



OSSERVATORIO
MEDICINA DI GENERE

Analisi descrittiva e informativa della salute delle persone migranti in ottica di genere

Raccomandazioni per il personale sanitario

*Documento approvato in seduta plenaria dall'Osservatorio dedicato alla Medicina di Genere in data:
16 giugno 2022*

*Redazione a cura del Gruppo di Lavoro "Diseguaglianze di salute legate al genere" con la
collaborazione dei/delle seguenti esperti/e:*

- *Dott.ssa Maria Augusta Angelucci, Dipartimento Salute Donna e Bambino, AO San Camillo Forlanini, Roma*
- *Dott. Claudio Giovannini, Centro di Riferimento per la Medicina di Genere, Istituto Superiore di Sanità, Roma*
- *Prof. Walter Malorni, Centro per la Salute Globale, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*
- *Dott.ssa Raffaella Michieli, Medico di Medicina Generale esperta in Medicina di Genere*

Indice

1. POPOLAZIONE STRANIERA IN ITALIA	3
1A. PROVENIENZA	3
1B. ETÀ.....	3
1C. SITUAZIONE NELLE SCUOLE ITALIANE.....	3
1D. DISTRIBUZIONE SUL TERRITORIO ITALIANO	3
1E. RELIGIONI PROFESSATE	4
1F. CONDIZIONI SOCIO-ECONOMICHE	4
1G. COVID-19.....	5
2. LE VARIABILI ETNICO-RELIGIOSE.....	5
3. LA MEDICINA TERRITORIALE	8
3A. LA COMUNICAZIONE CON GLI/LE UTENTI STRANIERI/E IN MEDICINA GENERALE: PRINCIPALI CRITICITÀ.....	10
4. CARATTERISTICHE E PROBLEMATICHE DELLA IMMIGRAZIONE FEMMINILE.....	12
5. DISUGUAGLIANZE E ALTRE MINORANZE.....	14
6. ALCUNE NECESSITÀ E RACCOMANDAZIONI PER I MEDICI E PERSONALE SANITARIO	16
7. ATTENZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI	17
BIBLIOGRAFIA	18
NOTE.....	19

1. POPOLAZIONE STRANIERA IN ITALIA

Gli stranieri in Italia rappresentano una minoranza consistente della popolazione. Secondo le Elaborazioni e stime ISMU su dati ISTAT, al 1 gennaio 2021 il totale degli stranieri presenti in Italia è di 5.756.000, gli stranieri residenti sono 5.013.000 a cui vanno aggiunti gli stranieri con regolare permesso di soggiorno ma non residenti cioè non iscritti all'anagrafe di alcun comune italiano, circa 224 mila persone, e gli stranieri immigrati non regolari, non provvisti di permesso di soggiorno, la cui stima attendibile è di 519.000 (Rapporto annuale sulle Migrazioni, Fondazione ISMU), il 10% circa degli stranieri regolari. Dei 5.013.000 immigrati residenti in Italia, la maggioranza (51,7%), è costituita da donne provenienti per l'80% dall'Ucraina, dalla Georgia e da diversi Paesi dell'Est Europa. Gli uomini sono il 48,3%, mentre i minori rappresentano il 20,3% del totale.

1a. Provenienza

Il gruppo nazionale più numeroso è rappresentato dai rumeni (1.138.000), seguono albanesi (circa 410.000), marocchini (408.000), cinesi (289.000), ucraini (229.000), filippini (156.000), indiani (154.000), bangladesi (140.000), egiziani (130.000), pakistani (123.000).

Tra gli stranieri residenti in Italia solo il 30% proviene da un paese della Unione europea. I cittadini non comunitari sono circa 3,6 milioni, il 70 % della popolazione straniera residente, tra questi gli albanesi costituiscono il 11,6 %, a seguire si ha l'11,5 % dei provenienti dal Marocco, il 5,4 % dalla Repubblica Popolare della Cina, il 4,6 % dall'Ucraina.

1b. Età

La popolazione straniera è notoriamente molto giovane (età media sotto i 34 anni), anche se con notevoli differenze per le diverse collettività. I ragazzi tra 0 e 14 anni hanno un'incidenza superiore di 5 punti percentuali rispetto a quella degli italiani. La classe di età tra 15 e 39 anni incide per circa il 45 % sul totale della popolazione straniera, mentre per quella italiana solo per il 26,2 %. Nella fascia di età dai 65 anni in su il 3% della popolazione totale è costituito da stranieri mentre il 23,7% dagli italiani.

1c. Situazione nelle scuole italiane

Gli studenti con cittadinanza non italiana nell'anno scolastico 2019/2020 sono, in valori assoluti, 876.801, il 10,3% del totale, di cui il 64,4% è nato in Italia ma non ha avuto accesso alla cittadinanza. Quasi un quarto dei figli di immigrati, nell'età 3-5 anni, non frequenta la scuola dell'infanzia. Il 30% degli studenti stranieri è in ritardo scolastico a fronte del 9% degli italiani. Il 32% dei ragazzi stranieri tra i 18 e i 24 anni abbandona gli studi contro l'11,3% dei ragazzi italiani.

1d. Distribuzione sul territorio italiano

La maggioranza degli immigrati vive al Nord (58,5%), il Nord Est e il Centro si aggirano entrambi intorno al 24,5%, mentre nel Sud e nelle isole sono il 12,1% e il 4,8%.

Le prime cinque regioni sono: la Lombardia (22,9% della popolazione straniera in Italia), seguita da Lazio, Emilia-Romagna, Veneto e Piemonte. Capitale dell'immigrazione è Roma, in cui risiede il 10%, seguita da Milano (9,2%) e Torino (4,2%).

1e. Religioni professate

La migrazione in Italia, rispetto a quella avvenuta in altri Paesi europei, ha alcune peculiarità: il breve periodo (circa trenta anni) in cui si è sviluppata e radicata fino ad essere un dato strutturale del Paese; la grande pluralità dei paesi di provenienza dei migranti (oltre 200 Paesi di tutti i continenti); l'appartenenza dei migranti a confessioni diverse da quella Cattolica, quali Cristiano-Ortodossa, Cristiano Protestante, Musulmana, Induista, Buddhista, la Sikkista e le varie confessioni animiste.

Dai dati della Fondazione ISMU del 1° gennaio 2021 si stima che tra gli stranieri residenti attualmente in Italia, 2.900.000, il 56,2% appartengono a religioni cristiane. La componente cristiana è costituita in maggioranza da ortodossi che rappresentano il 57,5% dei cristiani, pari ad oltre 1.600.000, il 32,3% degli stranieri, originari soprattutto della Romania, Ucraina e Moldova. Seguono i cattolici, circa 866.000, pari al 30,3% degli stranieri cristiani, per lo più romeni, filippini, peruviani e albanesi. Di religione islamica sono 1.400.000 (il 27,1% del totale), in maggioranza provenienti da Marocco, Albania e Bangladesh. Sono di religione buddista 144.000 stranieri (2,8%), di religione indu 102.000 (2,0%), i sikh sono 98.000 (l'1,9%) e 47.000 appartengono ad altre religioni (0,9%). Gli atei e gli agnostici sono circa 461.000 (9%).

1f. Condizioni socio-economiche

Gli stranieri sono lavoratori dipendenti per l'87%, concentrati soprattutto in alcuni settori: servizi collettivi e personali (642.000 addetti), agricoltura (584.000), industria (466.000), alberghi e ristoranti (263.000), commercio (260.000) ed edilizia (235.000). Seguono gli addetti all'assistenza personale (179.500), i collaboratori domestici e professioni assimilate (111.500). Per quel che riguarda le tipologie contrattuali, preponderante è il reclutamento con forme contrattuali temporanee.

