



Roadmap & Toolbox
 del progetto
Mig-HealthCare
 per l'attuazione
 efficace di modelli
 di assistenza
 comunitaria rivolti a
 migranti e rifugiati

 Co-funded by the European Union's Health Programme (2014-2020)





Mig-HealthCare - Rafforzare l'assistenza comunitaria per ridurre al minimo le disuguaglianze sanitarie e migliorare l'integrazione dei migranti e dei rifugiati vulnerabili all'interno delle comunità locali.

Il consorzio Mig-HealthCare include i seguenti partner:

- Istituto Prolepsis - Coordinatore, **Grecia**
- Scuola di medicina, Università Nazionale Capodistriana di Atene, **Grecia**
- Regione di Sterea Ellada, **Grecia**
- Centro operativo nazionale della sanità (NaHOC - National Health Operations Centre), Ministero della salute, **Grecia**
- Unione Centrale dei Comuni Greci (KEDE), **Grecia**
- Oxfam Italia, **Italia**
- Centro etnomedico, **Germania**
- Centro nazionale delle malattie infettive e parassitarie, **Bulgaria**
- Scuola Superiore di Sanità Pubblica, **Francia**
- CARDET, **Cipro**
- KOPIN, **Malta**
- Università di Uppsala, **Svezia**
- Verein Multiculturell, **Austria**
- Università di Valencia, Polibienestar, **Spagna**

Con il contributo di:

Karnaki P., Zota D., Riza E., Grech W., Bitschnau B., Agaidyan O., Patouris E., Sherlaw W., Brinkmann D., Gil-Salmerón A., Garcés-Ferrer J., Christova I., Kunchev A., Pezzati P., Tizzi G., Bradby H., Lebano A., Hamed S., & Linos A. (2020). The Mig-HealthCare Roadmap & Toolbox for the effective implementation of community care models for Migrants & Refugees.

Contenuti

Introduzione	5
Problemi di lingua, cultura e comunicazione	11
Continuità delle informazioni	17
Salute mentale	21
Vaccinazioni	25
Salute materno infantile	29
Promozione della salute	33
Salute orale - Cure dentali	43
Malattie non trasmissibili e condizioni croniche	47
L'algoritmo Mig-HealthCare	50
Riferimenti	59

Le popolazioni di migranti e rifugiati in Europa sono in generale formate da giovani adulti sani, ma comprendono anche una parte sostanziale di famiglie, anziani e disabili (OMS, 2018). Le loro condizioni di salute li pongono in una posizione di svantaggio a causa dell'esposizione a molti fattori di rischio, quali ad esempio viaggi lunghi e pericolosi, la mancanza di una dimora, la mancanza di copertura assicurativa, l'esposizione alla violenza, i traumi fisici e mentali e lo sfruttamento (OMS, 2018). Questo indica che le popolazioni di migranti e rifugiati possono presentare risultati peggiori in tema di sanità rispetto a quelli della popolazione che li ospita, come l'aumento della mortalità infantile, risultati ginecologici negativi e risultati di patologie croniche non disciplinate. Inoltre, fattori come le barriere culturali e linguistiche, la disoccupazione o i posti di lavoro scarsamente retribuiti, illegali o precari li sottopongono a maggiori rischi per la salute (OMS, 2018).

Il progetto Mig-HealthCare

"Mig-HealthCare - Rafforzare l'assistenza comunitaria per ridurre al minimo le disuguaglianze sanitarie e migliorare l'integrazione dei migranti e dei rifugiati vulnerabili all'interno delle comunità locali" è un progetto triennale che è stato lanciato nel maggio 2017, con il sostegno finanziario della Commissione europea. Il progetto è realizzato da un consorzio di Università, autorità nazionali e ONG di dieci paesi europei, con ampia esperienza in materia di salute pubblica e di integrazione dei rifugiati e dei migranti.

L'obiettivo generale di Mig-HealthCare è quello di migliorare l'accesso all'assistenza sanitaria per i migranti e i rifugiati vulnerabili, sostenere la loro inclusione e partecipazione nelle comunità europee e ridurre le disuguaglianze sul piano sanitario.

Cosa è incluso nella Roadmap & Toolbox del progetto "Mig-HealthCare?"

La Roadmap & Toolbox è un'applicazione on-line di facile utilizzo che si concentra sui passaggi chiave per un'erogazione ottimale dell'assistenza

sanitaria a migranti e rifugiati; comprende strumenti utili che possono essere usati sia dagli operatori sanitari che da migranti e rifugiati, nonché esempi di buone prassi. Include anche un algoritmo, da usare come guida per gli operatori sanitari che possono aiutare a fornire una migliore sanità ai pazienti provenienti da un contesto migratorio e/o rifugiati.

La versione on-line è disponibile nella relativa sezione del sito web del progetto:

<https://www.mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox>.

La **Roadmap Mig-HealthCare** comprende:

1. Le azioni necessarie che un operatore sanitario deve intraprendere durante l'assistenza ai migranti e ai rifugiati, in particolare:

- › Continuità delle informazioni
- › Problemi di lingua, cultura e comunicazione
 - Lingua e comunicazione
 - Questioni di carattere culturale
 - Alfabetizzazione sanitaria

2. Informazioni in merito a questioni sanitarie di particolare importanza per migranti e rifugiati:

- › Salute mentale
- › Vaccinazioni
- › Salute della madre / del bambino
- › Promozione della salute
 - Screening del cancro al collo dell'utero e al seno
 - Screening del Tumore coloretto
 - Alcool
 - Fumo
 - Nutrizione
 - Attività fisica
- › Salute orale / Cure dentali
- › Malattie non trasmissibili (MNT) e malattie croniche

3. Pratiche promettenti

I partner Mig-HealthCare hanno preso in esame e valutato gli interventi significativi in merito ai problemi di salute di migranti/rifugiati. Alcuni di

questi interventi, che sono stati valutati positivamente e sono considerati "best practice", potrebbero essere utilizzati in diversi contesti. Per ulteriori informazioni su queste e altre pratiche promettenti rimandiamo al sito web del progetto <http://www.mighealthcare.eu/> accedere al rapporto intitolato 'D5.1: Relazione sui modelli di assistenza sanitaria e sociale della comunità e sulle migliori pratiche': <https://mighealthcare.eu/resources/D5.1%203%20Models%20of%20community%20health%20and%20good%20practices.pdf>

4. Strumenti

Il Toolbox comprende circa 300 strumenti appartenenti alle diverse categorie sopra menzionate ed è accessibile direttamente dal sito web di Mig-HealthCare o attraverso le diverse categorie della Roadmap. La ricerca degli strumenti viene facilitata dalla presenza di vari filtri (categoria tematica, lingua, utente finale, tipo di materiale).

5. L'algoritmo

L'algoritmo Mig-HealthCare, che è uno strumento per guidare i professionisti della salute attraverso tutti i passaggi necessari per identificare le questioni sanitarie di particolare rilevanza nell'assistenza ai migranti/rifugiati.

A chi si rivolgono gli strumenti Roadmap e Toolbox?

Questa Roadmap è una risorsa preziosa e utile per un'ampia varietà di professionisti della salute sia sul piano individuale che organizzativo. Tra i soggetti interessati vi sono i seguenti:

- › Professionisti sanitari di tutte le specialità, compresi medici e infermieri che lavorano a vari livelli, locali, regionali e nazionali
- › Amministratori sanitari
- › Dirigenti e personale dei servizi sanitari, compresi ospedali e centri sanitari a livello locale, regionale e nazionale
- › ONG
- › Autorità locali

Come utilizzare gli strumenti Roadmap Toolbox di Mig-HealthCare?

Gli operatori sanitari possono in qualsiasi momento fare riferimento ai contenuti della Roadmap e del Toolbox per ricevere informazioni sulle questioni importanti circa la fornitura di assistenza sanitaria ai migranti/rifugiati. Quando è necessario affrontare un particolare problema, si può fare riferimento a specifiche questioni sanitarie presentate nella Roadmap, o ancora consultare il contenuto nella sua interezza. Indicativamente:

- › I professionisti della salute, ma anche gli stakeholder a livello di comunità possono utilizzare gli strumenti o adattare gli esempi di buone pratiche, secondo quanto descritto nella Roadmap e nel Toolbox, alla situazione specifica della loro comunità.
- › Gli operatori sanitari possono utilizzare gli strumenti che vengono presentati sotto ogni questione sanitaria per i loro pazienti o per facilitare il loro lavoro.
- › Gli operatori sanitari possono utilizzare l'algoritmo quando forniscono consulenza a un paziente migrante/rifugiato per assicurarsi di affrontare le questioni importanti che il progetto Mig-HealthCare ha identificato per la salute dei migranti/rifugiati.

Come sono stati sviluppati la Roadmap e il Toolbox?

La Roadmap e il Toolbox sono stati creati nell'ambito del progetto Mig-HealthCare in seguito a un'ampia ricerca che mirava ad analizzare:

- › Esigenze e lacune nella fornitura di assistenza sanitaria ai migranti e ai rifugiati, individuate dagli operatori sanitari attraverso ricerche originali. Sono stati organizzati focus group e interviste in 10 paesi dell'UE (Grecia, Cipro, Germania, Bulgaria, Svezia, Spagna, Austria, Italia, Malta e Francia).
- › Una revisione sistematica delle buone pratiche condotte nell'Unione Europea e nel mondo. Un'indagine condotta su 1.350 migranti e rifugiati in 10 paesi dell'UE (Grecia, Cipro, Germania, Bulgaria, Svezia, Spagna, Austria, Italia, Malta e Francia) riguardante il loro stato di salute, i problemi di salute e l'accesso all'assistenza sanitaria in

10 paesi dell'UE (Grecia, Cipro, Germania, Bulgaria, Svezia, Spagna, Austria, Italia, Malta e Francia). Revisione della letteratura in 10 paesi dell'UE e su scala internazionale circa i problemi sanitari dei migranti e dei rifugiati. Identificazione degli strumenti appropriati a livello di UE e su scala internazionale.

► Problemi di lingua, cultura e comunicazione

I resoconti dettagliati di quanto sopra sono disponibili sul sito web di Mig-HealthCare.

Accedere alla Roadmap e al Toolbox

Questa pubblicazione presenta una breve descrizione delle categorie tematiche della Roadmap, del Toolbox e dell'algoritmo. La versione completa di Roadmap & Toolbox è disponibile sul sito web di Mig-HealthCare - <https://mighealthcare.eu/roadmap-and-toolbox> dove è possibile accedere a maggiori informazioni, buone pratiche e strumenti per singola categoria tematica. Indicativamente, attraverso il Toolbox è possibile accedere a oltre 300 strumenti diversi in più lingue.

Lingua e comunicazione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) afferma che, a livello globale, si stima che solo circa 600-700 milioni di persone usino l'inglese come seconda lingua, oltre a 335 milioni di persone di madrelingua inglese. Ciò comporta che la maggior parte della popolazione mondiale, circa sei miliardi di persone, abbia poco o nessun accesso a una grande quantità di informazioni sulla salute pubblica perché sono in inglese.

La lingua è considerata una barriera significativa per accedere a un'assistenza sanitaria di alta qualità. "Nella sanità pubblica il divario linguistico fra chi fornisce le informazioni sanitarie e chi necessita di quelle informazioni tocca tutti: medici, pazienti fino a gestori della sanità pubblica e decisori politici." (OMS, 2015, p.365).

La comunicazione è la chiave per un'assistenza sanitaria di qualità oltre che una caratteristica fondamentale di ogni interazione (White et al., 2015). Uno dei bisogni più importanti dei pazienti è quello di comunicare i propri sintomi e le proprie situazioni agli operatori sanitari.

Un'efficace comunicazione medico-paziente può portare a risultati migliori in termini di salute, contribuendo al tempo stesso alla salute generale della comunità.

Il fatto di non essere in grado di parlare la lingua del paese ospitante costituisce una barriera significativa per una comunicazione efficace.

Il multi-culturalismo e il multi-linguismo sono diventati estremamente comuni in Europa, con conseguenti barriere linguistiche in ambito sanitario. I pazienti la cui prima lingua non è la stessa del servizio sanitario che fre-

quentano avranno molto probabilmente risultati sanitari più scadenti (Divi et al., 2007). Sebbene molte grandi istituzioni sanitarie abbiano accesso a servizi di interpretariato che sono stati fortemente associati a una migliore soddisfazione del paziente e a una comunicazione positiva, la disponibilità di interpreti non è sufficiente a garantire un'assistenza sanitaria di alta qualità. Un'indagine approfondita svolta su 39 donne somale immigrate presso un centro ostetrico di Londra ha dimostrato che la sola disponibilità di traduttori è insufficiente per superare le barriere culturali (Binder et al., 2012).

