

Dipartimento  
di Scienze Politiche

Cattedra di Diritto e Politiche di Immigrazione e Asilo

# Migranti e Medicina di Genere

Sistema sanitario e sistema dell'accoglienza di fronte  
alla domanda di assistenza della popolazione femminile migrante

Prof. Christopher Hein

---

RELATORE

Carla Giordana Campobasso

Matr. 087442

---

CANDIDATA

Anno Accademico 2020/2021

*A mio nonno Nini  
e a Francesca Costa*

## INDICE

Abstract	pag. VII
Introduzione	pag. 1
1. Donne in cammino: il peso della tradizione, i pericoli del viaggio	pag. 3
2. Il diritto alla salute tra buone leggi e ostacoli burocratici	pag. 11
3. Le barriere tra le migranti e la sanità territoriale	pag. 16
4. La formazione degli operatori tra pregiudizi e buone prassi	pag. 21
Conclusioni	pag. 25

## ABSTRACT

In recent years a growing number of migrant women reached Italy in both legal and illegal ways, the latter experiencing perilous trips under the constant threat of *gender-based violence*. This study describes the way the migrant rescue and reception system and the National Health Service (SSN) deal with this new flow of migrant women and their health needs, starting from the emergency rescue at sea until the enrolment in the SSN.

Gender Medicine, the new branch of medicine that takes into account anatomical, physiological biological functional and social difference between men and women to overcome the established androcentric medicine, is gaining ground in Italy and in the Western world. The aim of this study is to understand how gender medicine is applied to migrants, especially women. Dealing with migrant women coming from territories where women are usually in a subordinate position doubles the challenge, and asked for appropriate training of healthcare professionals and cultural mediators.

Evidences show that progress has been made but more is needed. Migrant women pay a higher price before, during and after the trip and the reception system seems unable to manage this suffering and sometimes makes things worse. Female Genital Mutilations (FGM) are an example of the mismatch between Western healthcare system and the cultural traditions of some area of provenience of migrant women. Prejudices regarding women in Eastern and African cultures are deeply rooted in Italian society and have to be overcome.

Ultimately, the establishment of a system of care aimed at providing women better standards of care and at preventing violence and psychological distress should not be achieved without the implementation of Gender Medicine in the organization of the healthcare system and, the training and the practice of professionals.

## **Introduzione**

La locuzione “medicina di genere” ha cominciato ad imporsi nel dibattito scientifico a partire dalla seconda metà del XX Secolo, sulla spinta della critica femminista al sapere ritenuto nel suo complesso androcentrico. Ciò che in altri ambiti del sapere si presenta come una riflessione di tipo eminentemente culturale, nelle scienze mediche mette invece a fuoco anche una realtà estremamente cogente e con conseguenze dirette sulla qualità delle cure cui possono accedere le donne, ovvero all’incirca la metà della popolazione della Terra.

Uomini e donne infatti sono differenti a livello biologico e fisiologico. Differenti non solo al livello del sistema riproduttivo, ma anche, per esempio, a livello cardiovascolare, endocrino e ghiandolare, nervoso, ecc. Questo comporta, naturalmente, una risposta diversa a malattie e trattamenti farmacologici: è proprio qui che si inserisce la medicina di genere, branca della medicina destinata ad investire tutte le aree specialistiche che ha come obiettivo lo studio di queste differenze biologiche e socioculturali tra uomo e donna, per poi cercare di comprendere i meccanismi attraverso i quali le sopracitate differenze di genere agiscono sullo stato di salute degli individui, sull’insorgenza e il decorso delle malattie, e non ultimo sui risultati delle terapie farmacologiche. Un uomo e una donna soggetti, per esempio, alla stessa patologia, avranno una sintomatologia, una progressione e una risposta ai farmaci del tutto diversa. Eppure nessun farmaco riporta posologie diverse a seconda del sesso.

Questo campo è innovativo e da poco discusso e regolamentato a livello istituzionale: in Italia, con la legge n. 3/2018, è stato inserito il parametro “genere” nella medicina, con la conseguenza che questo parametro possa essere tenuto in considerazione nella sperimentazione clinica dei farmaci e nella definizione di percorsi diagnostico-terapeutici e formativi per studenti e professionisti della salute. Il 13 Giugno del 2019 il Ministro della Salute ha approvato formalmente il Piano per l’applicazione e la diffusione della Medicina di Genere sul territorio nazionale, una tappa molto importante a livello nazionale (l’Italia è stata il primo paese in Europa ad formalizzare l’inserimento del concetto di “genere” in medicina), ma la strada da fare è ancora lunga. Tra le politiche dell’OMS invece, ci sono il monitoraggio delle disuguaglianze e la revisione delle politiche sanitarie e dei programmi delle singole nazioni. Quel che è certo è che senza il riconoscimento di questo ramo essenziale del sapere medico e senza una reale cognizione delle implicazioni che tale tema ha per la politica sanitaria nazionale e internazionale, la politica della salute continuerà a risultare imprecisa e, alle volte, discriminatoria.

I primi passi della medicina di genere sotto l’ombrello della regolamentazione istituzionale della legge del 2018 si incrociano in Italia anche inevitabilmente con la gestione dei flussi migratori: una quota dei migranti (che si tratti di regolari o di irregolari) è infatti ovviamente costituita da donne, segnate nella maggior parte dei casi

anche da condizioni di particolare subalternità culturale (a volte anche codificate dalla legge dei paesi di provenienza). Con esse il sistema dell'accoglienza (ma più in generale i servizi sanitari) è chiamato a confrontarsi tenendo nel dovuto conto non solo la diversa biologia e fisiologia dei corpi femminili, ma anche il differente approccio culturale alla salute (e alla malattia) delle società da cui i migranti provengono. Né si può trascurare che le donne sono oggetto di specifiche forme di violenza (spesso agevolate dalla situazione di pericolo e fragilità connessa alla migrazione) a volte anche "culturalmente" giustificate e codificate come nel caso delle mutilazioni genitali.

La tesi si prefigge dunque di individuare i caratteri della specifica condizione delle donne migranti di fronte alle strutture sanitarie sia del sistema dell'accoglienza che di quello sanitario "ordinario", come emergono da una serie di interviste condotte nei primi mesi del 2021 con operatori sul campo e attraverso l'esame di alcuni studi accademici.

## Capitolo 1

### **Donne in cammino: il peso della tradizione, i pericoli del viaggio**

È opportuno in via preliminare analizzare la dimensione numerica della presenza femminile tra i migranti che entrano nel territorio nazionale.

I dati disponibili sui siti dell'Istat e del Ministero dell'Interno fanno riferimento a due distinte categorie di stranieri che accedono al territorio nazionale, ossia coloro che ottengono un regolare permesso di soggiorno per motivi di studio, lavoro, ricongiungimento familiare, motivi sanitari e i richiedenti asilo, categoria più vasta e meno definibile della quale sono spesso piene le cronache in relazione agli “sbarchi”, ovvero ai salvataggi in mare operati dai mezzi della Marina Militare e della Guardia Costiera, da quelli messi in mare dalle Organizzazioni non governative e infine dalle navi in servizio commerciale nel Mediterraneo. Esiste infine una quota non censita di stranieri che entrano in effettiva clandestinità sul territorio nazionale attraverso le frontiere terrestri (specie quella di Nord Est) o marittime.

L'analisi dei dati in serie storica dei richiedenti asilo dal 1990 al 2020<sup>1</sup>, permette di seguire la crescita improvvisa del fenomeno migratorio negli anni Novanta, con soli 4573 richiedenti asilo nel 1990 e 28.400 già nel 1991, tre quarti dei quali provenienti da paesi europei. Nel repentino crescere del fenomeno sono riconoscibili nel tempo le diverse cause delle migrazioni; dapprima negli anni Novanta per il tracollo del regime comunista albanese e poco dopo le guerre nella ex-Jugoslavia (nel 1999 il totale di richiedenti asilo sale a 37.000, di cui 22.000 da paesi dell'ex-Jugoslavia e 8.057 dall'Iraq), successivamente negli anni 2000 vi sono crisi umanitarie in Africa e guerre nei paesi Mediorientali (nel 2005 il totale di richiedenti asilo era 10.704 di cui più della metà provenienti dall'Africa).

A titolo esemplificativo, si riportano qui i numeri assoluti e divisi per sesso degli ingressi in Italia sia per i possessori di permesso di soggiorno sia per i richiedenti in alcuni anni scelti a campione e per ognuno di questi anni i principali paesi di provenienza.

Per quanto concerne i richiedenti asilo, nel 2008 si verifica un totale di 31.723 richieste di asilo, 6142 dalla Nigeria, 4960 dalla Somalia e 3.085 dall'Eritrea.

Nel 2013 un totale 26.620 richiedenti asilo, 3.500 dalla Nigeria, 3.200 dal Pakistan, 2.774 dalla Somalia e 2.109 dall'Eritrea.

---

<sup>1</sup>“Quaderno statistico per gli anni 1990-2020”, *Istat.it*,  
[http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/quaderno\\_statistico\\_per\\_gli\\_anni\\_1990\\_2020.pdf](http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/quaderno_statistico_per_gli_anni_1990_2020.pdf)

Nel 2014 su un totale di 63.000, 3.500 provenivano dalla Nigeria, 3.200 dal Pakistan, 2.774 dalla Somalia e 2.109 dall'Eritrea, dei quali 58.703 maschi e 4.753 donne (le serie storiche precedenti non riportano la distinzione per sesso).

Nel 2015 su un totale di 83.970 richiedenti asilo, 18.174 provenivano dalla Nigeria, 10.403 dal Pakistan, 8.022 dal Gambia, dei quali 74.280 maschi e 9.690 donne. 51.000 dei quali di età compresa nella fascia 18/34 anni.

Nel 2016 su un totale di 123.600 richiedenti asilo, 27.000 provenivano dalla Nigeria, 13.600 dal Pakistan, 9.040 dal Gambia, 7.723 dal Senegal, di cui l'85% maschi e il 15% donne. L'80% dei quali di età compresa nella fascia 18/34.

Nel 2017 su un totale di 130.119 richiedenti asilo, 26.000 provenivano dalla Nigeria, 12.731 dal Bangladesh, 9.728 dal Pakistan, 9.085 dal Gambia. L'84% dei quali sono maschi e il 16% sono donne. Il 76% di essi rientrano nella fascia d'età 18/34.

Infine, nel 2020, su un totale di 26.000 richiedenti asilo (numeri largamente ridotti a seguito della pandemia da Covid 19), 5.515 provenivano dal Pakistan, 3.200 dalla Nigeria e 2.700 dal Bangladesh. Di questi, il 79% sono maschi e il 21% donne e quasi i 2/3 rientrano nella fascia d'età 18/34 anni.

Nel corso degli anni dunque si è assistito ad un costante incremento (dal 7,54% del 2014 al 21% del 2020) della percentuale di donne nel totale (anch'esso in forte crescita) dei migranti che arrivano in Italia e vengono registrati come richiedenti asilo.

La serie storica dei permessi di soggiorno<sup>2</sup> per genere e provenienza mostra un maggiore equilibrio fra i generi e una provenienza prevalentemente da paesi europei non comunitari (Albania), Marocco e Nigeria.

Partendo dal 2008, il totale di coloro che ha ricevuto un permesso di soggiorno è 286.242 persone, di cui 32.000 dal Marocco, 31.000 dall'Albania, 22.000 dalla Moldavia e 23.000 dall'Ucraina di cui 148.393 maschi e 137.849 donne.

Nel 2013, su un totale di 255.646 persone, 16.000 provenivano dall'Albania, 14.162 dall'Ucraina, 25.000 dal Marocco e 20.000 dalla Cina. 133.537 di essi sono maschi e 122.000 donne.

Nel 2014 su un totale di 248.323 persone, 23.000 provenivano dal Marocco, 14.000 dal Bangladesh, 15.000 dall'Albania e 17.000 dalla Cina. 143.595 di essi sono maschi e 104.728 sono donne.

Nel 2015 su un totale di 238.936 persone, 16.813 venivano dall'Albania, 10.000 dall'Ucraina, 25.000 dal Marocco, 17.000 dalla Nigeria e 15.000 dalla Cina. 139.237 di essi sono maschi e 99.699 sono donne.