Negli ultimi due anni, causa il susseguirsi di crisi economiche/finanziarie e in ultimo della pandemia da Covid-19, sono aumentati il numero di indigenti, senz'altro, nuovi poveri tra i cittadini sia italiani che stranieri. Tale fenomeno ha maggiormente interessato le minoranze presenti sul territorio nazionale provocandone il peggioramento delle condizioni socio-economiche.

Proprio la popolazione immigrata è stata quella maggiormente esposta alla povertà, soprattutto con l'arrivo della pandemia: oggi riguarda il 29,3% degli stranieri (rispetto al 7,5% degli italiani), risulta indigente più di una famiglia su quattro (il 26,7%, in aumento del 2,3% rispetto agli anni precedenti il Covid), a fronte di un'incidenza del 6% registrata tra le famiglie di italiani.

Il tasso di disoccupazione dei cittadini stranieri (13,1 per cento) è superiore a quello dei cittadini italiani (8,7 per cento), mentre il tasso di occupazione degli stranieri (60,6 per cento) si è ridotto più

intensamente. I giovani e le donne sono i gruppi più svantaggiati. Oltre 9 giovani su dieci svolgono un lavoro a bassa qualifica e a bassa retribuzione. Le donne immigrate hanno sofferto la crisi maggiormente, tanto che la riduzione del tasso di occupazione femminile tra le straniere è due volte maggiore di quello dei maschi.

1g. COVID-19

Il Covid ha fatto registrare numeri alti di contagi sui luoghi di lavoro anche tra gli immigrati. Dall'inizio della pandemia al 31 marzo 2021, sono stati 165.528 i casi di coronavirus registrati, secondo le denunce presentate all'Inail. Il 69,3% di questi ha interessato le donne, il 30,7% gli uomini. L'età media dall'inizio dell'epidemia è di 46 anni per entrambi i sessi. A influire sui numeri del contagio anche il più basso tasso di vaccinazione tra la popolazione straniera che non ha seguito la stessa tempistica di quella degli italiani, la complessità per accedere alle prenotazioni on line, e la mancanza di tessera sanitaria per alcuni gruppi.

La pandemia, come è noto, ha acuito l'esposizione della popolazione straniera ad atti di violenza e sfruttamento rendendola di fatto più invisibile e meno libera di potersi sottrarre alle aggressioni e ai condizionamenti. Da sottolineare che ciò si è registrato con maggiore evidenza tra le donne immigrate, che attualmente rappresentano la metà di quelle assistite nei centri antiviolenza e un 55%-60% delle ospiti delle case rifugio.

2. LE VARIABILI ETNICO-RELIGIOSE

Gli immigrati presenti sul territorio nazionale provengono da più di 200 Paesi dai diversi Continenti. La maggioranza degli immigrati pratica fedi religiose diverse da quella maggioritaria professata in Italia, rendendo il quadro di intervento per le nostre istituzioni piuttosto complesso proprio per le molteplici problematiche rappresentate oltre che dalla religione, anche dalle credenze culturali del paese di provenienza, dalle usanze, dalle tradizioni dell'etnia di appartenenza.

In ogni individuo si intrecciano, in modo differente, cultura nazionale, storia e relazioni familiari, titolo di studio, appartenenza religiosa, progetti migratori, caratteristiche soggettive, salute psichica e fisica, situazione economica, rapporti sociali, grado di inclusione o di emarginazione.

Tutto ciò pone temi particolarmente complessi nelle relazioni tra le popolazioni di migranti o di origine migrante, e l'organizzazione dei servizi sanitari italiani.

Realtà culturali, tradizioni e sistemi di valori sono spesso non adeguatamente conosciuti dagli operatori italiani, che intervengono nei vari settori: scuola, sanità, amministrazione, istituti di pena. Anche a causa del perdurare di stereotipi e pregiudizi.

Il diritto degli individui, non solo dei cittadini, di accedere alle cure sanitarie è un principio che trova il proprio fondamento in primo luogo nell'art. 32 della Costituzione Italiana.

Il diritto alla salute è diritto universale, tuttavia, sono diversi gli ostacoli che impediscono alla popolazione immigrata di accedere ai servizi di cui possono usufruire: le barriere linguistiche e culturali, la limitata conoscenza delle regole e del funzionamento del SSN, la diffidenza verso un sistema sanitario che non viene riconosciuto come proprio, nonché le difficoltà e le incomprensioni incontrate nel rapporto con gli operatori sanitari.

Proprio la difficoltà di interazione e di comunicazione nel rapporto tra operatore e immigrato resta un problema che ancora investe tutto il nostro SSN. Anche se in modo diverso tra regione e regione, le cause derivano indubbiamente dagli insufficienti e/o inadeguati investimenti in risorse sia economiche che umane in sanità pubblica, con conseguente carenza nell'adeguamento dei servizi e nella formazione del personale sanitario addetto. La maggior parte dei servizi mostrano ostacoli non solo di tipo linguistico, ma anche scarsa disponibilità in versione multilingue delle norme in vigore per accedere ai servizi del SSN anche per migranti regolari.

I concetti di salute e di malattia, le differenze di genere, le aspettative di cura e terapia assumono significati e valenze anche molto variegati con una conseguente pluralità di comportamenti, che vanno costantemente indagati e considerati.

Per fare alcuni esempi, necessariamente schematici, nell'Ebraismo la malattia viene considerata come una mancata osservanza delle disposizioni divine e quindi conseguenza di una scarsa attenzione della persona in merito a prevenzione e cura, e quindi accettata come parte della propria natura e come prova inviata da Dio.

Per l'Islam è fondamentale la prevenzione poiché la malattia è testimonianza di uno stato di squilibrio dell'individuo nel suo insieme e quindi uno strumento di autocritica e spinta per il miglioramento personale sia spirituale che fisico.

Nelle religioni orientali il benessere è la risultanza dell'armonia della persona, non solo a livello individuale ma anche in relazione all'ambiente in cui vive; mentre la malattia è stimolo per la riconquista di tale armonia. Benessere e malattia vanno considerate e accettate come prove della non permanenza o transitorietà dello stato dell'individuo e della natura.

Il concetto di salute e malattia possono essere diversi tra donne e uomini e nelle differenti culture.

La percezione della malattia, il tipo di cure e l'accesso e fruibilità ai servizi sociosanitari sono molto diversi nelle varie regioni del mondo ed in particolare rispetto ai sistemi sanitari europei, di conseguenza il confronto tra utenti immigrati e strutture europee si traduce, in molti casi, nel confronto tra sistemi medici profondamente diversi e tra diverse concezioni del rapporto sintomo-malattia-terapia. Ciò genera incomprensioni tra curante e curato se il personale sanitario è strettamente aderente ai protocolli terapeutici in essere e rifiuta un approccio consapevole delle differenze tra culture, delle pratiche, del vissuto e delle credenze di chi viene da altri paesi.

L'assenza di valutazione dei determinanti culturali e di genere mette a rischio l'aderenza alle cure e l'efficacia terapeutica dell'intervento sanitario.