Passi/requisiti importanti per il settore sanitario

È importante che i migranti/rifugiati ricevano servizi linguistici adeguati, come ad esempio gli interpreti, nel contesto del servizio sanitario. Secondo la Australian Psychological Society (2013), facilitare una comunicazione efficace mediante la presenza di un interprete dovrebbe includere quanto segue:

- Parlare con la persona, non con l'interprete. Cercare di mantenere un contatto visivo culturalmente appropriato con il paziente, anche quando l'interprete sta traducendo. Quando si parla o si ascolta, osservare il paziente piuttosto che l'interprete, in modo da poter osservare messaggi non verbali. Parlare direttamente al paziente usando la prima persona "io" e la seconda persona "tu", anziché "lui" o "lei". In questo modo è possibile suscitare una comprensione più accurata delle parole e delle emozioni che vengono espresse.
- Evitare l'uso di linguaggio tecnico, metafore e acronimi.
- La ripetizione può aiutare la comprensione.
- Utilizzare frasi brevi e semplici.
- Fermarsi dopo una o due frasi per consentire all'interprete di trasmettere il messaggio.
- Gli operatori sanitari possono servirsi di schemi o immagini per aumentare la comprensione.
- Chiedere al paziente se state parlando a un ritmo adeguato o se è necessario un chiarimento.
- Chiedere un feedback durante i consulti, avere la certezza del fatto che il paziente sia soddisfatto del processo di interpretazione.

Questioni di carattere culturale

Con l'aumento della popolazione di migranti in Europa, la competenza culturale è stata sostenuta come un modo per garantire l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria e per fornire un'assistenza sanitaria reattiva a migranti e rifugiati (Jongen, McCalman & Bainbridge, 2018). La cultura viene definita come "modelli di idee, costumi e comportamenti condivisi da determinate persone o società". Questi modelli identificano i membri come parte di un gruppo e distinguono i membri dagli altri gruppi" (How Culture Influences Health, 2017).

Il concetto di competenza culturale è stato introdotto negli anni '80 con l'obiettivo di colmare una lacuna nella capacità degli operatori sanitari di promuovere un'assistenza equa e non discriminatoria per le diverse popolazioni. Da allora è emersa una serie di quadri di competenze culturali che si concentrano su varie questioni, tra cui la conoscenza delle culture delle minoranze, l'atteggiamento nei confronti delle minoranze e degli immigrati appena arrivati e le competenze per fornire assistenza sanitaria tramite traduttori e in collaborazione con i mediatori culturali. Il concetto di competenza culturale si è evoluto con il passare del tempo fino a includere non solo l'interazione tra operatori sanitari e utenti, ma anche la competenza culturale organizzativa e sistemica (Truong, Paradies & Priest, 2014).

Passi/requisiti importanti per il settore sanitario

Migliorare la competenza culturale del personale sanitario è quindi di fondamentale importanza. Permette a un operatore sanitario di fornire un'assistenza sanitaria efficace senza fare affidamento su stereotipi. Secondo un rapporto sulle sfide sanitarie per i rifugiati e gli immigrati (Bischoff, 2003), i fornitori di servizi devono considerare i fattori culturali nei seguenti momenti:

- **Quando fanno l'anamnesi e quando eseguono una visita medica:** La storia migratoria individuale dei pazienti ha un impatto sulla loro esperienza di malattia. È quindi importante che gli operatori sanitari conoscano la loro vita e la loro situazione sociale. Sarà quindi necessario affrontare aspetti quali ad esempio la storia della vita, l'esperienza del dolore, le pratiche di guarigione tradizionali/religio-

se, l'alimentazione (abitudini alimentari), la conoscenza della lingua locale, le condizioni a livello di lavoro e residenza, l'esperienza di violenza, la storia della migrazione (motivi della migrazione, esperienza di traumi, storia della fuga e dell'integrazione).

- › **Quando valutano le esigenze in termini di assistenza:** L'operatore sanitario dovrebbe considerare la malattia in un contesto sociale più ampio, piuttosto che come una preoccupazione individuale. Ciò comporta la differenziazione tra cura e trattamento, la condivisione delle informazioni circa la salute e il benessere e il coinvolgimento della famiglia e della comunità dei pazienti nelle decisioni mediche (Burgess, 204).

Inoltre, affinché i fornitori di assistenza sanitaria diventino culturalmente più competenti, è stato suggerito (Bernd, 2011) quanto segue:

- › far emergere la lingua, la cultura e il gruppo etnico dei pazienti
- › essere consapevoli degli stereotipi culturali
- › evitare di utilizzare le famiglie dei pazienti come interpreti
- › familiarizzare con le espressioni di disagio specifiche di una determinata cultura
- › mantenere la riservatezza
- › evitare tabù religiosi e sociali
- › utilizzare accompagnatori dello stesso sesso
- › consentire rituali culturalmente specifici, ad esempio, dopo la morte
- › non fare supposizioni.

Alfabetizzazione sanitaria

Secondo Sørensen et al. (2012) l'alfabetizzazione sanitaria riguarda le conoscenze e le competenze delle persone volte a soddisfare le complesse esigenze della salute nelle società moderne:

“L'alfabetizzazione sanitaria è legata all'alfabetizzazione e comporta la conoscenza, la motivazione e le competenze delle persone per accedere, comprendere, valutare e applicare le informazioni sanitarie al fine di formulare giudizi e prendere decisioni nella vita di tutti i giorni in materia di assistenza sanitaria, prevenzione delle malattie e promozione della salute per mantenere o migliorare la qualità della vita durante il corso della vita”

L'alfabetizzazione sanitaria limitata è più comune tra i pazienti con un basso livello di istruzione e tra i pazienti anziani, le minoranze etniche e i migranti.

Secondo Zanchetta e Poureslami (2006), l'alfabetizzazione sanitaria nelle comunità di nuovi arrivati con background etno-culturali vari è meno compresa dagli operatori sanitari rispetto ad altre barriere, come le differenze linguistiche e culturali che ostacolano l'accesso ai servizi sanitari e alle informazioni sanitarie a loro disposizione.

Affrontare l'alfabetizzazione sanitaria attraverso i servizi sanitari è una sfida (Lee, Arozullah, & Cho, 2004; Nielsen-Bohlman et al., 2004). Gli interventi che riguardano fattori quali l'adesione al trattamento (Van Servellen et al., 2003, 2005), l'adozione di comportamenti preventivi come lo screening e l'uso ragionevole di antibiotici (Stockwell et al., 2010), sono influenzati dall'alfabetizzazione sanitaria. A questo proposito, l'incorporazione di competenze per orientarsi nel sistema sanitario si è dimostrata efficace (Soto-Mas et al., 2015 a,b; Yung-Mei et al., 2015).

D'altra parte, è necessaria una maggiore comprensione delle capacità e dei bisogni dei pazienti con una limitata alfabetizzazione sanitaria, al fine di sviluppare strategie per stabilire mezzi efficaci per comunicare con loro (Paashe-Orlow & Wolf, 2007). In questo senso, i fornitori di assistenza sanitaria e i sistemi sanitari saranno in grado di soddisfare le esigenze dei pazienti con una limitata alfabetizzazione sanitaria, essendo maggiormente consapevoli delle loro necessità



Si prega di accedere al nostro toolbox per ulteriori strumenti in merito a Lingua, Cultura e Comunicazione tra migranti e rifugiati al seguente link: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=2&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0.

le vaccinazioni e la consulenza ricevuta garantiranno la continuità della prestazione dell'assistenza sanitaria.

A tal fine è necessario adottare uno strumento unificato che possa essere utilizzato per facilitare la valutazione della salute e che crei una linea di comunicazione tra gli Stati e tra i diversi servizi in grado di ripercorrere la storia medica di queste popolazioni.

In questo modo i dati sanitari saranno disponibili in altri paesi europei mano a mano che migranti e rifugiati si spostano e in questo modo sarà facilitata la loro integrazione nei sistemi sanitari nazionali dei paesi ospitanti.

IPassi/requisiti importanti per il settore sanitario

Il monitoraggio dello stato di salute dei rifugiati e dei migranti, come ribadito in precedenza, è importante per sostenere e promuovere la loro salute e la salute pubblica nei paesi ospitanti. Data l'elevata mobilità e la diversità di queste popolazioni, la cartella clinica personale elettronica viene suggerita come un modo importante per acquisire informazioni sulla storia medica e renderle disponibili per vari contesti sanitari durante il viaggio del migrante e del rifugiato. La cartella clinica elettronica personale (PHR - Personal Electronic Health Record) ha il vantaggio di essere facilmente accessibile, a condizione che vi siano un dispositivo portatile e il software appropriato che consenta agli operatori sanitari di accedere e aggiornare le informazioni pertinenti.

Il Cartella Clinica Personale (PHR - Personal Health Record) contiene tutti i dati sanitari necessari dei rifugiati/migranti che arrivano nell'UE, pertanto offre ai professionisti della salute l'opportunità di valutare lo stato di salute di una persona e mette queste informazioni a disposizione di altri professionisti garantendo che si eviti la duplicazione degli sforzi. Il contenuto e l'uso di tali registrazioni sono coperti dai requisiti della legislazione europea sulla protezione dei dati. È inoltre importante, prima di utilizzare la Cartella Clinica Personale, esaminare se questo metodo è accettabile per la popolazione target; è inoltre opportuno verificare che sia stata fornita

ai professionisti sanitari la formazione necessaria per un uso corretto e in linea con le politiche e i requisiti legislativi esistenti.

Ottenendo informazioni mediche personali che saranno disponibili per altri professionisti, consentendo così la continuità delle informazioni, si dovrebbe inoltre fare tutto il necessario per ricevere il consenso scritto od orale spiegando il processo di raccolta dei dati e il loro utilizzo, soprattutto perché ci riferiamo alle cartelle cliniche personali elettroniche. Tutti i principi etici devono essere seguiti secondo gli standard e le pratiche attuali (Bonomi, 2016).

Le cartelle cliniche elettroniche devono quindi essere utilizzate per:

- facilitare la raccolta, l'elaborazione e il trasferimento di dati sanitari tra i servizi sanitari
- sostenere il processo decisionale clinico
- tenere conto della perdita di documentazione cartacea.



Si prega di accedere al nostro toolbox per ulteriori strumenti relativi alla "Continuità dell'informazione" tra migranti e rifugiati al seguente link: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=1&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

Altri studi pertinenti dimostrano che:

- › Il tasso di disturbi da stress post-traumatico (PTSD) è più alto tra i rifugiati a causa di una migrazione forzata.
- › C'è una tendenza tra i rifugiati che hanno vissuto in un paese ospitante per più di cinque anni ad avere più probabilità di soffrire di disturbi depressivi e d'ansia rispetto alla popolazione ospitante.
- › I disturbi mentali sono più diffusi tra i rifugiati di lungo periodo, poiché mancano di integrazione sociale e di occupazione.
- › (Promozione della salute mentale e cura della salute mentale nei rifugiati e nei migranti - Guida tecnica, 2018).

(Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants - Technical guidance, 2018).

L'OMS delinea i seguenti fattori di rischio e fattori di stress che contribuiscono alla cattiva salute mentale dei migranti/rifugiati:

- › Prima della partenza:
 - Esposizione alla guerra e alle persecuzioni
 - Difficoltà economiche
- › Viaggio e transito:
 - Eventi pericolosi per la vita
 - Danni fisici
 - Traffico di esseri umani
- › Arrivo:
 - Residente in un paese inteso come "paese di transito"
 - Condizioni di vita scadenti
- › Integrazione:
 - Condizioni di vita scadenti
 - Difficoltà di acculturazione - L'acculturazione è definita come l'adozione delle abitudini culturali, degli usi e dei comportamenti del paese ospitante da parte della persona, che esercita un ruolo significativo nel cambiamento degli atteggiamenti in materia di salute (Joshi et al., 2014).
 - Questioni relative all'ottenimento del diritto e alla detenzione
 - Isolamento sociale e disoccupazione
 - Affrontare il ritorno

Passi/requisiti importanti per il settore sanitario

Le questioni di salute mentale di particolare interesse per i migranti/rifugiati sono:

- › Disturbo post-traumatico da stress (PTSD)
- › Insonnia
- › Stress acculturativo

In termini di servizi sanitari, l'OMS (2018) raccomanda quanto segue:

- › Promuovere la salute mentale attraverso l'integrazione sociale
- › Chiarire e condividere le informazioni sui diritti all'assistenza
- › Mappatura di servizi di coinvolgimento nel sociale (o creazione di nuovi servizi, se necessario)
- › Rendere disponibili servizi di interpretariato e/o servizi di mediazione culturale, anche attraverso la tecnologia informatica
- › Lavorare per l'integrazione dell'assistenza mentale, fisica e sociale
- › Garantire che la forza lavoro nel campo della salute mentale sia formata per lavorare con i migranti

In termini di pianificazione e valutazione del servizio, che è cruciale per il miglioramento delle cure di salute mentale fornite ai rifugiati e ai migranti, l'OMS (2018) fornisce due raccomandazioni principali:

- › Investire in studi di ricerca a lungo termine e valutazioni del servizio per informare meglio la pianificazione e la fornitura del servizio
- › Condividere principi di buona prassi tra i vari paesi

(Promozione della salute mentale e cura della salute mentale nei rifugiati e nei migranti - Guida tecnica, 2018).

