seguito si ripropongono i principali elementi di attenzione dell'istanza relativi a più significativi cambiamenti apportati dalla normativa.

Abrogazione del permesso di soggiorno per motivi umanitari

Il primo elemento su cui viene posta l'attenzione riguarda l'abrogazione di questo tipo di permesso di soggiorno che nel 2018 ha portato alla regolarizzazione in Italia di quasi il 70% delle richieste (Eurostat, 2019) e nel

¹ La lettera è stata sottoscritta da Centro Astalli, Emergency, INTERSOS, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, Medici contro la Tortura, Médecins du Monde, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere. La lettera è stata inviata ai presidenti dei gruppi parlamentari di Camera e Senato e per conoscenza ai Ministri dell'Interno e della Salute.

corso degli anni la convertibilità in permesso di lavoro che ha favorito l'inserimento socioeconomico di migliaia di persone nonché la loro regolarizzazione. La nuova legge sostituisce il permesso di soggiorno per motivi umanitari con tre diverse tipologie, per "casi speciali": vittime di violenza domestica o grave sfruttamento lavorativo; persone che hanno bisogno di cure mediche per condizione di salute di eccezionale gravità; persone che provengono da un paese in situazione di temporanea calamità. A questi, si aggiunge un quarto tipo per coloro che si distingueranno per atti di particolare valore civile. Le nuove tipologie di permesso di soggiorno hanno alcuni limiti: durata breve (6 mesi o un anno), minori possibilità di accesso alle prestazioni di assistenza sociale ai soli titolari da almeno un anno che non prevedono la convertibilità in permessi di soggiorno per lavoro. L'abrogazione della protezione umanitaria, segnalano le organizzazioni firmatarie, porterà ad almeno tre ordini di conseguenze: riduzione dei possibili beneficiari di tale permesso di soggiorno, aumento del numero di immigrati irregolari, dovuto sia alla permanenza sul territorio italiano di coloro a cui è stato negato il permesso di soggiorno, sia all'aumento di coloro prima in possesso di permesso di soggiorno per motivi umanitari che, al momento del rinnovo, non avranno più i requisiti per poterlo mantenere, diminuzione delle tutele giuridiche e assistenziali per coloro che otterranno il permesso di soggiorno per motivi umanitari. Anche l'ISPI, l'Istituto per gli Studi di Politica Internazionale, tra gli effetti dell'abolizione della protezione umanitaria stima un forte rischio di aumento di immigrati irregolari (Villa, 2018).

Riforma del Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR)

Una seconda preoccupazione su cui viene richiamata l'attenzione da parte delle organizzazioni suddette riguarda la riforma dello SPRAR: secondo la nuova normativa, tale sistema di integrazione sarà rivolto ai soli titolari di protezione internazionale e ai possessori dei nuovi permessi di soggiorno speciali, escludendo i richiedenti protezione internazionale, i quali rimarranno, di fatto, inattivi per periodi protratti fino a 180 giorni in Centri di Permanenza e di Rimpatrio (ex CIE). Questi nuovi centri nascono come luoghi di attesa e circoscrivono la propria offerta al vitto e all'alloggio, senza più includere servizi e attività complementari di integrazione sociale e lavorativa (corsi di insegnamento della lingua italiana, percorsi di formazione e di inserimento lavorativo). La preoccupazione segnalata riguarda le possibili conseguenze che lo stato di attesa protratto e le condizioni marginali possono avere sullo stato di salute, sia fisica che mentale, degli utenti. Inoltre, la permanenza nei centri non prende in considerazione l'eventuale presenza di vulnerabilità tra i migranti – anziani, donne incinte, persone con disabilità, genitori soli con figli minori – verso cui predisporre

interventi ad hoc, ma propone una forma di trattamento comune e indistinta.

La riduzione delle attività dei progetti SPRAR alla sola assistenza di primo livello riduce sensibilmente il potenziale di questi servizi, che negli anni hanno dimostrato di essere dei veri Hub di welfare. Un recente studio svolto da Percorsi di Secondo Welfare², che ha preso in considerazione circa 1.000 esperienze di SPRAR realizzate in Italia, ha messo in luce gli aspetti positivi che, negli anni, questi progetti hanno introdotto nei sistemi di welfare, non solo con riferimento all'utenza dei propri ospiti, richiedenti e titolari di protezione internazionale, ma in un'accezione più ampia, a tutti i cittadini, dimostrando di essere un servizio virtuoso per i territori e le comunità. In primo luogo, hanno innescato meccanismi efficaci di partecipazione dei migranti alla vita comunitaria e di inserimento in gruppi formali e informali, riducendo la distanza tra autoctoni e stranieri; hanno permesso di individuare nuove forme di facilitazione delle modalità di accesso e di fruizione dei servizi, in particolare sanitari, e la creazione o il consolidamento di reti istituzionali e del privato sociale, fino alla sottoscrizione di protocolli di intesa (Baldoni e Giovannetti, 2019).

Minor attenzione alle vulnerabilità dovute a traumi

L'aspetto della salute mentale rappresenta l'ultimo tema su cui viene richiamata l'attenzione: si segnala che molte delle persone in arrivo sono sopravvissute a traumi estremi subiti nei paesi di origine o lungo la rotta migratoria, in particolare in Libia, conseguenza di torture, lavori forzati e abusi; la mancata individualizzazione delle persone con vulnerabilità e predisposizione di una rapida presa in carico possono comportare gravi rischi di ri-traumatizzazione oltre a ricadute negative sulla salute collettiva e sulla spesa pubblica sanitaria e sociale.