L'intreccio tra cultura e religione di cui la popolazione degli immigrati è portatrice, tende a persistere e ad essere tramandato di generazione in generazione anche quando le situazioni cambiano, in quanto permane il ruolo identitario, di aderenza alle proprie tradizioni e di coesione. Questo può spiegare in parte la presenza, in molti gruppi di immigrati, di pratiche di cura legate alla cultura d'origine, talvolta preferite a quelle offerte dal SSN. Esse sono spesso indotte dalla famiglia o dalla comunità di appartenenza, anche a livelli non espliciti, nel solco di tradizioni educative, psicologiche e comportamentali, che vanno inevitabilmente a confliggere con la medicina ufficiale del paese ospitante.

In caso di malattia, infatti, esiste e perdura una sostanziale diffidenza verso la medicina occidentale. Questo è particolarmente evidente per alcuni gruppi di immigrati provenienti da Paesi orientali ed africani, che continuano a utilizzare prodotti terapeutici della medicina tradizionale, talora anche

associandoli alla terapia prescritta dal medico, provocando problemi relativi alle modalità di assorbimento, distribuzione, metabolismo ed eliminazione di un farmaco (farmacocinetica) e della sua efficacia.

In molte culture, poi, le donne dipendono dal parere del marito per accedere alle cure, hanno difficoltà a sottoporsi ad una visita con un medico di sesso maschile, se non viene loro assicurata la presenza di un medico donna spesso evitano o riducono il numero di visite per lo screening dei tumori femminili, così come per i controlli in gravidanza, mettendo a rischio la loro salute e quella del neonato.

Immigrati provenienti da alcuni paesi musulmani non accettano di essere visitati o curati da medici o altro personale sanitario che non sia dello stesso sesso del paziente.

Nel caso delle donne oltre al rifiuto di farsi soccorrere da personale sanitario maschile c'è il ricorso alla delega all'accompagnatore maschio (padre, marito, fratello) sia per l'elencazione dei sintomi sia per le prescrizioni terapeutiche. Si è visto anche che individui di sesso maschile, appartenenti ad alcuni gruppi di immigrati, evitano di recarsi dal medico o al pronto soccorso, anche in condizioni patologiche estreme, perché questo sminuirebbe il ruolo sociale dell'individuo nella comunità.

L'appartenenza di genere per alcune confessioni religiose, può limitare comunque l'accesso ai servizi sanitari. Ad esempio, le donne induiste non si recano dal ginecologo se non alla fine della gravidanza; le donne buddiste desiderano essere visitate solo da personale dello stesso sesso, e ai monaci è proibito essere accuditi da personale di sesso femminile.

Per quel che riguarda i minori, si registra la difficoltà dei bambini, dei ragazzi o delle ragazze a farsi visitare da medici dell'altro sesso, difficoltà e imbarazzo che esiste anche per la presenza della madre o del padre rispettivamente, durante la visita dal pediatra. Non di rado le ragazze chiedono di rimanere da sole col medico, non sapendo che, per legge, i minori devono essere visitati sempre in presenza di un genitore.

Gravissime poi sono le evidenze del persistere di pratiche chirurgiche tribali illegali, pur non dettate da imposizioni di carattere religioso, seguite da alcuni gruppi minoritari, quali le circoncisioni e le mutilazioni parziali o totali dei genitali femminili, effettuate in casa con strumenti impropri in condizioni igieniche precarie, che mettono in serio pericolo la stessa vita dei minori e necessita di ricorso al nostro SSN in condizioni tali da essere trattati in emergenza.

La non conoscenza da parte del personale sanitario delle tradizioni culturali ancestrali può determinare discriminazioni ed allontanare gli utenti stranieri dai servizi, come accade per le donne portatrici delle Mutilazioni Genitali femminili (MGF) che spesso durante la visita ginecologica vengono sottoposte ad esclamazioni tipo: "aiuto che ti hanno fatto", "ti hanno rovinata", "immagina che dolore".

Molte donne provenienti dal Corno d'Africa, zona di alta incidenza della pratica di MGF, si lamentano di venire sottoposte a doppia vittimizzazione ogni volta che vanno in ambulatorio ginecologico e riducono le visite per la prevenzione dei tumori femminili.

È importante che il personale sanitario conosca le norme in vigore sulla protezione umanitaria, se rileva che una donna è portatrice di MGF, che ha subito pratiche nocive alla sua salute e riportato gravi lesioni che hanno minato la sua integrità psico-fisica, può certificare la presenza di MGF o altre lesioni nocive.

Il personale sanitario può informare l'utenza proveniente dai Paesi a rischio di MGF sul diritto delle vittime di presentare una richiesta di asilo poiché la violenza contro le donne è riconosciuta come una forma di persecuzione posta dal legislatore alla base del riconoscimento della protezione internazionale (discriminazione di genere).

Nel rispetto del principio del non-refoulement le donne vittime di violenza, di MGF, di matrimoni forzati, indipendentemente dal loro status, non devono essere rinviate verso Paesi dove la loro vita potrebbe essere esposta al rischio di torture o di trattamenti inumani e degradanti (art. 61 della Convenzione di Istanbul).

Il personale sanitario formato può certificare le varie forme di violenza subite dalle donne migranti, questa documentazione è importante per facilitare loro il riconoscimento per la protezione umanitaria e lo status di rifugiata. Alle donne deve essere garantito un regolare e tempestivo accesso alla informazione sui loro diritti in una lingua a loro comprensibile. L'Unicef stima che nel mondo ci sono 125 milioni di donne che vivono con le sequele delle MGF. Secondo le stime delle NU 200 milioni di donne e bambine nel mondo hanno sofferto di varie forme di mutilazioni genitali.

Questi aspetti pongono temi particolarmente complessi nelle relazioni con le popolazioni di migranti o di origine migrante, e implicano la necessità di un approccio geografico, fenomenologico e personalizzato nella valutazione delle strategie da mettere in atto in merito a prevenzione, accesso alle cure, interventi terapeutici, che devono necessariamente tenere conto anche delle problematiche riguardanti il ruolo sociale riservato agli individui appartenenti ai diversi sessi da confessioni e culture diverse.

La conoscenza di tutte le criticità può offrire gli strumenti necessari a garantire il superamento di eventuali discriminazioni e offrire un'adeguata offerta da parte del SSN a tutti, indipendentemente dalla cittadinanza. Occorre pertanto porre le basi per una sanità pubblica che ponga al centro la persona nel suo complesso, una sanità transculturale, che sia capace di accoglienza e di fornire servizi di prevenzione, diagnosi e cura a tutte le persone presenti sul territorio nazionale indipendentemente dalla religione professata, dalla etnia, dalla cultura del paese di provenienza, dalla condizione economico-sociale e, non da ultimo dall'appartenenza di genere

3. LA MEDICINA TERRITORIALE

La migrazione è un fenomeno strutturale dei nostri tempi, e per questo la tutela della salute della popolazione straniera diventa un atto essenziale ed imprescindibile di salute pubblica, che deve essere garantito e deve realizzarsi in tutte le politiche sociosanitarie; questo non solo perché il diritto alla salute è un diritto fondamentale e inalienabile delle persone, ma anche e soprattutto perché difendere la salute dei migranti significa difendere quella dell'intera comunità. Il modo in cui viene organizzata ed erogata l'offerta sanitaria assume quindi un ruolo centrale, in quanto può essere allo stesso tempo veicolo di meccanismi che generano disuguaglianze e malattie, o essere parte di una soluzione.