Nel 2016 su un totale di 226.934 persone, 17.515 provenivano dall'Albania, 17.000 dal Marocco e 20.000 dalla Nigeria. 136.010 di essi sono maschi e 90.924 sono donne.

Nel 2017 su un totale di 262.770 persone, 20.000 provenivano dall'Albania, 18.000 dal Marocco, 26.000 dalla Nigeria e 15.000 dal Pakistan. Di essi 159.878 sono maschi e 102.892 sono donne.

Nel complesso la percentuale delle donne che ottengono un permesso di soggiorno (in numero assoluto contate in decine di migliaia e usualmente oltre le centomila all'anno) mostra un trend invece in calo, dal 48% del 2008 al 39% del 2017: allo stringersi delle maglie per l'ottenimento di regolare permesso di soggiorno, corrisponde cioè una contrazione della componente femminile dei migranti regolari.

---

<sup>2</sup> [http://stra-dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_PERMSOGG1#](http://stra-dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PERMSOGG1#)

È facile constatare che soprattutto negli ultimi vent'anni il sistema dell'accoglienza e successivamente il sistema sanitario nazionale si sono trovati a confrontarsi con persone provenienti da paesi con modelli di accesso alle cure mediche profondamente diversi da quelli occidentali e caratterizzati da scarsa articolazione di strutture sanitarie moderne, accessibilità scarsa poiché costosa e limitata, larga diffusione di cure mediche alternative. Va tenuto anche presente il cosiddetto effetto *healthy-migrant*, ovvero il fatto che la popolazione migrante è costituita principalmente da giovani adulti in buona salute che possono permettersi di affrontare i rischi e le difficoltà del viaggio e del primo insediamento in un nuovo paese (ricerca del lavoro, ecc).

Distinguendo le macroaree geografiche di arrivo, e tenendo da parte i flussi provenienti dall'Europa orientale, ovvero da paesi che condividono la concezione occidentale della medicina e nei quali permane quantomeno il ricordo di sistemi sanitari universalistici basati sulla relazione medico-paziente e sulla diffusione delle strutture sanitarie, l'attenzione va posta sui flussi migratori provenienti dall'Africa Subsahariana, dal mondo arabo-mediterraneo e dall'Asia meridionale.

Per le provenienze dai paesi arabo-musulmani, l'elemento principale da tenere in considerazione è la posizione della donna nella società e nella cultura islamica. In quanto soggetto altamente subalterno non ha autonomia sufficiente per accedere all'assistenza sanitaria, ma sempre attraverso la mediazione del custode maschio della famiglia (padre, fratello, marito).

In Africa, a fronte di uno sviluppo limitatissimo delle strutture sanitarie di tipo occidentali ereditate dal periodo coloniale e in genere caratterizzate da un alto costo delle prestazioni mediche a carico del paziente, c'è una scarsissima presenza di medici (l'Amref, African Medical and Research Foundation, stima che in tutto il continente africano ci siano circa 2 milioni tra medici, infermieri e ostetriche che devono prendersi cura di 1.2 miliardi di abitanti. Questo vuol dire che c'è un operatore sanitario ogni 6.000 abitanti, mentre in Italia ce ne sono 4 ogni 1.000 abitanti<sup>3</sup>) e la medicina tradizionale africana resta il primo riferimento delle popolazioni specie rurali. Si tratta di un complesso di cure basate principalmente sull'uso di piante medicinali indigene e su forme di spiritualità animista. La malattia stessa viene vista come la conseguenza di un intervento soprannaturale e i guaritori tendono ad assumere, specie nelle comunità rurali, un ruolo di leadership (pur non avendo, in genere, nessun tipo di istruzione). È da notare che alcuni paesi dell'Africa Sub-Sahariana stanno procedendo ad integrare almeno parzialmente la pratica della medicina tradizionale (specie l'uso delle piante medicinali) nei sistemi sanitari istituzionali.

Anche l'Asia meridionale, come l'Asia orientale, è caratterizzata ad un ampio ricorso alla medicina tradizionale (dall'ayurveda all'agopuntura) a fronte dell'esistenza di sistemi sanitari di tipo occidentale molto sviluppati ma difficilmente accessibili a causa del costo elevato delle prestazioni mediche. Si può anche supporre che molte persone ricorrono alla medicina tradizionale in questi paesi per un fatto culturale basato sul fatto che queste pratiche pseudoscientifiche hanno alle spalle una storia documentata ultra secolare.

Le popolazioni femminili di parte dell'Africa sono inoltre tristemente vittime della pratica delle mutilazioni genitali, ufficialmente bandite in tutti i paesi ma ancora largamente praticate in alcuni paesi, in tutto o in parte islamici, essenzialmente nel Corno d'Africa, nella parte meridionale dell'Egitto e in alcune zone dell'Africa

---

<sup>3</sup>Amref.it, <https://www.amref.it/landing/salute-africa/>

Occidentale. Come riassunto dallo studio “Migrant Woman-experiences from the Mediterranean Region”<sup>4</sup> condotto da un gruppo composto da ricercatori di alcune università europee e funzionari di istituzioni pubbliche, apparso nel luglio 2020 su “Clinical Practice Epidemiology in Mental Health”, «la mutilazione genitale femminile (o circoncisione femminile), è un’altra forma comune di violenza contro le donne nei paesi dell’Africa subsahariana. È una pratica che determina la rimozione di tutto o di una parte del genitale femminile esterno in assenza di necessità mediche. Secondo i dati dell’UNICEF, 200 milioni di ragazze e donne provenienti da 30 paesi principalmente in Africa, Medio Oriente e Asia hanno subito questa violenza e 15 milioni di ragazze rischiano di subirla entro il 2020<sup>5</sup>. Tuttavia, è una violazione dei diritti nel contesto della politica internazionale e nazionale e può causare problemi fisici (infezione, infertilità) e conseguenze sulla salute mentale<sup>6</sup>. Questa pratica violenta si perpetua a causa di specifiche variabili religiose, culturali e tradizionali che determinano il ruolo di genere femminile, quali: la verginità delle ragazze prima del matrimonio, la monogamia nel matrimonio, la disponibilità sessuale al marito, la produzione di eredi maschi legittimi al fine di assicurare la discendenza del marito. Le preoccupazioni circa la possibilità di sposarsi e l’accettazione sociale, e la preoccupazione per la perdita di protezione da parte di altre donne e di tutta la comunità se una ragazza rifiuta di subire le MGF, sono ulteriori ragioni per cui questa violenza è ancora praticata».

Più in generale, come rilevato nello stesso studio, «nei paesi dell’Africa subsahariana, tradizionalmente la donna ha una posizione subordinata all’uomo; è meno istruita, cresce fino a diventare una buona moglie e sottomessa al marito; ha uno status economico inferiore e la sua occupazione principale è la gestione delle faccende familiari e domestiche. Spesso, secondo norme e valori di genere, è costretta al matrimonio (di solito in tenera età) e, nei paesi musulmani<sup>7 8</sup>, anche ad accettare relazioni poligame. [...] In questo quadro culturale, la donna impara a vedere la violenza come parte del matrimonio e come diritto del marito esercitare il controllo all’interno del matrimonio<sup>9</sup>. Nonostante le leggi nazionali esistenti proibiscano queste pratiche, tipi comuni di persecuzioni legate al genere sono la violenza del partner contro le donne (Intimate Partner Violence Against Women, IPVAW), la mutilazione genitale femminile (MGF), il matrimonio forzato o l’aborto forzato o la sterilizzazione, lo stupro e la

---

<sup>4</sup> La Cascia C., Cossu G., Lindert J., Holzinger A., Zreik T., Ventriglio A., and Bhugra D., “Migrant Women-experiences from the Mediterranean Region”, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, Volume 16, Numero 1, 30 Luglio 2020, pp. 101–108, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536719/>

<sup>5</sup> “Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern”, Febbraio 2016, <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern/>

<sup>6</sup> Im H., Swan Laura E. T., Heaton L., “Polyvictimization and mental health consequences of female genital mutilation/circumcision (FGM/C) among Somali refugees in Kenya”, *Woman and Health*, Volume 60, Numero 6, 11 Novembre 2019, pp. 636-651, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03630242.2019.1689543>

<sup>7</sup> Al-Krenawi A., “Mental health and polygamy: The Syrian case”, *World Journal of Psychiatry*, volume 3, Numero 1, 22 Marzo 2013, pp. 1-7, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782180/>

<sup>8</sup> Al-Modallah H., Abu Zayed I., Abujilban S., Shehab T., Atoum M., “Prevalence of intimate partner violence among woman visiting health care centres in Palestine refugee camps in Jordan”, *Health Care Woman Int* 2015; volume 36, Numero 2, 14 Ottobre 2014, pp.137-148, doi: 10.1080/07399332.2014.948626.

<sup>9</sup> Ann McCloskey L., Williams C., Larsen U., “Gender Inequality and Intimate Partner Violence Among Women in Moshi, Tanzania”, *Int Fam Plan Perspect*, Volume 31, Numero 3, Settembre 2005, pp. 124-30, doi: 10.1363/3112405, <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/3112405.pdf>

violenza legata alla guerra<sup>10</sup>, e presa di ostaggi per politica<sup>11</sup>. Depressione, psicosi<sup>12 13 14</sup> e disturbi legati al trauma<sup>15</sup> sono esiti comuni di queste esperienze.»

Le interviste condotte nei primi mesi de 2021 con operatori del sistema dell'accoglienza e del Servizio Sanitario Nazionale confermano le valutazioni fin qui esposte.

Dina Diurno, insegnante presso le scuole del campo di Borgo Mezzanone (FG), il noto insediamento informale di braccianti agricoli extracomunitari, riferisce così del comportamento degli ospiti del campo nei confronti dei propri problemi di salute: «Tendono a rivolgersi ai medici perlopiù dopo aver sperimentato la loro medicina tradizionale, oppure nei casi in cui stanno molto male, o ancora nel caso in cui soffrano di un malanno per il quale la medicina tradizionale non fornisce terapie e rimedi chiari. È capitato che alcuni ospiti trovassero addirittura il modo di farsi recapitare degli unguenti dalle loro famiglie, e in un paio di casi sono stati efficaci. Per quanto riguarda le visite, quelle che hanno più problemi nel farsi visitare sono solamente le donne musulmane o le donne sposate: in questi casi sono richiesti quasi sempre che il medico non sia uomo e la presenza del marito. Le ragazze non sposate, o le ragazze nigeriane ad esempio (che sono moltissime) non hanno particolari problemi, invece, a farsi visitare da dottori uomini. Ovviamente, il modo di porsi del professionista è molto importante»<sup>16</sup>.

Erminia Rizzi, operatrice legale in diritto dell'immigrazione ed asilo e tutela dei minori, mette in luce un altro aspetto: «Ci sono difficoltà mediche dei ginecologi a far partorire donne infibulate, difficoltà legate alla questione di garantire medici donne e mediatori culturali. Quella delle donne infibulate, tra l'altro è una condizione che le mette potenzialmente nella condizione di legalizzare la loro presenza in Italia, ma anche per mancanza di supporto medico, non sempre vengono supportate in questa direzione. Si tratta di persone che potrebbero ottenere una protezione legale ma che rimangono nell'illegalità».<sup>17</sup>

Le donne sono vulnerabili alla violenza durante il viaggio. Alcuni tipi di violenza sono trasversali a tutte le parti del viaggio (ad esempio, lo stupro e la violenza di genere possono verificarsi in tutti i momenti della migrazione); altre invece sono specifiche di alcune fasi del viaggio.

Secondo uno studio<sup>18</sup> pubblicato su "The Lancet" a firma di sette operatori del SVSeD (Centro di riferimento di assistenza per i problemi della violenza alle donne e ai minori) del Policlinico di Milano «i migranti sono spesso

---

<sup>10</sup>Freedman J., "Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee crisis", *Reproductive Health Matters*, Volume 24, Numero 47, Giugno 2016, pp. 18-26,

<https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.05.003>

<sup>11</sup>Benninger-Budel C., "Violence against Women in Egypt", *World Organisation Against Torture*, Gennaio 2001, pp. 1-48,

<https://www.refworld.org/docid/46c1905b0.html>

<sup>12</sup>Al-Krenawi A., "Mental health and polygamy: The Syrian case", *World Journal of Psychiatry*, volume 3, Numero 1, 22 Marzo 2013, pp. 1-7, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782180/> cit.

