

In questo numero la rubrica *Segnalazioni* è dedicata all'accesso alle cure per i migranti, con particolare attenzione a vaccinazioni, prevenzione e pattern di utilizzo differenziati per generazione. La scelta riflette le sfide poste dall'integrazione sanitaria di popolazioni eterogenee, in un contesto di universalismo formale ma con barriere sistemiche persistenti. Le evidenze qui selezionate mostrano disuguaglianze orizzontali, barriere culturali/linguistiche e strategie per equità, enfatizzando la necessità di approcci *migrant-sensitive* che integrino dati disaggregati, formazione dei provider e politiche di prossimità, per garantire non solo copertura ma anche appropriatezza e tempestività delle cure.

Access to vaccination for newly arrived migrants: developing a general conceptual framework for understanding how to improve vaccination coverage in European countries

Scarso S, Marchetti G, Russo ML et al
Int J Public Health 2023; 68: 1605580

L'accesso alle vaccinazioni per i migranti appena arrivati (Newly arrived migrants, NAMs) rappresenta una priorità di salute pubblica nei paesi dell'Unione europea e dell'Area economica europea, sia per ragioni umanitarie che per la tutela della salute collettiva. Questo articolo presenta un quadro concettuale generale sviluppato nell'ambito del progetto europeo AcToVax4NAM per identificare le barriere sistemiche e le strategie più efficaci volte a migliorare la copertura vaccinale dei NAMs, definiti come persone giunte nel paese ospitante negli ultimi 12 mesi, indipendentemente dallo status giuridico.

Il framework si articola in cinque hub concettuali interconnessi che descrivono l'intero percorso vaccinale: 1) *entitlement* (diritto alla vaccinazione), che riguarda il riconoscimento formale dell'accesso alle prestazioni vaccinali per i NAMs nei quadri normativi nazionali; 2) *reachability* (raggiungibilità), che comprende le strategie per contattare efficacemente le popolazioni migranti, inclusi approcci di prossimità e collaborazione multisettoriale; 3) *adherence* (aderenza), relativo alla promozione dell'accettazione vaccinale e al contrasto dell'esitazione, attraverso campagne culturalmente sensibili e il coinvolgimento di mediatori linguistico-culturali; 4) *achievement* (realizzazione), che concerne l'organizzazione flessibile dei servizi vaccinali, l'accessibilità logistica e il completamento dei cicli vaccinali; 5) *evaluation* (valutazione), trasversale agli altri hub, che sottolinea la necessità di raccogliere dati disaggregati e monitorare l'efficacia degli interventi.

Lo studio ha identificato barriere e soluzioni attraverso una revisione della letteratura su 78 docu-

menti e una ricerca qualitativa (focus group e interviste personali), condotta in sette paesi europei con 117 professionisti sanitari e sociali. Tra le barriere prevalenti emergono quelle organizzative (35,2% dei record), culturali e linguistiche (30,7%), psicosociali (6,2%), economiche (5,2%) e legali (5,2%). Le soluzioni proposte comprendono la formazione continua dei professionisti sanitari sui diritti dei migranti, l'integrazione dei registri anagrafici con i sistemi sanitari nazionali, il ricorso a team multidisciplinari, l'adozione di servizi vaccinali in prossimità delle comunità migranti (ambulatori mobili, hub temporanei), la produzione di materiali informativi multilingua e l'implementazione di accordi di rimborso basati sugli esiti.

Strategie trasversali ai cinque hub includono l'approccio di prossimità, che favorisce la relazione fra istituzioni pubbliche, organizzazioni sociali e comunità; la formazione specifica dei provider; l'adozione di un approccio *migrant-sensitive*; e il miglioramento della qualità dei dati per valutazioni più accurate. Il framework fornisce quindi una base sistematica per sviluppare procedure operative e piani d'azione nazionali, adattabili alle specificità locali, volti a garantire equità nell'accesso alle vaccinazioni per tutti i residenti, indipendentemente dallo status migratorio, età o condizione socioeconomica, contribuendo alla protezione della salute pubblica e all'integrazione sociale dei migranti nelle società europee.