Sul tema della salute mentale e sul rapporto causa-effetto tra assenza di diritti e peggioramento della condizione di salute, si è espressa anche l'Associazione Italiana di Psicologia (AIP): in questo nuovo scenario molti degli attuali e futuri richiedenti protezione dovranno confrontarsi con condizioni di marginalità quali precarietà, inoccupazione, povertà, impossibilità

² Da diversi anni si è aperto un dibattito sulla riforma del welfare state non più in grado di garantire, come nel passato, i diritti sociali ai membri della comunità politica. In tale direzione, tra gli altri, ricordiamo "Percorsi di Secondo Welfare" è un laboratorio di ricerca nato nell'aprile 2011 su iniziativa del Centro di ricerca Luigi Einaudi di Torino in collaborazione con l'Università degli Studi di Milano e il Corriere della Sera. La sua mission è ampliare e diffondere il dibattito sul secondo welfare in Italia studiando, approfondendo e raccontando dinamiche ed esperienze virtuose <https://www.secondowelfare.it/>. Oltre a questo centro studi, in una prospettiva diversa ma altrettanto innovativa, ricordiamo l'esperienza più recente chiamata "Welfare Responsabile": www.welfareresponsabile.it.

di fruire di forme di previdenza e assistenza che potranno avere un impatto negativo sulla loro salute psico-fisica, portando ad una maggiore incidenza di malattie, disagi psichici, disturbi mentali e condotte autolesive e suicidarie. Una mancata presa in carico dei problemi riconducibili alla salute mentale, aggiunge l'AIP, potrà avere conseguenze negative, non solo sulla condizione di salute dei migranti ma anche sull'intera comunità, portando ad una diffusione di fenomeni, in parte già presenti, di micro-criminalità ed emarginazione sociale oltre che segregazione e degrado urbano (AIP, 2019).

3. Le condizioni di salute della popolazione straniera

Affrontare il tema della popolazione straniera e della loro condizione di salute significa far riferimento ad universi di popolazione molto differenti e a volte molto distanti tra loro, che includono, da una parte, coloro che soggiornano in modo regolare nella società di accoglienza e hanno, per certi versi, caratteristiche simili alla popolazione autoctona, dall'altra, coloro che rappresentano delle categorie più evanescenti e vulnerabili, perché in transito, perché soggiornano in modo irregolare, o ancora, perché hanno subito violenze o torture o sono in attesa di conoscere gli esiti della propria richiesta di soggiorno. E ognuna di queste categorie si connota per profili di salute differenti, a loro volta condizionati da altri fattori. Una recente pubblicazione dell'ISTAT nell'analizzare lo stato di salute della popolazione straniera riporta alcune considerazioni. Le condizioni socioeconomiche insieme ad altri fattori legati alla sfera sociale hanno un forte impatto sulla salute delle persone, sia fisica che mentale: svantaggio economico, sociale e/o deprivazione materiale, reti di relazioni sociali poco estese, bassi livelli di sostegno sociale percepito e scarsa partecipazione sociale sono spesso associati sia a condizioni di salute fisica precarie sia a sintomi depressivi. Insieme ai fattori che agiscono a livello individuale, vengono individuati anche fattori esterni. Un altro fattore della sfera sociale che è dimostrato avere un impatto significativo sulla salute è la storia migratoria. La letteratura individua tre tipologie di problemi come spiegazione alle difficoltà legate alla salute che la popolazione straniera può riscontrare. La prima riguarda i problemi di importazione, che nascono dai tratti genetici o dalle condizioni di vita nel paese di origine, i quali, però, non ricoprono un ruolo rilevante nelle condizioni di salute degli stranieri in Italia (Merotta e Pasini, 2018; Geraci e Baglio, 2011); la seconda è legata ai problemi di sradicamento, che si manifestano nel breve periodo sotto forma di disturbi relativi alla sfera della salute mentale, i quali interessano soprattutto coloro che hanno subito traumi nel percorso migratorio; la

terza, la più diffusa, riguarda i problemi che si ritrovano nel paese di accoglienza, legati alle condizioni di svantaggio economico e sociale in cui vivono una volta arrivati, ma anche correlati all'assunzione di stili di vita simili a quelli della popolazione del paese ospitante. Rispetto a quest'ultimo tema, la letteratura evidenzia il rapporto diretto tra l'acculturazione e l'aumento della prevalenza di comportamenti a rischio per la salute (fumo, abuso di sostanze, dieta ed esercizio fisico), mentre avrebbe effetti positivi sulla conoscenza e l'utilizzo dei servizi di assistenza sanitaria territoriale (ISTAT, 2018).

4. La salute della popolazione straniera nella “regione europea”

L'Ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) alla fine del 2018 ha pubblicato il primo rapporto sulla salute dei migranti nella “regione europea”, realizzato con il sostegno dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà – INMP. In questo report vengono sistematizzati i risultati di oltre 10mila documenti tra studi e ricerche relativi agli oltre 50 paesi dell'Area europea³. Sebbene la diversità della composizione e delle caratteristiche sociodemografiche della popolazione migrante presente nell'area europea renda difficile disporre di dati comparabili e delineare delle conclusioni, da questo importante lavoro emerge complessivamente un profilo di salute della popolazione migrante non così diverso da quello della popolazione ospitante nei paesi di destinazione.

Viene inoltre sfatato il falso mito che i migranti portino malattie e viene sottolineato il forte rischio che la loro salute possa peggiorare una volta arrivati nei paesi di destinazione a causa delle condizioni di vita precarie a cui sono sottoposti. Viene più volte richiamato il ruolo che fattori diversi da quelli biologici possono avere nel determinare le condizioni di salute di questi soggetti: il percorso migratorio e i rischi legati alle condizioni nei paesi di origine, di transito e di destinazione così come determinanti sociali, come casa e lavoro, e il livello di integrazione sociale trovato nei paesi di accoglienza.

³ La “regione europea” dell'OMS è composta dai seguenti paesi: Albania, Andorra, Armenia, Austria, Azerbaijan, Bielorussia, Belgio, Bosnia Erzegovina, Bulgaria, Croazia, Cipro, Danimarca, Estonia, Finlandia, Francia, Georgia, Germania, Grecia, Islanda, Irlanda, Israele, Italia, Kazakistan, Kirghizistan, Lettonia, Lituania, Lussemburgo, Malta, Monaco, Moldavia, Montenegro, Macedonia, Norvegia, Olanda, Polonia, Portogallo, Regno Unito, Repubblica Ceca, Romania, Russia, San Marino, Serbia, Slovacchia, Slovenia, Spagna, Svezia, Svizzera, Tajikistan, Turchia, Turkmenistan, Ucraina, Ungheria, Uzbekistan.

In termini di accesso ai servizi, si rilevano differenze significative tra paese e paese sia per le prestazioni sociali sia per quelle sanitarie, tipicamente collegate allo status giuridico del migrante. L'accessibilità è in tutti i paesi ostacolata da barriere linguistiche e dalla mancanza di conoscenza dei diritti, sia da parte degli operatori sia da parte degli utenti dei servizi.

