Pachete de instruire pentru profesionistii din sanatate in vederea imbunatatirii accesului si calitatii serviciilor de sanatate pntru migranti si minoritati etnice, inclusiv populatia roma

 MEM-TP

***MODULUL 2.***

***CUNOSTINTE DESPRE SANATATEA MINORITATILOR ETNICE***

***Unitatea 1. PROBLEMELE DE SĂNĂTATE ȘI FACTORII DETERMINANȚI PENTRU SĂNĂTATEA MINORITĂȚILOR ETNICE***

***Ghid***

*Elaborat de:*

*Olga Leralta,EASP*

*Adaptat de:*

*Adriana Galan, Institutul National de Sanatate Publica*

*Tradus de:*

*Silvia Teodorescu, Institutul National de Sanatate Publica*

© Uniunea Europeana, 2015

Pentru orice reproducere a informatiei text sau multimedia care nu intra sub incidenta siglei © Uniunii Europene, trebuie ceruta permisiunea in mod direct de la detinatorii de copyright.

© Ilustratiile de pe coperta: Observatorio de la Infancia de Andalucía, Escuela Andaluza de Salud Pública. Junta de Andalucía.

**Migrants & Ethnic Minorities Training Packages**

Finantat de catre Uniunea Europeana prin Programul UE de Sanatate (2008-2013) in cadrul contractului de servicii cu Agentia Executiva pentru Consumatori, Sanatate, Agricultura si Aliment (Chafea) care functioneaza sub mandatul Comisiei Europene. Constinutul acestui raport reprezinta punctele de vedere ale Scolii Andaluze de Sanatate Publica (EASP) si sunt numai responsabilitatea acesteia; nu poate reflecta in nici un fel punctele de vedere ale Comisiei Europene si/sau Chafea sau ale oricarui alt organism al Uniunii Europene. Comisia Europeana si/sau Chafea nu garanteaza acuratetea datelor incluse in acest raport, in consecinta nici nu accepta responsabilitatea utilizarii lor de catre terti.

**Unitatea 1. Problemele de sanatate si factorii determinanti pentru sanatatea minoritatilor etnice**

1. **Obiective si Metode**
	1. **Obiective**

**Obiectivele prezentarii**

* a descrie caracteristicile demografice de baza ale populatiei minoritatilor etnice.
* a analiza determinantii sociali ai sanatatii minoritatilor etnice.
* a identifica tendintele majore in starea de sanatate a minoritatilor etnice.

**Obiectivele Activitatii**

a analiza determinantii sociali prioritari ai sanatatii minoritatilor entice

* 1. **Metode**

*Timpul estimat necesar pentru Modulul 2 este de 5 ore, aprox. 3 ore pentru Unitatea 1 si 2 ore pentru Unitatea 2. Materialele de instruire pentru fiecare unitate sunt compuse din prezentari, activitati si prelegeri recomandate.*

*Fiecare Unitate include una sau mai multe activitati. Din cauza timpului limitat, nu se vor putea face toate activitatile. Va recomandam sa selectati partile cele mai interesante din continutul prezentarii si al activitatilor si sa partajati timpul intre prezentari si activitati. Va sugeram sa lasati cam 50% din sesiune pentru activitati si discutii. Nu exista nici o activitate obligatorie in aceasta unitate, in afara de activitatea legata de continutul modulului suplimentar 2, dar va sugeram folosirea activitatilor propuse pentru a introduce o abordare pedagogica participativa.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Timp** | **Obiective** | **Activitati** | **Surse** |
| 10 minute | * a descrie caracteristicile demografice de baza ale populatiei minoritatilor etnice
 | Prezentare (slides 1-5) si intrebari | Proiector, laptop, ecran. |
| 15 minute | * a sublinia cunostintele si perceptiile anterioare asupra nevoilor de sanatate in randul migrantilor si minoritatilor etnice
 | Activitatea 1: discutii in plen | Proiector, laptop, ecran. |
| 50 minute | * a analiza determinantii sociali ai sanatatii minoritatilor etnice.
 | Activitatea 1 in patru parti:• Prezentarea metodologiei• Discutie in grupuri mici Discutie de grup in plen si Prezentare diapozitive (6-14) | Proiector, laptop, ecran, flipchart.  |
| 30 minute | * a identifica tendintele majore in starea de sanatate a migrantilor si a minoritatilor etnice.
 | Prezentare (slides 15-21) si intrebari/discutii | Proiector, laptop, ecran. |

**Prezentare**

**Slide 1:** Titlu

**Slide 2:** Planul sesiunii

* Prezentare
	+ Contextul social al minoritatilor etnice
	+ Determinantii sociali ai sanatatii
	+ Nevoi si tipuri frecvente de probleme de sanatate ale minoritatilor etnice
* Activitate: Lista problemelor prioritare de sanatate ale populatiei de etnie roma din judet

**Slide 3: Contextul social al minoritatilor etnice si migrantilor**

Migratia la nivel mondial este in crestere si se accelereaza. Ca urmare, societatile sunt din ce in ce mai multe si mai diverse - culturale, entice si lingvistice. Doua tendinte recente in migratia internationala sunt foarte relevante pentru problemele de sanatate ale migratiei:

1. In primul rand, a existat o crestere a deplasarilor inregistrate de migratia "circulara" sau "tranzitorie"[[1]](#footnote-1). Migratia circulara poate implica curse regulate intre tara gazda si tara de origine.