Forgone care and horizontal inequity in health-care use in fifteen European countries: differences between immigrants and natives

Boggian L, Tubeuf S

Working Paper in ECINEQ - Society for the Study of Economic Inequality 2021

https://www.ecineq.org/wp-content/uploads/papers_EcineqLSE/EcineqLSE-333.pdf

Il lavoro analizza se e in che misura gli immigrati abbiano lo stesso accesso alle cure sanitarie dei nativi in 15 paesi europei (tra cui Italia, Francia, Germania, Spagna, Paesi Bassi, Svezia, Danimarca, Svizzera, Portogallo, Estonia), concentrandosi in particolare sul fenomeno della rinuncia a cure necessarie e sulle disuguaglianze orizzontali nell'uso dei servizi sanitari. Utilizzando i dati longitudinali del Survey of health, ageing and retirement in Europe (Share), rappresentativi della popolazione di 50 anni e oltre, gli autori combinano tre indicatori: bisogni riferiti ma non soddisfatti (*unmet needs/forgone care*), accesso e intensità d'uso delle visite mediche, accesso alle cure dentistiche.

Lo status migratorio è definito in modo multidimensionale: prima o seconda generazione, cittadi-

nanza nel paese ospite, area di origine (immigrati europei vs non europei). Questa classificazione consente di distinguere non solo tra nativi e immigrati, ma anche tra gruppi con diverso grado di integrazione formale (cittadinanza) e culturale, e di stimare il contributo specifico dello status migratorio alla probabilità di rinunciare alle cure, di vedere un medico o un dentista e al numero di visite effettuate. Il modello econometrico controlla per bisogni di salute, status socioeconomico, caratteristiche demografiche e differenze strutturali tra paesi e rilevazioni dell'indagine.

I risultati mostrano che i migranti, soprattutto di origine non europea, presentano una probabilità significativamente più alta di rinunciare alle cure rispetto ai nativi, anche dopo aver tenuto conto di bisogni e fattori socioeconomici. Sia gli immigrati di prima generazione sia quelli di seconda generazione risultano più esposti alla rinuncia alle cure, con un effetto più marcato per i non europei. L'assenza di cittadinanza è la dimensione che più predice un minore accesso sia alle visite mediche sia alle cure dentistiche: i non cittadini hanno una probabilità inferiore di aver consultato un medico o un dentista nei 12 mesi precedenti, mentre l'intensità d'uso delle visite mediche, tra chi accede, non differisce sostanzialmente tra migranti e nativi.

Gli autori misurano inoltre le disuguaglianze orizzontali 'purificate' dai bisogni e 'aggiustate' per i bisogni tra nativi e immigrati, mostrando che in tutti i 15 paesi gli immigrati presentano livelli più elevati di *unmet need* rispetto ai nativi, a parità di bisogni di salute. Ciò indica che, pur in sistemi formalmente orientati all'universalismo, permangono barriere sistematiche per gli anziani con background migratorio, legate non solo alle condizioni economiche ma anche a fattori istituzionali (cittadinanza, copertura assicurativa), informativi, culturali e linguistici.

Utilization of preventive care among migrants and non-migrants in Germany: results from the representative cross-sectional study 'German health interview and examination survey for adults (DEGS1)'

Starker A, Hövener C, Rommel A

Archi Public Health 2021; 79 (1): 86

Lo studio esamina le disuguaglianze nell'utilizzo dei servizi di prevenzione tra adulti con e senza background migratorio in Germania, focalizzandosi su quattro interventi coperti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria: check-up generale, controlli odontoiatrici annuali, screening per il tumore della pelle e screening cervicale. Obiettivo principale è valutare se il background migratorio sia associato a una minore

partecipazione alla prevenzione indipendentemente da età e status socioeconomico, e se la durata del soggiorno in Germania (*length of stay*, Los) favorisca la convergenza verso i livelli di utilizzo dei non migranti.