Di seguito si propone un approfondimento dei principali aspetti messi in luce dal Rapporto OMS e da altri studi recenti.

Malattie infettive

I rischi di trasmissione di malattie infettive dalla popolazione migrante a quella ospitante sono molto contenuti. I migranti hanno maggiore rischio di contrarre malattie infettive nei luoghi d'origine, di transito e di approdo perché sono più esposti alle infezioni, per la mancanza di accesso all'assistenza sanitaria, per l'interruzione delle cure e per le condizioni precarie in cui vivono: scarsa igiene e utilizzo di acqua contaminata prima o durante il viaggio migratorio aumentano il rischio di contrarre infezioni. I tassi di mortalità per malattie infettive sono generalmente più elevati in alcuni Stati (Danimarca, Francia, Olanda, Spagna, UK) e per alcune provenienze (Asia, Est Europa, Turchia). Le due maggiori cause di morte sono la tubercolosi (TBC) e l'HIV. La numerosità dei casi di HIV e di TBC attribuibili ai migranti varia geograficamente dell'area e i paesi con un ridotto numero di casi endemici – soprattutto i paesi occidentali – mostrano un maggior numero di infezioni tra i migranti rispetto alla popolazione autoctona.

HIV. Le infezioni contratte tra i migranti hanno conseguenze minime sulla salute pubblica, per la maggior parte delle popolazioni dei paesi membri. Un numero significativo di migranti con HIV risulta aver contratto il virus dopo essere approdato nel paese di accoglienza, una condizione che si verifica anche per coloro che provengono da paesi con forte presenza del virus. Per quanto riguarda i nuovi casi diagnosticati di HIV, la popolazione straniera incide in modo rilevante, rappresentando in alcuni paesi oltre il 50% delle nuove infezioni osservate.

Tubercolosi. La tubercolosi (TBC) non è sempre facile da diagnosticare e può essere latente. I rischi di infezione dipendono dalle condizioni di vita nei paesi di origine e durante il viaggio così come dalle condizioni di vita e di lavoro nei paesi di destinazione. I migranti che provengono da paesi con una forte presenza di TB corrono un maggiore rischio di contrarre la malattia. La tubercolosi colpisce prevalentemente le popolazioni portatrici di vulnerabilità: nel 2016 in Europa la TBC ha avuto un'incidenza tra gli stranieri 5 volte superiore che tra la popolazione italiana (European

Centre for Disease Prevention and Control, 2018). Il fenomeno in Italia dimostra una lenta ma progressiva diminuzione: secondo il Ministero della Salute, il numero dei casi di TBC notificati è passato da 9,5 casi per 100mila abitanti nel 1995 a 6,5 casi per 100mila nel 2017 (3.944 il numero di casi segnalati nel 2017). Nel periodo 2006-2017, l'analisi della frequenza di casi di TBC notificati a persone nate all'estero, rapportata alla popolazione residente straniera, registra un calo, a fronte di una stabilità dell'incidenza nel complesso della popolazione generale (Ministero della Salute, 2018).

Epatite B e C. Le infezioni di epatite B e C sono molto più comuni tra i migranti provenienti da paesi in cui il virus è endemico e varia da paese a paese. In particolare, risulta più diffusa tra i migranti provenienti dall'Africa sud-sahariana e dal nord Africa rispetto alla popolazione autoctona in alcuni paesi della Regione europea.

Malattie non trasmissibili (Noncommunicable diseases)

La durata della presenza nel paese di accoglienza può essere associata ad un aumento dei rischi di contrarre malattie non trasmissibili, ovvero quelle malattie non causate da agenti infettivi come le malattie cardiovascolari, infarto o tumore. I migranti, al momento dell'arrivo, sembrano registrare una minor presenza di questo tipo di malattie rispetto al resto della popolazione; i rischi di contrarle aumentano all'aumentare del periodo di permanenza.

Diabete. In generale, i migranti nella zona europea hanno una maggior tasso di incidenza, prevalenza e mortalità per diabete che la popolazione ospitante, con tassi più alti per le donne, a seconda del paese di origine.

Sovrappeso e obesità. Situazioni di sovrappeso e di obesità si registrano prevalentemente tra i migranti presenti nei paesi di accoglienza da più tempo e soprattutto all'interno dell'universo femminile e tra le nordafricane. Lo sviluppo di sovrappeso e di obesità dipende dalla regione o dal paese di origine – è più diffuso tra gli africani che tra gli asiatici – e può dipendere da stili di vita, come lo svolgimento di attività sportiva o meno, da comportamenti alimentari e da fattori sociali e psicologici legati alla migrazione.

Malattie cardiovascolari. La maggior parte dei gruppi etnici ha maggiori rischi di infarto e di cardiopatia ischemica rispetto alla popolazione autoctona, in particolare per quanto riguarda i migranti provenienti dall'Asia meridionale, dall'Est Europa e del Medio Oriente. Non ci sono

chiari elementi a riprova del legame tra malattie cardiovascolari e fattori socioeconomici.

Tumori. La diagnosi di tumore avviene ad uno stadio più avanzato negli stranieri che nella popolazione ospitante, condizionando significativamente in modo negativo gli esiti delle cure. I tassi di mortalità per tumore tra la popolazione straniera risultano inferiori a quelli della popolazione ospitante nei primi periodi dopo l'arrivo, mentre sembrano convergere all'aumentare del periodo di permanenza.

La salute mentale

I fattori di rischio per la salute mentale connotano l'intero processo migratorio, fino al paese di destinazione.

La prevalenza di depressione e ansia tende ad essere più elevata tra i migranti rispetto alla popolazione ospitante, sebbene vari tra i gruppi etnici.

Condizioni socioeconomiche precarie, come la disoccupazione o l'isolamento, rendono più elevati i livelli di depressione nei rifugiati dopo il loro arrivo. La migrazione rappresenta un fattore di rischio per le condizioni di salute mentale tra i bambini e i minori stranieri non accompagnati (MSNA) che registrano tassi di depressione più elevati così come maggiori sintomi di PTSD (Post-Traumatic Stress Disorder) rispetto ad altri gruppi di stranieri.