<sup>13</sup> Al-Modallah H., Abu Zayed I., Abujilban S., Shehab T, Atoum M., "Prevalence of intimate partner violence among woman visiting health care centres in Palestine refugee camps in Jordan", *Health Care Woman Int* 2015; volume 36, Numero 2, 14 Ottobre 2014, pp.137-148, doi: 10.1080/07399332.2014.948626 cit.

<sup>14</sup> Barbara G., Collini F., Cattaneo C., Facchin F., Vercellini P., Kustermann A., "Sexual violence against adolescent girls. The need for shared multidisciplinary prevention strategies", *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Volume 124, Numero 3, Gennaio 2017, p. 434-434.

<sup>15</sup> Alpak G., Unal A., Bulbul F., et al. "Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study", *Int Journal of Psychiatry Clin Pract.* 2015; Volume 19, Numero 1, Ottobre 1016, pp. 45-50.

<sup>16</sup> Intervista del 16 aprile 2021

<sup>17</sup> Intervista del 30 Gennaio 2021

<sup>18</sup> Barbara G., Collini F., Cattaneo C., Marasciuolo L., Chiappa L., Fedele L. et al., "Sexual violence and unwanted pregnancies in migrant women", *The Lancet*, Volume 5, Numero 4, Aprile 2017

[https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30075-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30075-X/fulltext)

vittime di torture e violenze sessuali durante il viaggio o la permanenza nelle carceri libiche. Diversi studi e organizzazioni internazionali hanno evidenziato che i migranti dall’Africa subsahariana sono ad alto rischio di vittimizzazione sessuale e che molte donne sono costrette a pagare la loro migrazione attraverso la prostituzione o sono soggette a brutali forme di sfruttamento sessuale e torture durante il viaggio. La violenza di genere contro i migranti può avere effetti negativi sostanziali e di lunga durata sulla salute mentale, fisica, riproduttiva e sessuale della vittima, con gravi implicazioni per la salute pubblica del paese di accoglienza. Inoltre, nei paesi post-migrazione, queste donne sperimentano spesso barriere sociali, culturali ed economiche, che facilitano anche la violenza di genere. [...] Tuttavia, pochi studi hanno evidenziato il problema della violenza contro le donne rifugiate. Nel 2016 abbiamo assistito 11 donne e un uomo che hanno subito abusi sessuali durante la loro migrazione in Europa. Dieci di loro sono arrivati a SVSeD nella seconda parte del 2016, mentre solo uno è arrivato prima di luglio. Dieci di loro hanno affermato di essere stati abusati sessualmente e torturati durante la loro permanenza nei campi o nelle carceri libiche; due durante la rotta africana. Sei persone (incluso l’uomo) sono state violentate da un gruppo di uomini e sei da un solo uomo. Uno di loro ha mostrato la sieroconversione dell’HIV. Otto donne sono rimaste incinte a causa delle violenze sessuali e sette hanno chiesto di abortire in Italia. Cinque di loro erano oltre il primo trimestre di gravidanza (14-19 settimane di gestazione). Tutti erano stati torturati con bruciature ed erano stati picchiati con vari tipi di armi. La necessità di interrompere la gravidanza sembrava essere la molla che spingeva le donne a denunciare gli abusi. Questi casi rappresentano probabilmente solo la punta dell’iceberg della violenza sessuale nel traffico di esseri umani, dal momento che molte vittime di stupro potrebbero vergognarsi troppo per chiedere aiuto. Questo cambio di tendenza nel nostro centro suggerisce fortemente che l’organizzazione di un protocollo sistematico di intervento sanitario dovrebbe essere una priorità per affrontare i problemi sanitari legati alla tratta di esseri umani e, in particolare, il problema specifico delle gravidanze e delle richieste di aborto derivanti da violenze sessuali».

Lo studio «Migrant Woman-experiences from the Mediterranean Region<sup>19</sup>» così riporta: «Le esperienze di SGBV (Sexual and Gender Based Violence) delle donne durante il viaggio di migrazione includono l’essere costrette a fare sesso dai trafficanti, essere usate come merce di scambio dalla propria famiglia per ottenere un posto sulle barche, essere costrette a prostituirsi per comprare un posto per i propri familiari o per evitare la tortura e la violenza, o essere usate come merce di scambio in cambio di prostituzione o altri servizi illegali<sup>20</sup>. L’uso di piccole imbarcazioni malandate e vecchie rende il viaggio particolarmente pericoloso per donne e bambini, che spesso sono costretti a prendere i posti peggiori e più pericolosi<sup>21</sup>. Le condizioni di insicurezza del viaggio sono spesso confermate all’arrivo nel nuovo Paese. A titolo esemplificativo, 368 profughi sono morti nel 2013 quando l’imbarcazione utilizzata è affondata mentre cercava di raggiungere la costa dell’isola siciliana di Lampedusa. Il 50% delle vittime erano donne e il 20% erano bambini, e nonostante gli interventi di salvataggio della Guardia

---

<sup>19</sup> La Cascia C., Cossu G., Lindert J., Holzinger A., Zreik T., Ventriglio A., and Bhugra D., “Migrant Women-experiences from the Mediterranean Region”, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, Volume 16, Numero 1, 30 Luglio 2020, pp. 101–108, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536719/> cit.

<sup>20</sup> “Female refugees face physical assault, exploitation and sexual harassment on their journey through Europe”, *amnesty.org*, Gennaio 2016, <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2016/01/female-refugees-face-physical-assault-exploitation-and-sexual-harassment-on-their-journey-through-europe/>

<sup>21</sup> “Lives adrift: Refugees and migrants in peril in the central Mediterranean: Executive summary”, *amnesty.org*, Settembre 2014, <https://www.amnesty.org/en/documents/EUR05/007/2014/en/>

costiera e dei pescatori italiani si sono potute salvare solo 160 persone, di cui solo il 15% erano donne e il 5% erano bambini. Ciò era dovuto al fatto che essi occupavano i posti sul fondo della barca che li mettevano a maggior rischio di annegamento, oltre al fatto che venivano gettati in mare per primi dai contrabbandieri a causa della loro debolezza.

[...]

Sebbene vi sia una chiara mancanza di dati sulla salute delle donne migranti africane una volta arrivate in un Paese europeo, uno studio condotto a Torino ha mostrato che quasi tutte le donne passate dalla Libia hanno subito violenze sessuali, un terzo delle donne avevano almeno una cicatrice e molte di loro riportavano una mutilazione genitale femminile»

Si fa in questo caso riferimento allo studio “Violence against African migrant women living in Turin: clinical and forensic evaluation”<sup>22</sup> il cui scopo «è stato quello di realizzare una valutazione clinica e forense sulla salute globale delle donne migranti africane attraverso i loro ricoveri presso il Centro Stupro “Soccorso Violenza Sessuale” dell’Ospedale Sant’Anna di Torino. Nel nostro campione abbiamo preso in considerazione diversi aspetti quali luogo in cui è avvenuta la violenza, numero e identità degli autori, uso di strumenti e/o sostanze di contenzione fisica, rapimenti, prostituzione sotto coercizione, abusi, gravidanze ed esiti, lesioni e sintomi lamentati, mutilazioni genitali femminili e malattie sessualmente trasmissibili». Il campione era composto da 143 donne, di cui 136 vittime di violenza, violenza sessuale nel 92,6% dei casi. Nel 72,8% degli episodi, l’autore della violenza era un soggetto sconosciuto. Delle donne, il 58,8% ha riferito di essere stata abusata in Libia, il 30,2% è rimasta incinta dopo una violenza sessuale.

Il periodo post-migratorio è un esteso processo di accettazione e inclusione dei migranti all’interno delle istituzioni e nelle relazioni dei paesi d’arrivo, o ospitanti. I migranti sono chiamati a mettere in moto grandi risorse e competenze personali per apprendere una nuova lingua, una nuova cultura, e cercare di procurarsi l’accesso a posizioni e status, tutto questo in tempi molto brevi. Secondo il già citato studio “Migrant Woman-experiences from the Mediterranean Region”<sup>23</sup> «Il processo di inclusione ed integrazione sociale può essere molto lungo e contrastato da varie difficoltà come la separazione familiare, la mancanza di sostegno sociale, la necessità di imparare la lingua e affrontare la discriminazione e la povertà. Alcuni di questi fattori di stress (culturali, sociali e anche personali) sono temi principali che influenzano la salute mentale, in particolare delle donne rifugiate. Durante la fase post-migrazione, è altresì possibile che i migranti finiscano per mesi o addirittura anni in campi profughi dove le condizioni di vita sono altamente stressanti e possono esporli allo sviluppo di disturbi legati allo stress, ai quali le donne sembrano particolarmente a rischio. Dopo l’esposizione a un evento traumatico, infatti, le donne hanno circa il doppio delle probabilità rispetto agli uomini di sviluppare un Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD)<sup>24</sup>. La ragione può essere spiegata con insufficienti risorse di supporto sociale, reazioni psicobiologiche

---

<sup>22</sup> Castagna P., Ricciardelli R., Piazza F., *et al.*, “Violence against African migrant women living in Turin: clinical and forensic evaluation.”, *Int J Legal Med* 2018, Volume 132, Numero 4, Luglio 2018, pp.1197-1204.

<sup>23</sup> La Cascia C., Cossu G., Lindert J., Holzinger A., Zreik T., Ventriglio A., and Bhugra D., “Migrant Women-experiences from the Mediterranean Region”, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, Volume 16, Numero 1, 30 Luglio 2020, pp. 101–108, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536719/> cit.

<sup>24</sup> Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P., “Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma.”, *Arch Gen Psychiatry* 1998; Volume 55, Numero 7, pp. 626-32.

acute specifiche di genere al trauma<sup>25</sup> o violenza aggressiva<sup>26</sup>. Secondo una revisione sistematica volta a studiare la violenza tra i richiedenti asilo nei paesi ad alto reddito, l'incidenza della SGBV è alta in queste situazioni<sup>27</sup>. Oltre un terzo (35,7%) delle donne nei centri di detenzione ha subito molestie o violenze sessuali da parte degli agenti di detenzione e durante le consultazioni mediche il tasso di violenza sessuale è stato riportato dai richiedenti asilo pari al 44,2%.»<sup>28</sup>.

Di fronte a questo quadro univoco nella sua drammaticità, è importante cominciare ad analizzare e valutare la risposta del sistema dell'accoglienza e del sistema sanitario.

---

<sup>25</sup>Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J. "Gender and PTSD: A Cognitive Model." *Gender and PTSD*, Guilford Press, 2002; p. 460.

<sup>26</sup> Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P., "Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma.", *Arch Gen Psychiatry* 1998; Volume 55, Numero 7, pp. 626-32 cit.

<sup>27</sup> Oliveira C., Keygnaert I., Oliveira Martins M.D.R., Dias S., "Assessing reported cases of sexual and gender based violence, causes and preventive strategies, in European asylum reception facilities." *Globalization and Health* 2018, Volume 14, Numero 1, 2018, p. 48.

<sup>28</sup> La Cascia C., Cossu G., Lindert J., Holzinger A., Zreik T., Ventriglio A., and Bhugra D., "Migrant Women-experiences from the Mediterranean Region", *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, Volume 16, Numero 1, 30 Luglio 2020, pp. 101–108, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536719/> cit.

## Capitolo 2

### **Il diritto alla salute tra buone leggi e ostacoli burocratici**

Il primo contatto con l'assistenza sanitaria avviene per i migranti che attraversano il Mediterraneo già sulle navi che prestano soccorso in mare. In questo senso, distinguendo questo primo contatto con lo screening più organico che viene effettuato sulla terraferma nei centri di prima e seconda accoglienza si può parlare di una fase di soccorso e prima assistenza.