2. Alt fenomen intalnit este "super-diversitatea[[2]](#footnote-2)": in marile capitale ale Europei, pot fi vorbite sute de limbi diferite. In cadrul fiecarei nationalitati migrantii vor reprezenta, de asemenea, o forma de diversitate regasindu-se multe exemple: nivelule educationale, aptitudini, varste, religii, etnii, si multe alte caracteristici care au fost in mod traditional presupune a fi omogene.

Studiile in diferite tari europene pe probleme de sanatate legate de etnie sunt dificile si metodologic provocatoare din cauza diferentelor de definitii si date disponibile, dar si din cauza variatiei factorilor determinanti ai sanatatii in cadrul grupurilor etnice "similare" din diferite tari si in cadrul grupurilor etnice din fiecare tara. Rezultatele din aceste studii arata ca, desi tara de nastere prezice o parte din variatia rezultatelor de sanatate, exista variatii importante intre diferitele tari de resedinta. Acestea pot reflecta diferentele in caracteristicile de fond ale populatiilor minoritare etnice din fiecare tara, pozitia lor socio-economica, precum si in politicile de sanatate care ii afecteaza. Studii comparative internationale privind grupurile etnice comparabile pot produce ipoteze importante noi cu privire la rolul factorilor culturali, sociali si de mediu si pot sa ofere o perspectiva mai eficienta de organizare si acordare a serviciilor de ingrijire a sanatatii cultural sensibile.

De exemplu, in Romania, circa 613.000 de romani, aproximativ 3,3% din populatie, au declarat ca sunt de etnie roma in cadrul recensamantului din 2011.[[3]](#footnote-3) Romii din Romania sunt o populatie tanara. Copiii si tinerii intre 0-14 ani – noua generatie de debutanti pe piata muncii – reprezinta circa 40% din totalul populatiei rome, comparativ cu 15% din populatia generala.[[4]](#footnote-4)

**Slide 4:**

In ceea ce priveste colectarea datelor cu privire la comunitatile de romi din Europa au fost identificate unele obstacole:

* Colectarea de date in mai multe tari din Europa : nu au datele dezagregate pe etnie; in unele cazuri, din cauza unor abuzuri istorice a datelor in scopuri de persecutie si segregare.
* Minoritatile etnice pot incerca sa ascunda etnia lor, in scopul de a evita stigmatizarea;
* Exista o lipsa de intelegere in ceea ce priveste terminologia si definitiile utilizate atunci cand se fac referiri la minoritatile rome[[5]](#footnote-5).

Statutul Socio Economic al romilor este mai scazut in general decat al populatiei generale si aceste grupuri au mai multe sanse de a trai in saracie decat populatia majoritara.4

O mare parte din dezavantajele de sanatate cu care se confrunta migrantii si minoritatile etnice sunt legate de pozitia lor socio-economica, in general nefavorabila. In medie, statutul socio-economic (SES) a migrantilor si a minoritatilor etnice este mai mic si sunt, in general, mult mai probabil sa traiasca in saracie decat non-migranti si populatia majoritara. Migrantii si minoritatile etnice au tendinta de a suferi de mai multe forme de dezavantaj, iar acest lucru este un factor major care influenteaza sanatatea lor. In prezent, ca urmare a politicilor de austeritate ", cele mai vulnerabile grupuri din societate absorb impactul principal de reduceri de cheltuieli si privatizarea in sectorul serviciilor publice, in special in cazul in care aceste masuri de politica limiteaza accesul la servicii cheie, cum ar fi asistenta medicala[[6]](#footnote-6). Restrictiile privind migratia sunt inasprite, numarul migrantilor ilegali "" merge in sus. Astfel migrantii, din cauza precaritatii situatiei lor, si pentru ca multi au facut calatorii periculoase pentru a ajunge in UE, sunt adesea gasiti cu probleme de sanatate.

**Slide 5:**

Cel mai mare numar de romi traiesc in Europa Centrala si de Est - Romania, Slovacia, Bulgaria, Ungaria si fosta Iugoslavie. Mai putin de 20% din romii din Europa sunt nomazi. **Figura 2** prezinta statele membre ale UE cu cea mai mare populatie de romi si nomazi[[7]](#footnote-7).

Exista patru tari cu migranti populatii rome estimate a fi 50.000 sau mai (Marea Britanie, Grecia, Germania, si Italia). Franta are o populatie estimata de 10.000 - 15.000 de migranti romi (2010). Populatii de romi exista si in Belgia, Republica Ceha, Irlanda si Spania, desi nu au fost identificate estimari pentru dimensiunea lor. Cel mai mare grup pare sa fie gasit in Marea Britanie, unde estimarile variaza intre 50.000 si 1 milion. Cei mai multi migranti romi europeni provin din tarile de Est ale UE. Ei pot trai si lucra in mod liber in Uniunea Europeana.

Utilizarea mediei pentru UE-27 arata ca populatia europeana de romi are o varsta medie de 25,1 in comparatie cu 40,2 pentru populatia non-roma. **Figura 3** prezinta piramidele populatiei din Europa: comunitati de romi si Uniunea Europeana[[8]](#footnote-8).