Depressione and ansia. Da una rassegna completa degli studi pubblicati nel 2016 si evince che i migranti e i rifugiati registrano una più alta incidenza di depressione (5-44%) rispetto alla popolazione generale (8-12%). L'incidenza dei disturbi d'ansia varia ampiamente tra i gruppi di rifugiati, registrando valori tra il 20,3% e l'88%. I lunghi tempi di attesa che caratterizzano spesso il processo di richiesta di protezione internazionale possono avere delle dirette conseguenze sullo sviluppo di depressione e di altri disturbi mentali. Anche condizioni socioeconomiche vulnerabili, come la disoccupazione o l'isolamento, sono spesso associate ad un aumento della depressione tra migranti e rifugiati.

Disturbo da stress post traumatico (PTSD). I migranti che sono stati esposti a situazioni di profondo stress e che hanno vissuto esperienze ostili registrano situazioni di disturbo da stress post traumatico tra il 9-36%, un range nettamente superiore rispetto a quello che caratterizza la popolazione locale (1-2%).

Compresenza di depressione e ansia. La presenza concomitante di ansia e depressione è molto comune tra i rifugiati: alcuni studi hanno dimostrato che la depressione cronica può caratterizzare fino al 40% dei rifugiati nella Regione Europea.

Uso di alcol e di altre sostanze. Ci sono poche evidenze che le condizioni di vulnerabilità tra i rifugiati e migranti conducano all'uso e all'abuso di sostanze psicotrope legali e illegali; alcuni studi mostrano, al contrario, tassi inferiori di utilizzo di alcol e di sostanze mentre una maggiore abitudine al fumo. Altri studi suggeriscono che fattori come problemi di salute mentale, difficoltà ad adattarsi in un nuovo contesto, disoccupazione e vissuti connotati da guerre possano contribuire ad aumentare l'uso di sostanze.

Rispetto alla popolazione non migrante, la maggior parte delle donne straniere gode di peggiori condizioni di gravidanza.

La mortalità della madre al momento del parto risulta essere più alta per la popolazione straniera rispetto a quella autoctona. Alcuni fattori di rischio sono riconducibili alle scarse condizioni socioeconomiche, alla disoccupazione e alla povertà; tra i principali si ricordano l'infezione da HIV, altre infezioni sessualmente trasmissibili, la tubercolosi e i pericoli collegati allo sfruttamento sessuale o al lavoro forzato. Tali elementi, se combinati con un minore accesso alla pianificazione familiare e alla contraccezione e con un minore coinvolgimento nell'assistenza sanitaria ginecologica, contribuiscono alle peggiori condizioni di gravidanza.

Lo status migratorio può essere considerato un fattore di rischio per la condizione mentale dei minori poiché questi ultimi possono essere al centro di disturbi prevalentemente interni (PTSD, depressione e ansia), ma associati all'esposizione a situazioni di violenza e allo stress migratorio. I tentativi di suicidio tra i minori migranti in Europa si sono rivelati essere più alti rispetto ai tentativi delle popolazioni ospitanti.

La salute mentale dei minori stranieri non accompagnati. I minori stranieri non accompagnati e i minori richiedenti protezione internazionale corrono un alto rischio di insorgenza di problemi di salute mentale in quanto questi ultimi possono essere correlati ai possibili eventi traumatici quali la violenza, le minacce, l'abuso fisico e sessuale e la perdita di uno o più genitori. Questi fattori di stress emersi prima e durante il viaggio possono avere un impatto significativo sull'insorgenza di problemi di salute mentale alla fine del viaggio.

Salute sessuale e riproduttiva

La conoscenza dei dispositivi di contraccezione e della pianificazione familiare può dipendere in larga misura dal paese di origine e dal livello di scolarizzazione. I migranti irregolari corrono un rischio più elevato di gravidanze indesiderate.

Infezioni sessualmente trasmesse. Alcuni studi evidenziano una maggiore incidenza di malattie sessualmente trasmissibili nelle donne rifugiate e migranti, mentre altri sottolineano come tale incidenza sia simile a quella dei non migranti. La ricerca sulle malattie sessualmente trasmissibili si concentra spesso sull'HIV. Tuttavia si registra una costante crescita dell'incidenza di altre malattie quali gonorrea e sifilide.

5. La salute della popolazione straniera in Italia

La condizione di salute degli stranieri residenti in Italia è molto buona, migliore di quella degli italiani per tutti gli indicatori considerati. Queste sono le conclusioni tratte dall'ultimo rapporto ISTAT sull'integrazione degli immigrati in Italia (ISTAT, 2018⁴). Tuttavia, è importante tener conto di due effetti di distorsione, che tendono a dare un'immagine della popolazione migrante più sana di quella che è: da una parte, "l'effetto migrante sano", secondo cui le persone che emigrano sono mediamente più sane dei loro coetanei che rimangono nei paesi di origine, ma anche di quelli dei paesi di destinazione; dall'altra, "l'effetto salmone", secondo cui un immigrato in cattive condizioni di salute o in età molto anziana preferisce tornare nel proprio paese per farsi curare.

Dallo studio realizzato dall'ISTAT emerge che i problemi di sradicamento colpiscono prevalentemente i rifugiati e potrebbero non emergere a causa della difficile individuazione degli immigrati forzati mediante indagini che si basano su liste della popolazione residente. Un altro aspetto evidenziato riguarda la relazione tra condizione di salute e periodo di permanenza: esiste un chiaro vantaggio nel periodo immediatamente successivo alla migrazione, il quale, tuttavia, con il passare del tempo e con l'aumentare della durata di permanenza in Italia, sfuma e la condizione di salute degli stranieri registra un progressivo peggioramento e una perdita del vantaggio rispetto alla popolazione nativa. Il capitale di salute iniziale viene attenuato, o perso: rispetto agli individui arrivati in Italia da meno di

⁴ La fonte utilizzata è purtroppo datata e fa riferimento all'unica e ultima rilevazione realizzata dall'ISTAT negli anni 2011 e 2012 relativa alla condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri. Per altri dati relativi alle condizioni di salute e che fanno riferimento a diverse fonti, si vedano i capitoli dedicati alla salute dei migranti nei precedenti Rapporti ISMU.