L'accesso alle cure per la popolazione immigrata in Italia è tutelato da una delle legislazioni più inclusive nel panorama europeo e mondiale. Nonostante questo, l'interpretazione e l'applicazione della normativa sull'accesso alle cure per le persone straniere sono altamente disomogenee sul territorio, sia a livello nazionale che all'interno delle stesse Regioni/Province autonome. Diventa quindi necessario riaffermare che i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale

(universalità, globalità ed equità) sono alla base della realizzazione del diritto alla tutela della salute, tutelato dall'Art. 32 della Costituzione, e che i principi organizzativi definiti a livello nazionale (la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela della salute attraverso la realizzazione del Livelli Essenziali di Assistenza - LEA, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori e l'integrazione socio-sanitaria) devono orientare la programmazione sanitaria su tutti i livelli.

La tutela della salute della popolazione immigrata rappresenta un ambito di lavoro caratterizzato da complessità e dinamicità, e necessita di strumenti multidisciplinari e integrati che si avvalgono degli approcci teorici dei determinanti sociali e della promozione della salute.

Negli ultimi decenni si è assistito ad un imponente flusso migratorio proveniente soprattutto dalle zone dell'est Europa, dall'Asia e dall'Africa verso il sud Europa, e quindi anche verso l'Italia. Molta di questa popolazione è rappresentata da stranieri residenti di prima generazione (spesso immigrati in Italia da diversi anni) e dai loro figli nati in Italia. Questo importante gruppo di popolazione è di regola in possesso di un visto di soggiorno valido e iscritto al Servizio Sanitario Regionale. Si tratta di un profondo cambiamento demografico, culturale ed economico, che rappresenta una nuova sfida anche per il sistema dell'assistenza sanitaria primaria, il quale si trova a confrontarsi con popolazioni profondamente differenti dai residenti di cittadinanza italiana rispetto alle modalità di accesso ai servizi sanitari – e in particolare all'ambulatorio del medico di medicina generale (MMG) – ma anche rispetto ai fattori di rischio e all'incidenza di malattie acute e croniche. La letteratura da paesi europei con esperienza migratoria ormai fortemente stabilizzata, evidenzia come gli stranieri siano più fragili, e molte malattie croniche abbiano una prevalenza più alta tra gli stranieri rispetto alla popolazione nativa. Dagli studi condotti nei paesi europei, dove la storia migratoria è ormai fortemente consolidata, emerge che malattie come ipertensione, diabete, malattia renale cronica, obesità e sindrome metabolica hanno maggior prevalenza nella popolazione straniera rispetto alla popolazione nativa. In particolare, gli immigrati provenienti dall'Africa Sub-Sahariana e dal Sud-Est Asiatico presentano un rischio maggiore di ictus e di malattia renale cronica allo stadio terminale. Secondo la società italiana di diabetologia il rischio di sviluppare diabete mellito di tipo 2 varia in base alla provenienza del paese di origine, e risulta essere da tre a cinque volte più alto per chi proviene dal Sud-Est Asiatico, da due a quattro volte più alto per chi viene dal Medio Oriente e dal Nord Africa, e da due a tre volte superiore per chi proviene dall'Africa Sub-Sahariana. Complessivamente il rischio di sviluppare diabete tra i migranti è 55% superiore rispetto agli italiani con caratteristiche sovrapponibili, anche se gli immigrati sviluppano la malattia in età più giovane. A conferma di ciò uno studio del 2015 pubblicato dalla rivista 'Lancet' fa emergere come gli asiatici del sud, quando vivono in paesi ad alto reddito, hanno un rischio molto elevato di sviluppare diabete mellito di tipo 2 rispetto alla popolazione europea, e in genere sviluppano la malattia 5-10 anni prima e con un BMI inferiore. Tra le malattie dell'apparato respiratorio nel complesso, la prevalenza di asma e di malattie allergiche negli immigrati provenienti da paesi meno ricchi è inferiore rispetto ai paesi ospiti ad alto reddito, però il rischio di sviluppare queste malattie aumenta con il tempo di permanenza nel paese ospite, a dimostrazione del fatto che oltre la predisposizione genetica anche i fattori ambientali giocano un ruolo determinante nello sviluppo di atopia.

Per quanto concerne la patologia tumorale va evidenziato il fatto che la maggior parte degli immigrati vengono da zone geografiche (Africa, Centro e Sud America, molte regioni asiatiche e l'Europa

dell'est) dove ancora non è fortemente consolidato il concetto di screening oncologico per il cancro della cervice uterina e del colon-retto. Inoltre, ricordiamo che l'infezione da papillomavirus umano è altamente prevalente nei paesi dell'Africa Subsahariana e dell'Est Europa, e che le persone provenienti da quest'ultima zona rappresentano la grande maggioranza di immigrate in Italia. In un articolo del 2015, pubblicato su 'Quotidianosanita.it', gli oncologi sottolineano il fatto che meno del 50% delle donne immigrate nella fascia d'età raccomandata si sottopone al pap-test contro le 72% delle donne italiane. Il 43% (contro il 73% delle donne italiane) effettua regolarmente la mammografia e solo il 20,7% (contro il 47% dei cittadini italiani) esegue l'esame del sangue occulto nelle feci. Un altro aspetto da considerare nelle malattie croniche della popolazione straniera sono anche le infezioni croniche che predispongono a patologie tumorali, come l'epatite B e C, e l'infezione da *Helicobacter Pylori*, tutte patologie che hanno maggior prevalenza rispettivamente nei paesi dell'Asia Orientale e dell'Africa sub-sahariana per l'epatite B, nei paesi del Mediterraneo Orientale e dell'Europa per l'epatite C, nei paesi dell'Africa, Est Europa, Asia e America Latina per l'*Helicobacter pylori*.

Altre malattie croniche con le quali il medico di medicina generale si deve interfacciare sono anche i disturbi mentali, i disturbi muscolo-scheletrici e dell'apparato gastro intestinale, le malattie genetiche e le malattie infiammatorie immuno-mediate. In particolare, la letteratura scientifica ha dimostrato nei migranti un aumento dell'incidenza di disturbi mentali comuni e gravi, come disturbi psicotici, disturbi dell'umore e d'ansia e disturbi post-traumatici. Tra le malattie genetiche nei migranti, ricordiamo le emoglobinopatie, come la talassemia, il favismo e l'anemia falciforme, che sono altamente prevalenti nelle zone geografiche da dove arriva la maggior parte della popolazione straniera residente in Italia (Africa, Medio-oriente, Sud-Est Asiatico, paesi del Pacifico Occidentale). Avere una conoscenza sulla vulnerabilità della salute del paziente straniero, conoscere quali patologie croniche ha maggior rischio di sviluppare e intrecciare tali conoscenze con i fattori di rischio, gli aspetti culturali e religiosi, aiuta il medico di medicina generale ad offrire un'adeguata assistenza sanitaria. L'elevato e spesso inappropriato ricorso al Pronto Soccorso rende evidente la presenza di barriere all'accesso all'ambulatorio del medico di medicina generale: ostacoli linguistici e culturali, barriere derivanti dai ruoli di genere, aspetti logistici, scarsa conoscenza dei fattori di rischio per le malattie croniche. D'altro canto l'attenzione ai problemi di salute degli stranieri residenti è spesso distorta dalla grande enfasi riservata alle malattie di importazione – infettive e non infettive – in assenza di dati epidemiologici e di un approccio scientificamente e culturalmente solido al paziente straniero. L'importanza attribuita alle basi genetiche dello stato di salute e malattia degli stranieri è spesso impropriamente ed eccessivamente enfatizzata e può contribuire essa stessa a sviare l'attenzione rispetto ad interventi di prevenzione ed assistenza primaria rivolti a patologie evitabili (4-5). Per ultimo, ma non in ordine di importanza, va considerato il fatto che gli stranieri residenti – anche se inseriti spesso da diversi anni nel sistema scolastico, produttivo e di sicurezza sociale e sanitaria – sono coinvolti in maniera marginale in percorsi di cittadinanza o di partecipazione civica attiva e hanno quindi scarse possibilità di influenzare le scelte di programmazione – anche sanitaria – che li riguardano.