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) ha elaborato, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) delle linee guida pubblicate sotto il titolo «I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza»<sup>29</sup>. La fase di primo soccorso viene così descritta: «Durante le operazioni di soccorso in mare, i migranti ricevono una prima valutazione sanitaria da parte dei team sanitari che operano a bordo, in coordinamento con la Guardia Costiera. Già durante il viaggio, e quindi prima dell'arrivo in porto, possono essere trasferiti presso strutture sanitarie per mezzo di velivoli della Marina Militare o della Guardia Costiera (evacuazione medica o Medevac); una volta in porto, il trasferimento d'urgenza avviene tramite il sistema 118 (servizio che non effettua Medevac da navi in navigazione). Il Ministero della Salute, in attuazione delle proprie funzioni di profilassi internazionale e in applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale dell'OMS, tramite i propri Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera – USMAF, ha l'incarico di rilasciare alle navi che portano migranti in arrivo, dopo le eventuali operazioni di soccorso in mare e Medevac, un attestato di “libera pratica sanitaria - LPS”. La LPS segnala l'assenza di rischi per la salute collettiva e consente lo sbarco dei migranti in uno dei (circa) quindici porti attualmente interessati dal fenomeno, in cinque diverse regioni italiane. La LPS viene rilasciata dopo una prima verifica, da parte del personale sanitario dell'USMAF, delle condizioni generali di salute delle persone a bordo della nave. Dopo lo sbarco, l'attività degli USMAF continua per quelli che sono i compiti di profilassi internazionale. Sulle banchine è fornita – oltre all'indispensabile e prioritaria assistenza umanitaria – anche un'assistenza di tipo sanitario che consiste in una

---

<sup>29</sup> “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli”, INMP, ISS, SIMM, Giugno 2017, [https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG\\_Migranti-web.pdf](https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf)

prima valutazione volta a identificare eventuali quadri emergenziali o situazioni sospette cui dare risposta immediata, attraverso una collaborazione tra Ministero della Salute USMAF e ASL. Tale prima valutazione sanitaria potrà anche essere effettuata in strutture chiuse (ad esempio nei cosiddetti Hotspot). In ogni porto o punto di ingresso in Italia si sono sviluppati protocolli locali di collaborazione tra i vari attori che partecipano alle attività di soccorso e accoglienza. Deve essere, inoltre, assicurata a ogni migrante la possibilità di accedere all'offerta sanitaria, laddove richiesta. Lo stesso approccio viene mantenuto anche nel caso che gli arrivi avvengano via terra».

Sul suo sito web l'ONG Sea Watch descrive così il proprio modus operandi in mare: «Se ci viene chiesto di eseguire un salvataggio, la Sea-Watch 3 si avvicinerà rapidamente alla posizione dell'emergenza e lancerà i suoi motoscafi (RHIB) con equipaggio (compreso un mediatore culturale e un (para)medico) a bordo. [...] A bordo, i nostri medici identificano le persone ferite, malate, incinte e altre persone vulnerabili e iniziano le cure nella nostra sala medica. Le persone spesso subiscono ustioni chimiche a causa della miscela di carburante e acqua salata in cui devono sedersi per ore o addirittura giorni. Molti sono disidratati e malnutriti. Se abbiamo a bordo emergenze mediche particolarmente gravi che non possiamo affrontare in mare, le autorità organizzano l'evacuazione».<sup>30</sup>

Medici Senza Frontiere introduce anche un altro tema del primo soccorso, quello psicologico: «Lo staff medico di MSF e i mediatori culturali a bordo forniscono un primo supporto psicologico. Durante questi colloqui i nostri team ascoltano storie orribili; molte delle persone soccorse sono vittime di tortura e altre forme di maltrattamento. Molti dei nostri pazienti, sia donne che uomini sono vittime di violenza sessuale. Essi hanno dovuto lasciarsi tutto alle spalle e molti di loro hanno visto loro familiari, loro amici e persone con cui hanno condiviso il viaggio morire in mare o nel deserto».<sup>31</sup>

Il sistema di prima accoglienza è strutturato in Centri/Hub governativi di livello regionale e/o interregionale, all'interno dei quali i migranti possono rimanere per un periodo che può variare da una settimana a un mese. Secondo il citato documento "I controlli alla frontiera..." «L'assistenza sanitaria offerta in questa fase dovrebbe comprendere una visita medica completa volta alla ricerca attiva di segni e sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose, al fine di garantire un adeguato e tempestivo accesso alle cure, nonché l'identificazione di condizioni per le quali è previsto uno specifico percorso di accoglienza (gravidanza e minore età). Laddove invece la persona – in assenza dei presupposti giuridici necessari – venga collocata in una struttura di identificazione ed espulsione, si conferma la necessità di garantire la sorveglianza sanitaria mediante ricerca attiva di segni e sintomi, in modo da assicurare comunque le cure urgenti o essenziali, ancorché continuative».

Successivamente i migranti irregolari vengono trasferiti, per un periodo che può essere anche molto lungo in strutture volte ad assicurare la tutela giuridica e sanitaria e a favorire l'integrazione. Gli interventi di

---

<sup>30</sup> *Sea-watch.org*, <https://sea-watch.org/en/about/faq-2/#1549900778142-93d80fbe-b68f>

<sup>31</sup> <https://searchandrescue.msf.org/>

prevenzione sanitaria primaria e secondaria comprendono tutti gli accertamenti che si dovessero rendere necessari, attraverso un approccio multiprofessionale e multidisciplinare.

In questo, le Linee Guida italiane non si discostano molto da quelle adottate da altri paesi interessati dal fenomeno migratorio: nelle linee guida pubblicate dalla Division of Global Migration and Quarantine del National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases (NCEZID)/Centers for Disease Control and Prevention (CDC) nel 2012 «viene incoraggiato l'uso di interpreti esperti (preferibilmente bilingue, biculturali e con formazione biomedica) che possano supportare la relazione medico-paziente intervenendo di persona nel setting di cura. Si segnala, inoltre, l'importanza di rassicurare i migranti sul fatto che i controlli sanitari sono finalizzati alla tutela della loro salute e non hanno implicazioni giuridiche né pregiudicano in alcun modo il percorso di accoglienza. Infine, in considerazione della particolarità del setting, si raccomanda che il personale sanitario abbia acquisito conoscenze circa il quadro epidemiologico nei paesi di provenienza e in quelli di transito, e abbia maturato sufficiente esperienza e competenze culturali».<sup>32</sup>

Ma come, praticamente, il migrante accede ai servizi sanitari in Italia?

Il Servizio Sanitario Nazionale prende in carico, in condizione di perfetta parità con il cittadino italiano, lo straniero residente sul territorio nazionale con regolare permesso di soggiorno. Questi immigrati regolari sono tenuti all'iscrizione al SSN e quindi possono scegliere il proprio medico di base e accedere ad ogni tipo di cura erogata dal SSN. Ad essi sono sostanzialmente equiparati anche tutti gli immigrati minori, (intesi fino al compimento del 18° anno di età) per i quali è prevista l'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale, che si tratti di minori figli di immigrati extracomunitari irregolari o di minori non accompagnati. (I minori figli di immigrati comunitari irregolari, sono soggetti ad un altro regime assistenziale, cfr. infra).

L'assenza del permesso di soggiorno, ovvero la condizione vissuta dai migranti che entrano sul territorio nazionale in modo irregolare o a seguito di operazioni di salvataggio in mare, di per sé limita diritti della persona straniera, considerato che la mancata osservanza della normativa che regola l'ingresso e la permanenza in Italia esclude la possibilità di svolgere ulteriori attività. Risultano precluse, in particolare, la possibilità di sottoscrivere un contratto di lavoro, di sottoscrivere un contratto di locazione, di svolgere attività di lavoro autonomo, di iscriversi a un corso di studi, ecc. L'assenza del permesso di soggiorno, invece, non preclude alle persone straniere di vedersi erogato un codice ENI (Europeo Non Iscritto, riservato ai cittadini dell'Unione Europea indigenti irregolarmente presenti sul territorio che non sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale né assicurati dalla Cassa estera di competenza) o un codice STP (Straniero Temporaneamente Presente, riservato ai cittadini extra-UE irregolarmente presenti sul territorio) e di ricevere, nei presidi pubblici e accreditati di ogni ASL, un vasto numero di prestazioni.

Il quadro giuridico di riferimento di entrambe le condizioni è definito dai documenti "L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative" a cura dell'Istituto Superiore Di Sanità e del Ministero

---

<sup>32</sup> *cdc.gov*, NCEZID – National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases/CDC – Centers for Disease Control and Prevention, *Guidelines and discussion of the history and physical examination*, 2012, <https://www.cdc.gov/ncezid/index.html>

della Salute<sup>33</sup> e “Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale” a cura dell’associazione Naga-Milano in collaborazione con la SIMM (Società Italiana Medicina delle Migrazioni)<sup>34</sup>.

Il codice ENI consente l’accesso a le cure ambulatoriali e ospedaliere, urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e agli interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura a esse correlate.

Il codice STP consente allo straniero non comunitario irregolare “l’accesso a cure ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, comprese quelle erogate in regime di day hospital e pronto soccorso”, e a “cure ambulatoriali urgenti ed essenziali, ancorché continuative per malattia e infortunio, compresi i programmi di medicina preventiva e di riabilitazione post-infortunistica, gli interventi di riduzione e prevenzione del danno rispetto ai comportamenti a rischio, nonché i programmi di tutela della salute mentale. [...] Per cure urgenti si intendono le cure che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona. Per cure essenziali si intendono le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell’immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).”<sup>35</sup>

Un prerequisito per l’attribuzione sia del codice ENI che di quello STP è la condizione di indigenza, che il migrante deve sottoscrivere anche sotto forma di autocertificazione.

Il codice ENI è rilasciato dalle Aziende sanitarie locali, all’atto della richiesta di cure oppure su richiesta dell’interessato. Il codice è utilizzato per il rendiconto delle prestazioni erogate, per l’azione di recupero e negoziazione nei confronti degli Stati competenti in sede comunitaria o diplomatica.

Il codice STP è rilasciato dalle Aziende sanitarie locali, all’atto della richiesta di cure oppure su richiesta dell’interessato. Quest’ultimo può anche comunicare le proprie generalità oralmente, in assenza di un documento di identificazione (a differenza dei cittadini di paesi dell’Unione Europea che, per ottenere il codice ENI devono sempre esibire un documento di identità). Cosa di particolare rilievo, l’accesso alle strutture di cura non può comportare alcuna segnalazione all’autorità.

I ricoveri erogati a favore degli aventi diritto sono remunerati attraverso apposito fondo del Ministero dell’Interno, mentre le spese connesse alle prestazioni ambulatoriali, ai farmaci e alle altre prestazioni restano a carico delle Regioni. I codici STP e ENI hanno durata di 6 mesi e sono rinnovabili (Accordo S-R, par. 1.2. e 2.4.); la dichiarazione di indigenza va invece riformulata ogni 6 mesi. le prestazioni sanitarie per malattie essenziali saranno fornite in generale con il pagamento del ticket nei casi in cui tale ticket sia previsto per il

---

<sup>33</sup> Luzi A., Pasqualio G.M., Pugliese L., Schwarz M., Suligoi B., *L’accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative*. ISS e Ministero della Salute, 2013. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_199\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_199_allegato.pdf)

<sup>34</sup> Olivani P., Panizzut D., *Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale*, NAGA-SIMM, 2019, Terzo Rapporto, 2019, [simmweb.it](http://simmweb.it), [https://www.simmweb.it/attachments/article/973/Report\\_LEGIS\\_Naga\\_2019.pdf](https://www.simmweb.it/attachments/article/973/Report_LEGIS_Naga_2019.pdf)

<sup>35</sup> Olivani P., Panizzut D., *Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilità di tale legislazione a livello regionale*, NAGA-SIMM, 2019, Terzo Rapporto, 2019, [simmweb.it](http://simmweb.it), [https://www.simmweb.it/attachments/article/973/Report\\_LEGIS\\_Naga\\_2019.pdf](https://www.simmweb.it/attachments/article/973/Report_LEGIS_Naga_2019.pdf) cit.

cittadino italiano, ovvero gratuitamente in caso l'extracomunitario irregolare si dichiara privo di risorse economiche sufficienti anche per il pagamento del ticket. All'extracomunitario che dichiara di essere in questa condizione verrà assegnato uno specifico codice di esenzione X01 valido solo per una singola prestazione e previa una seconda dichiarazione di indigenza. Per lo straniero irregolare comunitario non è previsto l'utilizzo di tale codice.