**Slide 6: Determinanti sociali ai sanatatii relevanti pentru minoritatile etnice**

### Dupa OMS[[9]](#footnote-9), multi factori se combina impreuna pentru a afecta starea de sanatate a indivizilor si comunitatilor. Daca oamenii sunt sanatosi sau nu, este determinat de situatia lor si a mediului. Intr-o mare masura, este determinata de factori, cum ar fi: locul in care traim, starea mediului, genetica, venitul si nivelul de educatie, iar relatiile noastre cu prietenii si familia pot avea efecte considerabile asupra sanatatii, in timp ce, factori (luati mai frecvent in considerare), cum ar fi accesul si utilizarea de servicii de ingrijire a sanatatii de multe ori au un impact mai mic.

### Factorilor determinanti ai sanatatii includ:

### mediul social si economic,

### mediul fizic si

### caracteristici si comportamente individuale persoanei.

Contextul vietii oamenilor determina sanatatea lor, si blamarea persoanelor fizice pentru ca au o sanatate precara sau creditandu-le pentru o sanatate buna este inadecvata. Indivizii sunt putin probabil sa fie in masura sa controleze direct multi dintre factorii determinanti ai sanatatii. Acesti determinanti - sau lucruri care fac oamenii sanatosi sau bolnavi - includ factorii de mai sus, si multe altele:

* Veniturile si statutul social - venituri mai mari si statutul social sunt legate de o sanatate mai buna. Cu cat este mai mare diferenta dintre cei mai bogati si cei mai saraci oameni, cu atat mai mari sunt diferentele in materie de sanatate.
* Educatie - nivelurile de educatie scazute sunt legate de starea de sanatate precara, mai mult stres si o mai mica incredere in sine.
* Mediul fizic - apa potabila si aerul curat, locurile de munca sanatoase, case sigure, comunitati si drumuri, toate contribuie la o buna sanatate. Ocuparea fortei de munca si conditiile de la locul de munca - persoanele cu loc de munca sunt mai sanatoase, in special cei care au mai mult control asupra conditiilor lor de munca
* Retele de sprijin social - un sprijin mai mare din partea familiei, prietenilor si comunitatii este legat de o sanatate mai buna. Cultura - obiceiuri si traditii, si credintele familiei si a comunitatii toate pot afecta sanatatea.
* Genetica - mostenirea joaca un rol in determinarea duratei de viata, sensibilitatilor si probabilitatii de a dezvolta anumite boli. Comportamentul personal si abilitati de adaptare - alimentatie echilibrata, mentinerea unei activitati fizice, fumatul, alcoolul, si modul in care se jongleaza cu stressful si provocarile vietii, toate pot afecta sanatatea.
* Servicii de sanatate - accesul si utilizarea de servicii care previn si trateaza boli influenteaza sanatatea
* Sex - Barbatii si femeile sufera de diferite tipuri de boli, la varste diferite ".

**Slide 7:**

In prezent, este pus mai mult accent pe nevoia de mai multa cercetare epidemiologica in cauzele problemelor de sanatate, in special rolul de dezavantaj social legat de "determinantii sociali ai sanatatii[[10]](#footnote-10). "Diagrama curcubeu" de Dahlgren si Whitehead[[11]](#footnote-11) reprezinta determinantii sociali ai sanatatii. Asa cum se arata in figura 6, in 2010 OMS prin nota informativa despre politicile privind sanatatea minoritatilor etnice si migrantilor[[12]](#footnote-12) a adaptat aceasta schema pentru a arata determinantii sociali ai sanatatii minoritatilor.

**Slide 8:**

Aceeasi informatie este reprezentata in figura 7 cu distinctia dintre determinantii care afecteaza in mod specific migrantii (directe) si cele care afecteaza oamenii in pozitii socio-economice dezavantajante (indirecte)[[13]](#footnote-13).

**Slide 9: Determinantii sociali ai sanatatii si influenta SES**

O serie de studii efectuate in Romania pe populatia de etnie roma au pus in evidenta influenta statutului socio-economic asupra sanatatii acestui grup populational.

Astfel, un studiu din 2011 arata ca romii din Romania au cel mai mic venit zilnic din regiunea sud-est europeana (6 $ ppp/day) in contrast cu populatia non-Roma care castiga in jur de 9$ ppp/day.[[14]](#footnote-14)

Un alt studiu efectual de Institutul National de Sanatate Publica (INSP) din Romania in cadrul unui proiect finantat din granturi norvegiene a gasit ca, in ceea ce priveste nivelul de venit lunar pe familie, aproximativ 82% dintre familiile de romi din comunitatile selectate (45 de localitati din Romania cu populatii importante de romi) au un venit lunar sub cel minim de 850 lei (≈195 euro) pe economie, ba mai mult, 67% traiesc cu mai putin de 500 lei (≈ 110 euro)pe luna. [[15]](#footnote-15)

Nivelul foarte scazut de venituri se coreleaza cu nivelul educational scazut si cu neocuparea pe piata muncii.