3a. La comunicazione con gli/le utenti stranieri/e in medicina generale: principali criticità

Nell'assistere un paziente la comunicazione deve necessariamente essere esaustiva poiché uno scambio appropriato di informazioni è alla base di un corretto processo diagnostico e di interventi clinici efficaci. Infatti la relazione che si stabilisce tra medico e paziente, più in generale tra operatore/operatrice sanitario/a e utente, condiziona la qualità delle cure prestate e il livello di *compliance* dell'utente.

La medicina generale è il luogo di primo contatto medico all'interno del sistema sanitario, fornisce un accesso diretto ed illimitato ai suoi utenti, si occupa di tutti i problemi di salute, indipendentemente dall'età, sesso, e ogni altra caratteristica della persona. Questa è una delle peculiarità professionali elencate nell'Accordo Collettivo Nazionale che regola la disciplina. Il medico di medicina generale, gate-keeper del sistema sanitario nazionale e diffuso capillarmente su tutto il territorio nazionale è antenna sensibile della realtà sociale e culturale del nostro paese. Le cure erogate dagli operatori della medicina generale, longitudinali e continue, sono inoltre basate sull'approccio centrato sulla persona e fondate sulla costruzione di una relazione protratta nel tempo. Nell'ambulatorio del medico di famiglia i problemi di salute vengono affrontati nella loro dimensione fisica, psicologica, sociale, culturale ed esistenziale. Una efficace comunicazione tra medico e paziente è perciò fondamentale. Le barriere linguistiche e culturali che il medico incontra durante la consultazione con il paziente straniero rendono necessario uno sforzo aggiuntivo per la costruzione di un'efficace relazione di cura, il paziente immigrato è per questo motivo considerato spesso un paziente "difficile". Il medico di medicina generale deve essere quindi particolarmente attento al superamento delle difficoltà di comunicazione con questi assistiti, per aiutarli a scoprire e usare correttamente i servizi sanitari e per poter conquistare pienamente la loro fiducia. In ogni civiltà la concezione della salute è frutto di una sintesi di storia, consuetudini e tradizioni ma anche leggi e problematiche legate a eventuali disagi climatico-ambientali e a malattie endemiche.

Negli ultimi anni, accanto agli indicatori di salute abituali (epidemiologici, socio-sanitari, socio-economici, ambientali, stili di vita), si pone sempre più l'accento sui fattori culturali. L'antropologia medica evidenzia come gli individui in ogni contesto sociale percepiscano, interpretino e affrontino la malattia e la salute con modalità strettamente connesse al vissuto personale e all'ambiente socio-culturale di appartenenza. Per diverse popolazioni, africani e asiatici, la percezione di malattia è la rottura di un equilibrio che può essere divino, energetico o psichico-relazionale (es. in Africa, dove le cause di malattia vengono spesso ricercate in interventi di tipo sovranaturale non solo sull'individuo ma anche nell'intera comunità). Abitudini radicate come il digiuno del ramadan nel mondo musulmano influenzano significativamente la vita delle persone, soprattutto se portatori di patologie. Le medicine tradizionali spesso si integrano con quella "occidentale", gli africani hanno conoscenza ed esperienza di entrambe e non hanno difficoltà ad accettare cure da medici italiani; in Cina, dove non esiste una medicina di base, patologie del tutto assimilabili a quelle che si vedono negli ambulatori italiani di medicina generale afferiscono alle strutture ospedaliere e tutti gli ospedali hanno dipartimenti di medicina tradizionale cinese accanto a quelli di medicina occidentale e il paziente può scegliere dove rivolgersi. Le maggiori problematiche si incontrano solitamente nel far comprendere le cure preventive, gli stili di vita salutari e la necessità di controlli dopo un intervento o la somministrazione di una terapia. Tra tutte, l'immigrazione cinese riscontra in Italia un maggior numero di problemi di integrazione rispetto ad altre popolazioni, soprattutto a causa della lingua.

Strategie alternative di comunicazione frequenti sono l'aiuto da parte di traduttori non professionisti, spesso familiari del paziente che lo accompagnano alla visita, oppure l'utilizzo di traduttori informatici simultanei (uso diffuso soprattutto tra i medici più giovani) e i mediatori culturali (soprattutto nelle città). Purtroppo a tutt'oggi la disponibilità dei traduttori non è stata data per la medicina generale, ma essi vengono utilizzati soprattutto in reparti ospedalieri. In una ricerca dell'Università di Siena su stranieri provenienti da 25 differenti paesi e che risiedono in Italia da molto tempo, si evidenzia che la totalità degli intervistati dichiara di avere un medico di famiglia, e il livello di soddisfazione per il servizio è considerato abbastanza o molto alto nel 44% dei casi, dato positivo poiché la relazione con questa figura rappresenta un elemento essenziale del processo di integrazione e perché l'ambulatorio è percepito come luogo della parola, dove si cerca un riconoscimento, un legame col mondo esterno.

4. CARATTERISTICHE E PROBLEMATICHE DELLA IMMIGRAZIONE FEMMINILE

Negli ultimi anni in Italia c'è stato un significativo incremento della presenza delle donne nei flussi migratori, fenomeno che sta assumendo caratteristiche sempre più strutturali che richiedono un aggiornamento nell'organizzazione dei servizi e nelle competenze interculturali, nell'analisi delle relazioni genere-specifiche da parte del personale sociosanitario, per migliorare l'accoglienza della nuova utenza, assicurare loro l'accesso ai servizi sociosanitari e fornire adeguate risposte alla specificità dei loro bisogni di salute.

Dai dati del Ministero degli interni nel 2019 ci sono state 43.783 richieste di asilo di cui 32.085 uomini e 11.698 donne.

Gli individui possono emigrare perché desiderano una vita migliore, per fuggire la povertà, le persecuzioni politiche o per pressioni sociali e familiari. Spesso è l'interazione di questi fattori che influenza l'esodo ed ognuna di queste variabili incide diversamente sulle donne e sugli uomini.

I ruoli di genere, le relazioni e le diseguaglianze incidono su chi emigra e perché, agiscono sulla vita dei migranti stessi, su come e da chi viene presa la decisione ed hanno un impatto sia sulle zone di accoglienza che su quelle di provenienza.

La migrazione femminile in passato era motivata dai ricongiungimenti familiari, le donne vivevano relegate all'interno delle famiglie, non conoscevano la lingua locale né i loro diritti. L'invecchiamento della popolazione italiana ha incrementato la domanda del lavoro di cura attirando donne dai paesi dell'Europa dell'Est.

Negli anni novanta in Italia è iniziato un incremento di migrazione esclusivamente femminile, donne che decidono di migrare da sole lasciando a casa figli e marito, dovuto alla crescente richiesta di lavoro di cura per anziani, bambini e lavori domestici.