Va segnalato, nel contesto di questa tesi, che le donne extracomunitarie pur se irregolarmente presenti in stato di gravidanza o che hanno partorito da meno di sei mesi, hanno diritto al permesso di soggiorno "per cure mediche" che permette loro l'iscrizione temporanea al SSN o, a loro scelta, all'assegnazione di un codice STP. Se a trovarsi nelle medesime condizioni è una cittadina comunitaria presente in modo irregolare sul territorio nazionale (e quindi non iscrivibile al SSN), essa ha diritto a un codice ENI. In entrambi i casi sussiste anche l'esonero dal ticket alle medesime condizioni dei cittadini italiani. Anche il padre irregolare, dopo la nascita del figlio, ha diritto al medesimo permesso di soggiorno (temporaneo) per cure mediche e alla relativa iscrizione al SSN; il neonato risulta in ogni caso obbligatoriamente iscritto.

Hanno infine accesso all'assistenza sanitaria tramite iscrizione al SSN, ovvero all'assistenza tramite codice STP nelle more dell'iscrizione al SSN anche altre particolari categorie di migranti irregolari: i congiunti di cittadini italiani, gli immigrati in attesa di regolarizzazione (ad esempio per emersione dal lavoro nero); le vittime della tratta o della riduzione in schiavitù, ammesse a programmi di protezione sociale; i detenuti negli istituti penitenziari per adulti o minori, internati negli ospedali psichiatrici giudiziari, in semilibertà o sottoposti a misure alternative alla pena; i richiedenti protezione internazionale. Questi ultimi, secondo quanto disposto dal Decreto Legislativo 142/2015 hanno diritto all'iscrizione al SSN dal momento della richiesta di protezione all'emanazione del provvedimento definitivo (che in caso di accoglienza della richiesta rende l'iscrizione definitiva), incluso il periodo dell'eventuale ricorso. Dato il divieto a svolgere, nei primi 60 giorni, un lavoro regolare, sussiste, per tale periodo, l'esonero dal pagamento del ticket; successivamente tale esonero è diversificato territorialmente e in alcuni casi persiste solo per coloro che si sono registrati come disoccupati nelle liste del Centro per l'Impiego. Tuttavia la complessità della procedura (la stessa verbalizzazione della richiesta può avvenire in due distinti momenti, al primo sbarco e al momento del arrivo al centro di prima accoglienza spesso situato in un'altra provincia e quindi sotto la giurisdizione di un'altra Questura) fa sì che il diritto all'assistenza sanitaria dei richiedenti protezione internazionale risulti compresso in questi frangenti.

### Capitolo 3

#### Le barriere tra le migranti e la sanità territoriale

Uno studio condotto da cinque ricercatrici dell'Università di Catanzaro "Utilization of health-care services among immigrants recruited through non-profit organizations in southern Italy" ha mostrato che solo la metà (49,7%) del campione di donne migranti riceve procedure diagnostiche e/o prescrizione di farmaci e solo un terzo ha avuto un intervento preventivo o un controllo delle malattie croniche<sup>36</sup>. C'è, dunque, una chiara necessità di comprendere e implementare nuove strategie per accedere e rimuovere le barriere all'assistenza per quanto riguarda il modello di utilizzo dell'assistenza sanitaria tra gli immigrati. Per facilitare la rete di supporto all'accesso ai servizi sanitari nazionali, un ruolo chiave potrebbe essere svolto dalle organizzazioni del terzo settore, dato che è evidente che le politiche pubbliche non soddisfano completamente le esigenze.

Nell'esperienza del centro barese Giraffa che assiste in alcune case rifugio donne straniere vittime di tratta, il codice STP consente con maggiore facilità l'accesso ad esempio ad analisi e visite ginecologiche mentre la "regionalizzazione" del rilascio del codice ENI si traduce a volte in problemi e ritardi. Secondo Paola Rizzo però l'interazione medico paziente risulta a volte problematica: «Succede spesso che il medico non riesca a capire la situazione, invece l'approccio che deve avere deve essere diverso, dato che l'infibulazione, ad esempio, è un fatto culturale. Alcune donne se ne vergognano anche».<sup>37</sup>

Gli ostacoli culturali ad una piena fruizione dei servizi sanitari da parte delle donne migranti non sono propri della sola Italia. Lo studio "Migrant Women's Health Issues: Addressing Barriers To Access To Health Care For Migrant Women With Irregular Status" pubblicato dall'WHO (Organizzazione Mondiale della Sanità) nota che «l'esclusione dai servizi sanitari significa che le donne prive di documenti devono affrontare un accesso ritardato a screening, cure e assistenza, un accesso limitato alla contraccezione e all'interruzione della gravidanza e livelli elevati di discriminazione e violenza di genere, tutti fattori che danneggiano la salute delle donne e perpetuano le disuguaglianze di salute. In tutta Europa le donne migranti sono soggette in modo sproporzionatamente alto a gravidanze difficili e ad esiti non ottimali delle stesse (basso peso alla nascita; mortalità infantile e materna; maggiore probabilità che le donne immigrate partoriscono senza assistenza

---

<sup>36</sup> Bianco A., Larosa E., Pileggi C., Nobile C. G. A & Pavia M., "Utilization of health-care services among immigrants recruited through non-profit organizations in southern Italy", *International Journal of Public Health*, Volume 61, Aprile 2016, pp. 673-682, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-016-0820-1>

<sup>37</sup> Intervista del 5 febbraio 2021

professionale<sup>38</sup>. Delle 310 donne in gravidanza in situazioni di vulnerabilità da cui sono stati raccolti i dati da Medici del Mondo in Europa nel 2014, il 54,2% non ha avuto accesso alle cure prenatali<sup>39</sup>. A livello nazionale, un rapporto del 2015 ha rilevato che il tasso di morte materna nel Regno Unito era significativamente più alto per le madri nate all'estero rispetto ai residenti nati nel Regno Unito<sup>40</sup>. Le donne incinte e le adolescenti che arrivano alle frontiere dell'UE sono gravate da un accesso inadeguato alle cure mediche e sono anche a maggior rischio di violenza sessuale. Le donne migranti detenute corrono un doppio rischio per la loro salute, poiché la detenzione è sia una causa di peggioramento della salute fisica e mentale<sup>41</sup>, sia un luogo in cui l'accesso a cure adeguate è generalmente limitato. La detenzione ha ben documentati effetti negativi sulla salute di tutti i migranti, in particolare per quella delle ragazze (e dei bambini più in generale) e delle donne incinte, con frequenti appelli a porre fine alla loro detenzione<sup>42</sup>.

[...]

Limitare il diritto delle donne migranti prive di documenti all'assistenza alla maternità non riconosce i loro più ampi bisogni di salute, compresi quelli legati alla prevenzione e alla promozione della salute, e limitare l'accesso all'assistenza significa anche limitare l'accesso alle informazioni. Significa che, nella maggior parte dei paesi dell'UE, le donne e le ragazze prive di documenti non hanno accesso a mammografie e screening per il cancro del collo dell'utero, alla pianificazione familiare o a controlli regolari che aiuterebbero a prevenire, rilevare e curare patologie come le malattie cardiache, cancro e diabete. Escludere donne e ragazze dai servizi di assistenza primaria tralascia il fatto che spesso sono gli operatori sanitari i primi a riconoscere e fornire assistenza a coloro che hanno subito violenza e a indirizzarli ad altri servizi di supporto. Escludere una parte della popolazione dai servizi sanitari è anche una cattiva politica: contraddice gli obiettivi di salute pubblica minando gli sforzi per prevenire, curare e gestire le malattie trasmissibili e fa aumentare i costi a lungo termine. In effetti, recenti ricerche mostrano che fornire accesso all'assistenza sanitaria preventiva per i migranti in una situazione irregolare, compresa l'assistenza prenatale, sarebbe un risparmio sui costi per i sistemi sanitari<sup>43</sup>».

Dal canto suo l'European Board and College of Obstetrics and Gynecology (EBCOG), che associa gli organismi degli specialisti in ostetricia e ginecologia di 37 paesi in tutta Europa, ha definito i suoi Standards

---

<sup>38</sup> Gissler M., Alexander S., MacFarlane A. et al., "Stillbirths and Infant Deaths among Migrants in Industrialised Countries.", *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; Volume 88, Numero 2, pp. 134-148.

<sup>39</sup> Chauvin P., Simonnot N., Vanbiervliet F. et al. *Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada*. Paris: Doctors of the World - Médecins du monde international network, 2015.

<sup>40</sup> Manktelow BM, Smith L.K., Evans T.A. et al, on the behalf of the MBRRACE-UK collaboration. *Perinatal Mortality Surveillance Report UK Perinatal Deaths for births from January to December 2013*. Leicester: The Infant Mortality and Morbidity Group, Department of Health Sciences, University of Leicester, 2015.

<sup>41</sup> Filges T., Montgomery E., Kastrup M. et al. "The Impact of Detention on the Health of Asylum-Seekers: A Systematic Review." , *Campbell System Rev* 2015, Volume 11, Numero 1, Settembre 2015, pp. 1-104.

<sup>42</sup> UNHCR, *Detention Guidelines: Guidelines on the Applicable Criteria and Standards relating to the Detention of Asylum Seekers and Alternatives to Detention*, 2012.

<sup>43</sup> *Cost of Exclusion From Health Care: The Case of Migrants in an Irregular Situation. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights, November 2015.*

of care<sup>44</sup> per la salute delle donne in Europa presentati anche al Parlamento Europeo nel 2014 . Questi standard si concentrano sulla sicurezza, la cura, la dignità e il trattamento dei pazienti. Riflettono l'assistenza che ogni servizio sanitario e ogni operatore sanitario coscienzioso dovrebbero fornire per essere efficaci e sicuri per il paziente e coprono tutti gli aspetti della vita riproduttiva di una donna, dal concepimento, alla gravidanza, al parto e alle cure post-parto fino alla fase post riproduttiva; e danno ampio spazio alla condizione delle donne migranti e alla particolare attenzione che deve essere profusa nel rendere loro assistenza, a partire dalla necessità di superare barriere linguistiche e culturali che impediscono alle donne l'accesso ai servizi sanitari.

Fra esse si ricomprende anche la condizione di minorità delle donne che non parlano e non comprendono la lingua del paese che le ospita. Per questo motivo, sono necessari degli interpreti al momento delle visite; ma è significativo che l'associazione puntualizzi che gli interpreti non possano e non debbano essere i familiari della paziente, che potrebbero riproporre le condizioni di subalternità femminile proprie di alcuni contesti trattenendo alcune informazioni (nel caso in cui collidano con le proprie tradizioni, credenze religiose, principi) o per l'imbarazzo che una donna potrebbe provare a riferire dettagli sulla propria condizione di salute ginecologica.

Tornando in Italia, un ultimo sguardo va dato sul complessivo stato di salute dei migranti presenti sul territorio nazionale. Ci permette di farlo il fascicolo "Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia" pubblicato nel 2017 a cura dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) come primo studio sistematico sul tema<sup>45</sup> che raccoglie e organizza i dati raccolti dall'Osservatorio epidemiologico dell'INMP e dalla rete della sanità pubblica. Un primo dato che emerge quello del peggioramento dello stato di salute percepito<sup>46</sup>: tra il 2005 e il 2013, a fronte di un raddoppio del numero degli immigrati regolari residenti (e di un generale peggioramento delle condizioni socioeconomiche come conseguenza della crisi economica seguita al 2008) è quello di una attenuazione del vantaggio di salute fisica degli immigrati (più marcato nella popolazione femminile). «Tali risultati sembrerebbero suggerire che il cosiddetto 'effetto migrante sano', notoriamente presente al momento dell'arrivo, tenda a esaurirsi, coerentemente con quanto osservato in letteratura, dove si evidenzia un deterioramento piuttosto rapido del vantaggio di salute dei migranti.

[...]