5 anni, dopo soli 10 anni di permanenza la prevalenza della cattiva salute percepita è quasi doppia e diventa più che doppia dopo 15 anni.

Ricoveri della popolazione con cittadinanza straniera

Nel 2017 i ricoveri registrati sono stati 8.068.572, di cui 6.245.408 ricoveri in regime di degenza ordinaria (DO), pari a oltre il 77%, e 1.823.164 in regime di day hospital (DH), il 23%. Dei ricoveri registrati, 510.005 sono stati a carico di persone con cittadinanza non italiana (6%): nella maggior parte dei casi, i beneficiari sono stati cittadini europei (51%), seguiti da africani (25%), asiatici (15%) e da cittadini provenienti dal continente americano (9%).

Tra le nazionalità straniere con maggior numero di ricoveri figurano i cittadini con cittadinanza rumena (19% dei ricoveri ordinari e 22% dei day hospital, sul totale dei ricoveri a carico di stranieri), seguiti dai cittadini albanesi (10% sia DO che DH) e marocchini (rispettivamente 10% e 7%).

Entrambi i regimi di ricovero hanno interessato prevalentemente le donne, sia per la popolazione italiana sia per quella straniera, con valori più accentuati per le straniere che per le italiane, rispettivamente il 65% e il 52% del totale dei ricoveri della propria provenienza.

L'incidenza dei ricoveri sulla rispettiva popolazione di riferimento evidenzia per la maggior parte delle aree di provenienza valori analoghi a quelli registrati dagli italiani, prossimi al 12%. Questo vale per africani e americani, mentre risulta inferiore per gli europei (10%) e per gli asiatici (7%) e superiore per i cittadini dell'Oceania (33%).

Da una lettura della fascia d'età delle persone che hanno registrato un ricovero, si evidenzia una significativa diversità tra italiani e stranieri con una forte incidenza, per i cittadini stranieri, dei ricoveri a carico delle fasce d'età più giovani e un'incidenza maggiore delle fasce d'età elevate tra gli italiani. Tale rappresentazione conferma l'età ancora giovane degli stranieri regolari e il loro stato di buona salute. L'incidenza di ricoveri a carico di africani e asiatici in età tra gli 0 e i 17 anni sul totale delle rispettive provenienze è del 20%, doppia rispetto al valore degli italiani (10%); una situazione analoga si verifica per la fascia d'età 25-44 anni, dove l'incidenza dei ricoveri per africani, asiatici e americani è tra il 45 e il 50%, mentre per gli italiani è del 17%; se ci si sposta verso età maggiori la situazione si ribalta e i ricoveri degli over65enni sono il 45% del totale dei ricoveri a carico degli italiani, mentre per africani, asiatici e americani tra il 4 e il 9%.

La salute degli stranieri irregolari

Le condizioni di salute della popolazione straniera senza regolare permesso di soggiorno sono difficili da conoscere e misurare, soprattutto per

quanto riguarda gli aspetti legati alla medicina di base. L'Organizzazione Mondiale della Sanità riferisce che per la popolazione straniera irregolare così come per la popolazione straniera legata ai traffici umani, spesso hanno maggiori difficoltà ad accedere ai servizi sanitari e questo accade in tutti i paesi dell'area europea (WHO, 2019).

L'associazione Naga⁵ nel 2018 ha presentato il quarto rapporto sui dati degli stranieri senza permesso di soggiorno che restituisce il profilo socio-demografico e di salute di coloro che nel 2017 hanno richiesto un primo accesso ai servizi sanitari gratuiti dell'associazione. Dallo studio emerge una fotografia di persone con problematiche simili a quelle della popolazione italiana, sebbene con maggiori vulnerabilità dovute alle condizioni di vita e di lavoro, alla scarsa conoscenza del contesto e alle difficoltà di accesso al SSN, e nessuna situazione di emergenza sanitaria.

Le patologie più riscontrate alla prima visita riguardano il sistema muscoloscheletrico (12%), il sistema respiratorio (11%), della cute e del tessuto sottocutaneo (11%) e l'apparato genitale, per contraccezione e gravidanza (10%). Da un punto di vista di genere, per le donne il motivo principale del primo accesso ai servizi è riconducibile alla presenza di patologie di pertinenza ginecologica (25%), mentre per gli uomini sono i problemi legati al sistema respiratorio (14%) e al sistema muscoloscheletrico (14%) i più ricorrenti al primo accesso. Tra i pazienti asiatici e sub-sahariani risulta più elevata rispetto alle altre provenienze la frequenza di disturbi psichici (circa nel 10% dei pazienti), patologie che invece risultano molto meno frequenti tra i nord africani (3%). Le condizioni di salute sembrano dipendere molto dall'età dei pazienti: con l'avanzare dell'età, sono più soggetti a patologie croniche, in particolare metaboliche, come il diabete, e cardiovascolari, come l'ipertensione, similmente a quanto avviene nella popolazione italiana. Al contrario, la frequenza dei disturbi psichici e comportamentali risulta più diffusa tra i giovani stranieri rispetto a quanto si registra tra gli italiani. La presenza delle patologie legate al sistema endocrino e circolatorio aumenta con l'età, mentre il contrario avviene per i disturbi mentali, che passano a essere presenti per il 9%, tra i pazienti in età compresa tra i 15 e i 24 anni, al 2%, tra i pazienti con oltre 65 anni. Almeno il 10% dei pazienti presi in carico presenta condizioni cliniche, come quelle croniche – diabete, ipertensione – che necessitano di un intervento di secondo livello di tipo ospedaliero.

Relazionando le condizioni di salute con i principali aspetti socioeconomici – casa e lavoro–emerge che le condizioni abitative e lavorative preca-

⁵ Il Naga è una associazione apartitica e apolitica con sede a Milano che offre assistenza sanitaria e legale gratuita a cittadini stranieri senza regolare permesso di soggiorno, rom, richiedenti asilo, rifugiati e vittime di tortura. I dati sanitari analizzati si riferiscono ai 2.044 nuovi pazienti che si sono recati per la prima volta al Naga nel 2017.

rie sono associate ad una maggior frequenza di alcune patologie nei pazienti: gli immigrati irregolari senza fissa dimora presentano una maggior frequenza delle patologie alle vie respiratorie e di tipo dermatologico superiori rispetto ai pazienti che vivono in affitto o che dormono presso i datori di lavoro, così come risultano essere più frequenti disturbi psichici e comportamentali. Per quanto riguarda le malattie infettive, si registrano casi sporadici: a solo lo 0,01% del campione è stata diagnosticata una malattia infettiva (scabbia, epatite morbillo, sifilide)⁶, a cui si sommano 3 casi di tubercolosi (0,15%).