**Slide 10: Distributia lotului studiat in functie de nivelul educational si gen**

Acelasi studiu efectuat de INSP a aratat ca majoritatea romilor au absolvit gimnaziul, adica nivelul obligatoriu de scolarizare, mai multi barbati avand acest nivel de scolarizare (61%) decat femeile (59%). O proportie destul de ridicata dintre respondenti nu au nici o scoala sau au absolvit numai nivelul primar. Aici situatia se inverseaza, femeile care nu au scoala sau au numai scoala primara (35%) sunt mai numeroase decat barbatii cu acelasi nivel educational (22%). De aici rezulta si statutul de neangajat preponderent al femeilor.15

**Slide 11: Distributia lotului studiat in functie de statutul pe piata muncii si gen**

Mai mult de jumatate (61%) dintre romi nu sunt angajati in campul muncii. Prin comparatie, mai multe femei nu lucreaza (71%) decat barbatii (57%). O parte dintre romi (17%) se incadreaza in categoria de pensionari sau beneficiari ai altor masuri de protectie sociala (pensie de handicap, ajutor social). Din categoria celor angajati (14%) fac parte si persoane care lucreaza doar cu contract temporar de munca sau persoane care lucreaza, dar nu in baza unui contract legal de munca (2% din totalul respondentilor).15

**Slide 12: Distributia lotului studiat in functie de nivelul de venit si judet**

Din analiza nivelului de venituri pe cele 6 judete selectate in proiectul INSP, se remarca ca judetele Dolj, Gorj si Botosani au cele mai multe familii rome cu venituri sub 500 lei.15

**Slide 13: Determinanti sociali ai sanatatii si influenta conditiilor de locuit**

Studiul INSP a aratat din nou ca, asa cum se stie si din alte studii, mai mult de jumatate dintre romi traiesc in locuinte supraaglomerate: 51% traiesc cu mai mult de 5 persoane in locuinta, ba mai mult, 19% locuiesc cu mai mult de 7 persoane. 15

Statutul de piata muncii influenteaza puternic tipul de locuinta in care traieste populatia roma: 46% dintre cei fara loc de munca traiesc in locuinte sub-standard (cei 20% fara loc de munca care traiesc intr-o locuinta standard probabil ca locuiesc cu parintii sau cu alte rude), sunt mai multi pensionari (11%) care traiesc intr-o locuinta sub-standard (bordeie, case darapanate, fostele blocuri pentru familisti) decat cei care traiesc in una standard (6%).15

**Slide 14:**

Romii au un profil semnificativ mai rau de sanatate in comparatie cu populatia non-roma[[16]](#footnote-16). In medie, romii sunt estimati sa traiasca aproximativ cu 10 ani mai putin decat ne-romii. Totusi, rata mortalitatii si estimarile sperantei de viata variaza de la si in interiorul tarilor, cat si in diferitele grupuri din cadrul populatiei rome. De exemplu, estimarile din Austria au sugerat rate de mortalitate cu 14% mai mare pentru romi la nivel regional decat pentru restul tarii. Slabi integrati, romii care locuiesc in asezari cu conditii precare de viata in Slovacia s-au dovedit a avea o rata a mortalitatii de doua ori sau de trei ori mai mare decat cea a romilor bine integrati, si rate mai mari ale mortalitatii infantile au fost gasite in Bulgaria, Slovacia, Ungaria si Republica Ceha[[17]](#footnote-17) .

In timp ce determinanti genetici sau culturali ai sanatatii si etnia poate explica unele dintre inegalitatile in materie de sanatate, comparativ cu populatiile de non-romi, factorii determinanti sociali si de mediu, joaca un rol important, cum ar fi venituri mai mici, conditii precare de trai, discriminare si rasism si obstacole in calea accesului la servicii medicale[[18]](#footnote-18),[[19]](#footnote-19).

SES este parte din lantul de cauzalitate intre statusul migrarii sau etnie si sanatate, daca apartenenta la aceste grupuri intr-o anumita masura determina SES unei persoane. Raportul OMS Europa privind saracia si excluziunea sociala enumera o serie de riscuri pentru sanatate corelate cu conditiile sociale ale migrantilor si minoritatilor etnice

* saracia legata de excluziunea sociala;
* lipsa de locuinte / cazare corespunzatoare;
* dieta saraca;
* nivel scazut de venituri asociat cu nivelulul scazut de educatie sau angajari neproportionale cu educatia lor.

Unii dintre acesti factori sunt partajati cu alte grupuri afectate de saracie, iar unele sunt asociate in mod specific cu procesul de migratie[[20]](#footnote-20).

In plus, poate exista o relatie directa intre discriminare si sanatatea precara[[21]](#footnote-21). In orice caz, poate fi necesar ca masurile de reducere a inegalitatilor in materie de sanatate sa fie special adaptate pentru a ajunge in mod eficient la grupurile minoritare entice si de migranti.

**Slide 15: Bolile cronice**

Studiile sugereaza ca prevalenta bolilor cronice, cum ar fi bolile cardiovasculare, diabetul, obezitatea, hipertensiune arteriala si astmul este mai mare in populatiile de romi decat la populatiile de non-romi[[22]](#footnote-22),[[23]](#footnote-23). Sexul si varsta joaca un rol important, femeile rome se confrunta cu o prevalenta mai mare a unora dintre aceste probleme de sanatate decat barbatii romi. Descoperirile PNUD au raportat ca Romii in varsta de peste 65 de ani sufera o crestere mai accentuata a bolilor cronice si probleme conexe decat ne-romii (70%, respectiv 56%)[[24]](#footnote-24). In ceea ce priveste determinantii sociali ai sanatatii, factorii asociati cu saracia, cum ar fi conditiile de trai precare, dieta saraca si malnutritia sunt enumerate de Raportul de Sanatate al romilor ca ar putea duce la afectiuni cronice cum ar fi obezitatea, hipertensiunea, diabetul si BCV. Factorii asociati cu conditii de viata precare, cum ar fi locuintele umede, reci si de slaba calitate pot contribui la bolile musculo-scheletice si boli respiratorii, conform aceluiasi raport. In plus, efectele enumerate mai sus ale saraciei si a conditiilor precare de viata, factori legati de stilul de viata, cum ar fi fumatul, consumul de droguri si alcool, si activitatea fizica limitata s-au dovedit a fi influenti in dezvoltarea conditiilor de sanatate enumerate mai sus.