L'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (OIM) ha formulato 11 principi pratici per la promozione della salute mentale e del benessere psicosociale (Ventevogel et al., 2015):

- › Trattare tutte le persone con dignità e rispetto e sostenere l'auto-sufficienza

- › Rispondere alle persone in difficoltà in modo umano e solidale
- › Fornire informazioni su servizi, supporti e diritti e obblighi legali
- › Fornire una psico-educazione pertinente e utilizzare un linguaggio appropriato
- › Dare priorità alla protezione e al sostegno psicosociale dei bambini, in particolare di quelli separati, non accompagnati e con esigenze speciali
- › Rafforzare il sostegno alle famiglie
- › Identificare e proteggere le persone con esigenze specifiche
- › Fare interventi culturalmente rilevanti e garantire un'adeguata interpretazione
- › Fornire cure a persone con gravi disturbi mentali
- › Non iniziare trattamenti psicoterapeutici che necessitano di un follow-up nei casi in cui è improbabile che sia possibile eseguire un follow-up
- › Monitorare e gestire il benessere del personale e dei volontari.

► Vaccinazioni

I migranti e i rifugiati sono esposti a fattori di rischio significativi a livello di malattie trasmissibili. Intraprendono lunghi viaggi da paesi colpiti dalla guerra e che sono endemici rispetto malattie legate alla povertà. Il servizio sanitario nazionale nei paesi di origine è spesso perturbato a causa della crisi politica ed economica e dall'instabilità. È tuttavia importante affermare che, secondo l'OMS, ci sono poche prove di un'associazione tra flussi migratori/ rifugiati e l'importazione di malattie¹ infettive. Il progetto Mig-HealthCare offre anche la prova che i migranti/rifugiati non rappresentano una minaccia di malattie infettive nei paesi ospitanti - <https://mighealthcare.eu/e-library>

Nel 2016, OMS-UNHCR-UNICEF hanno affermato che i migranti, i richiedenti asilo e i rifugiati dovrebbero avere un accesso "non discriminatorio ed equo" alle vaccinazioni e ha raccomandato di vaccinare i migranti in conformità con i programmi di immunizzazione del paese² ospitante. Di norma è difficile raggiungere le popolazioni migranti per garantire il rispetto dei programmi di vaccinazione a causa di diverse sfide: 1) movimento di migranti e rifugiati tra i paesi europei; 2) mancanza di informazioni circa lo stato di immunizzazione di migranti e rifugiati; 3) mancanza la registrazione delle vaccinazioni; 4) accesso limitato ai servizi di screening; 5) mancanza di coordinamento tra i servizi sanitari pubblici dei paesi vicini (Mipatrini et al., 2017).

Uno studio condotto nel 2018 su migranti e rifugiati in 10 paesi europei nell'ambito del progetto Mig-HealthCare ha dimostrato il tasso di vaccinazione preoccupantemente basso tra le popolazioni di migranti e rifugiati in Europa. Oltre il 73% dei partecipanti ha dichiarato di non pos-

1. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/migrationand-health/migrant-health-in-the-european-region/migration-and-health-key-issues#292115>

2. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/vaccines-and-immunization/news/news/2015/11/who,-unicef-and-unhcr-call-for-equitable-access-to-vaccines-for-refugees-and-migrants/who-unhcrunicef-joint-technical-guidance-general-principles-of-vaccination-of-refugees,-asylum-seekers-and-migrants-in-the-who-european-region>



Invitiamo ad accedere al nostro toolbox per ulteriori strumenti relativi alla gestione delle questioni di "Salute mentale" tra i migranti e i rifugiati al seguente link: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=5&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

sedere avere una tessera delle vaccinazioni. Pochissimi hanno riferito di aver ricevuto vaccinazioni nel loro paese attuale o nel paese di ingresso nell'UE (i valori variano dal 6,9% per l'influenza e dal 21,3% per il tetano).

Nella tabella 1 vengono presentati i numeri delle vaccinazioni per otto malattie.

Tabella 1: Copertura immunitaria tra i migranti adulti e i rifugiati (nel paese attuale o nel paese di ingresso nell'UE)

Malattia	% Non lo so	% No	% Sì	N*
Epatite A	16.9	68.0	15.2	1,030
Epatite B	14.9	67.4	17.7	1,024
Influenza	16.3	76.8	6.9	954
Morbillo	16.0	70.1	13.9	1,006
Pneumococco (polmonite)	16.3	70.9	14.8	1,008
Polio	15.7	69.5	14.8	1,003
Tubercolosi	15.2	68.7	16.1	1,008
Tetano	14.7	64.0	21.3	1,027

Source: Mig-HealthCare Survey, 2018.

Le malattie prevenibili con il vaccino di particolare interesse per i migranti/ rifugiati sono le seguenti:

Epatite B

Gli studi sulla prevalenza dell'HBV tra i migranti e i rifugiati hanno mostrato una sieroprevalenza dell'infezione attiva del 7,2% e una sieroprevalenza complessiva (inclusi i marcatori di infezione pregressa) del 39,7% (Rossi, 2012). Il rischio era maggiore per i migranti provenienti dall'Asia orientale e dall'Africa subsahariana. Una revisione sistematica ha riportato una prevalenza di HBsAg nei migranti che va dall'1,0 al 15,4%, 2-6 volte superiore a quella della popolazione generale (Hahne et. al, 2013).

Morbillo, parotite e rosolia

Gli studi hanno mostrato dati insufficienti sulle epidemie di morbillo e sulla copertura vaccinale dei migranti in Europa. La prevalenza di individui sieronegativi tra i migranti varia tra il 6 e il 13%; i bambini sono più a rischio di non essere vaccinati (Jablonka et. al, 2016). I bambini nati all'estero in Germania presentavano un rischio di non vaccinazione tre volte superiore a quello dei bambini nati in Germania (Poethko-Mulle et al., 2009). Per quanto riguarda gli orecchioni, i sieronegativi sono stati il 10,2% tra i rifugiati appena arrivati in Germania (Jablonka et al., 2016). Risultati simili sono stati segnalati dalla Svezia e dal Regno Unito.

Poliomielite

In Germania, meno del 15% dei bambini siriani rifugiati sono stati vaccinati, mentre in Francia, la copertura vaccinale tra i migranti sieropositivi è stata del 64,4% (Bottcher et al., 2015; Mullaert et al., 2015).

Tetano

Gli studi hanno mostrato un tasso di copertura vaccinale più basso tra i migranti rispetto agli individui nati nell'UE. In Svizzera, solo il 27% dei bambini migranti appena arrivati disponeva di anticorpi contro la difterite-tetano-pertosse (de la Fuente et al., 2013).

Difterite

In Francia, è stato trovato un tasso di sieroprevalenza del 69% di anticorpi contro la difterite tra i migranti affetti da HIV (Mullaert et al., 2015).

Varicella

Da studi condotti in Germania è emerso che il 3,3% dei nuovi arrivati nel 2016 era sieronegativo per l'IgG contro il virus della varicella (de Valliere et al., 2011).

Important steps/ requirements for the Health care sector

La fornitura di assistenza sanitaria nei centri di accoglienza dei migranti e dei rifugiati appena arrivati dovrebbe essere completa, integrata e centrata sulla persona. Le misure volte a ridurre il rischio di malattie trasmissibili comprendono l'attuazione della prevenzione e della gestione della salute. L'accesso

► Salute materno infantile

alle vaccinazioni è di primaria importanza. Si dovrebbero prendere in considerazione le vaccinazioni per migranti e rifugiati in conformità con le linee guida nazionali. Si dovrebbero fornire i registri delle vaccinazioni ai migranti e ai rifugiati, in particolar modo quando si spostano da un paese all'altro.

Secondo l'ECDC e l'OMS, le vaccinazioni per migranti e rifugiati possono includere:

- › Morbillo-orecchioni-rosolia per bambini ≤ 15 anni;
- › Poliomielite per bambini e adulti provenienti da paesi ad alto rischio;
- › Malattia meningococcica (vaccini tetravalenti contro i sierogruppi meningococcici A, C, W-135 e Y o, contro i sierogruppi A e/o C);
- › Tetano-pertosse-difterite;
- › Influenza, a seconda della stagione (Bradby et al., 2015).

Per affrontare gli ostacoli alla vaccinazione, l'OMS propone di:

- › Realizzare servizi di immunizzazione su misura
- › Rafforzare la comunicazione verso gruppi specifici di popolazione

In particolar modo per i migranti e i rifugiati le campagne di comunicazione vengono considerate importanti e dovrebbero promuovere i vantaggi delle vaccinazioni con metodi adeguati alle esigenze del gruppo target. È inoltre essenziale garantire l'assenza di conseguenze legali per i migranti e i rifugiati che cercano di farsi vaccinare ma non sono in possesso della documentazione che certifica il loro status legale.

Secondo l'ECDC (2018), lo status di vaccinazione dei migranti e dei rifugiati che arrivano in Europa dovrebbe essere valutato in primo luogo sulla base della documentazione esistente. Nel caso in cui tale documentazione non sia disponibile, i migranti devono essere considerati non vaccinati e venire vaccinati secondo i programmi di vaccinazione del paese ospitante.



Si prega di accedere al nostro Toolbox per ulteriori strumenti relativi alla "Vaccinazione" tra migranti e rifugiati al seguente link: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=6&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

Le donne rappresentano circa il 52% della popolazione migrante (OIM, 2017), di conseguenza l'assistenza sanitaria delle donne è una questione significativa.

La maggior parte delle ricerche mostra disuguaglianze di salute tra migranti e popolazione autoctona.

In generale, le donne migranti mostrano una maggiore incidenza di aborti indotti, parti cesarei, e altre (Keyneart et al., 2016). Le donne straniere, inoltre, devono affrontare una maggiore incidenza della depressione post-partum. Anche se questi risultati variano tra i diversi gruppi etnici e all'interno dei paesi ospitanti (OMS, 2018), le ricerche evidenziano che le donne migranti appena arrivate, soprattutto se sono nella fase finale della gravidanza o hanno uno status giuridico incerto, sono particolarmente a rischio (Gissler et al., 2010; Hayes, Enohumah & McCaul, 2011). Secondo una meta-analisi del 2014, le donne migranti nei paesi dell'Europa occidentale hanno il doppio delle probabilità di morire durante o poco dopo la gravidanza (Pedersen et al., 2014).

Oltre all'aumento della mortalità, l'OMS (2018) ha identificato una tendenza marcata per gli indicatori peggiori relativi alla gravidanza nelle migranti. Anche se questi fattori variano a seconda del paese ospitante, del paese di origine e del risultato, includono:

- › malattie mentali, come la depressione post-partum
- › mortalità perinatale e neonatale (ad esempio mortalità perinatale, parto prematuro e anomalie congenite)
- › qualità di cura non ottimale

Questo profilo di rischio più elevato può essere il risultato di diversi fattori, come quelli culturali, biologici, socioeconomici o legati al viaggio del migrante. Tuttavia, gli studi hanno rilevato che una parte sostanziale dell'aumento della mortalità tra le donne migranti va ricercata nei determinanti

di salute non ottimali nei rispettivi paesi d'arrivo (Van den Akker, 2016; Keynaert et al., 2016):

- › Accesso alle cure prenatali e loro somministrazione
- › La qualità dei servizi offerti, compresa la capacità dei servizi sanitari di soddisfare i diversi pazienti
- › Accesso e comprensione dei sistemi sanitari

In generale, le persone maggiormente esposte a queste disuguaglianze sono i neoarrivati, il più delle volte di nazionalità extraeuropea (Almeida, 2013; Pedersen et al., 2014; Grech, Tratnik, & Pisani, 2016).

Passi/requisiti importanti per il settore sanitario

L'OMS si riferisce ad alcune questioni particolarmente problematiche per le donne rifugiate e migranti. Queste includono, senza tuttavia limitarsi a:

- › sentirsi capite e sostenute dagli operatori sanitari ed essere in grado di impegnarsi attivamente con loro
- › saper trovare buone informazioni sulla salute, oltre a saperle leggere e comprenderle per una consapevolezza della propria condizione di salute
- › avere un sostegno sociale; e
- › comprendere il sistema sanitario per potersi orientare al suo interno

Raccomandazioni:

- › Utilizzare attività e materiali informativi sulla salute in un linguaggio semplice che tenga conto degli aspetti socioculturali, come workshop, opuscoli e campagne pubblicitarie con contenuti sull'assistenza materno infantile e sui relativi rischi (sia pre-natale che post-natale)
- › Sviluppare contenuti informativi nella lingua madre del gruppo target su gravidanza e su come orientarsi nel sistema sanitario, oltre a fornire supporto sociale durante l'assistenza prenatale;
- › Condividere la responsabilità di aumentare l'alfabetizzazione sanitaria delle donne migranti e rifugiate tra le parti interessate, comprese le agenzie governative, le strutture sanitarie e gli operatori sanitari, gli educatori e le organizzazioni religiose e comunitarie.

- › Attuare o sostenere iniziative che mettano in coppia donne migranti incinte con donne con un background simile che hanno già avuto esperienze di parto nella rispettiva società ospitante.