L'analisi utilizza i dati DEGS1 (2008-2011), indagine nazionale rappresentativa su 7.987 adulti di 18-79 anni, di cui 1.091 con background migratorio. La migrazione è classificata in: prima generazione (nati all'estero) con Los ≤ 20 anni o > 20 anni; seconda generazione con un solo genitore nato all'estero (*one-sided*) o con entrambi i genitori nati all'estero (*two-sided*). Le probabilità di utilizzo dei quattro servizi sono stimate mediante regressioni logistiche con *average marginal effects*, controllando per età, sesso e indice composito di status socioeconomico (Ses).

Rispetto ai non migranti, uomini e donne con background migratorio utilizzano meno i servizi preventivi; il divario è più marcato per i migranti di prima generazione residenti da 20 anni o meno. In questo gruppo, la probabilità di aver effettuato un check-up generale negli ultimi due anni è ridotta di oltre 20 punti percentuali, e quella di aver svolto uno screening cutaneo di circa 16 punti, effetti che restano significativi dopo aggiustamento per Ses. Per i controlli odontoiatrici annuali, l'utilizzo è significativamente inferiore sia nei migranti di prima generazione sia nei migranti di seconda generazione con due genitori nati all'estero, indicando una trasmissione intergenerazionale di svantaggi nella prevenzione orale. Per lo screening cervicale, il gap riguarda soprattutto le donne di prima generazione con Los ≤ 20 anni; tra le seconde generazioni *two-sided* l'effetto si attenua e scompare dopo il controllo per Ses.

L'inclusione dello status socioeconomico riduce, ma non annulla, l'associazione fra background migratorio e minore utilizzo della prevenzione, suggerendo che la migrazione agisce come determinante indipendente dell'accesso. Tra i migranti di prima generazione, l'uso di check-up generali e controlli odontoiatrici cresce con la durata del soggiorno, ma la piena convergenza ai livelli dei non migranti appare molto lenta. Gli autori sottolineano la necessità di strategie di informazione precoce, multilingue e *migrant-sensitive* sui servizi preventivi, con particolare attenzione alla salute orale e agli screening oncologici.

Emergency department utilization in Switzerland: comparing Swiss natives with first- and second-generation immigrants

Alesci L, Francetic I

J Migr Health 2026; 13: 100388

L'articolo analizza le disuguaglianze nell'uso del Pronto soccorso (Ps) tra nativi svizzeri, immigrati di

prima generazione e immigrati di seconda generazione, interrogandosi su quanto tali differenze riflettano disparità di stato di salute e di accesso alle cure. Gli autori utilizzano dati *pooled* delle Swiss health survey 2017 e 2022 (n. = 16.183), rappresentativi della popolazione residente dai 15 anni in su, stimando modelli *logit* con effetti marginali medi progressivamente aggiustati per caratteristiche sociodemografiche, stato di salute, comportamenti sanitari e pattern di utilizzo di altre prestazioni.

Nei modelli non aggiustati, sia i migranti di prima generazione sia quelli di seconda generazione mostrano una probabilità più elevata di aver fatto ricorso al Ps negli ultimi 12 mesi rispetto ai nativi (*average marginal effect* - Ame - 2,5 punti percentuali per la prima generazione, 4,5 per la seconda). Per la prima generazione, tuttavia, la differenza scompare dopo il controllo per lo stato di salute, indicando che l'eccesso di utilizzo sia riconducibile a condizioni di salute peggiori rispetto alla popolazione svizzera. Per la seconda generazione, invece, l'associazione rimane significativa in quasi tutte le specificazioni (Ame circa 3 punti), attenuandosi solo quando si includono variabili di utilizzo di altre cure (visite di base, specialistiche, consigli in farmacia), che riducono l'effetto ma non lo eliminano del tutto.