---

<sup>44</sup>*Standards of Care for Women's Health In Europe*, The European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, Maggio 2014, Volume 2, *uems.eu*, [https://www.uems.eu/\\_data/assets/pdf\\_file/0020/8750/Item-5.3.8-EBCOG-Standards-of-Care-for-Gynaecology-PDF-FEB-11-2014-FINAL-DRAFT.pdf](https://www.uems.eu/_data/assets/pdf_file/0020/8750/Item-5.3.8-EBCOG-Standards-of-Care-for-Gynaecology-PDF-FEB-11-2014-FINAL-DRAFT.pdf)

<sup>45</sup>Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L., "Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat", *Epidemiologia & Prevenzione* 41(3-4), Maggio-Agosto 2017, Suppl. 1.

<sup>46</sup> «Gli ampi studi presenti in letteratura sulla capacità degli indicatori di salute percepita di predire le condizioni di salute della popolazione dimostrano come la valutazione soggettiva sia un indicatore affidabile di molte dimensioni della salute e del ricorso ai servizi sanitari, in particolare dell'incidenza delle malattie croniche, della mortalità e della perdita di autosufficienza», "Lo stato di salute...", cit., pag.16

Quindi, [...] si può ipotizzare una sopraggiunta vulnerabilità che potrebbe essere la risultante di diversi fattori in grado di generare l'assimilazione agli stili di vita delle fasce di popolazione più svantaggiate da un punto di vista socioeconomico»<sup>47</sup>.

Una finestra specifica sulla condizione femminile la offrono i dati sulla prevenzione dei tumori femminili che evidenziano come «Il livello di copertura del Pap test nel 2013 è stato stimato pari al 63,4% per le donne italiane, al 49,6% per le immigrate; per la copertura mammografica la stima è pari al 56,8% per le italiane e solo al 37,1% per le immigrate. Queste nette differenze costringono a porre l'attenzione sulle cause del basso accesso delle donne immigrate alla prevenzione oncologica. Si segnala che i livelli di copertura nazionali per le donne immigrate e per le italiane sono al di sotto degli standard previsti dalle linee guida europee: 70% accettabile e 75% desiderabile per la mammella e 70% accettabile e 85% desiderabile per la cervice».<sup>48</sup>

Nello studio compare anche un tentativo di messa a fuoco sullo stato di salute degli immigrati irregolari<sup>49</sup>, sfuggente nonostante essi possano accedere, nelle condizioni già analizzate *supra* a gran parte dei servizi forniti dal SSN: Così anche «il profilo epidemiologico di questa variegata popolazione dipende dal diverso peso che i determinanti di salute finiscono per assumere nel *life-course* della migrazione. Se, infatti, al momento dello sbarco o dell'arrivo in Italia prevalgono le condizioni acute e le immediate conseguenze delle violenze psicofisiche subite durante il viaggio, a media e lunga distanza (a oltre un anno dall'arrivo) si manifestano situazioni latenti o si sviluppano nuove malattie quale effetto dei determinanti socioeconomici e della mancata integrazione. Per contro, il sistema di tutela della salute di stampo universalistico consente anche agli irregolari di ottenere assistenza sanitaria attraverso l'attribuzione del codice STP (straniero temporaneamente presente) per cure urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative». Ciononostante, secondo gli autori, anche sulla base di una indagine condotta a Roma <sup>50</sup>, tra gli immigrati irregolari si riscontrano «condizioni di salute peggiori rispetto agli italiani e agli stessi stranieri regolari: in particolare, gli indici sintetici del questionario SF-12 (confrontati con i dati Istat per gli italiani) mostravano una differenza mediana del 4% per lo stato fisico e del 12% per lo stato mentale; un'ulteriore comparazione con una precedente indagine condotta sugli immigrati regolari rilevava una differenza, rispettivamente, del 5% e del 10%»<sup>51</sup>. In conclusione secondo gli autori di questo studio specifico «la salute degli stranieri irregolari – per quanto sia instabile e dinamica questa definizione – si presenta come quella maggiormente vulnerabile, per il sommarsi degli effetti delle condizioni di partenza e di viaggio, e per la marginalità in cui molti di loro vivono

---

<sup>47</sup> Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L., “Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat”, *Epidemiologia & Prevenzione* 41(3-4), Maggio-Agosto 2017, Suppl. 1 cit.

<sup>48</sup> Francovich L., A. Di Napoli, P. Giorgi Rossi, L. Gargiulo, B. Giordani, A. Petrelli *La prevenzione dei tumori femminili nelle donne immigrate residenti in Italia in Lo stato di salute... cit.*

<sup>49</sup> G. Baglio, R. Di Palma, E. Eugeni, A. Fortino *Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? In Lo stato di salute... cit.*

<sup>50</sup> D'Egidio V, Mipatrini D, Massetti AP, Vullo V, La Torre G., “How are the undocumented migrants in Rome? Assessment of quality of life and its determinants among migrant population”, *Journal of Public Health*, Volume 39, Numero 3, Settembre 2017, Pp. 440–446

<sup>51</sup> G. Baglio, R. Di Palma, E. Eugeni, A. Fortino *Gli immigrati irregolari... cit.*

nel nostro Paese» e «un aspetto particolarmente critico è rappresentato oggi dalla salute mentale. Per quanto riguarda tale ambito, l’“effetto migrante sano” sembra non determinare una selezione così efficace come avviene per altre condizioni (per esempio, le malattie infettive) e lo stesso “effetto migrante esausto” insorge piuttosto rapidamente, talvolta addirittura durante il viaggio. Rispetto all’emersione del bisogno – che certamente è reale – occorre tuttavia anche considerare la possibilità che l’arrivo in tempi brevi di migliaia di profughi che non conoscono la nostra lingua e con cui esiste un’oggettiva difficoltà a comunicare possa portare a una sovradiagnosi di psicopatologia e a un ricorso improprio ai servizi psichiatrici». <sup>52</sup>

Non si può a questo punto non convenire con le conclusioni <sup>53</sup> tratte da Giuseppe Costa (Università degli Studi di Torino – Servizio di Epidemiologia ASL TO3, Regione Piemonte) a chiusura del volume: Dal punto di vista delle implicazioni per le politiche di salute l’esperienza sul campo segnala alcune priorità ancora poco indagate: la fragilità e patogenicità del sistema di accoglienza dei rifugiati, il forte rischio di disuguaglianze territoriali nell’accesso ai servizi, la necessità di indagare il profilo di salute e i meccanismi di rischio per le seconde generazioni, da un lato, e per le nuove fasce di invecchiamento dall’altra. Sono sfide che richiedono tre sforzi particolari: uno di fantasia (non basta la *evidence based medicine*, occorre anche saper personalizzare i livelli di assistenza e tutela), uno di concretezza (non si possono rimandare le soluzioni a problemi immediati) e uno di coerenza tra le risorse e le competenze istituzionali e della comunità».

---

<sup>52</sup> G. Baglio, R. Di Palma, E. Eugeni, A. Fortino *Gli immigrati irregolari...* cit.

<sup>53</sup> G. Costa *Il profilo di salute degli stranieri immigrati nelle indagini Istat sulla salute e sull’integrazione: implicazioni per le politiche in Lo stato di salute...* cit.

## Capitolo 4

### **La formazione degli operatori tra pregiudizi e buone prassi**

In uno studio pubblicato nel 1992 sulla rivista *Social Sciences & Medicine*<sup>54</sup>, la studiosa olandese Joke van der Zwaard analizzò quindici ampie relazioni scritte da altrettante infermiere sulle proprie esperienze di assistenza a famiglie di immigrati relativamente alla cura dei figli, come parte di un progetto di formazione volto a migliorare le loro capacità di relazione con questo particolare gruppo di famiglie. Lo scopo di Van der Zwaard era quello di comprendere come le infermiere facessero consciamente o meno riferimento nella loro pratica professionale con le famiglie di immigrati nella vasta letteratura sui differenti background culturali degli immigrati provenienti dal Marocco e dalla Turchia. L'analisi dei saggi rivelò che nella maggior parte di essi i concetti di "ignoranza", "relazioni ineguali tra i generi" e "isolamento" erano centrali nella definizione delle madri turche e marocchine come un gruppo problematico e un rischio specifico per i loro figli.

Il contesto dello studio era quello determinato nei Paesi Bassi dal flusso di donne provenienti da Marocco e Turchia che a partire dagli anni Settanta erano giunte nel paese a seguito delle politiche di ricongiungimento familiare dei lavoratori stranieri. L'assistenza pediatrica era all'epoca basata su diagrammi di crescita e questionari standard concepiti per il tipico bambino olandese, un approccio che fu messo in crisi dall'afflusso di questi migranti, a cominciare dalla gestione delle questioni burocratiche (p. es. la difficoltà di ottenere i certificati di vaccinazione dei bambini nati in Marocco o in Turchia) e dalla barriera linguistica. Ma una volta accettate le autocertificazioni dei genitori e coinvolti interpreti nei centri di assistenza pediatrica, permaneva, secondo l'ipotesi di studio di Van der Zwaard uno stigma culturale, basato sull'immagine che le società occidentali si sono costruite dell'"Oriente". Un'immagine «facilmente reperibile nella letteratura sui migranti "orientali" citata e raccomandata nei testi per giovani operatori sanitari nel periodo 1975-90» e chiaramente plasmata sui quattro dogmi dell'orientalismo individuati da Edward Said nel suo *Orientalismo*<sup>55</sup> e così riassunti da Van der Zwaard: «1. il punto di partenza è una differenza sistemica e assoluta tra l'Occidente, che è razionale, sviluppato, umano, superiore, progressista e l'Oriente, che è aberrante, irrazionale, sottosviluppato, inferiore, indietro; 2. le astrazioni sull'Oriente, in particolare quelle basate su testi

---

<sup>54</sup> Zwaard, van der, J., "Accounting for Differences. Dutch training nurses and their views on migrant women" in *Social Science & Medicine*, Volume 35, Numero 9, 1992, pp. 1137-1144.

<sup>55</sup> Said, Edward, *Orientalismo. L'immagine europea dell'Oriente*, 10° edizione, Milano: Feltrinelli 2013

che descrivono le civiltà orientali classiche sono preferibili rispetto ai dati sulla situazione odierna nei diversi paesi; 3. l'Oriente è eterno, uniforme e incapace di definire se stesso: ne consegue l'inevitabilità e persino la "obiettività" scientifica di un vocabolario altamente generalizzato e sistematico per descrivere l'Oriente da un punto di vista occidentale; 4. fondamentalmente l'Oriente è qualcosa da temere o da controllare».<sup>56</sup>

Le questioni poste da Van der Zwaard nel suo studio del 1992 sulle infermiere olandesi sembrano riecheggiare ancora in una indagine condotta nel 2012 in Emilia Romagna, Toscana e Marche<sup>57</sup> e volto ad individuare le esigenze formative del Medico di Medicina generale, nell'ambito della Medicina delle Migrazioni. «I medici intervistati hanno dimostrato di possedere informazioni spesso inesatte e incomplete, derivate da un sapere sociale più che da una formazione specifica. I dati emersi mostrano come la medicina delle migrazioni sia una tematica poco conosciuta e scarsamente trattata durante il percorso di studi; gli strumenti forniti, inoltre, sono spesso inadeguati e insufficienti al fine di permettere una completa presa in carico del paziente migrante da parte del futuro Medico di Medicina generale (sia dal punto di vista clinico, che epidemiologico, ma anche in termini di approccio transculturale nel rapporto medico-paziente-famiglia, o in relazione ai determinanti prossimali e distali di salute e quindi della tutela della salute in modo integrale). Infine i medici intervistati rivelano un bisogno formativo rispetto a tali tematiche anche se variabile e considerevolmente influenzato dall'interesse individuale rispetto all'argomento». Importante, concludono gli autori dell'indagine è riconoscere, nel processo di formazione in Medicina delle Migrazioni «come i medici in formazione siano fortemente esposti all'influsso mediatico, in particolare per quanto riguarda la tematica delle migrazioni, probabilmente anche a causa dell'assoluta mancanza di altri strumenti informativi su tali argomenti. Ne deriva spesso una visione distorta della realtà che costituisce un importante ostacolo al processo formativo in particolare quando l'intento è di affrontare realisticamente il fenomeno migratorio nella sua complessità».<sup>58</sup>