**Slide 16: Bolile transmisibile**

Cercetarile raporteaza rate mai mari de boli infectioase, cum ar fi rujeola si hepatita A, precum si un risc mai mare de focare de boli infectioase, in special in randul romilor ce traiesc in conditii vitrege. Dovezile disponibile privind vaccinarea, arata ca, cu exceptia Croatiei, Ungariei si Republicii Cehe, ratele de absorbtie a vaccinarii copiilor din Europa este mai mic sau mult mai mic in populatiile de romi. Dovezile limitate existente referitoare la ratele de HIV / SIDA indica mai degraba o progresia a bolii mai rapida[[25]](#footnote-25).

Mai multe studii recente in domeniul bolilor transmisibile a explorat factorii determinanti pentru sanatate care duc la rate mai mari de anumite boli transmisibile in populatiile de romi. Aceste studii indica factori legati de SES scazute si conditiile de viata asociate cu saracia, si alti determinanti socio-economice, cum ar fi accesul la servicii de sanatate, ca posibile explicatii[[26]](#footnote-26). Rezultatele cercetarii recomanda insistent necesitatea interventiilor preventive si de ingrijire specifice pentru a reduce marginalizarea care duce la consumul de droguri si cresterea criminalitatii, precum si pentru a imbunatati vietile si ratele de supravietuire a celor care traiesc cu boli infectioase[[27]](#footnote-27),[[28]](#footnote-28).

* **HIV**

In ciuda problemelor metodologice doar constatate, multe studii au descoperit ca anumite grupuri etnice au un risc mai mare de infectare cu HIV. Acest lucru este adesea legat de o prevalenta ridicata de HIV in tarile din care provin migrantii, dar infectiile pot fi, de asemenea, contractate in tara gazda[[29]](#footnote-29). De fapt, principalele modalitati de transmitere a HIV in Europa sunt sexul neprotejat in randul barbatilor care fac sex cu barbati si utilizarea nesigura de droguri injectabile. Minoritatile etnice tind sa nu fie extrem de reprezentati in fiecare grup de risc[[30]](#footnote-30). Cu toate acestea, migratia ramane un factor influent atunci cand se analizeaza transmiterea heterosexuala: migrantii din tarile cu prevalente mari de HIV au reprezentat 40% din toate cazurile de HIV transmise din Europa de Vest intre 2007 si 2011[[31]](#footnote-31). Datele din Romania pentru populatia de romi sunt neconcludente in ceea ce priveste infectia HIV/SIDA.

* **Tuberculoza**

Rata notificarilor de tuberculoza este mai mare in populatia nascuta in strainatate decat in populatia nativa nascuta in Europa. Pacientii infectati sunt in principal din Asia, Africa si Europa (in afara UE)[[32]](#footnote-32). In tarile europene, unde datele de supraveghere OMS in ceea ce priveste TB cuprind informatii privind statutul de migrant al persoanelor cu TB, procentul mediu al tuturor cazurilor care au fost gasite in oameni de origine straina in anul 2008 a fost de peste 20%[[33]](#footnote-33). In unele tari aceasta a fost mult mai mare[[34]](#footnote-34).

* **Alte boli infectioase**

Raportul ECDC mentionat[[35]](#footnote-35), a concluzionat ca un risc mai mare de hepatita B, malarie si boala Chagas poate afecta anumite grupuri de migranti. Nu au fost gasite riscuri crescute de gonoree si sifilis, cu toate acestea, nu exista dovezi sigure disponibile pe rujeola, rubeola si hepatita C.

ECDC a analizat pe larg obstacolele pentru care acoperirea vaccinala pentru MMR (rujeola, oreion, rubeola) nu este optima in populatii la nivel european[[36]](#footnote-36). Ei au identificat urmatoarele bariere principale: discriminare; probleme administrative si financiare; dificultatile lingvistice sau de alfabetizare; lipsa de cunostinte culturale; lipsa de informatii privind sanatatea si vaccinarea; convingeri religioase; o abordare fatalista a vietii sau o perceptie distorsionata a riscului in raport cu vaccinurile si bolile prevenite prin vaccinare in randul unor indivizi si grupuri.

**Slide 17: Sanatatea mamei si copilului**

Femeile rome sunt expuse la un risc mai mare de mortalitate materna: mortalitatea materna este de peste 15 ori mai mare la femeile rome decat la non-rome: 0,62% fata de 0,04%.[[37]](#footnote-37)

Aproximativ 40% dintre copiii romi din Romania sunt subalimentati[[38]](#footnote-38). UNICEF a atras atentia asupra riscului de malnutritie in randul romilor din Romania, estimand ca 72% dintre cei care sufera de malnutritie sunt copii sub 3 ani.