La fornitura di un'assistenza di qualità alle donne migranti e rifugiate è stata spesso messa in discussione a causa delle barriere linguistiche, delle differenze culturali (ad esempio, il tipo di sesso dell'operatore sanitario) e delle differenze nelle concezioni della maternità, della salute, delle aspettative dell'assistenza sanitaria e via dicendo (Almeida, 2013; OMS, 2018). Vengono di seguito riportate alcune indicazioni per affrontare questa popolazione particolarmente vulnerabile:

- › Rendere disponibili a tutte le persone i processi di screening durante la gravidanza;
- › Adottare un modello di assistenza incentrato sulla persona che preveda la stessa qualità di assistenza a tutte le donne in gravidanza (ad esempio, tempestività, informazione, rispetto, diagnostica sufficiente, gestione e trasporto adeguati), indipendentemente dallo stato di provenienza, e che sia sensibile alla diversità;
- › Indirizzare le donne straniere verso un livello di assistenza più elevato, se una valutazione del rischio suggerisce che dovrebbero essere sottoposte a screening per la tubercolosi, la pre-eclampsia e un feto piccolo rispetto all'età gestazionale;
- › Quando necessario, utilizzare interpreti professionisti e mediatori linguistico culturali piuttosto che i familiari, al fine di facilitare la comunicazione tra il personale medico e le donne straniere. Considerare le sessioni telefoniche come un'alternativa efficace in termini di costi quando i servizi di interpretariato e mediazione faccia a faccia non sono un'opzione percorribile.



Si prega di accedere al nostro Toolbox per ulteriori strumenti relativi alla "Salute materno infantile" tra i migranti e i rifugiati al seguente link: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=7&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

Screening del cancro al collo dell'utero e al seno

Il cancro al seno è il tumore femminile più comune nel mondo, mentre il cancro al collo dell'utero è il tumore femminile più comune nelle donne dei paesi sviluppati (OMS, 2017). Lo screening del tumore al seno viene eseguito con l'uso della mammografia nelle donne di età compresa tra i 50 e i 64 anni in combinazione con l'auto-esame mensile del seno, a meno che non vi siano altri fattori di rischio specifici che pongono una donna a più alto rischio di cancro al seno, come la storia familiare (Perry et al., 2008). Lo screening del cancro della cervice dell'utero a livello di popolazione, viene effettuato con l'uso della citologia per individuare le lesioni in un campione di striscio cervicale; si rivolge alle donne di età compresa tra i 25 e i 65 anni. (Linee guida europee per la garanzia di qualità nello screening del cancro del collo dell'utero, 2008). È stato dimostrato che le differenze culturali e religiose delle popolazioni immigrate, insieme alle difficoltà linguistiche e all'insoddisfazione riguardo ai sistemi sanitari, sono la causa della minore partecipazione alle attività organizzate di screening per il tumore alla cervice uterina (Rosano et al., 2017).

È necessario affrontare lo screening dei tumori a livello comunitario attraverso servizi culturalmente sensibili e linguisticamente appropriati e sensibilizzare alla prevenzione dei medesimi.

I risultati dell'indagine Mig-Healthcare del 2018, condotta in 10 paesi europei, suggeriscono che il tasso di screening del cancro tra i rifugiati e i migranti è basso. Solo il 5,1% dei partecipanti ha riferito di aver subito una colonscopia. Tra le partecipanti femminili di questo studio, il 20,4% non aveva mai fatto un Pap test e il 12,8% non aveva mai fatto una mammografia.

Screening del Tumore colon rettile

Il cancro colonrettale ha causato la morte di 154.000 persone nell'UE-28 nel 2015, che corrisponde all'11,7% di tutti i decessi per cancro e al 3% del numero totale di morti per qualsiasi causa. Di questi decessi, il 3,3% sono stati registrati negli uomini e il 2,6% nelle donne (EUROSTAT, 2018).

La percezione del rischio di tumore colon rettile tra popolazione migrante e rifugiata è più bassa di quella della popolazione autoctona. Per questo motivo

la loro adesione allo screening del cancro colon rettile (con qualsiasi test di screening) è molto bassa, il che in molti casi porta alla diagnosi del cancro al colon in una fase successiva (Punzo & Rosano, 2018). I dati dimostrano tuttavia che l'incidenza del cancro colonrettale tra gli immigrati neoarrivati è inferiore all'incidenza nella popolazione autoctona, probabilmente come espressione dell'effetto immigrato sano. Questa tendenza diminuisce tuttavia nel corso del tempo. Si stima che dopo 10 anni di insediamento nel paese ospitante gli immigrati adottino il profilo di rischio di cancro del paese ospitante.

In questo senso è fondamentale affrontare la questione della partecipazione allo screening del tumore colonrettale (Shuldiner et al., 2018).

Alcool

Sono state evidenziate preoccupazioni per l'uso pericoloso e dannoso di bevande alcoliche tra le popolazioni rifugiate, vittime di abusi dei diritti umani e persecuzioni (Johnson 1996; De Jong et al., 2002; UNHCR/WHO, 2008). I recenti risultati suggeriscono che c'è una maggior prevalenza del consumo di alcolici nei campi profughi che va dal 17%-36%; e dal 4%-7% nelle comunità di rifugiati, sfollati interni e richiedenti asilo (Horyniak et al., 2016). Il trasferimento porta solitamente a condizioni di vita peggiori, all'impoverimento e alla perdita di famiglia, amici, beni, mezzi di sussistenza e autostima, nonché alla necessità di sostegno culturale e sociale (Miller 2004; Porter & Haslam, 2005). L'eccessivo stress e l'ansia possono portare a disturbi post-traumatici da stress (PTSD) e depressione, che peggiorano ulteriormente lo stato mentale, aumentando così il rischio di consumo di alcolici (Kozaric-Kovacic, Ljubin & Grappe, 2000).

Nei campi profughi è essenziale riconoscere l'esistenza di problemi legati all'abuso di alcol. Inoltre, la disponibilità e l'accesso ai servizi di trattamento delle dipendenze per le popolazioni sfollate è una questione impegnativa. Ai rifugiati potrebbe non essere permesso di accedere ai servizi locali, o gli stessi servizi possono essere costosi. In aggiunta, le differenze culturali e linguistiche rendono la situazione ancor più complessa.

Gli interventi per ridurre al minimo l'uso nocivo di alcol e altre sostanze psicoattive possono portare dei cambiamenti positivi, ma devono essere personalizzati in base alle esigenze specifiche di ogni setting.

Valutazioni rapide con strumenti appropriati; comprensione della situazione; collaborazione tra operatori e rifugiati; così come approcci inclusivi sono tutti elementi di fondamentale importanza.

Uso del tabacco

Sono disponibili poche evidenze riguardo al tabacco e all'uso di sostanze stupefacenti tra migranti/rifugiati in Europa. dai dati disponibili, in contrasto con i tassi relativamente più bassi di abuso di sostanze stupefacenti nella popolazione straniera, i livelli di fumo tra gli immigrati risultano essere più alti, secondo gli studi condotti in Francia e Finlandia (Khalat & Guillot, 2017; Salama et al., 2018; OMS, 2018). Nello specifico, gli uomini migranti nei due paesi hanno tassi di fumo significativamente più elevati rispetto alle donne migranti provenienti dagli stessi paesi di origine e ai non migranti.

Gli stili di vita delle popolazioni migranti e rifugiate, compreso il fumo, sono determinati principalmente dal luogo di origine, dal background culturale, dal sesso e dall'età (Salama et al., 2018). Un fattore significativo che influenza la prevalenza e la frequenza del fumo tra i diversi individui è l'assimilazione. Uno studio che ha valutato i cambiamenti del fumo legati alla migrazione, ha scoperto la bassa prevalenza pre-migrazione e la diversità delle traiettorie post-migrazione, suggerendo dunque che i programmi di controllo del tabacco rivolti ai migranti appena arrivati contribuirebbero a prevenire un'assimilazione insalubre (Khalat et al., 2018). Un altro studio sul comportamento degli immigrati turchi fumatori ha mostrato che hanno assimilato il loro comportamento verso quello della popolazione maggioritaria olandese/tedesca mano a mano che la durata del soggiorno aumentava (Reiss, Lehnhardt & Razum, 2015). Il nuovo ambiente di vita esercita quindi, un ruolo chiave nel miglioramento o nel deterioramento della salute e del benessere generale delle popolazioni migranti.

Pochi programmi si concentrano sulla prevenzione e la cessazione dell'uso del tabacco tra gli immigrati. Secondo uno studio sui comportamenti dei migranti in Austria, si evince che le differenze interculturali esistenti tra le persone con o senza background migratorio definiscono gli atteggiamenti nei confronti del fumo, i comportamenti che creano dipendenza e sulle attività di prevenzione del tabagismo (Urban et al., 2015).

A causa delle differenze tra i contesti culturali, la lingua e gli atteggiamenti, esiste una forte richiesta di programmi di prevenzione e di cessazione su misura. Questa richiesta deve essere soddisfatta.

Nutrizione

Esistono varie questioni relative ad una sana alimentazione che sono importanti per i migranti / rifugiati tra cui la malnutrizione, la denutrizione, e l'insicurezza alimentare e anche la carenza di Vitamina A, D e B12, l'anemia e la carenza di ferro e l'obesità.

Insicurezza alimentare

L'insicurezza alimentare viene definita dal Dipartimento dell'Agricoltura degli Stati Uniti (USDA) come una situazione di "disponibilità limitata o incerta di alimenti adeguati e sicuri dal punto di vista nutrizionale o di capacità limitata o incerta di acquisire alimenti accettabili in modi socialmente accettabili".

Tra i rifugiati reinsediati si registrano alti livelli di insicurezza alimentare a causa di varie ragioni, tra cui la scarsa conoscenza della lingua e le limitate capacità lavorative (Gunell et al., 2015), nonché le difficoltà di adattamento al nuovo Paese (FAO e OPM, 2018).

Malnutrizione - Sottoalimentazione (deperimento, arresto della crescita, sottopeso)

La malnutrizione in tutte le sue forme, e soprattutto la malnutrizione e la sotto-nutrizione dei micronutrienti, sono considerate tematiche estremamente importanti per la salute dei rifugiati. L'Alto Commissariato delle Nazioni Unite per i Rifugiati (UNHCR) riconosce la malnutrizione non solo come condizione fisiologica, ma anche come questione di diritti umani (UNHCR/PAM, 2006). Le cause della malnutrizione includono vari fattori correlati tra loro, come le malattie, le cattive pratiche assistenziali, le cattive condizioni ambientali, nonché la mancanza di accesso e di disponibilità di cibo nutriente (UNHCR, 2011). I bambini rifugiati e migranti tendono ad essere più inclini ai problemi di salute legati alla dieta, sia a livello di malnutrizione che di sovrappeso / obesità (OMS, 2018c).

La malnutrizione e le carenze di micronutrienti possono avere un impatto negativo sul futuro dei bambini rifugiati. È quindi importante esaminare queste

condizioni e condurre un follow-up a breve e a lungo termine con l'obiettivo di ridurre al minimo i potenziali effetti negativi sulla salute (UNHCR, 2019a, 2019b). Un'attenzione particolare dovrebbe essere data anche all'allattamento al seno, in quanto quest'ultimo aiuta a prevenire la malnutrizione, alcune malattie e la mortalità tra i neonati e i bambini piccoli. L'UNHCR ha sviluppato una politica relativa all'accettazione, alla distribuzione e all'uso dei prodotti lattiero-caseari nei contesti di rifugiati, in modo da proteggere e promuovere l'allattamento al seno (UNHCR, 2006).

Secondo i rapporti di sorveglianza della nutrizione dell'Organizzazione internazionale per le migrazioni del 2013, sono stati rilevati 9.063 bambini rifugiati di età compresa tra i 6 e i 59 mesi (il 12% di tutti i rifugiati presi in esame nel 2013) con una media prevalenza di deperimento (5,3%), una bassa prevalenza di arresto della crescita (17,6%) e una bassa prevalenza di sottopeso (8,3%).

Secondo uno studio pilota che ha esaminato 192 bambini di età compresa tra 1 e 18 anni in due centri per rifugiati nel nord della Grecia, il 7,8% dei bambini era sottopeso, il 4,6% era deperito, il 7,3% era in situazione di arresto della crescita e il 13% soffriva di almeno una forma di malnutrizione. Le ragazze risultavano più colpite dalla malnutrizione rispetto ai ragazzi. Inoltre, per quanto riguarda gli adolescenti, il 21,7% delle ragazze e il 10% dei ragazzi ha sofferto di almeno una forma di malnutrizione (Grammatikopoulou et al., 2019).

Carenza di vitamina A, D e B12

Le carenze di vitamina A e D sono comuni negli immigrati e nei rifugiati e raggiungono valori fino all'80% (Benson et al., 2007; Lips & de Jongh, 2018; Chaudhry et al., 2018; Seal et al., 2005; Beukeboom & Arya, 2018). Inoltre, una grave carenza di vitamina D (siero 25-idrossivitamina D < 25 nmol/l) può verificarsi in un massimo della metà dei bambini e degli adulti di origine non occidentale. Diversi fattori contribuiscono allo sviluppo della carenza di vitamina D, tra cui l'insufficiente esposizione al sole, la pelle più pigmentata, l'uso di indumenti che coprono la pelle per motivi religiosi o culturali, ecc. (Benson et al., 2007; Lips & de Jongh, 2018; Chaudhry et al., 2018).