Come abbiamo visto nel Capitolo 2 una quota non piccola dei migranti ottiene, immediatamente o al termine di un percorso burocratico più o meno lungo, l'iscrizione al SSN che comporta, tra le prime incombenze la scelta del medico di base. Il tema della formazione alla medicina delle migrazioni e alla medicina di genere tra i migranti investe così il primo presidio sanitario sul territorio. «Il Medico di Medicina Generale – si legge nella presentazione<sup>59</sup> del corso “Il medico di medicina generale e la medicina delle migrazioni” organizzato già nel 2012 dall'INMP (Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto alle malattie della povertà) – [...] dovrà confrontarsi con i numerosi pazienti immigrati che hanno ottenuto la possibilità di iscriversi al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) in

---

<sup>56</sup> Zwaard, van der, J., *cit.*

<sup>57</sup> Cicognani A., Tropeano F.F., Francini C., Mereu A., Scarselli F., “La Medicina delle migrazioni nella formazione del medico di medicina generale”, *saluteinternazionale.info*, Luglio 2015,

<https://www.saluteinternazionale.info/2015/07/la-medicina-delle-migrazioni-nella-formazione-del-medico-di-medicina-generale/>

<sup>58</sup> Cicognani A., Tropeano F.F., Francini C., Mereu A., Scarselli F., “La Medicina delle migrazioni nella formazione del medico di medicina generale”, *saluteinternazionale.info*, Luglio 2015,

<https://www.saluteinternazionale.info/2015/07/la-medicina-delle-migrazioni-nella-formazione-del-medico-di-medicina-generale/>, *cit.*

<sup>59</sup> *inmp.it*, <https://www.inmp.it/ita/Formazione/Corsi-ECM/Corsi-ECM-Archivio-storico/Corsi-di-formazione-ECM-2011-2012/Il-medico-di-medicina-generale-e-la-medicina-delle-migrazioni>

seguito agli adeguamenti legislativi che si sono via via succeduti. D'altro canto è possibile che tra questi nuovi pazienti siano presenti categorie particolari, come i richiedenti asilo, le vittime di tortura, le donne con Modificazioni Genitali Femminili. Questa nuova realtà rende necessario un aggiornamento professionale permanente che faciliti la pratica di un esame clinico - anamnestico e di una visita medica sempre più complessi, che tengano conto della particolarità dei quadri clinici osservati su persone provenienti da altre culture. Infatti, se tali peculiarità sono oggi di osservazione abbastanza frequente seppure geograficamente concentrata, nei prossimi anni sempre più spesso i medici di Medicina generale italiani si troveranno davanti a pazienti [...] provenienti da culture differenti. Quest'arricchimento della loro attività professionale pone l'accento, se ce ne fosse bisogno, sul fatto che il Medico di Medicina generale rappresenta il fulcro del nostro Servizio Sanitario Nazionale e l'elemento essenziale per tutelare e sorvegliare la salute dell'intera collettività».

Anche le interviste svolte con operatori "sul campo" hanno tutte, concordemente, sottolineato l'importanza della qualità dell'approccio al migrante da parte del personale sanitario. La formazione di quest'ultimo rappresenta un passo ulteriore rispetto al quadro legislativo e dei regolamenti, che come abbiamo visto esprimono nel loro complesso un grado di attenzione positivo alla necessità di fare i conti con il contesto culturale (in senso lato) delle aree di provenienza dei migranti. La pratica del giorno per giorno, l'esperienza diretta, mettono però in luce numerosi problemi, sia quelli derivanti da una non corretta messa in pratica degli indirizzi legislativi e dalle varie "Linee Guida" elaborate dalle istituzioni preposte alla "gestione" dei migranti, sia quelli che le stesse disposizioni di legge (e le correlate Linee Guida) non coprono.

Lo studio "Sexual violence and unwanted pregnancies in migrant women" condotto a Milano su vittime di violenza sessuale durante il viaggio di migrazione (cfr. supra, Capitolo 1) ad esempio conclude che «è responsabilità delle organizzazioni umanitarie non governative e dei paesi accettanti fornire aborti sicuri alle donne che rimangono incinte a seguito di stupro e cure etnopsichiatriche adeguate per il disturbo da stress post-traumatico»<sup>60</sup>.

Ma proprio l'etnopsichiatria, ovvero quel «ramo della psichiatria che studia gli aspetti particolari assunti dall'insorgenza, dalla sintomatologia e dal decorso dei disturbi psichici presso i diversi gruppi etnici e sociali, prestando anche attenzione alle concezioni culturali che ne determinano la classificazione e i metodi di cura» secondo la definizione dell'Enciclopedia Treccani<sup>61</sup>, è una di quelle specialità cliniche la cui diffusione è ancora molto differenziata nelle diverse aree geografiche del Paese. Erminia Rizzi Xxxxxxx, attiva in particolare in Puglia lamenta ad esempio che «nel Mezzogiorno è assai raro trovare nella rete di assistenza ai migranti etnopsichiatri, a differenza di quanto accade al Nord.

La stessa Rizzi mette l'accento sulla difficoltà del confronto con i problemi sanitari specifici della popolazione migrante femminile. «Ci sono difficoltà che insorgono dalla scarsa disponibilità di mediatori

---

<sup>60</sup>Barbara G., Collini F., Cattaneo C., Marasciuolo L., Chiappa L., Fedele L. et al., "Sexual violence and unwanted pregnancies in migrant women", *The Lancet*, Volume 5, Numero 4, Aprile 2017

([https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30075-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30075-X/fulltext))

<sup>61</sup> *treccani.it*, <https://www.treccani.it/enciclopedia/etnopsichiatria/>

culturali nei campi e dal ridotto numero di medici donne, il che tendenzialmente allontana migranti provenienti da alcune aree geografiche dagli ambulatori e dalle cure. E poi c'è il tema delle donne infibulate: spesso i ginecologi e le ostetriche che prestano servizio nei campi o nelle strutture sanitarie cui le partorienti si rivolgono, non dispongono delle conoscenze mediche per assisterle nel migliore dei modi». Una constatazione condivisa da Paola Rizzo del Centro Antiviolenza Giraffa: «Ci sono medici più sensibili all'argomento e più formati. Bisogna formare i medici».

Secondo Dina Diurno, la sua esperienza nel campo di Borgo Mezzanone indica in primo luogo «l'importanza della barriera linguistica e dunque degli sforzi che vanno fatti per abbatterla». Quanto alla creazione della relazione tra il migrante e il sistema dell'assistenza sanitaria, secondo Diurno «il modo di porsi del medico, in particolare, è di vitale importanza: i dottori dei ghetti non solo curano i pazienti, ma hanno anche la funzione di sensibilizzare verso i servizi ASL per visite specialistiche, poiché è impensabile che il medico dell'ambulatorio possa curare ogni tipo di problema, malattia. Accogliere, per l'appunto, non significa solo dar da mangiare, fornire visite mediche e consegnare un documento ai migranti. Bisogna saper mettere questi ultimi nelle condizioni di integrarsi, che in questo caso specifico, può voler dire anche indirizzarli verso i diversi servizi delle ASL». Il sistema dell'accoglienza insomma deve farsi carico di una vera e propria alfabetizzazione sanitaria dei migranti.

Uno studio pubblicato da un gruppo di ricercatori dell'Università degli studi "Magna Graecia" di Catanzaro<sup>62</sup> ha riscontrato che «i livelli di acculturazione e di istruzione sembrano essere associati all'utilizzo dei servizi. Come previsto, il basso livello di istruzione dei gruppi di immigrati è un ostacolo alla fruizione dei servizi sanitari [...] e potrebbe compromettere la capacità delle persone di orientarsi nel complesso sistema dell'assistenza sanitaria. Diversi studi hanno scoperto che l'istruzione è positivamente associata all'alfabetizzazione sanitaria che, a sua volta, influisce sulla probabilità di utilizzare i servizi sanitari<sup>63 64</sup>. Questo ha implicazioni politiche rilevanti, poiché suggerisce che più risorse dovrebbero essere dedicate alla promozione dell'alfabetizzazione sanitaria tra i gruppi a basso livello di istruzione per ridurre disparità e migliorare la fornitura di servizi di cura centrati sul paziente»<sup>65</sup>.

---

<sup>62</sup>Bianco A., Larosa E., Pileggi C., Nobile C. G. A & Pavia M., "Utilization of health-care services among immigrants recruited through non-profit organizations in southern Italy", *International Journal of Public Health*, Volume 61, Aprile 2016, pp. 673-682.

<sup>63</sup> Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S., "The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults", *Ann Fam Med*, Volume 7, Numero 3, Maggio-Giugno 2009, pp. 204-11.

<sup>64</sup> Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K, "Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review", *Ann Intern Med*, Volume 155, Numero 2, Luglio 2011, pp. 97-107,

<https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>

<sup>65</sup> Hasnain-Wynia R., Wolf M.S., "Promoting health care equity: is health literacy a missing link?", *Health Services Research*, Volume 45, Numero 4, Agosto 2010, pp. 897-903, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910560/>

## Conclusioni

Nell'editoriale del numero di gennaio 2018 il *Lancet Public Health* notava che circa il 20% dei migranti che arrivano nell'Unione Europea sono donne. Per le donne e le ragazze il rischio di violenze *gender-based*, inclusa la violenza sessuale, si aggiunge a quelli inerenti al viaggio in sé. Si stima che tra l'8% e il 22% delle donne migranti abbiano subito una violenza sessuale nella loro vita. La risposta data da governi, ong, istituzioni europee e agenzie internazionali è inadeguata. I migranti e i rifugiati sono non solo vulnerabili durante il viaggio, ma anche dopo aver raggiunto la loro destinazione, anche nei paesi che vanno fieri dei loro risultati nella copertura sanitaria universale e nei diritti umani<sup>66</sup>.

Le testimonianze raccolte e la letteratura esaminata per questa ricerca concordano tutte nell'indicare che le esperienze vissute durante il viaggio, l'accesso ai servizi sanitari nella prima e nella seconda accoglienza, l'inserimento nel SSN avvengono per le migranti di sesso femminile in condizioni di svantaggio rispetto alle loro controparti maschili. Questo avviene sia per la condizione di particolare fragilità delle donne prima, durante e dopo il viaggio, sia per una non piena capacità del sistema dell'accoglienza e del Servizio sanitario di rispondere a necessità di assistenza che originano e si sviluppano in contesti culturali altri che determinano anche una difficoltà (linguistica, e culturale) alla loro manifestazione.

D'altro canto l'intero sistema dell'accoglienza non si è ancora pienamente emancipato da visioni delle persone migranti e delle culture da cui esse provengono, impregnate di pregiudizi che impediscono una piena presa in carico delle necessità di assistenza sanitaria manifestate dai migranti. Nel caso delle donne questo atteggiamento è amplificato dalla convinzione di aver a che fare con una condizione di subordinazione irrimediabile e inconciliabile con la "libertà" e la "parità" che si assume con eccessiva benevolenza sia propria della donna occidentale.

Non si può dunque non condividere la conclusione del citato editoriale del *Lancet*<sup>67</sup>: «Proteggere i migranti durante e dopo la migrazione è nostra responsabilità». Urge l'implementazione di un sistema di

---

<sup>66</sup> "Protecting migrant women" in *The Lancet Public Health*, Volume 3, Gennaio 2018  
[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(17\)30244-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30244-X/fulltext)

<sup>67</sup> "Protecting migrant women" in *The Lancet*, Volume 3, Gennaio 2018  
[https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(17\)30244-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(17)30244-X/fulltext), cit.

assistenza alle donne orientato alla prevenzione primaria della violenza e del disagio psicologico (soprattutto nei paesi di origine) e di prevenzione secondaria e terziaria nei paesi coinvolti nel viaggio migratorio. È necessario creare un approccio sistematico, che includa prospettive culturali, sociali, politiche, educative e sanitarie, per dare una risposta alla sofferenza psicologica delle donne migranti. E che, per dirla con Van der Zwaard «Anziché inchiodare le donne migranti a identità fisse, la creazione, l'adattamento e la ricostituzione di identità etniche, di genere e di classe dovrebbero essere studiate come un processo continuo e problematico, che coinvolge relazioni di potere e processi di delimitazione ed esclusione»<sup>68</sup>.