Meno visibili rispetto agli uomini, le donne rappresentano oggi in media più della metà della popolazione immigrata, seppur con dinamiche territoriali fortemente differenziate e con una grande eterogeneità in base al paese di provenienza: la quota di presenze femminili passa da valori inferiori al 30% tra gli immigrati provenienti dal Bangladesh o dall'Egitto fino ad oltre il 78% nel caso dell'immigrazione Ucraina.

In questo scenario ad ostacolare l'accesso ai Servizi Sanitari per le nuove migranti interferiscono le discriminazioni derivanti dalle norme in essere in materia di migrazione che sovente ostacolano il riconoscimento del loro stato di rifugiate, la loro possibilità di accedere alla regolarizzazione del

soggiorno ed uscire dall'invisibilità nel territorio italiano. Il loro mantenimento nelle condizioni di irregolarità è uno dei fattori rischio di salute poiché aggrava la loro condizione di dipendenza e sfruttamento nel contesto del mercato del lavoro, limita la loro libertà di movimento e le mantiene nei circuiti della tratta di esseri umani per finalità di sfruttamento sessuale, così come nel lavoro.

Considerato ciò, integrare l'approccio di genere culturalmente adattato nell'organizzazione dei servizi sanitari, è un'innovazione necessaria per assicurare adeguate risposte ai bisogni di salute della popolazione migrante, per migliorare l'accesso alle cure, per garantire la tutela della salute delle donne migranti in generale e delle loro famiglie.

Come sottolinea l'O.M.S. la valutazione dei ruoli e delle relazioni con attenzione al genere è un fattore determinante ed essenziale per la salute, per tutelare il benessere dei beneficiari e la loro percezione, per promuovere la salute psico-fisica, per prevenire l'insorgenza delle malattie, per favorire l'adesione ai protocolli terapeutici e migliorarne la loro efficacia.

La "femminilizzazione" dei flussi migratori in Italia ha comportato molti cambiamenti nelle relazioni familiari e trasformazioni dei ruoli e relazioni di potere economico all'interno della coppia. Negli ultimi anni infatti nei servizi a cui accedono le donne straniere, è emerso il fenomeno della denuncia da parte delle donne di violenze e maltrattamenti all'interno delle famiglie. L'applicazione 'rigida' delle linee guida nei confronti della violenza di genere elaborata dalle Reti antiviolenza spesso non tiene conto della componente transculturale. Inoltre, proprio in considerazione delle rappresentazioni culturali che alcune nazionalità hanno della famiglia (Maghreb, Bangladesh, Sri Lanka), diventa indispensabile poter lavorare con i maschi maltrattanti, che spesso all'interno di una famiglia immigrata, hanno perso il ruolo di 'fornitore di sussistenza' per moglie e bambini, creando una possibile causa di 'violenza e maltrattamento'. La relazione terapeutica con donne che hanno vissuto esperienze traumatiche come nel caso della violenza di genere o di tratta ai fini dello sfruttamento sessuale è un approccio complesso che richiede insieme alle necessarie competenze tecniche, ascolto e attenzione per individuare e avviare ad un percorso di aiuto.

Un secondo aspetto che diventa indispensabile per migliorare la salute delle donne migranti è aiutare le donne straniere ad accedere ai servizi socio-sanitari territoriali e ospedalieri che si occupano di salute della gravidanza (consultori e ospedali), garantendo l'apertura degli ambulatori anche nel pomeriggio, infatti molte di loro hanno il giovedì pomeriggio come giorno di riposo da contratto. Adattare gli orari di apertura degli ambulatori agli stili di vita delle donne straniere residenti migliora l'accesso anche delle italiane.

Dalla letteratura e dall'esperienza degli operatori, le donne straniere effettuano meno visite in gravidanza e meno ecografie rispetto alle donne italiane e effettuano la prima visita più tardivamente, talora compromettendo le possibilità di diagnosticare precocemente e monitorare le condizioni cliniche che deviano dalla fisiologia e identificare problemi fisici o di carattere sociale pre-esistente (il 2.65% delle italiane e l'11.5% delle straniere effettua il primo controllo dopo la 12° settimana). È necessario inoltre garantire la tutela della maternità consapevole, favorendo la conoscenza e la piena accessibilità dei metodi contraccettivi e garantendo l'accesso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza

Vi è una netta differenza nell'adesione ai programmi di screening per il carcinoma della mammella e il cervico-carcinoma nell'adesione tra la popolazione italiana e quella straniera. Sono allo studio modalità di miglioramento della comunicazione delle campagne di prevenzione, ma l'attenzione va

rivolta alle donne non iscritte al SSN e non residenti perché più a rischio, non essendo mai state sottoposte a controlli precedenti e provenendo da paesi ad alta epidemia per cervico-carcinoma.

5. DISUGUAGLIANZE E ALTRE MINORANZE

Il problema delle minoranze non si esaurisce ovviamente con le questioni legate ad “etnia” e religioni. In un paese come l’Italia in cui la salute è un diritto di tutti, altre minoranze debbono essere considerate rilevanti. Citiamo qui l’esempio delle comunità Rom e Sinte.

Una cronaca del 1400 ci offre la prima testimonianza della presenza delle popolazioni Rom e Sinte in Italia: si tratta del soggiorno di una compagnia di “egiziani”, che giungono a Bologna nel luglio del 1422. Le comunità rom e sinte si sono da sempre caratterizzate per varietà e differenze a livello linguistico, religioso, nell’organizzazione sociale e nei mestieri praticati (tra alcuni di quelli considerati “tradizionali” si citano la lavorazione dei metalli, il commercio di cavalli, artigianato, produzione musicale), risultato di un secolare scambio con le popolazioni di contatto e di politiche di inclusione, assimilazione e persecuzione. Di particolare rilevanza l’istituzione della schiavitù – praticata nei Principati di Moldavia e Valacchia fino a metà ‘800 e che rendeva i Rom sottoposti e di proprietà di nobili, monasteri e dello stato. I linguisti hanno da secoli affermato la connessione tra la lingua romani (o romanes), con alcune varianti linguistiche del Nord-Ovest del subcontinente indiano, confermando l’origine e la migrazione dall’Asia verso l’Europa intorno all’anno 1000. La pagina più tragica della storia di Rom e Sinti in Europa è rappresentata dalle persecuzioni nazifasciste nel corso della Seconda Guerra Mondiale, che ha portato allo sterminio di oltre 500 mila Rom e Sinti.

Nel nostro Paese, come stimato dal Consiglio d’Europa, sono circa 120.000/180.000 persone (le stime sono complesse anche in relazione alle questioni delle rilevazioni del “dato etnico” e in considerazione che Rom e Sinti rappresentano una minoranza non riconosciuta de iure). L’indagine condotta da ANCI e ISTAT su impulso dell’UNAR negli anni 2013/2014 ha sostanzialmente ridimensionato i termini di quello che è stato definito come il “sistema dei campi”, analizzando e identificando il numero delle persone Rom e Sinte che vivono negli insediamenti presenti in comuni con oltre 15.000 abitanti, in circa 30.000 unità. Il resto di questa popolazione è in gran parte inserita nel contesto socioeconomico e abitativo ordinario. Non vi sono dati sulla presenza e la frequenza scolastica (dal 2015 non è riportato il dato nel report sull’integrazione degli alunni con cittadinanza non italiana, che comprendeva approfondimenti su studenti Rom e Sinti), ma le indagini e le rilevazioni a disposizione confermano una consistente presenza di minori all’interno di molte comunità.