La carenza di vitamina B12 è comune anche tra i rifugiati. Questa carenza è principalmente attribuita alla bassa assunzione di alimenti di origine

animale e la presenza di parassiti intestinali, come l'*Helicobacter pylori* (Benson et al., 2015; Beukeboom & Arya, 2018).

Anemia e carenza di ferro

L'anemia da carenza di ferro si verifica più spesso nelle donne e nei bambini migranti (Redditt et al., 2015; Beukeboom & Arya, 2018). A seconda del paese di origine dei migranti, i tassi di anemia sono stati riportati tra il 12% e il 55% (Tanaka et al., 2018; Pavlopoulou et al., 2017; McCarthy et al., 2013; Raman et al., 2009; Hayes et al., 1998). Secondo un recente studio condotto in un ambulatorio per immigrati, il 13,7% di tutti i bambini immigrati e rifugiati (il 15,2% degli immigrati e il 12,3% dei bambini rifugiati) è affetto da anemia. Sono inoltre stati osservati bassi livelli di ferritina nel 17,3% del campione complessivo (Pavlopoulou et al., 2017).

Obesità

È molto probabile che i migranti arrivino in nuovi paesi con un peso corporeo sano. In seguito a fattori socio-economici e di stress, così come l'esposizione a diversi modelli di dieta, i migranti e i rifugiati sembrano avere un rischio maggiore di obesità rispetto alle popolazioni ospitanti, circa 10-15 anni dopo la migrazione (OMS, 2018; Murphy et al., 2017). La prevenzione precoce e l'educazione in materia di alimentazione sana è importante per fermare la diffusione dell'epidemia di obesità tra i migranti e i rifugiati. Le attività per promuovere il peso sano nelle popolazioni migranti/rifugiati dovrebbero essere un servizio di routine a livello di assistenza sanitaria della comunità.

Attività fisica

I livelli di attività fisica tra i migranti/rifugiati sono inferiori a quelli delle popolazioni non immigrate e sono associati ad un aumento delle disuguaglianze sanitarie (Ainsworth, 2000; Sternfeld, Sternfeld, Ainsworth & Quisenberry, 1999; Gadd et al., 2005; Wieland et al., 2013; Fischbacher, Hunt & Alexander 2004; Williams, Stamatakis, Chandola & Hamer, 2011).

Le barriere percepite tra migranti e rifugiati includono le differenze culturali, la mancanza di familiarità e la mancanza di comfort nell'impegnarsi in attività fisiche, oltre al fatto di non credere nei benefici che l'attività fisica porta a livello di salute (Koshoedo, Simkhada & van Teijlingen, 2015;

Koshoedo, Paul-Ebhohimhen, Jepson & Watson, 2015; Devlin et al., 2012; Wieland et al., 2013).

Passi/requisiti importanti per il settore sanitario

Recentemente, l'OMS ha proposto 8 principi guida per contestualizzare la promozione della salute dei migranti (OMS, 2017). Questi includono:

- › Il diritto al godimento del più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale.³
- › Uguaglianza e non discriminazione.
- › Accesso equo ai servizi sanitari.
- › Sistemi sanitari centrati sulle persone, sui rifugiati e sui rifugiati/ sistemi sanitari sensibili al genere.
- › Pratiche sanitarie non restrittive basate sulle condizioni di salute.
- › Approcci che riguardano l'intero governo e l'intera società.
- › Partecipazione e inclusione sociale di rifugiati e migranti.
- › Partenariato e cooperazione.

Una recente revisione della letteratura sulla promozione della salute (Laverack, 2018) ha analizzato diverse strategie che sono state utilizzate con i migranti. Queste possono essere suddivise in:

- a) strategie e interventi generali, non specifici, sulla base di principi universali di promozione della salute, e
- b) interventi su misura rivolti a gruppi target per affrontare determinati pro-

3. Questo diritto è sancito da molti accordi e trattati internazionali, come ad esempio il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (1966), in linea con quanto dichiarato nel preambolo della Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Inoltre, il Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali, all'Articolo 2.2 e all'Articolo 12, riconosce il diritto di ogni individuo al godimento del più alto standard raggiungibile di salute fisica e mentale senza alcuna discriminazione di razza, colore, sesso, lingua, religione, opinione politica o di altro tipo, origine nazionale o sociale, proprietà, nascita o altro status; risoluzioni sullo status; risoluzioni WHA61.17 (2008) e WHA70.15 sulla promozione della salute dei rifugiati e dei migranti. La Convenzione sui lavoratori migranti (Disposizioni supplementari) del 1975 (n. 143) stabilisce che i lavoratori migranti devono godere degli stessi diritti di sicurezza e salute sul lavoro di qualsiasi altro lavoratore. Cfr. il Quadro delle priorità e i principi guida per promuovere la salute dei rifugiati e dei migranti http://www.who.int/migrants/about/framework_refugees-migrants.pdf

blemi di salute e prevenzione.

Le strategie complementari comprendono l'alfabetizzazione sanitaria, l'educazione alla salute, l'educazione tra pari e i modelli di educazione di salute di comunità, in cui i membri della comunità di migranti che hanno ormai stabilito le loro radici nel paese ospitante possono svolgere un ruolo chiave fungendo da interpreti linguistici e mediatori culturali. In generale, si è ritenuto che gli interventi su misura, in particolar modo quelli che si impegnano con le organizzazioni basate sulla comunità utilizzando messaggi e metodi culturalmente appropriati, siano maggiormente efficaci dei programmi non specifici.



Si prega di accedere al nostro toolbox per esempi di strumenti utilizzati con i migranti/rifugiati riguardanti la "Promozione della salute" e più nello specifico la prevenzione del fumo e l'uso sicuro dell'alcol, la promozione di un'alimentazione sana e la promozione dello screening del cancro al collo dell'utero e al seno al seguente link: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=8&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► Salute orale - Cure dentali

L'OMS definisce la salute orale come “uno stato di assenza di dolori cronici alla bocca e al viso, cancro alla bocca e alla gola, infezioni e piaghe orali, malattie parodontali (gengivali), carie, perdita dei denti e altre malattie e disturbi che limitano la capacità dell'individuo di mordere, masticare, sorridere, parlare e il benessere psicosociale” (OMS, 2003).

L'indagine Mig-HealthCare ha dimostrato che i problemi di salute cronici più frequenti che i migranti/rifugiati si trovano ad affrontare sono la carie (36,2 %), mentre tra i problemi di salute più frequenti che i migranti ritengono importanti sono i problemi dentali (51%).

Inoltre, diversi studi scientifici hanno dimostrato che i problemi dentali presentano tassi relativamente alti di prevalenza tra gli immigrati, in particolare tra i bambini. In generale, si sa poco sulla salute dentale dei migranti e sul loro comportamento in materia di salute orale, e più nello specifico nella popolazione adulta.

Gli studi condotti fino a oggi lo dimostrano:

- la maggior prevalenza di carie tra i bambini nati da migranti rispetto ai bambini che non hanno un background migratorio
- i bambini migranti sono più spesso affetti da gengivite e hanno meno probabilità di richiedere un trattamento ortodontico o una consulenza rispetto ad altri bambini della stessa fascia d'età
- esiste un forte legame tra il background migratorio e il ricorso a visite dentistiche regolari, anche a prescindere dallo status socio-economico e demografico, nonché dal luogo di residenza e dall'assicurazione sanitaria. È stato dimostrato che soprattutto i giovani migranti (di età compresa fra i 18 e i 29 anni) fanno meno ricorso alle cure dentistiche preventive e ai controlli regolari rispetto ai non migranti (Erdsiek, Dorothee Waury & Patrick Brzoska, 2017; Arabi, Reissmann et al., 2018).

Passi/requisiti importanti per il settore sanitario

Mano a mano che i migranti/rifugiati si integrano nelle comunità europee ospitanti, la necessità di fornire assistenza sanitaria orale e dentistica aumenterà e la pressione sui servizi di assistenza dentistica in tutta l'UE crescerà in modo significativo.

Secondo un'indagine tra rifugiati e migranti condotta nell'ambito del progetto Mig-HealthCare in 10 paesi dell'UE, il 17,4% dei migranti ha considerato le loro condizioni dentali come povere e il 26,6% come eque. Nell'ultimo anno il 27,3% era stato da un dentista, mentre il 23,7% non era mai stato da un dentista o presso una clinica dentistica in vita sua. Complessivamente, il 10,4% ha dichiarato di non lavarsi i denti quotidianamente e il 29,4% degli immigrati che hanno risposto ha dichiarato di non sapere dove andare nel caso in cui avesse avuto bisogno di un dentista.

I dati sullo stato di salute e sull'utilizzo delle cure orali sono ancora scarsi, ma è chiaro che specifici gruppi di migranti vulnerabili, in particolare i rifugiati/richiedenti asilo, non hanno accesso o hanno un accesso limitato alle cure orali complete. L'abbassamento delle barriere di accesso al sistema di assistenza e l'espansione di programmi specifici di profilassi e di intervento per la popolazione migrante sono necessari per il miglioramento della salute orale. Oltre alle barriere legali. Legate allo status giuridico, vi sono fattori socioeconomici (disoccupazione e/o riduzione del reddito rispetto all'elevato onere finanziario associato alle cure dentistiche) che limitano l'accesso dei migranti a un'adeguata assistenza orale. È fondamentale implementare strumenti di monitoraggio efficaci per guidare i futuri programmi di prevenzione.

Nei contesti in cui sono presenti migranti/rifugiati, si consiglia di:

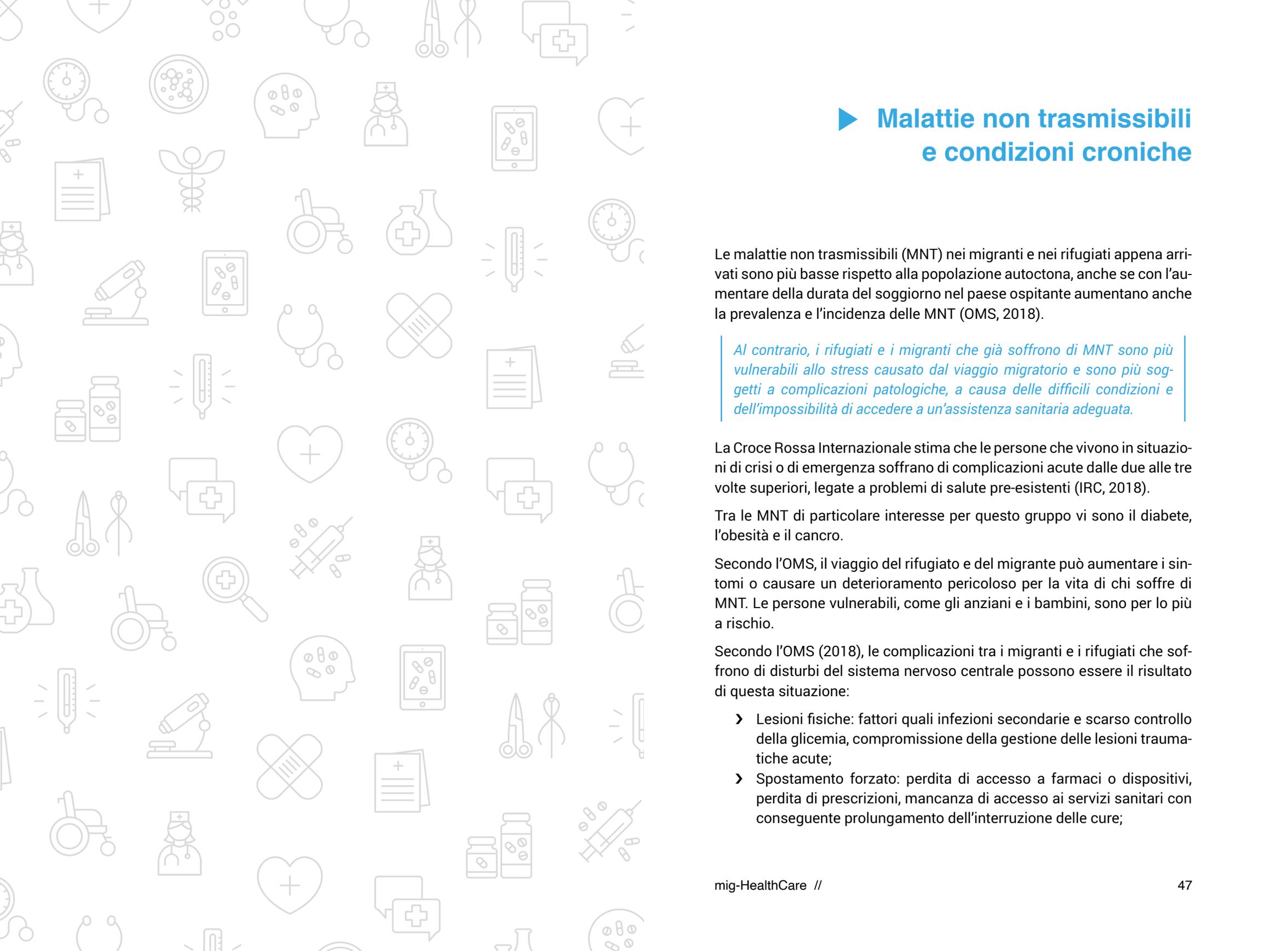
- › monitorare lo stato di salute orale per identificare i problemi di salute della comunità
- › diagnosticare e analizzare i rischi per la salute orale
- › informare ed educare la popolazione target attraverso campagne di educazione sanitaria, materiale informativo mirato e culturalmente sensibile, coinvolgimento dei media, gruppi di comunità, partnership, ecc.