Riscul de mortalitate infantila in randul copiilor romi din Romania este estimat a fi de 4 ori mai mare decat in populatia generala in zonele urbane. 35

**Activitate**

**Activitatea 1: Lista problemelor prioritare de sanatate ale populatiei de etnie roma din judet**

**Slide 18: A**ctivitatea consta in:

1. Formarea a 6 grupuri de lucru (cate unul pe fiecare judet)
2. Analiza principalilor determinanti ai starii de sanatate pentru populatia de etnie roma din judetul grupului respectiv
3. Agreerea principalilor 3 determinanti proiritari
4. Prezentarea in plen a situatiei

**Slide 19:** Multumiri/intrebari.

**Slide 20:** Referinte bibliografice

**Bibliografie**

**Bibliografie recomandata:**

Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015a. Available at: <http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/619/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report.pdf>

Mock-Muñoz de Luna C, Bodewes A, Graval E, Ingleby D. Appendices I-VI, Synthesis Repport. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015b. Available at: <http://www.mem-tp.org/pluginfile.php/620/mod_resource/content/1/MEM-TP_Synthesis_Report_Appendices_I-VI.pdf>

* Ingleby D. Ethnicity, Migration and the ‘Social Determinants of Health’ Agenda. Psychosocial Intervention 2012;21(3):331-341. Available at: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113205591270087X>

Marmot M, Allan J, Bell R, Bloomer E, Goldblatt P, on behalf of the Consortium for the European Review of Social Determinants of Health and the Health Divide. WHO European review of social determinants of health and the health divide. Lancet 2012;380(15):1011-1029. Availablea at: <http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736%2812%2961228-8/abstract>

ECDC (2014) Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. European Centre for Disease Prevention and Control. Available at: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/assessing-burden-disease-migrant-populations.pdf>

Roma Health Report. European Commission, Health and Consumers. <http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf>

**Bibliografie suplimentara:**

* Newland, K. (2009). Circular Migration and Human Development, Human development research paper 2209/42, UNDP
* Vertovec, S. (2010). Towards post-multiculturalism? Changing communities, conditions and contexts of diversity. International Social Science Journal, 61: 83–95.

IOM (2008) World migration 2008, Managing labour mobility in the evolving global economy. Geneva, IOM.

UNHCR (2014), Asylum Trends 2013. Levels and Trends in Industrialized Countries. New York: United Nations High Commissioner for Refugees.

The lancet Commission Culture and Health (2014) Lancet 2014; 384: 1607–39 available at http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61603-2 (retrieved December 19, 2015)

Kallayova, D., Bosak, L. (2012) Improvement of health services for Roma communities in Slovakia. In: Ingleby, D. et al (eds.) Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities. COST Series on Health and Diversity. Antwerpen: Garant Publishers.

OSF, 2010. No Data—No Progress. Country Findings. Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion, 2005–2015. <http://osf.to/1uyswGX>

Eurofound (2013). Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU, Dublin.

Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe.

Gimeno-Feliu LA, Calderon-Larranaga A, Diaz E, Poblador-Plou B, Macipe-Costa R, Prados-Torres A. The healthy migrant effect in primary care. Gac Sanit. 2014.

Reeske, A. and Spallek, J. (2012) Obesity among migrant children and adolescents: a life-course perspective on obesity development. In: Ingleby, D., Krasnik, A., Lorant, V. & Razum, O. (Eds.) Health inequalities and risk factors among migrants and ethnic minorities. COST Series on Health and Diversity, Volume I (pp. 237-256). Antwerp/Apeldoorn: Garant

Jack, R.H., Davies, E.A. & 1 Møller, H. (2011) Lung cancer incidence and survival in different ethnic groups in South East England. British Journal of Cancer 105, 1049–1053.

Singh, S.P. and Burns, T. (2006) Race and mental health: there is more to race than racism. British Medical Journal, 333(7569): 648–651.

CSDH (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on the Social Determinants of Health. Geneva, World Health Organization

Dahlgren G & Whitehead M (1991) Policies and strategies to promote social equity in health.Institute for Future Studies, Stockholm.

Ingleby, J.D. (2014) Social determinants of migrants' health. Presentation at workshop entitled "Health Impact Assessment: a tool to support healthier decision-making." EUPHA 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, April 2014

Sainsbury, D. (2012) Welfare States and Immigrant Rights: The Politics of Inclusion and Exclusion. Oxford: Oxford University Press.Centre for Maternal and Child Enquiries (2011). Saving Mothers’ Lives: Reviewing deaths to make motherhood safer: 2006–2008. BJOG, 118(s1):1–203.

Migrant and Ethnic Health Observatory (MEHO). Website: http://www.meho.eu.com/ (temporarily unavailable)

Vandenheede, H. et al. (2012). Migrant mortality from diabetes mellitus across Europe: the importance of socio-economic change. European Journal of Epidemiology 27, 109–117.

Devillé W et al. (2006). Perceived health and consultation of GPs among ethnic minorities compared to the general population in the Netherlands. In: Westert GP, Jabaaij L, François G, eds. Morbidity, performance and quality in primary care. Oxford, Radcliffe Publishing Ltd:85–96.

Kunst, A., Stronks, K. and Agyemang, C. (2011) Non-communicable diseases. In: Rechel et al. (2011), op. cit., 101-120; Carballo. M. (2009a). Non-communicable diseases. In: Fernandes, A., Pereira Miguel, J., eds. (2009). Health and migration in the European Union: better health for all in an inclusive society. Lisbon, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge:71–81

Muscat, MD (2011). Who Gets Measles in Europe?. The Journal of Infectious Diseases 2011;204:S353–S36 http://jid.oxfordjournals.org/content/204/suppl\_1/S353.full.pdf+html

* Bhopal RS, Rafnsson SB, Agyemang C, et al . (2011). Mortality from circulatory diseases by specific country of birth across six European countries: test of concept. Eur J Public Health 22:353-9.