In questo quadro va considerata la situazione sociosanitaria in termini di specificità di genere. Ad esempio, la 7a Conferenza Internazionale delle donne Rom e Sinte organizzata nel 2019 sotto la Presidenza finlandese del Consiglio d’Europa ha riunito più di 130 donne, provenienti dal mondo accademico, dalle associazioni e dalle ONG impegnate nel settore. Il tema generale si è concentrato sull’*“Accesso alla giustizia e ai diritti”* con seminari su questioni complesse come l’allontanamento di minori Rom e Sinti dal contesto familiare, il tema dei matrimoni forzati, la prevenzione e lotta alla violenza domestica contro le donne. Le discussioni hanno portato a una serie di raccomandazioni tra cui: una valutazione delle modalità di accesso agli strumenti di tutela offerti dal sistema giudiziario da parte delle donne Rom e Sinti e la necessità di una definizione di indicatori di parità di genere da

inserire nelle strategie nazionali di inclusione, effettuando un'analisi comparativa dell'impatto delle politiche e dei programmi tra donne e uomini.

È stata più volte sottolineata la necessità di sviluppare attività di educazione alla salute soprattutto per sensibilizzare Rom e Sinti circa le misure di prevenzione primaria, quali programmi per la promozione di uno stile di vita sano e la prevenzione dell'abuso di sostanze, e per il miglioramento dell'accesso ai servizi di salute mentale e di tutela della maternità. In generale, è indispensabile coinvolgere maggiormente donne e giovani per aumentare il contatto e la familiarità di tutti con i servizi. Ad esempio, sono stati prodotti materiali informativi aggiornati in diverse lingue, soprattutto in merito ai controlli da effettuare in gravidanza, da utilizzare negli ambulatori con l'obiettivo di migliorare l'alfabetizzazione e l'educazione sanitaria delle donne. Da quanto indicato nella letteratura di settore e da rilevazioni sul terreno in diversi contesti regionali, sono infatti pochi i controlli in gravidanza e, più in generale, è scarsa l'attenzione alla salute sessuale e riproduttiva da parte delle donne. In alcuni contesti l'esclusione sociale e le situazioni di marginalità-incidono sulla vita delle donne Rom e Sinte, rendendole ancor più esposte a discriminazioni ed esclusione nell'accesso ai servizi, alla formazione, al lavoro.

La discriminazione a cui sono sottoposte assume dunque una valenza ancora più accentuata e multifattoriale, derivante dalla contemporanea presenza di elementi legati all'antiziganismo e alla discriminazione di genere. Nonostante la mancanza di dati statistici, vi è un sostanziale accordo tra gli esperti europei che hanno partecipato allo studio sull'ampiezza di tali fenomeni di discriminazione nelle varie comunità nazionali analizzate. A ciò contribuisce il basso livello di istruzione delle donne che è legato a diverse forme di discriminazione. In alcuni casi le donne Rom che riescono a raggiungere un elevato livello di istruzione subiscono una duplice forma di discriminazione: da parte della maggioranza della popolazione e dal proprio gruppo per alcuni pregiudizi persistenti. L'accesso al mercato del lavoro è a sua volta penalizzato da elementi giuridici, dal basso livello di istruzione e di professionalizzazione, che porta a circuiti di lavoro sommerso o informale.

Relativamente all'accesso ai servizi sanitari i rapporti nazionali in alcuni Paesi europei hanno evidenziato la diffusione dei pregiudizi tra il personale sanitario o parasanitario che porta in alcuni casi alla segregazione delle donne Rom in spazi a sé nell'ambito degli ospedali e dei reparti maternità: un esempio significativo viene dall'Ungheria dove emerge che le indagini condotte sul tema hanno dimostrato la persistenza di forti pregiudizi tra gli operatori della sanità rispetto ai costumi, alle tradizioni e al modello di fertilità delle donne Rom. L'Ungheria è infatti uno dei paesi in cui sono stati denunciati alla Corte di Strasburgo fenomeni di sterilizzazione forzata. In alcune realtà le donne Rom non sono neppure libere di uscire dal proprio insediamento o abitazione-senza la supervisione della suocera o di altri membri del contesto familiare.

In conclusione, la struttura così fortemente patriarcale e la marginalità di alcuni contesti socio-abitativi porta in molti casi alla subordinazione della donna e all'accettazione sociale della violenza domestica quale naturale componente della dinamica familiare. Gli sforzi di molti paesi, inclusa l'Italia, nella integrazione sociosanitaria di uomini e donne Rom e Sinti passa quindi per la parità di genere anche se alcune specificità associate alle differenze tra i due sessi sono state recentemente individuate ma non differiscono, come ovvio, da quelle riscontrate nella popolazione non-Rom. Sono state individuate significative differenze tra Rom e non Rom in termini di profilo dietetico e stato nutrizionale ma le differenze tra i due generi sono state poco studiate. Alcuni studi di genetica hanno

infine evidenziato come il sesso e i cromosomi sessuali in particolare abbiano influenzato le storie cliniche delle persone Rom e Sinte. In breve, l'analisi della letteratura ci segnala che lo studio clinico di queste minoranze e le eventuali differenze di genere non sono state affrontate in modo specifico dalla comunità scientifica. Quel che appare evidente è però l'associazione tra discriminazione sociale di questa minoranza, in particolare per quel 20-30% di Rom e Sinti che risiedono in contesti precari ed isolati e che vivono con uno scarso grado di inclusione sociale, a cui si aggiungono elementi di discriminazione intersezionale subiti dalle donne e la poca attenzione a molte norme sanitarie nella prevenzione e nelle terapie che sono comuni ad entrambi i sessi e che derivano non solo da fattori sociali ma anche da una insufficiente attenzione da parte del SSN a queste minoranze.

6. ALCUNE NECESSITÀ E RACCOMANDAZIONI PER I MEDICI E PERSONALE SANITARIO

FORMAZIONE

1. Formare ad un approccio genere-specifico e culturalmente adattato gli operatori sanitari, sociali e scolastici, i mediatori culturali, gli operatori dei centri di accoglienza per richiedenti asilo.
2. Migliorare la competenza interculturale degli operatori socio sanitari attraverso l'integrazione e l'approfondimento delle tematiche relative i) alla medicina interculturale, ii) alla comunicazione con pazienti provenienti da altre culture, iii) ai Sistemi Sanitari nel Mondo e iv) ai programmi di insegnamento di tutte le professioni sanitarie. Formazione finalizzata a superare i pregiudizi che interferiscono con l'atto medico e con la relazione operatore/immigrato.
3. Ottimizzare la collaborazione con i mediatori culturali.
4. Formare da una parte alla conoscenza delle peculiarità sanitarie della popolazione immigrata (prevalenza delle principali patologie) e dall'altra alla conoscenza e comprensione delle abitudini culturali che possono essere d'ostacolo alle cure.

INFORMAZIONE

5. Rafforzare l'empowerment di uomini e donne straniere e delle marginalità residenti (per esempio ROM) attraverso partnerships con i servizi del privato sociale anche attraverso corsi di lingua, educazione alla salute, informazioni sul SSN e sui servizi di prevenzione, corsi professionali.
6. Partecipare come operatori sanitari ai corsi di educazione alla salute per migliorare le conoscenze sulle prime modalità per affrontare i disturbi più comuni sia agli adulti che ai bambini (febbre, mal di pancia, tosse, raffreddore, etc..).
7. Promuovere corsi dove spiegare come distinguere le patologie acute per le quali accedere al PS ed i cosiddetti codici bianchi per i quali rivolgersi al MMG, ed in che modo farlo nelle varie realtà regionali.