- › sostenere la promozione di cambiamenti politici e legislativi e l'applicazione della legge
- › tenere corsi di formazione sulla salute orale, considerare la distribuzione geografica dei professionisti e monitorare le attività

L'OMS sottolinea inoltre l'importanza di promuovere ambienti sani, come città sane, luoghi di lavoro sani e scuole che promuovono la salute, per costruire ambienti di supporto completi dove promuovere la salute orale tra i migranti e i rifugiati.



Si prega di accedere al nostro toolbox per ulteriori strumenti relativi alla gestione dei problemi di salute orale e dentale tra i migranti e i rifugiati al seguente link: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=9&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0



► Malattie non trasmissibili e condizioni croniche

Le malattie non trasmissibili (MNT) nei migranti e nei rifugiati appena arrivati sono più basse rispetto alla popolazione autoctona, anche se con l'aumentare della durata del soggiorno nel paese ospitante aumentano anche la prevalenza e l'incidenza delle MNT (OMS, 2018).

Al contrario, i rifugiati e i migranti che già soffrono di MNT sono più vulnerabili allo stress causato dal viaggio migratorio e sono più soggetti a complicazioni patologiche, a causa delle difficili condizioni e dell'impossibilità di accedere a un'assistenza sanitaria adeguata.

La Croce Rossa Internazionale stima che le persone che vivono in situazioni di crisi o di emergenza soffrano di complicazioni acute dalle due alle tre volte superiori, legate a problemi di salute pre-esistenti (IRC, 2018).

Tra le MNT di particolare interesse per questo gruppo vi sono il diabete, l'obesità e il cancro.

Secondo l'OMS, il viaggio del rifugiato e del migrante può aumentare i sintomi o causare un deterioramento pericoloso per la vita di chi soffre di MNT. Le persone vulnerabili, come gli anziani e i bambini, sono per lo più a rischio.

Secondo l'OMS (2018), le complicazioni tra i migranti e i rifugiati che soffrono di disturbi del sistema nervoso centrale possono essere il risultato di questa situazione:

- Lesioni fisiche: fattori quali infezioni secondarie e scarso controllo della glicemia, compromissione della gestione delle lesioni traumatiche acute;
- Spostamento forzato: perdita di accesso a farmaci o dispositivi, perdita di prescrizioni, mancanza di accesso ai servizi sanitari con conseguente prolungamento dell'interruzione delle cure;

- › Degrado delle condizioni di vita: la perdita di un alloggio, la mancanza di acqua e di forniture alimentari regolari e la mancanza di reddito aumentano lo stress fisico e psicologico;
- › Interruzione dell'assistenza: a causa della distruzione delle infrastrutture sanitarie, dell'interruzione delle forniture mediche e dell'assenza di fornitori di assistenza sanitaria che sono stati uccisi, feriti o non sono in grado di tornare al lavoro;
- › Interruzione dell'alimentazione elettrica o dell'acqua potabile, con conseguenze pericolose per la vita, soprattutto per le persone con insufficienza renale allo stadio finale che necessitano di dialisi.

Con l'aumento della prevalenza delle MNT, aumenteranno anche i costi sanitari necessari per curare gli effetti negativi, che dovrebbero essere più evidenti tra i gruppi vulnerabili, quali ad esempio i migranti e i rifugiati. Dato che le MNT sono croniche, con l'aumento dell'aspettativa di vita si prevede che la durata delle relative spese si protrarrà per un numero considerevole di anni, il che - in situazioni di scarsità finanziaria - è un onere insopportabile. In particolar modo nel caso dei gruppi vulnerabili, tali costi possono essere coperti solo dai fornitori di servizi sanitari e assicurativi statali, mentre in realtà esistono metodi di prevenzione delle malattie più efficaci dal punto di vista dei costi che potrebbero contenere i costi (EU Ageing Report 2015).

Passi/requisiti importanti per il settore sanitario

Secondo l'OMS (2018), esistono standard minimi di assistenza per rispondere ai bisogni dei rifugiati e dei migranti con MNT. Entrando nel dettaglio, questi standard includono:

- › Identificare le persone con MNT per garantire loro un accesso continuo alle cure che ricevevano prima del viaggio.
- › Garantire il trattamento di persone con fasi acute, aggravamento pericoloso per la vita e complicazioni di MNT.
- › Quando non sono disponibili trattamenti per le MNT, definire procedure operative standard chiare per il rinvio del paziente a un altro medico.

- › Verificare che le attrezzature diagnostiche essenziali, gli esami di laboratorio di base e i farmaci per la gestione di routine delle MNT siano disponibili nel sistema sanitario di base. I farmaci che figurano negli elenchi locali o dell'OMS dei farmaci essenziali sono appropriati.

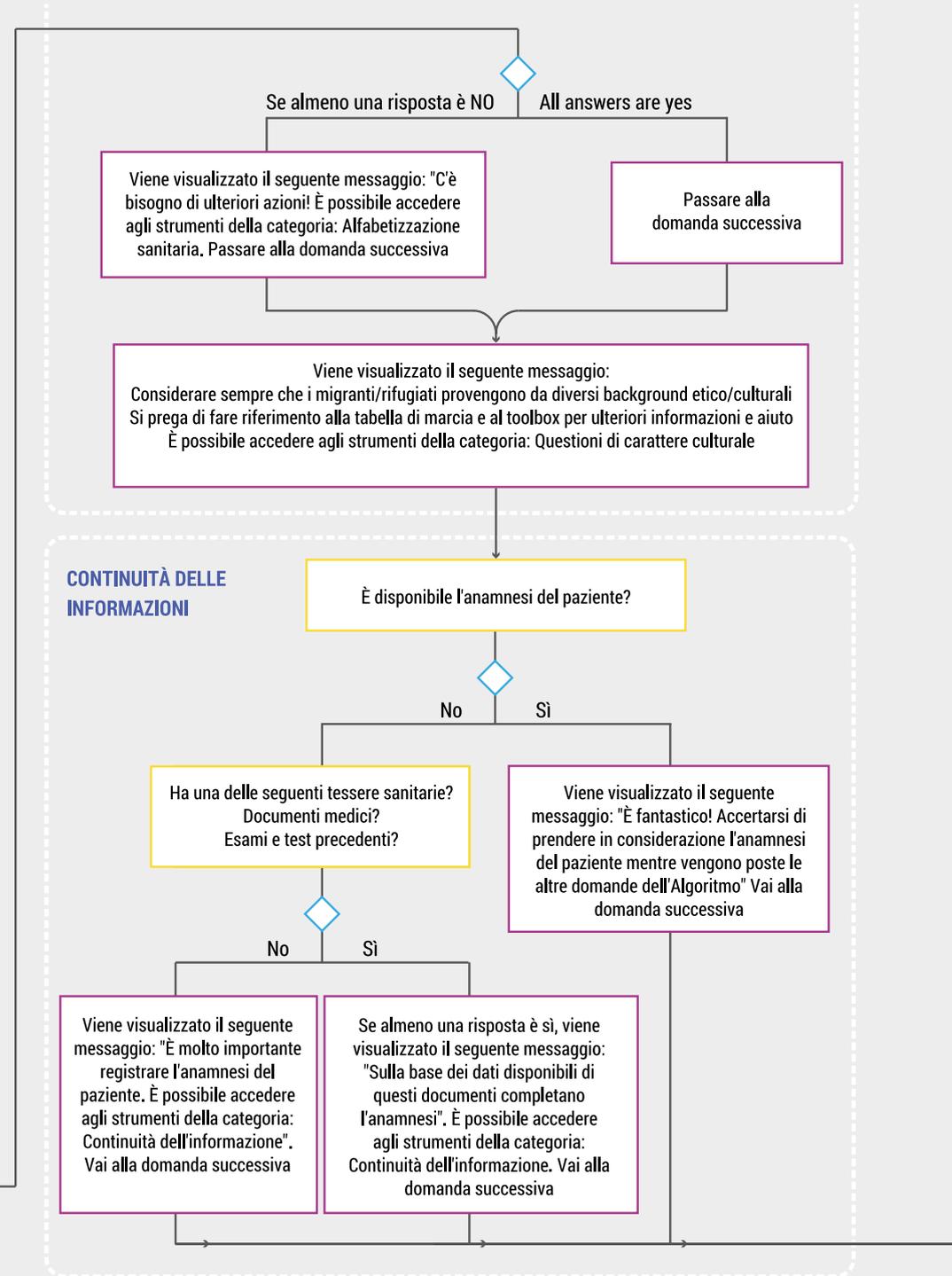
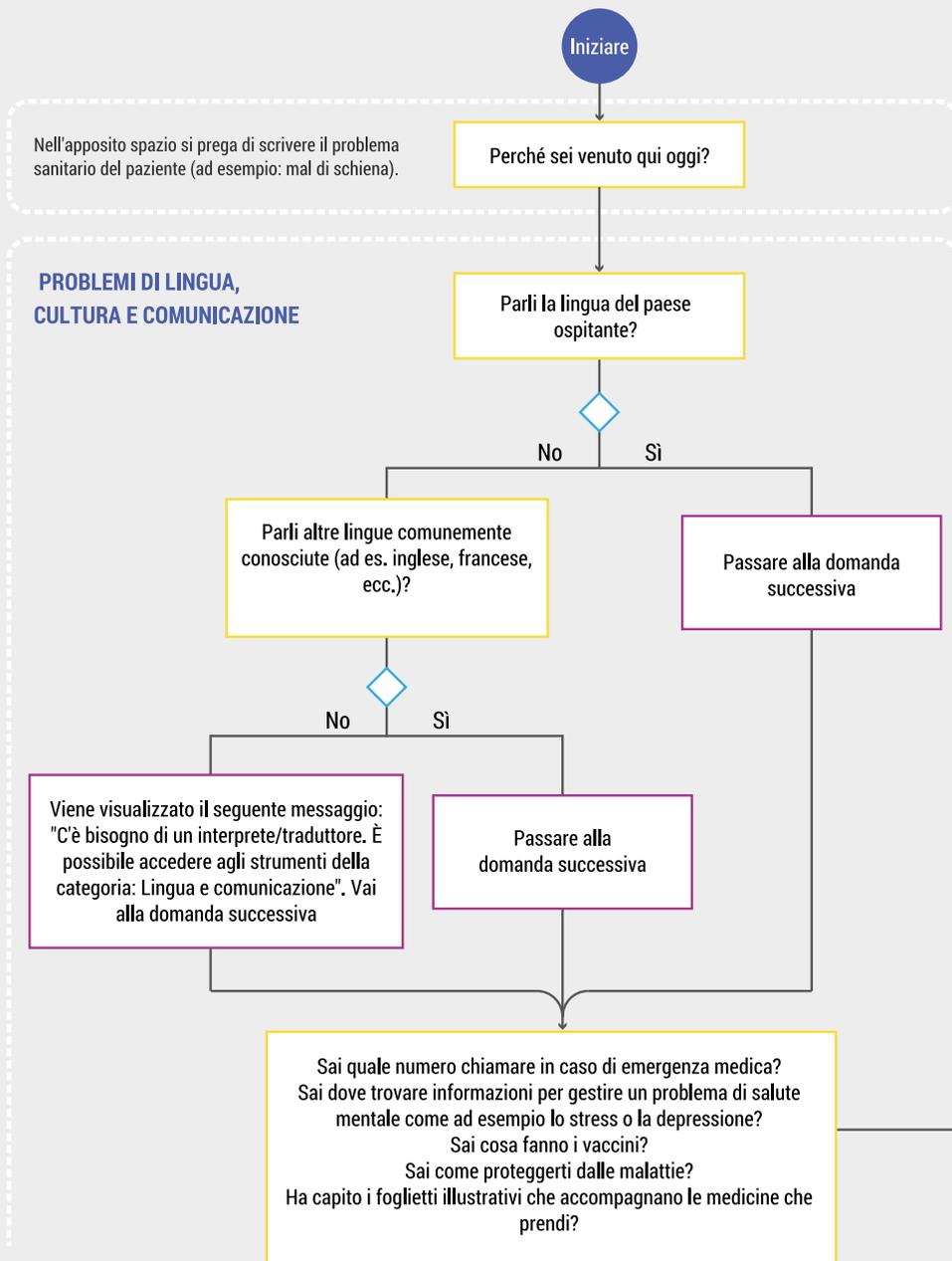
L'OMS stabilisce anche degli indicatori chiave per i fornitori di servizi in termini di MNT tra i migranti/rifugiati:

- › Tutte le strutture sanitarie primarie dispongono di procedure operative standard chiare per il rinvio dei pazienti con MNT a strutture di assistenza secondaria e terziaria.
- › Tutte le strutture sanitarie primarie hanno i farmaci necessari per continuare il trattamento pre-emergenza dei pazienti con MNT, anche per alleviare il dolore.