La salute mentale in relazione alla popolazione straniera⁷

Diversi rapporti internazionali (ad esempio: Gevers, Dartnal 2014; WHO, 2013) e progetti recenti come quelli realizzati dalla Fondazione ISMU in partenariato con istituzioni e organizzazioni nazionali (progetto START⁸) ed europee (progetto PROVIDE⁹) mostrano la relazione tra vio-

⁶ In questi dati non sono incluse malattie sessualmente trasmissibili, perché l'ambulatorio non ha la strumentazione necessaria per identificarle.

⁷ Il presente paragrafo è a cura di Lia Lombardi, coordinatrice del progetto PROVIDE per Fondazione ISMU.

⁸ Il progetto START - Servizi Socio-sanitari Trasversali di Accoglienza per Richiedenti asilo e Titolari di protezione internazionale, finanziato dal Fondo FAMI del Ministero dell'Interno e è stato implementato tra settembre 2016 e dicembre 2018 con lo scopo di sperimentare, su due territori - bresciano e milanese - interventi 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. Il progetto è stato presentato e realizzato da un partenariato composto da soggetti pubblici e del terzo settore accomunati da una consolidata esperienza in ambito transculturale: 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, <http://www.ismu.org/progetto-start-servizi-socio-sanitari-trasversali-di-accoglienza-per-richiedenti-asilo-e-titolari-di-protezione-internazionale/>.

⁹ Il progetto PROVIDE - PROximity On Violence: Defence and Equity, finanziato dal programma REC (DG Justice) della Commissione Europea, si svolge tra il 2018 e il 2019 in tre territori italiani (Sicilia, Lombardia e Toscana), nella regione di Parigi e nella provincia di Jaen in Andalusia. Capofila del progetto è l'Università degli Studi di Palermo affiancata da tredici partner europei, sia pubblici e istituzionali (Università di Palermo e di Jaen, Comune di Milano e di Valderice, Comune e Prefettura di Trapani, Agenzia Publica Empresarial Sanitaria Alto Guadalquivir) sia associativi e del terzo settore (Fondazione ISMU, Cooperativa Badia Grande, Telefono Donna, Oxfam Italia, Aseis Lagarto, Samusocial international). Obiettivo principale del progetto è di contrastare ogni forma di violenza contro le persone rifugiate e richiedenti asilo - donne, uomini, LGBT, bambini, anziani - rafforzando e mettendo in rete le competenze e le professionalità specifiche. Il progetto intende sviluppare un protocollo sulle metodologie formative - corredato di linee guida operative - rivolto a professionisti e operatori (assistenti sociali, operatori sanitari, operatori legali) che lavorano

lenza subita e disturbi mentali e comportamentali. Fornire assistenza sanitaria e a lungo termine e sostegno psico-sociale è fondamentale per il benessere delle persone vulnerabili vittime di violenza di prossimità e/o di violenza di genere (Bartholini, 2013) in contesti culturalmente ed economicamente svantaggiati, specialmente quando le risorse sociali e le capacità personali sono scarse e i servizi sono insufficienti o non adeguati (Greivio, 2018).

La ricerca qualitativa condotta da ISMU per il progetto PROVIDE evidenzia la difficile situazione delle donne migranti, specialmente in Sicilia e Lombardia dove la maggior parte di loro mostra sintomi di disagio mentale, anche grave. Tra le donne che hanno subito violenza, il 12,8% non è a conoscenza dell'esistenza di centri anti-violenza, sebbene vi siano 253 centri sparsi sul territorio nazionale (di cui 33 centri in Lombardia e 13 in Sicilia) (Lombardi, 2016 e 2017)¹⁰.

Il menzionato progetto START sulle condizioni socio-psico-sanitarie dei richiedenti asilo e rifugiati nelle zone di Brescia e Milano, mostra risultati molto importanti sulla presa in carico psicologica e psichiatrica dei migranti e sulle cause del loro disagio. Da maggio 2017 a settembre 2018, le équipe socio-psico-sanitarie di Brescia e Milano hanno effettuato 2.596 visite mediche di richiedenti asilo e rifugiati, presso i centri di accoglienza dei due territori. 812 di loro sono soggetti vulnerabili (circa il 40% sono donne) e sono stati sottoposti a trattamento psicologico o psichiatrico. Le principali vulnerabilità mostrate da questi pazienti riguardano i disturbi psichiatrici per l'11,4% dei casi; i disturbi psicologici per il 36%; le torture e la violenza fisica, sessuale e psicologica per il 42% dei casi; il 5,4% sono le vittime della tratta. Perciò la relazione tra violenza subita e conseguenze sulla salute è molto significativa. Per quanto riguarda le donne richiedenti asilo, ci sono molte questioni critiche, come sostengono gli stakeholder in-

a contatto con migranti rifugiati e richiedenti asilo, vittime di violenze <http://www.ismu.org/progetto-provide-proximity-on-violence-defence-and-equity/>.

¹⁰ Le condizioni sanitarie e i problemi dei migranti che raggiungono l'Italia via mare o attraverso altre rotte pericolose variano a seconda della storia individuale e del viaggio e i dati forniti dalle organizzazioni senza scopo di lucro e dal settore pubblico sono ad oggi la fonte di informazioni più accessibile e attendibile. Dal rapporto dell'INMP (Istituto Nazionale Salute, Migrazioni e Povertà) emerge che tra il 5 maggio e il 25 settembre 2015 erano stati visitati oltre 2mila pazienti su 3.700 migranti, principalmente giovani e le questioni maggiormente critiche erano rappresentate da: 1) autolesionismo, spesso usato come mezzo per esprimere disagio personale e attirare l'attenzione; 2) uso massiccio di psicofarmaci, in assenza di personale medico qualificato e prescrizioni mediche; 3) mancanza di una relazione medico-paziente efficiente ed efficace (INMP, 2016). Le condizioni di salute dei migranti forzati sono connesse alla loro elevata vulnerabilità psichica derivante sia dalle cattive condizioni di vita nel paese di origine sia dalla pressione e dai traumi subiti durante il viaggio (Affronti et al., 2016)

tervistati durante il progetto PROVIDE: quasi tutte le donne – specialmente se sono sole e/o con figli minori – sono vittime di violenze e abusi (sessuali, fisici, psicologici) da parte dei trafficanti, dei migranti maschi e persino dei poliziotti e/o degli operatori nelle strutture di accoglienza. Alcune donne richiedenti asilo provenienti dai campi profughi libici riportano gli episodi più orribili di maltrattamenti e violenze. Un altro problema emerso dalle interviste è legato alla salute sessuale e riproduttiva delle richiedenti asilo: molte di loro sono incinte e nella maggior parte dei casi rimangono incinte durante il viaggio.