Rafnsson, S.B., Bhopal, R.S., Agyemang, C., Fagot-Campagna, A., Harding, S., Hammar, N., Kunst, A.E. et al. (2013). Sizable variations in circulatory disease mortality by region and country of birth in six European countries. Eur J Public Health, 23 (4) 594 - 605.

Wörmann, T., Krämer, A. (2011). Communicable diseases. In: Rechel, B. et al (eds.). Migration and health in the European Union. European observatory on health systems and policies. Open University Press.

Bhugra, D., Gupta, S. (eds.) (2006). Migration and Mental Health. London and New York: Cambridge University Press

Karlsen, S. et al. (2005). Racism, psychosis and common mental disorder among ethnic minority groups in England. Psychological Medicine, 35:12:1795–1803

Ingleby, D. (2008). New perspectives on migration, ethnicity and schizophrenia. Willy Brandt Series of Working Papers in International Migration and Ethnic Relations 1/08, IMER/MIM, Malmö University, Sweden.

Ingleby, D. (ed.) (2005) Forced migration and mental health: rethinking the care of refugees and displaced persons. New York: Springer.

Pedersen, G.S., Grøntved, A., Mortensen, L.H., Andersen, A.-M.N., Rich-Edwards, J, (2013). Maternal Mortality Among Migrants in Western Europe: A Meta-Analysis. Matern Child Health J 1–11.

Reeske, A., Razum, O. (2011). Maternal and child health – from conception to first birthday. In Rechel et al. (2011), op. cit. , 139-144

Villadsen, S.F., et al (2010). Cross-country variation in stillbirth and neonatal mortality in offspring of Turkish migrants in northern Europe. European Journal of Public Health, 20(5):530–535.

McCauley, L.A. (2005) Immigrant workers in the United States: recent trends, vulnerable populations, and challenges for occupational health. Journal of the American Association of Occupational Health Nurses, 53(7), 313–19.

Skodova, Z. et al (2010) Psychosocial factors of coronary heart disease and quality of life among Roma coronary patients: a study matched by socioeconomic position. International Journal of Public Health; 55(5): 373-80

Monteiro, A.P. et al (2013) Promotion of mental health in Roma people: social representations of mental health and wellbeing in a Roma community. European Psychiatry: Abstracts of the 21th European Congress of Psychiatry.

Smith, D., Ruston, A. (2013) 'If you feel that nobody wants you you'll withdraw into your own’: Gypsies/Travellers, networks and healthcare utilisation. Sociology of Health and Illness, Vol. 35; 8:1196-1210.

Casals, M. et al (2011) Incidence of infectious diseases and survival among Roma population: a longitudinal cohort study. The European Journal of Public Health, 1-6.

Kallayova, D., Bosak, L. (2012). Improvements of health services for Roma communities in Slovakia. In: Ingleby, D. et al (eds.) Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities. COST Series on Health and Diversity. Antwerpen: Garant Publishers.

Rechel, B. et al (2009). Access to health care for Roma children in Central and Eastern Europe: findings from a qualitative study in Bulgaria. International Journal for Equity in Health, 8: 24.

Sjölander, P. (2009). What is known about the health and living conditions of the indigenous people of northern Scandinavia, the Sami? Global health Action 4.