Un'analisi di decomposizione Oaxaca-Blinder conferma che le differenze tra nativi e prima generazione sono largamente attribuibili a fattori osservabili, in particolare allo stato di salute, mentre le differenze con la seconda generazione restano prevalentemente 'non spiegate', suggerendo il ruolo di barriere strutturali, preferenze o fattori culturali non catturati dai dati. Analisi di eterogeneità mostrano che il maggior ricorso alle cure d'emergenza è particolarmente marcato tra le donne di seconda generazione e tra gli immigrati originari dell'Europa sud-orientale e sud-occidentale, che presentano probabilità significativamente più elevate di accesso al Ps anche a parità di caratteristiche socioeconomiche.

Gli autori interpretano questi risultati alla luce dei modelli sui determinanti sociali di salute e del Behavioral model di Andersen: per i migranti di prima generazione l'utilizzo del Ps riflette soprattutto bisogni sanitari maggiori, mentre per la seconda generazione emerge un uso più intenso dei servizi, anche di emergenza, solo in parte legato ai bisogni clinici. Il lavoro suggerisce interventi mirati per migliorare continuità e appropriatezza delle cure negli immigrati, con particolare attenzione alla seconda generazione (e alle donne), attraverso il potenziamento dell'assistenza primaria, il supporto linguistico e di mediazione culturale e una migliore informazione sui percorsi di accesso.

Migration background and use of preventive health-care services: findings of the German Ageing Survey

Kameraj A, König H-H, Hajek A

BMC Public Health 2024; 24 (1): 2442

Lo studio indaga l'associazione tra background migratorio e utilizzo dei servizi di prevenzione tra adulti over 40 in Germania, focalizzandosi su tre indicatori chiave: check-up di routine ('check-up 35'), vaccinazioni antinfluenzali e screening oncologici regolari. L'obiettivo è verificare se i migranti mostrino un minore ricorso alla prevenzione rispetto ai non migranti, anche controllando per fattori socioeconomici e di salute, e distinguendo tra migranti di prima e di seconda generazione.

I dati provengono dalla rilevazione 2014 del German ageing survey (Deas), campione rappresentativo di 7.684 residenti comunitari over 40, di cui il 5,3% con background migratorio (4,6% con esperienza personale di migrazione, 0,7% senza). L'utilizzo dei servizi è auto-riferito ("negli ultimi anni avete regolarmente effettuato..."), modellato tramite regressioni logistiche multiple aggiustate per età, sesso, stato civile, istruzione, salute auto-valutata e numero di condizioni croniche.

Rispetto ai non migranti, gli individui con background migratorio ed esperienza personale di migrazione mostrano una probabilità significativamente inferiore di utilizzare i tre servizi preventivi: OR=0,76 per check-up di routine (IC 95%: 0,61-0,95), OR=0,75 per vaccinazioni antinfluenzali (0,59-0,95) e OR=0,71 per screening oncologici (0,57-0,89). Nessuna differenza significativa emerge per i migranti senza esperienza personale di migrazione (seconda generazione), sebbene il sottogruppo sia piccolo (n. = 51). Le analisi di sensibilità confermano i risultati, anche restringendo il campione per età: over 50 per gli screening e over 60 per le vaccinazioni antinfluenzali, con effetti persistenti osservati per gli screening oncologici.

Gli autori interpretano le differenze come indicative di disuguaglianze nell'accesso realizzato alla prevenzione per i migranti di prima generazione, persistenti dopo il controllo per stato socioeconomico e salute. Fattori potenziali includono *health literacy* ridotta, barriere linguistiche, differenze culturali e scarsa conoscenza del sistema sanitario tedesco, che ostacolano un uso proattivo dei servizi gratuiti offerti dalla Gkv, l'assicurazione sanitaria pubblica. A differenza della seconda generazione, più assimilata, i migranti recenti mostrano gap sostanziali, coerenti con studi precedenti su screening e check-up.

Le implicazioni politiche enfatizzano strategie *migrant-sensitive*: informazione multilingue precoce post-arrivo, campagne mirate nei centri culturali, formazione dei provider per superare barriere linguistiche/culturali e promozione della *health literacy*.