Dai progetti START e PROVIDE emerge sostanzialmente che ci sono due cause principali del disagio mentale che riguarda questo tipo di migranti: quello generato da fattori traumatici vissuti nel “viaggio migratorio” e quello meno esplicito che si sviluppa in modo endogeno durante il periodo di attesa dei risultati della domanda di asilo. Due cause diverse ma molto serie che devono essere gestite e affrontate adeguatamente. Per esempio, l’assistenza fornita ai sopravvissuti alle violenze deve essere integrata nei servizi sanitari esistenti, come la salute riproduttiva e materna, la salute mentale e il sostegno psico-sociale e i servizi di assistenza di emergenza, e non sviluppata come un servizio autonomo. Come evidenzia la stessa OMS (WHO, 2013), i bisogni di salute mentale e psico-sociali delle vittime delle diverse forme di violenza sono stati a lungo trascurati, nonostante la loro importanza per il recupero a lungo termine dei sopravvissuti. Sebbene l’OMS abbia da tempo pubblicato una guida per la cura della depressione, dei disturbi post-traumatici da stress e di altre condizioni (Dua et al., 2001; Tol et al., 2013), le prove dell’efficacia degli interventi applicati ai sopravvissuti alla violenza sono scarse. È necessario perciò sviluppare interventi per la salute mentale a bassa soglia e basati su prove di efficacia (The Lancet, 2014).

6. L’importanza della tutela della salute

Assicurare salute e benessere a tutti e a tutte le età è il terzo dei Sustainable Development Goals lanciati dalle Nazioni Unite per il 2030. Sebbene molti sforzi e molti progressi siano stati fatti, sul piano della salute dei migranti resta ancora molto da fare.

L’OMS nel suo rapporto sulla salute dei migranti nella Regione europea ha messo in luce il carattere “disumano” della scelta di non curare i migranti nonché l’aspetto negativo in termini di investimento per il benessere collettivo, perché si ritiene che il fallimento nell’assicurare un accesso equo all’assistenza sanitaria a rifugiati e migranti possa avere ripercussioni negative sulla salute pubblica non solo dei migranti ma anche della

comunità ospitante e possa ostacolare il raggiungimento degli obiettivi mondiali di salute.

La salute dei migranti non è identificata dall'OMS solo come utile e indispensabile per il conseguimento di una condizione di buona salute collettiva ma è ricondotta a qualcosa di più ampio, legato al benessere comune: solo una popolazione straniera sana è in grado di guidare con successo lo sviluppo economico dei paesi di accoglienza.

Il concetto chiave su cui sviluppa l'intero rapporto per la promozione della salute dei migranti è l'accesso ai servizi sanitari, facendo leva sul fatto che solo così è possibile rispettare il diritto alla salute in quanto diritto umano essenziale e assicurare un miglior livello di salute e prosperità socioeconomica generale. I motivi che enuncia a sostegno di tali tesi sono i seguenti: i migranti contribuiscono attivamente allo sviluppo della società di accoglienza e dei propri paesi di origine; la presenza di forti differenze di condizioni di salute può creare effetti negativi sull'intera comunità; la sicurezza della salute dei migranti è parte della sicurezza globale; la diagnosi e i trattamenti precoci permettono di salvare vite e di ridurre i costi per le cure.

Con riferimento a quest'ultimo punto, diversi studi hanno evidenziato che l'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera non impatta negativamente sulla spesa sanitaria pubblica: una recente analisi ha osservato il trend di costi e ricavi legati alla fruizione dei servizi di tipo sanitario da parte di cittadini stranieri, con riferimento al periodo 2003-2015 (Bettin e Sacchi, 2019): dallo studio è emerso che all'aumentare del numero di stranieri residenti sulla popolazione regionale diminuisce, in media, la spesa sanitaria pro capite. Tale constatazione è in linea con quanto messo in luce dai dati contenuti nel bilancio fiscale sull'immigrazione in Regione Lombardia per l'anno 2016 e dai dati relativi ai ricoveri in Emilia Romagna nel 2015: nel primo caso si evidenzia che la spesa sanitaria regionale pro capite per gli stranieri è pari a meno di tre quinti di quella complessiva (rispettivamente 1.053 e 1.807 euro) e nel secondo caso che i costi dei ricoveri sono in media più bassi per i cittadini stranieri che per gli italiani (2.426 e 3.521 euro). In sostanza, risulta esserci un effetto positivo sull'abbattimento della spesa sanitaria pro capite all'aumentare di residenti con cittadinanza straniera, possibile grazie alla quota di immigrati in età lavorativa (15-64 anni). Ciò dimostra che è ancora in atto l'"effetto migrante sano" e che quindi gli stranieri che risiedono in Italia sono ancora mediamente più giovani degli italiani e hanno una domanda di servizi sanitari inferiore, una situazione che determina ancora un minore impatto sulla spesa pubblica (Bettin e Sacchi, 2019). È proprio in virtù dell'utilità sociale della popolazione straniera che va letta la volontà dell'Organizzazione Mondiale della Sanità a includere nei programmi di tu-

tela della salute anche un'attenzione alla condizione dei migranti affermando che non vi è salute pubblica senza salute della popolazione migrante.