8. Promuovere sinergie sul territorio con le associazioni delle comunità straniere, delle minoranze e con le comunità religiose con una particolare attenzione alle specificità di genere.
9. Creare occasioni di confronto ed ascolto sul territorio per individuare le maggiori criticità etnico-religiose sulla salute anche per quanto attiene alle “usanze” a rischio sanitario (es circoncisioni, mutilazioni).
10. Riconoscere e mappare le differenze regionali e locali nei servizi dedicati ai migranti ed alle minoranze.
11. Organizzare il RECUP con risposta multipla e possibilità di scelta nelle principali lingue veicolari.
12. Assicurare la traduzione delle indicazioni sui servizi socio sanitari, il consenso informato ed i protocolli terapeutici, nelle lingue veicolari dell’utenza.

COMUNICAZIONE

13. Promuovere sportelli di ascolto diffusi nei diversi servizi sanitari, con mediazione linguistica e culturale, genere-specifica per individuare tempestivamente le problematiche sanitarie e, ove possibile, dare risposte.
14. Assicurare la raccolta dati per il monitoraggio della “qualità” dei servizi, con schede di valutazione compilate dall'utenza straniera.
15. Sviluppare un Portale multilingue sulla salute specificamente dedicato ai migranti, agli stranieri residenti ed alle minoranze vulnerabili (per esempio ROM) con attenzione alle specificità di sesso/genere.
16. Assicurare negli studi medici di gruppo, laddove la popolazione immigrata sia molto presente, la presenza di almeno un operatore di sportello preparato all’accoglienza.

7. ATTENZIONI PER GLI OPERATORI SANITARI

1. Sesso del paziente. Molte religioni hanno serie difficoltà, anche in momenti di emergenza, a farsi visitare o anche solo “seguire” e curare da operatori sanitari dell’altro sesso. Quando possibile chiedere ad un collega o ad una collega di intervenire.
2. In alcune culture e religioni per gli uomini è considerato una *diminutio* sociale esser malati. È quindi necessario prestare la propria opera cercando di convincere il paziente a farsi curare ad esempio per malattie croniche ad esempio metaboliche.
3. In alcune culture e religioni la malattia è intesa come punizione divina. È quindi necessario considerare questo aspetto nella cura del paziente.
4. Nella religione Sikkista il taglio dei peli è proibito. Ciò può determinare ovvi problemi sanitari.
5. Nella religione islamica durante il periodo del Ramadan non possono essere assunti cibi se non in particolari condizioni. Non devono assolutamente essere assunti farmaci neanche mediante gocce dall'orecchio e dal naso, supposte o farmaci per via inalatoria perché questo

potrebbe interrompere il digiuno. Mentre nei soggetti in buona salute il Ramadan rappresenta un'ottima opportunità per perdere peso, migliorare il profilo lipidico e smettere di fumare, nelle persone con diabete il digiuno prolungato può causare alterazioni dei meccanismi di omeostasi glucidica.

6. In alcune religioni e culture l'alcool è proibito anche come componente farmaceutico.
7. In molte culture e religioni è proibito cibarsi di alcune carni, es maiale, e in molti casi i pazienti, ad esempio buddisti, sono vegetariani. Queste regole, anche se di tipo "alberghiero", possono inficiare la presa in carico del paziente.
8. Il fine vita e le salme vanno trattate in modi molto diversi da quelle in uso in Italia in varie culture e religioni (ebraica, islamica, etc). Aver cura dei pazienti anche in questi particolari momenti è particolarmente importante dal punto di vista etico-legale (*vedi Manifesto interreligioso sul fine vita, <https://www.sgi-italia.org/fine-vita/>*)
9. Per molte religioni e culture il paziente deve avere alcuni oggetti con se (ad esempio una collana particolare per donne Sik).
10. Numerosi fedeli di religione induista sono vegetariani ed in generale tendono ad evitare il consumo di latte, carne e uova. Le donne sposate indossano una collana che ha un valore molto sacro, essa non dovrebbe mai essere rimossa senza il loro consenso, lo stesso vale per il filo sacro che alcuni uomini portano intorno al petto.
11. Alcuni medicinali potrebbero non essere adatti per i pazienti indù poiché derivati da prodotti di origine animale.
12. Come descritto sopra gli screening oncologici non sono abitualmente effettuati se non da una minoranza. Vanno quindi attivamente consigliati.
13. Alcune culture e religioni, specie islamiche subsahariane, considerano le mutilazioni genitali femminili come un obbligo religioso stabilito dal Corano. L'anamnesi deve quindi tener conto di questa possibilità ed eventualmente provvedere a organizzare dei percorsi sanitari specifici.

BIBLIOGRAFIA

- XXVII Rapporto annuale sulle Migrazioni Fondazione ISMU (dati ISTAT al 1 gennaio 2021)
- XXX Rapporto Immigrazione (2021) di Caritas italiana e Fondazione Migrantes.
- World Health Organization. Regional Office for Europe (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH*. World Health Organization, Copenhagen.
- World Health Organization (2016). *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*. World Health Organization, Geneva.
- Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978.

- Bhopal R. Is research into ethnicity and health racist, unsound, or important science? *BMJ*. 1997 Jun 14;314(7096):1751-6. doi: 10.1136/bmj.314.7096.1751.
- Rahemtulla T, Bhopal R. Pharmacogenetics and ethnically targeted therapies. *BMJ*. 2005 May 7;330(7499):1036-7. doi: 10.1136/bmj.330.7499.1036.
- How Sex and Gender Impact Clinical Practice: An Evidence-Based Guide to Patient Care. Edited by: Marjorie R. Jenkins and Connie B. Newman (2021). Academic Press. DOI <https://doi.org/10.1016/C2018-0-00266-2>
- Benucci A, Grosso G I. Aspetti interculturali nella comunicazione medico-paziente. Il punto di vista del personale sanitario e dei pazienti. Edited by: Ca'Foscari (2021) DOI 10.30687/978-88-6969-501-8/009
- http://www.pariopportunita.gov.it/wp-content/uploads/2018/01/linee-guida_it.pdf
- <https://www.simmweb.it/aree-tematiche/salute-delle-donne-immigrate>
- <https://gender.jhpiego.org/analysistoolkit/gender-integration/> Baltimore USA 2020
- Sattar N, Gill JM. Type 2 diabetes in migrant south Asians: mechanisms, mitigation, and management. *Lancet Diabetes Endocrinol*. 2015 Dec;3(12):1004-16. doi: 10.1016/S2213-8587(15)00326-5.
- Petrelli A, Di Napoli A, Perez M, Gargiulo L. Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat. *Epidemiol Prev*. 2017 May-Aug;41(3-4 (Suppl 1)):1-68. Italian. PMID: 28929718.
- Llanaj E, Vincze F, Kósa Z, Sándor J, Diószegi J, Ádány R. Dietary Profile and Nutritional Status of the Roma Population Living in Segregated Colonies in Northeast Hungary. *Nutrients*. 2020 Sep 16;12(9):2836. doi: 10.3390/nu12092836.
- García-Fernández C, Font-Porterías N, Kučinskás V, Sukarova-Stefanovska E, Pamjav H, Makukh H, Dobon B, Bertranpetit J, Netea MG, Calafell F, Comas D. Sex-biased patterns shaped the genetic history of Roma. *Sci Rep*. 2020 Sep 2;10(1):14464. doi: 10.1038/s41598-020-71066-y.