Si prega di accedere al nostro toolbox per ulteriori strumenti relativi alla gestione delle "MNT" tra i migranti e i rifugiati al seguente link: https://mighealthcare.eu/index.php?option=com_wizard&view=wizard&layout=toolboxfilter&catSelected=10&subCatSel=&langSelected=&materialSel=0&targetSel=0&endSel=0

► L'algoritmo Mig-HealthCare



SALUTE MENTALE

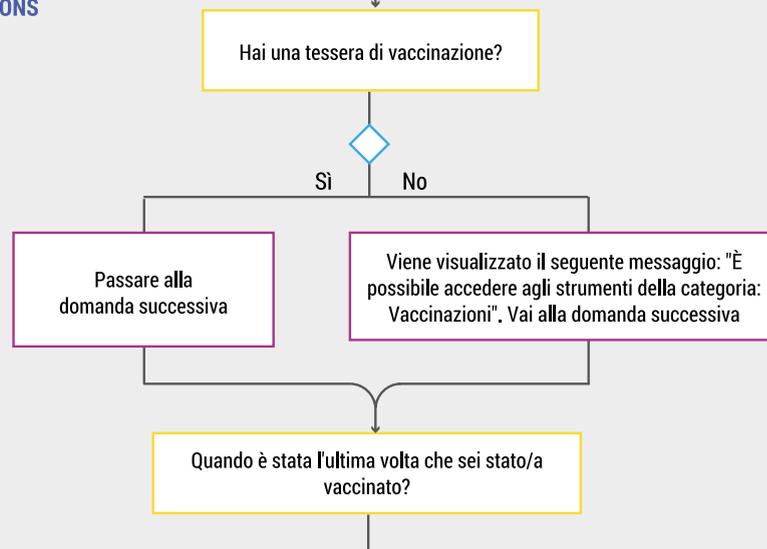
Le seguenti domande riguardano il modo in cui il paziente si sente e come gli/le sono andate le cose con nelle ultime 4 settimane. Si prega di indicare l'unica risposta che si avvicina di più al loro stato d'animo.

Sei stata una persona molto nervosa?	1	2	3	4	5	6
Ti sei sentito/a così giù di morale che niente poteva tirarti su?	1	2	3	4	5	6
Ti sei sentito/a calmo/a e tranquillo/a?	1	2	3	4	5	6
Ti sei sentito/a giù di morale e triste?	1	2	3	4	5	6
Sei stato/a una persona felice?	1	2	3	4	5	6

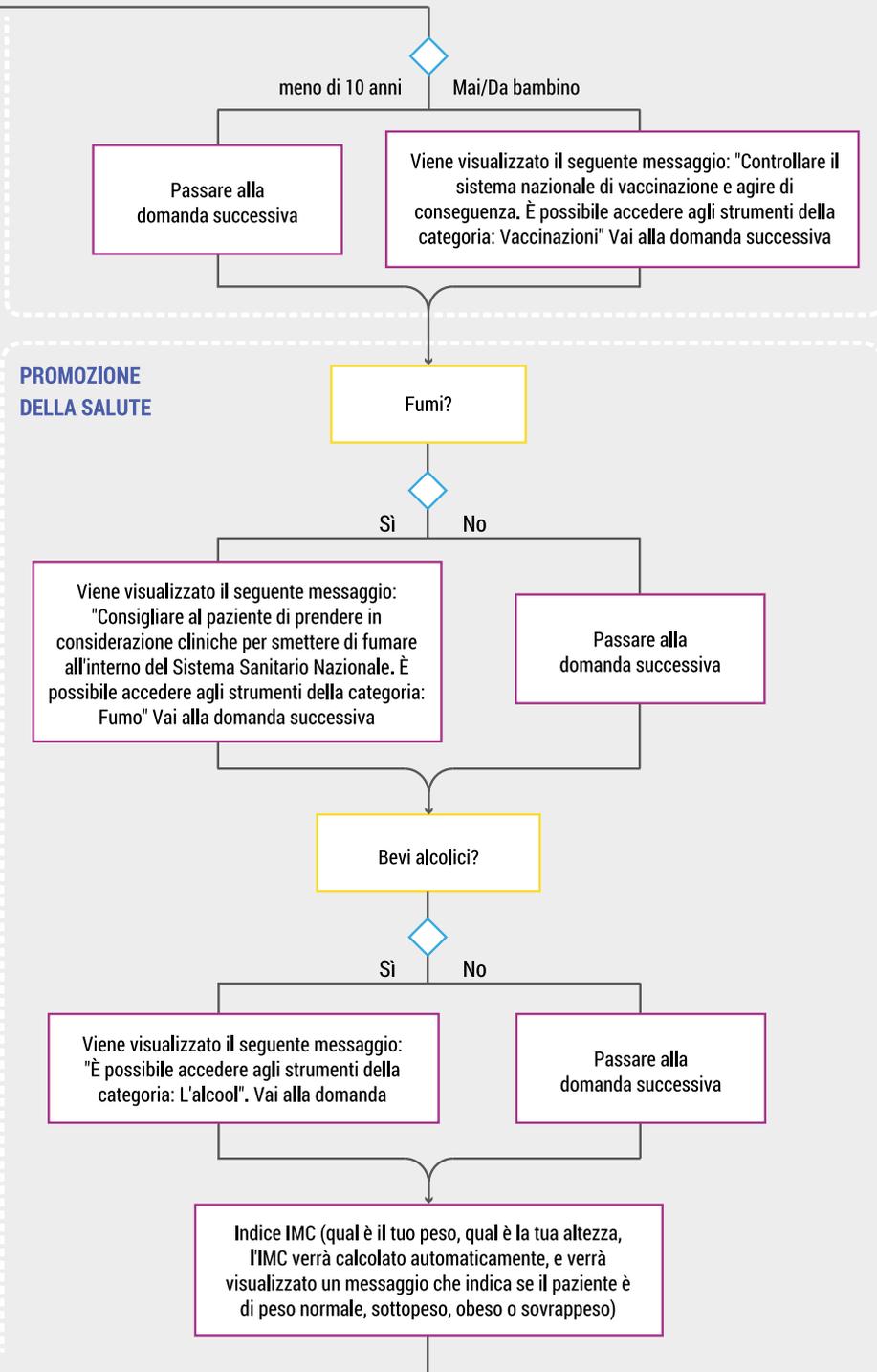
Sempre (1) Il più delle volte (2) Per una buona parte del tempo (3) Alcune volte (4) Un po' del tempo (5) Mai (6)

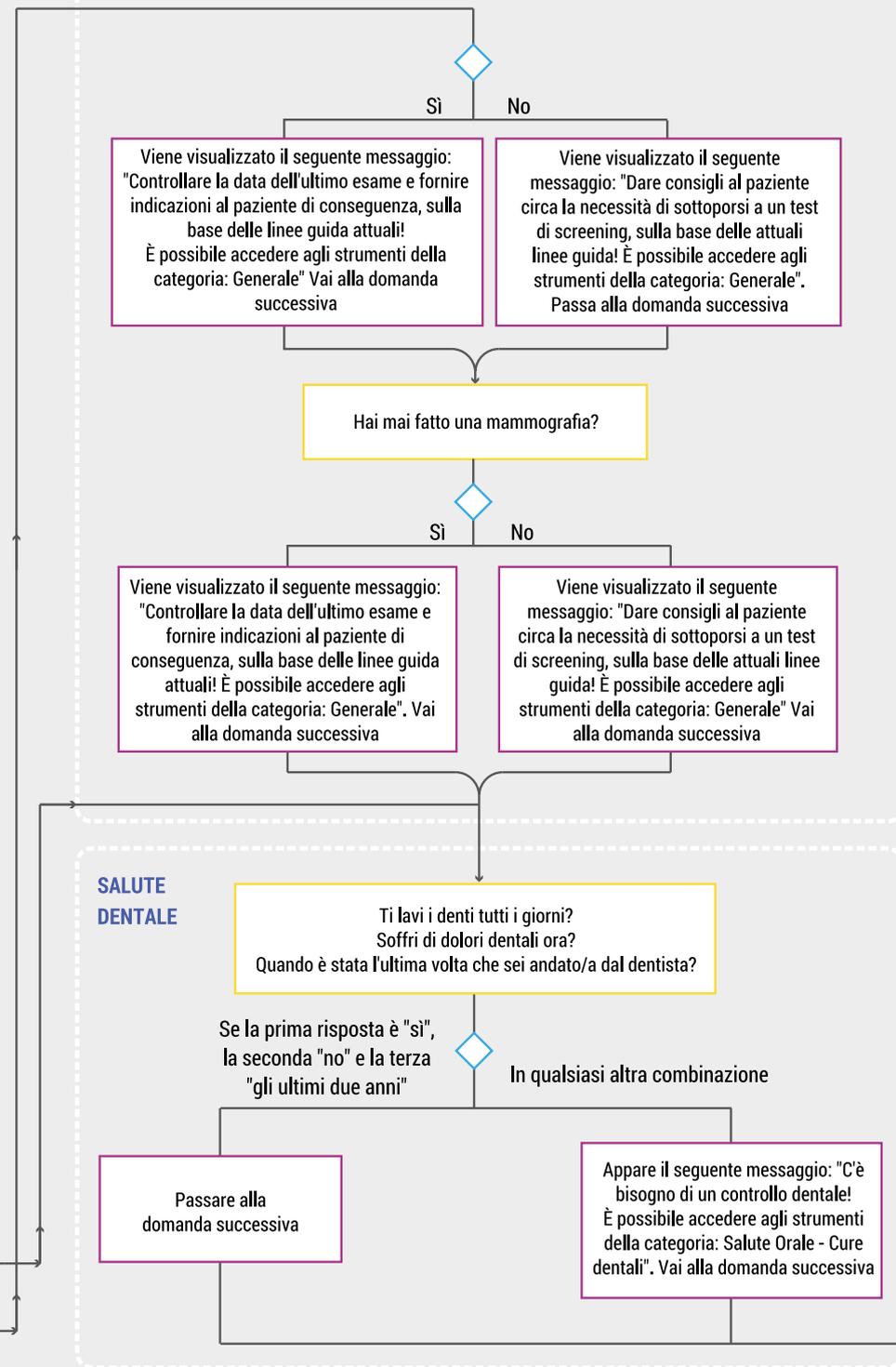
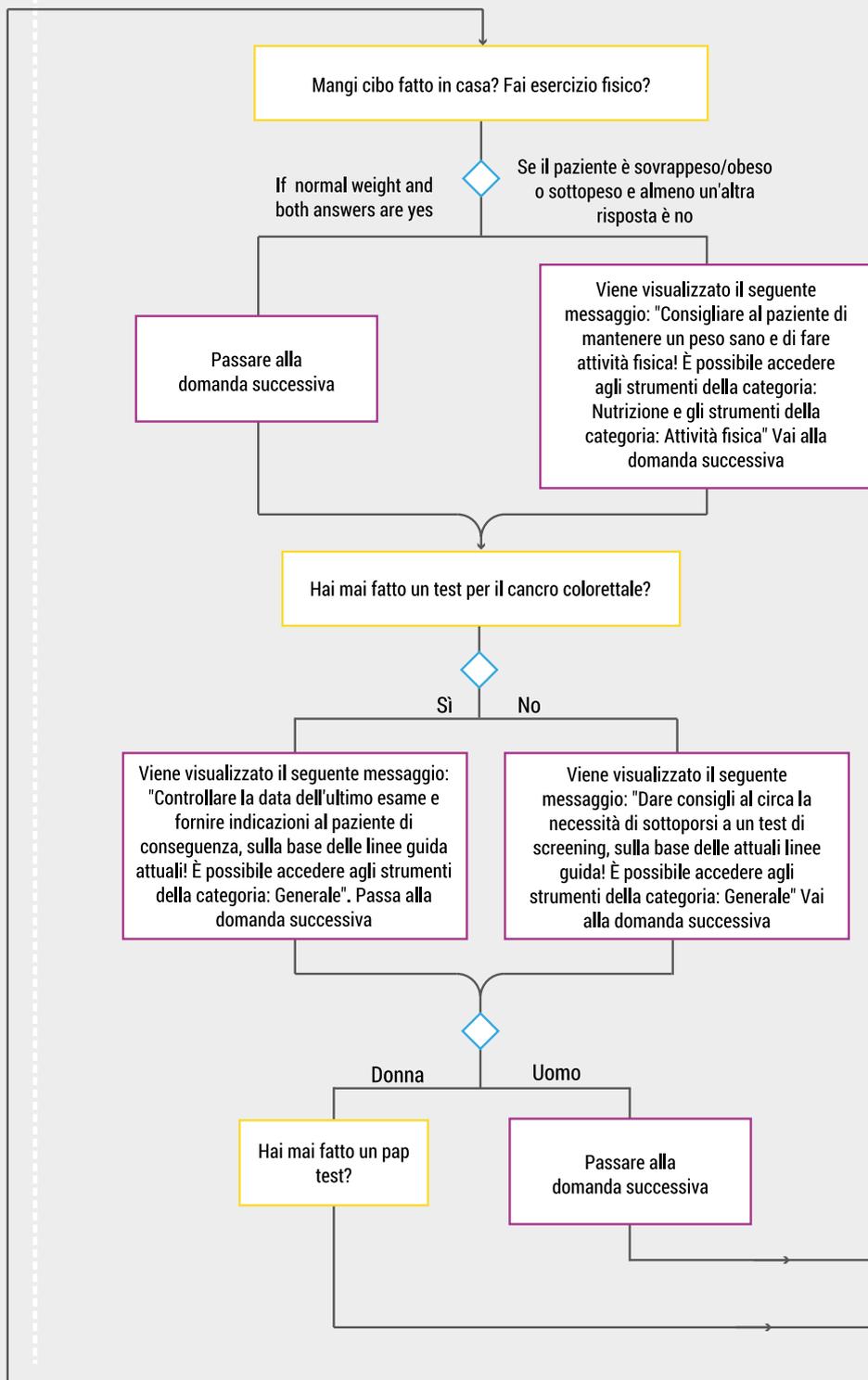