Tale quadro è destinato a cambiare con le trasformazioni demografiche della popolazione straniera già in atto: come sottolinea l'ISTAT nel suo report 2018 sull'integrazione degli stranieri in Italia, assistiamo a un progressivo impoverimento dello stato di salute degli immigrati: con l'aumentare del tempo e della durata di permanenza in Italia si osserva un progressivo peggioramento delle condizioni di salute e la perdita di quello stato di benessere che ha contraddistinto la loro prima fase di permanenza. Questo è da attribuirsi principalmente alla condizione di svantaggio socioeconomica e allo scarso livello di integrazione nel paese ospitante. L'ISTAT suggerisce, infine, che opportune politiche di maggiore inclusione e integrazione potrebbero, almeno in parte, interrompere il deterioramento del capitale di salute degli stranieri in Italia, che risulta già essere in atto.

Riferimenti Bibliografici

- Affronti M., Bonciani M., Forcella E., Geraci S., Marceca M., Russo M. L. (2016), *Personne e Popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute*, Atti del XIV Congresso Nazionale SIMM – Torino 11- 14 maggio.
- AIP – Associazione Italiana di Psicologia (2019), *I problemi della sicurezza: l'impatto psicologico e psicosociale della legge 132/2018* [online] testo disponibile in: <https://www.asgi.it/asilo-e-protezione-internazionale/psicologi-decreto-immigrazione/>.
- Baldoni E., Giovannetti M. (2019), *Gli interventi di accoglienza integrata e la ricaduta sui territori*, Percorsi di Secondo Welfare [online] testo disponibile in: <https://www.secondowelfare.it/immigrazione-e-accoglienza/gli-interventi-di-accoglienza-integrata-e-la-ricaduta-sui-territori.html>.
- Bartholini I. (2013), *Violenza di prossimità*, FrancoAngeli, Milano.
- Bettin G., Sacchi A. (2019), *Sorpresa: più immigrati, meno spesa pubblica*, "Lavoce.it" [online] testo disponibile in: <https://www.lavoce.info/archives/57523/sorpresa-dove-gli-immigrati-sono-di-piu-la-spesa-sanitaria-scende/>.
- Dua T., Barbui C., Clark N., et al. (2011), *Evidence-based guidelines for mental, neurological and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations*, "PLoS Med" n. 8.
- European Centre for Disease Prevention and Control (2018), *Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe* [online] testo disponibile in: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/ecdc-tuberculosis-surveillance-monitoring-Europe-2018-rev1.pdf>.

- Eurostat (2018), *Migrant Integration statistics – 2018 edition* [online] testo disponibile in: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/4031688/9439991/KS-02-188-77-EN-N.pdf/48d2353c-ca16-4237-86c2-b906decab3de>.
- Eurostat (2019), *EU Member States granted protection to more than 300 000 asylum seekers in 2018* [online] testo disponibile in: <https://ec.europa.eu/eurostat/documents/2995521/9747530/3-25042019-BP-EN.pdf/22635b8a-4b9c-4ba9-a5c8-934ca02de496>.
- Geraci S., Baglio G. (2011), *Salute degli immigrati, Rapporto Osservasalute - Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*, pp. 219-249 [online] testo disponibile in: <https://www.osservatoriosullasalute.it/osservasalute/rapporto-osservasalute-2012>.
- Grevio (2018), *L'attuazione della Convenzione di Istanbul in Italia. Rapporto delle associazioni di donne* [online] testo disponibile in: https://www.direcontrola-violenza.it/wp-content/uploads/2018/10/GREVIO.Report.Ital_finale.pdf.
- INMP (2016), *Paziente multietnico*, Aprile [online] testo disponibile in: <http://www.agenziapharmaco.gov.it/content/pazientemultietnico-0>.
- ISTAT (2018), *Vita e percorsi di integrazione degli immigrati in Italia*, [online] testo disponibile in: <https://www.istat.it/it/files//2019/05/Vita-e-percorsi.pdf>.
- Lombardi L. (2016), *La violenza contro le donne, tra riproduzione e mutamento sociale*, in "Autonomie locali e servizi sociali", 2, pp. 211-234.
- Lombardi L. (2017), *Violence Against Refugee and Migrant Women. The Reproduction of Gender Discrimination and Inequality*, Paper Fondazione ISMU, [online] testo disponibile in: https://www.ismu.org/wp-content/uploads/2017/05/Lombardi_Paper_Violence-against-women_may2017.pdf (08/10/19).
- Merotta V. (2017), *The Rights and Health of Forced Migrants*, Paper. Fondazione ISMU, April [online] testo disponibile in: http://www.ismu.org/wp-content/uploads/2017/04/Merotta_Fact-sheet_Forced-migrants_april-2017_en.pdf (08/10/19)
- Merotta V., Pasini N. (2018), *Le sfide per il sistema sanitario*, in "Economia&Management", pp. 23-25, n. 3 maggio/giugno.
- Ministero della Salute (2018), *Tubercolosi in Italia, casi in progressiva diminuzione*, 14 settembre [online] testo disponibile in: http://www.salute.gov.it/portale/news/p3_2_1_1_1.jsp?lingua=italiano&menu=notizie&p=dalministero&id=3474.
- Ministero della Salute (2019), *Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2017*, Gennaio [online] testo disponibile in: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2831_allegato.pdf.
- Naga (2018), *Cittadini senza diritti. Rapporto Naga 2018. Immigrazione e (in)sicurezza: la casa, il lavoro e la salute* [online] testo disponibile in: https://naga.it/wp-content/uploads/2018/12/CittadiniSenzaDiritti_Rapporto_2018_definitivo.pdf.
- The Lancet (2014), *Responding sexual violence in conflict*, vol 383, June 14, pp. 2023-24.

- Tol W., Barbui C., van Ommeren M. (2013), *Management of acute stress, PTSD and bereavement: WHO recommendations*, "JAMA", 310, pp. 477–78.
- Villa M. (2018), *I nuovi irregolari in Italia*, ISPI [online] testo disponibile in: <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/i-nuovi-irregolari-italia-21812>.
- WHO - World Health Organization (2013), *Responding to intimate partner violence and sexual violence against women. WHO clinical and policy guidelines*, [online] testo disponibile in: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85240/9789241548595_eng.pdf?sequence=1.
- WHO - World Health Organization (2018), *Report on the health of refugees and migrant in the WHO European Region. No public health without refugees and migrant health* [online] testo disponibile in: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&is-Allowed=y>.