E, in Italia, non si può trascurare il fatto che le particolari sofferenze delle donne migranti sono acuite dalla concreta organizzazione del sistema dell'accoglienza, come configuratosi negli ultimi anni. Le esperienze fatte sul campo consentono a una operatrice come Dina Diurno di sottolineare come non sia possibile far stare i migranti, donne, uomini e bambini, in un campo per 6 mesi con la famiglia e poi in altre strutture per altri mesi. «I grandi centri, sono luoghi senza privacy, affollati di gente che non si conosce, che parla in lingue e dialetti diversi; producono una disumanizzazione che è un secondo trauma, e che rischia di produrre effetti indesiderati anche sul sistema sanitario. La sofferenza di alcuni territori che ospitano queste gigantesche strutture di accoglienza/trattenimento, spesso strumentalizzata da persone senza scrupoli a fini economici e o politici, non può e non deve trovare sponda sul versante sanitario che anzi, per proprio mandato, non deve discriminare nessuno, non deve manipolare informazioni a scopo privatistico, e deve accogliere chiunque abbia un bisogno e, quando necessario, deve curare senza esclusioni e nel miglior modo possibile».

La medicina di genere deve avere un posto privilegiato in questo sforzo di tenere la salute dei migranti al riparo dalla polemica politica. In questo campo specifico essa esprime i valori universali del diritto alla salute come sancito dalla Costituzione e provvede una concreta articolazione di quella rimozione «degli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana».

---

<sup>68</sup> Zwaard, van der, J., *cit.*

## BIBLIOGRAFIA

- Al-Krenawi A., “Mental health and polygamy: The Syrian case”, *World Journal of Psychiatry*, volume 3, Numero 1, 22 Marzo 2013, pp. 1-7, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3782180/>
- Al-Modallah H., Abu Zayed I., Abujilban S., Shehab T., Atoum M., “Prevalence of intimate partner violence among woman visiting health care centres in Palestine refugee camps in Jordan”, *Health Care Woman Int* 2015; volume 36, Numero 2, 14 Ottobre 2014, pp.137-148, doi: 10.1080/07399332.2014.948626.
- Alpak G., Unal A., Bulbul F., et al. “Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study”, *Int Journal of Psychiatry Clin Pract.* 2015; Volume 19, Numero 1, Ottobre 1016, pp. 45-50.
- Amref.it, <https://www.amref.it/landing/salute-africa/>
- Ann McCloskey L., Williams C., Larsen U., “Gender Inequality and Intimate Partner Violence Among Women in Moshi, Tanzania”, *Int Fam Plan Perspect*, Volume 31, Numero 3, Settembre 2005, pp. 124-30, doi: 10.1363/3112405, <https://www.guttmacher.org/sites/default/files/pdfs/pubs/journals/3112405.pdf>
- Barbara G., Collini F., Cattaneo C., Facchin F., Vercellini P., Kustermann A., “Sexual violence against adolescent girls. The need for shared multidisciplinary prevention strategies”, *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, Volume 124, Numero 3, Gennaio 2017, p. 434-434.
- Barbara G., Collini F., Cattaneo C., Marasciuolo L., Chiappa L., Fedele L. et al., “Sexual violence and unwanted pregnancies in migrant women”, *The Lancet*, Volume 5, Numero 4, Aprile 2017 [https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X\(17\)30075-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/langlo/article/PIIS2214-109X(17)30075-X/fulltext)
- Bennett IM, Chen J, Soroui JS, White S., “The contribution of health literacy to disparities in self-rated health status and preventive health behaviors in older adults”, *Ann Fam Med*, Volume 7, Numero 3, Maggio-Giugno 2009, pp. 204-11.
- Benninger-Budel C., “Violence against Women in Egypt”, *World Organisation Against Torture*, Gennaio 2001, pp. 1-48, <https://www.refworld.org/docid/46c1905b0.html>
- Berkman ND, Sheridan SL, Donahue KE, Halpern DJ, Crotty K, “Low health literacy and health outcomes: an updated systematic review”, *Ann Intern Med*, Volume 155, Numero 2, Luglio 2011, pp.97–107, <https://www.acpjournals.org/doi/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bianco A., Larosa E., Pileggi C., Nobile C. G. A & Pavia M., “Utilization of health-care services among immigrants recruited through non-profit organizations in southern Italy”, *International Journal of Public Health*, Volume 61, Aprile 2016, pp. 673-682, <https://link.springer.com/article/10.1007/s00038-016-0820-1>
- Breslau N., Kessler R.C., Chilcoat H.D., Schultz L.R., Davis G.C., Andreski P., “Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma.”, *Arch Gen Psychiatry* 1998; Volume 55, Numero 7, pp. 626-32.
- Castagna P., Ricciardelli R., Piazza F., et al., “Violence against African migrant women living in Turin: clinical and forensic evaluation.”, *Int J Legal Med* 2018, Volume 132, Numero 4, Luglio 2018, pp.1197-1204.
- Chauvin P., Simonnot N., Vanbiervliet F. et al. *Access to healthcare for people facing multiple vulnerabilities in health in 26 cities across 11 countries. Report on the social and medical data gathered in 2014 in nine European countries, Turkey and Canada*. Paris: Doctors of the World - Médecins du monde international network, 2015.
- Cicognani A., Tropeano F.F., Francini C., Mereu A., Scarselli F., “La Medicina delle migrazioni nella formazione del medico di medicina generale”, *saluteinternazionale.info*, Luglio 2015, <https://www.saluteinternazionale.info/2015/07/la-medicina-delle-migrazioni-nella-formazione-del-medico-di-medicina-generale/>

D'Egidio V, Mipatrini D, Massetti AP, Vullo V, La Torre G., “How are the undocumented migrants in Rome? Assessment of quality of life and its determinants among migrant population”, *Journal of Public Health*, Volume 39, Numero 3, Settembre 2017, Pp. 440–446

“Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern”, Febbraio 2016, <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern/>

“Female refugees face physical assault, exploitation and sexual harassment on their journey through Europe”, *amnesty.org*, Gennaio 2016, <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2016/01/female-refugees-face-physical-assault-exploitation-and-sexual-harassment-on-their-journey-through-europe/>

Filges T., Montgomery E., Kastrop M. et al. “The Impact of Detention on the Health of Asylum-Seekers: A Systematic Review.”, *Campbell System Rev* 2015, Volume 11, Numero 1, Settembre 2015, pp. 1-104.

Freedman J., “Sexual and gender-based violence against refugee women: a hidden aspect of the refugee crisis”, *Reproductive Health Matters*, Volume 24, Numero 47, Giugno 2016, pp. 18-26, <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1016/j.rhm.2016.05.003>

Gissler M., Alexander S., MacFarlane A. et al., “Stillbirths and Infant Deaths among Migrants in Industrialised Countries.”, *Acta Obstet Gynecol Scand* 2009; Volume 88, Numero 2, pp. 134-148.

Hasnain-Wynia R., Wolf M.S., “Promoting health care equity: is health literacy a missing link?”, *Health Services Research*, Volume 45, Numero 4, Agosto 2010, pp. 897–903, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2910560/>

<https://searchandrescue.msf.org/>

“I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli”, INMP, ISS, SIMM, Giugno 2017, [https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG\\_Migranti-web.pdf](https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf)

Im H., Swan Laura E. T., Heaton L., “Polyvictimization and mental health consequences of female genital mutilation/circumcision (FGM/C) among Somali refugees in Kenya”, *Woman and Health*, Volume 60, Numero 6, 11 Novembre 2019, pp. 636-651, <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03630242.2019.1689543>

*inmp.it*, <https://www.inmp.it/ita/Formazione/Corsi-ECM/Corsi-ECM-Archivio-storico/Corsi-di-formazione-ECM-2011-2012/II-medico-di-medicina-generale-e-la-medicina-delle-migrazioni>

*Istat.it*, [http://stra-dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS\\_PERMSOGG1#](http://stra-dati.istat.it/Index.aspx?DataSetCode=DCIS_PERMSOGG1#)

Kimerling R, Ouimette P, Wolfe J. “Gender and PTSD: A Cognitive Model.” *Gender and PTSD*, Guilford Press, 2002; p. 460.

La Cascia C., Cossu G., Lindert J., Holzinger A., Zreik T., Ventriglio A., and Bhugra D., “Migrant Women-experiences from the Mediterranean Region”, *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, Volume 16, Numero 1, 30 Luglio 2020, pp. 101–108, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7536719/>

“Lives adrift: Refugees and migrants in peril in the central Mediterranean: Executive summary”, *amnesty.org*, Settembre 2014, <https://www.amnesty.org/en/documents/EUR05/007/2014/en/>

Luzi A., Pasqualio G.M., Pugliese L., Schwarz M., Suligoj B., *L'accesso alle cure della persona straniera: indicazioni operative.* ISS e Ministero della Salute, 2013. [https://www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_opuscoliPoster\\_199\\_allegato.pdf](https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_opuscoliPoster_199_allegato.pdf)

Manktelow BM, Smith L.K., Evans T.A. et al, on the behalf of the MBRRACE-UK collaboration. *Perinatal Mortality Surveillance Report UK Perinatal Deaths for births from January to December 2013.* Leicester: The Infant Mortality and Morbidity Group, Department of Health Sciences, University of Leicester, 2015.

*cdc.gov*, NCEZID – National Center for Emerging and Zoonotic Infectious Diseases/CDC – Centers for Disease Control and Prevention, *Guidelines and discussion of the history and physical examination*, 2012, <https://www.cdc.gov/ncezid/index.html>

Olivani P., Panizzut D., *Attuale legislazione sanitaria italiana per gli immigrati irregolari e attuale fruibilita' di tale legislazione a livello regionale*, NAGA-SIMM, 2019, Terzo Rapporto, 2019, *simmweb.it*, [https://www.simmweb.it/attachments/article/973/Report\\_LEGIS\\_Naga\\_2019.pdf](https://www.simmweb.it/attachments/article/973/Report_LEGIS_Naga_2019.pdf)

Oliveira C., Keygnaert I., Oliveira Martins M.D.R., Dias S., “Assessing reported cases of sexual and gender based violence, causes and preventive strategies, in European asylum reception facilities.” *Globalization and Health* 2018, Volume 14, Numero 1, 2018, p. 48.

Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L., “Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat”, *Epidemiologia & Prevenzione* 41(3-4), Maggio-Agosto 2017, Suppl. 1.

“Quaderno statistico per gli anni 1990-2020”, *Istat.it*,  
[http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/quaderno\\_statistico\\_per\\_gli\\_anni\\_1990\\_2020.pdf](http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/quaderno_statistico_per_gli_anni_1990_2020.pdf)

Said, Edward, *Orientalismo. L'immagine europea dell'Oriente*, 10° edizione, Milano: Feltrinelli 2013

*sea-watch.org*, <https://sea-watch.org/en/about/faq-2/#1549900778142-93d80fbe-b68f>

*Standars of Care for Women's Health In Europe*, The European Board and College of Obstetrics and Gynaecology, Maggio 2014, Volume 2, *uems.eu*, [https://www.uems.eu/data/assets/pdf\\_file/0020/8750/Item-5.3.8-EBCOG-Standards-of-Care-for-Gynaecology-PDF-FEB-11-2014-FINAL-DRAFT.pdf](https://www.uems.eu/data/assets/pdf_file/0020/8750/Item-5.3.8-EBCOG-Standards-of-Care-for-Gynaecology-PDF-FEB-11-2014-FINAL-DRAFT.pdf)

*treccani.it*, <https://www.treccani.it/enciclopedia/etnopsichiatria/>

UNHCR, *Detention Guidelines: Guidelines on the Applicable Criteria and Standards relating to the Detention of Asylum Seekers and Alternatives to Detention*, 2012.

Zwaard, van der, J., “Accounting for Differences. Dutch training nurses and their views on migrant women” in *Social Science & Medicine*, Volume 35, Numero 9, 1992, pp. 1137-1144.