VACCINATIONS



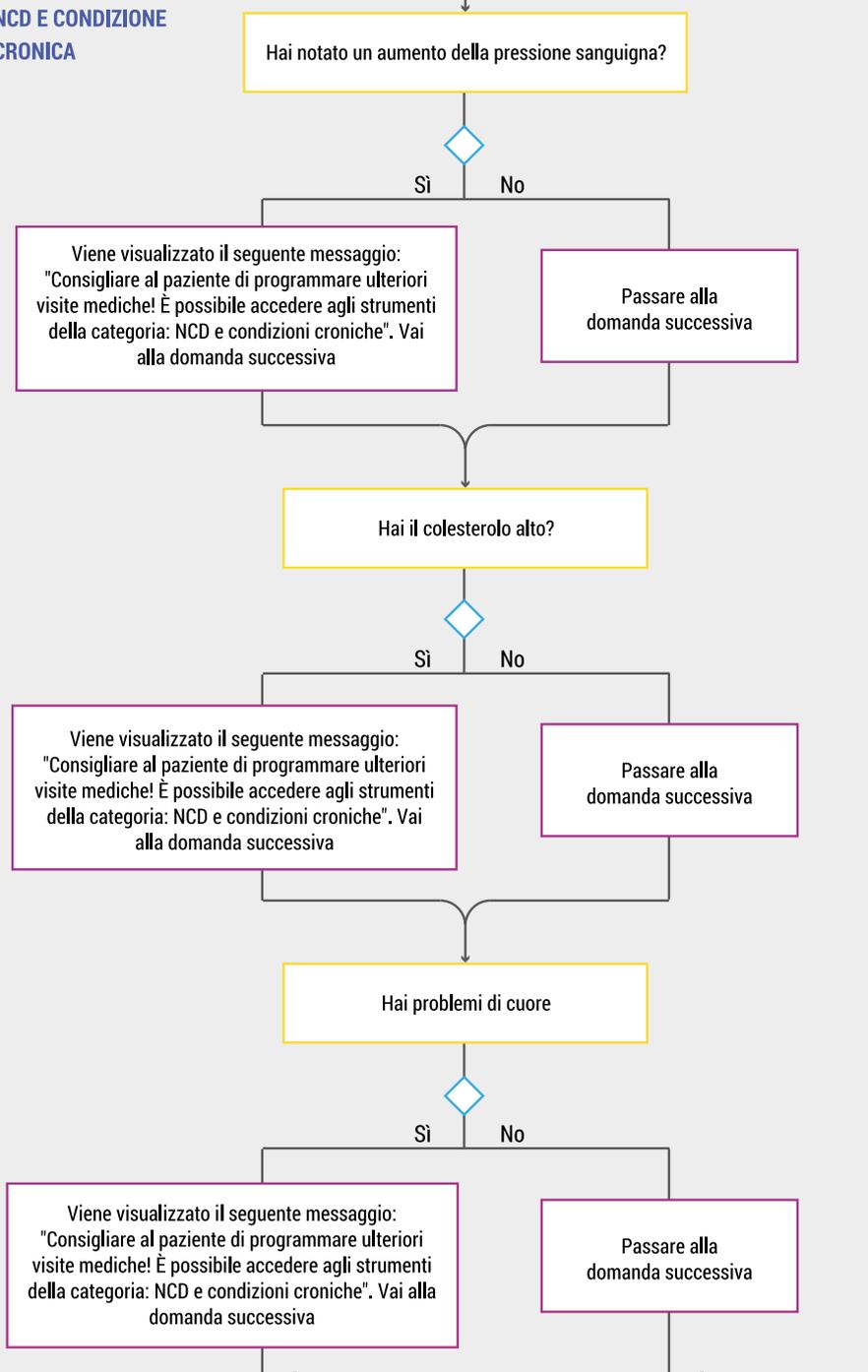
PROMOZIONE DELLA SALUTE



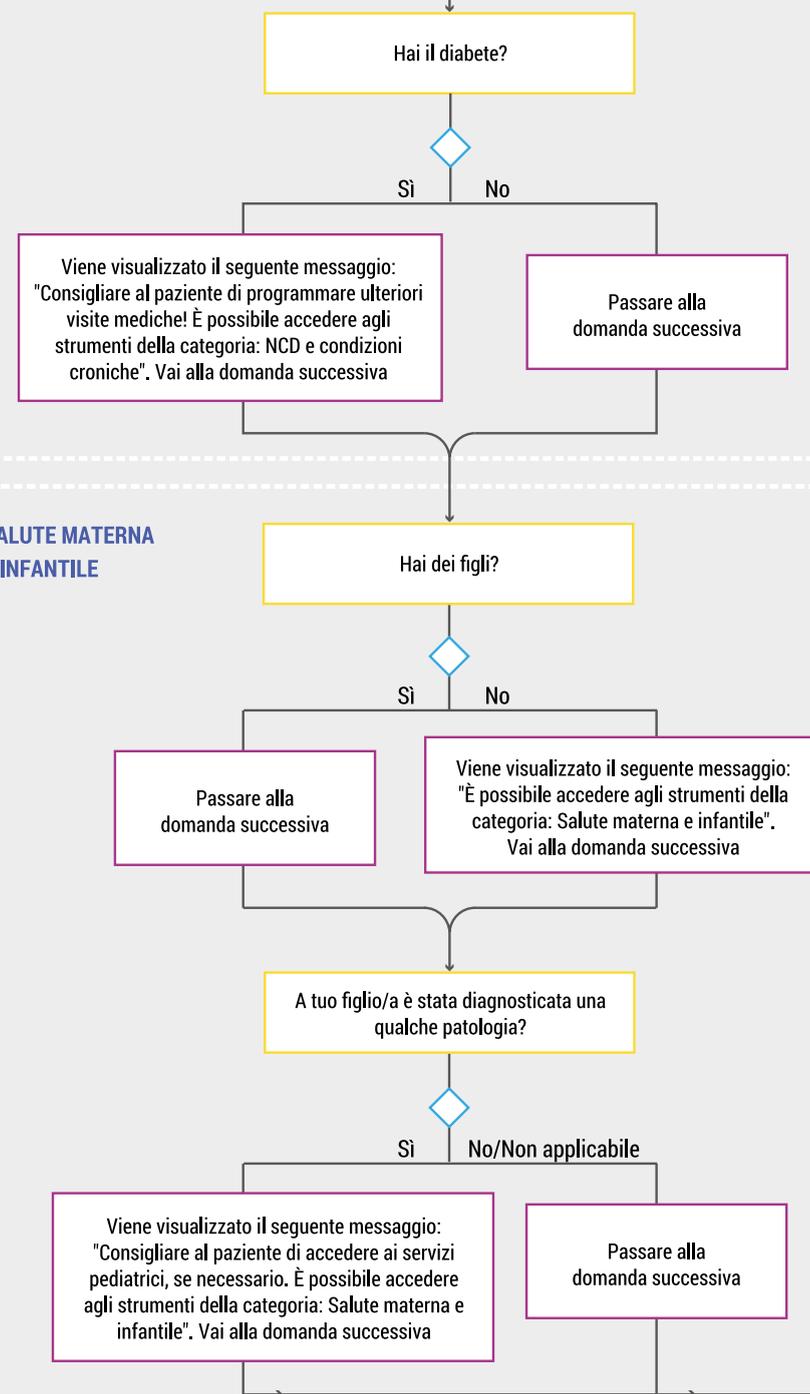


SALUTE DENTALE

NCD E CONDIZIONE CRONICA



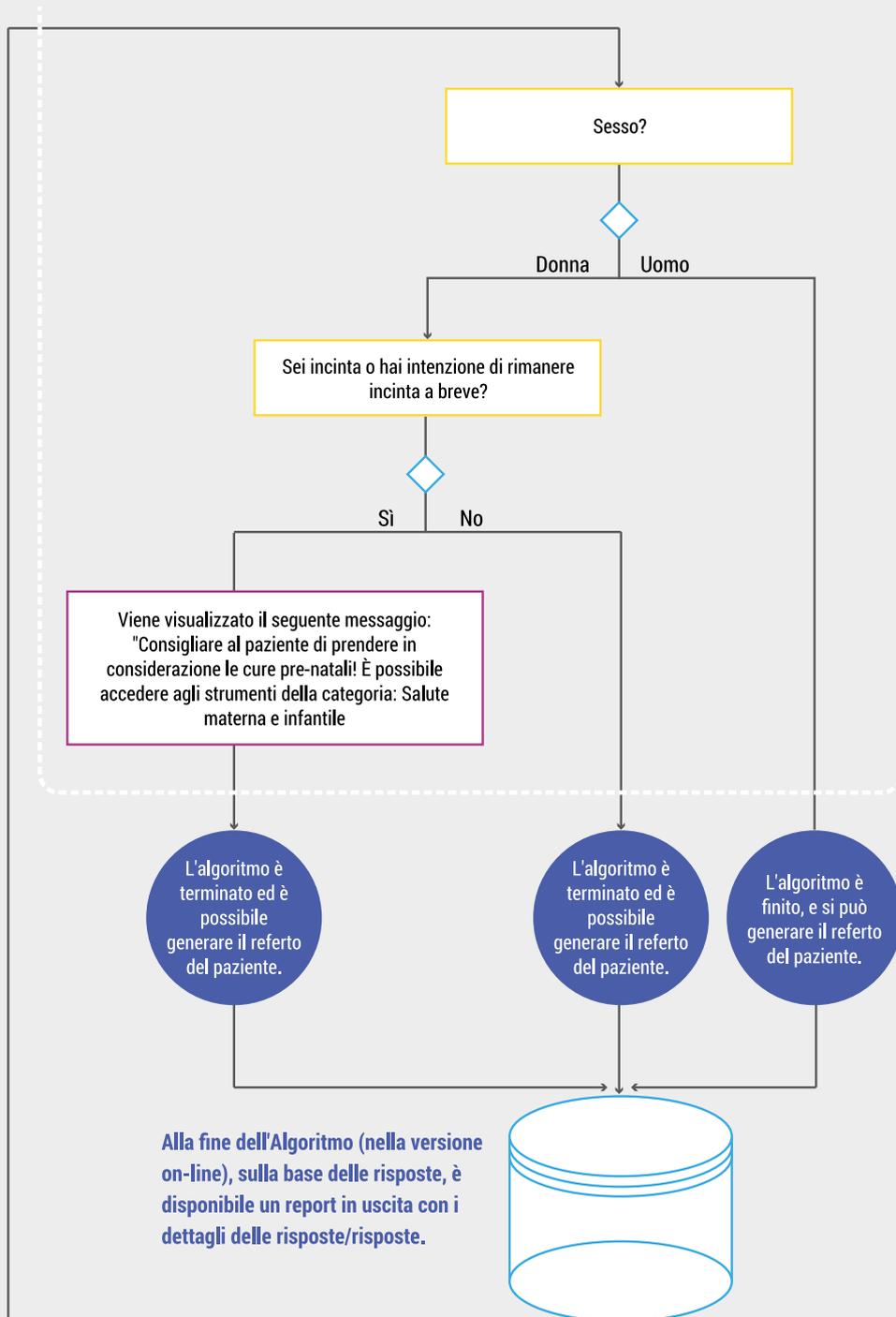
SALUTE MATERNA E INFANTILE



► Riferimenti

I riferimenti testuali completi della bibliografia citata in ciascuna delle questioni sanitarie trattate in questo documento sono accessibili dai seguenti link:

- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Cultura%20Communication\[1\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Language%20Cultura%20Communication[1].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information\[2\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Continuity%20of%20Information[2].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health\[3\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Mental%20Health[3].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations\[4\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Vaccinations[4].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health\[5\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Maternal%20and%20Child%20Health[5].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion\[6\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Health%20Promotion[6].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care\[7\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/Oral%20health-Dental%20care[7].pdf)
- [https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs\[8\].pdf](https://mighealthcare.eu/roadmapPDF/NCDs[8].pdf)





Co-funded by the European Union's
Health Programme (2014-2020)

This publication is part of the project '738186 / Mig-HealthCare' which has received funding from the European Union's Health Programme (2014-2020). The content of this publication represents the views of the author only and is his/her sole responsibility; it can not be considered to reflect the views of the European Commission and/or the Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency or any other body of the European Union. The European Commission and the Agency do not accept any responsibility for use that may be made of the information it contains.