* Agudelo-Suárez, A.A., Ronda-Pérez, E. & Benavides, F.G. (2011). Occupational health. In: Rechel et al., op cit., 155-168.
* Voko, Z. et al. (2009) Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary? J Epidemiol Community Health; 63: 455-460.
* Masseria, C., Mladovsky, P., Hernández-Quevedo, C. (2009) The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. European Journal of Public Health, Vol. 20, No. 5: 549-554.
* Hansen, K., Melhus, M., Lund, E. (2010). Ethnicity, self-reported health, discrimination and socioeconomic status: a study of Sami and non-Sami Norwegian populations. International Journal of Circumpolar Health, North America, 69.
* Zeljko, H.M. et al (2013) Age trends in prevalence of cardiovascular risk factors in Roma minority population of Croatia. Economics and Human Biology 11: 326-336.
* Qureshi A, Collazos F, Sobradiel N, Eiroa-Orosa FJ, Febrel M, Revollo-Escudero HW, et al. Epidemiology of psychiatric morbidity among migrants compared to native born population in Spain: a controlled study. Gen Hosp Psychiatry. 2013;35(1):93-9.
* Razum O. Commentary: of salmon and time travellers--musing on the mystery of migrant mortality. Int J Epidemiol. 2006;35(4):919-21.
* Razum O, Zeeb H, Akgun HS, Yilmaz S. Low overall mortality of Turkish residents in Germany persists and extends into a second generation: merely a healthy migrant effect? Trop Med Int Health. 1998;3(4):297-303.
* Dinca, I. (2011) Vaccine preventable diseases and the Roma. European Centre for Disease Prevention and Control. <http://www.ecdc.europa.eu/en/press/events/Documents/1111-Dinca-Vaccine-preventable-diseases-and-the-Roma.pdf>
1. Newland, K. (2009). *Circular Migration and Human Development*, Human development research paper 2209/42, UNDP [↑](#footnote-ref-1)
2. Vertovec, S. (2010). Towards post-multiculturalism? Changing communities, conditions and contexts of diversity. *International Social Science Journal*, 61: 83–95. [↑](#footnote-ref-2)
3. INS Romania – Institutul National de Statistica. Recensamantul populatiei si al locuintelor. Bucuresti 2011 <http://www.recensamantromania.ro/rezultate-2/> (retrieved August, 20, 2015) [↑](#footnote-ref-3)
4. World Bank Romania. Diagnostics and policy advice for supporting roma inclusion in Romania. Bucharest, 2014 <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/romania/OutputEN.pdf> (retrieved: August, 20, 2015) [↑](#footnote-ref-4)
5. Kallayova, D., Bosak, L. (2012) Improvement of health services for Roma communities in Slovakia. In: Ingleby, D. et al (eds.) *Inequalities in Health Care for Migrants and Ethnic Minorities. COST Series on Health and Diversity. Antwerpen:* Garant Publishers. [↑](#footnote-ref-5)
6. Eurofound (2013). *Impacts of the crisis on access to healthcare services in the EU*, Dublin. [↑](#footnote-ref-6)
7. OSF, 2010. No Data—No Progress. Country Findings. Data Collection in Countries Participating in the Decade of Roma Inclusion, 2005–2015. <http://osf.to/1uyswGX> [↑](#footnote-ref-7)
8. *Roma Health Report*. European Commission, Health and Consumers. <http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf> (accessed on 25th of November, 2014). [↑](#footnote-ref-8)
9. <http://www.who.int/hia/evidence/doh/en/> [↑](#footnote-ref-9)
10. CSDH (2008). *op cit.* [↑](#footnote-ref-10)
11. Dahlgren G & Whitehead M (1991) *Policies and strategies to promote social equity in health.*Institute for Future Studies, Stockholm. [↑](#footnote-ref-11)
12. WHO (2010), *op. cit.*  [↑](#footnote-ref-12)
13. Ingleby, J.D. (2014) Social determinants of migrants' health. Presentation at workshop entitled "Health Impact Assessment: a tool to support healthier decision-making." EUPHA 5th European Conference on Migrant and Ethnic Minority Health, April 2014 [↑](#footnote-ref-13)
14. Cherkezova, S., Tomova, I. An option of last resort? Migration of Roma and Non-Roma from CEE Countries. Bratislava: UNDP, 2013. <http://www.undp.org/content/dam/rbec/docs/Migration-of-Roma-and-Non-Roma-from-Central-and-Eastern-Europe.pdf> (retrieved August, 20, 2015) [↑](#footnote-ref-14)
15. INSP Romania – Institutul National de Sanatate Publica. Evaluare de nevoi si comportamente la risc pentru sanatate in 45 de comunitati de romi,Raport de cercetare realizat în cadrul proiectului ”Întărirea Reţelei Naţionale de mediatori Romi pentru îmbunătăţirea stării de sănătate a populaţiei rome”, finanţat prin Grant Norvegian 2009-2014, Bucuresti 2015 <http://www.reteaua-amc.ro/wp-content/uploads/2015/08/Raport-cercetare-roma-2.pdf> (retrieved August, 20, 2015) [↑](#footnote-ref-15)
16. Masseria *et al* (2010). [↑](#footnote-ref-16)
17. Matrix Consulting (2014). Roma Health Report. European Commission: Consumer, Health and Food Executive Agency. [*http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014\_en.pdf*](http://ec.europa.eu/chafea/documents/health/roma-health-report-2014_en.pdf) *(accessed on 25th of November, 2014)* [↑](#footnote-ref-17)
18. Voko, Z. et al. (2009) Does socioeconomic status fully mediate the effect of ethnicity on the health of Roma people in Hungary*? J Epidemiol Community Health*; 63: 455-460. [↑](#footnote-ref-18)
19. Masseria, C., Mladovsky, P., Hernández-Quevedo, C. (2009) The socio-economic determinants of the health status of Roma in comparison with non-Roma in Bulgaria, Hungary and Romania. *European Journal of Public Health,* Vol. 20, No. 5: 549-554. [↑](#footnote-ref-19)
20. Gushulak B, Pace P, Weekers J (2010). *Migration and health of migrants. In: Poverty and social exclusion in the WHO European Region: health systems respond.* Copenhagen, WHO Regional Office for Europe [↑](#footnote-ref-20)
21. Pascoe EA, Smart Richman L (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin,* 135:4:531–554. [↑](#footnote-ref-21)
22. Zeljko, H.M. *et al* (2013) Age trends in prevalence of cardiovascular risk factors in Roma minority population of Croatia. *Economics and Human Biology* 11: 326-336. [↑](#footnote-ref-22)
23. Dobranici *et al* (2012). [↑](#footnote-ref-23)
24. Matrix Consulting (2014). [↑](#footnote-ref-24)
25. Matrix Consulting (2014). The Roma Health Report. Consumers, health and food executive agency. [↑](#footnote-ref-25)
26. Casals, M. *et al* (2011). Incidence of infectious diseases and survival among Roma population: a longitudinal cohort study. *The European Journal of Public Health*, 1-6. [↑](#footnote-ref-26)
27. *Ibid*. [↑](#footnote-ref-27)
28. *Ibid*. [↑](#footnote-ref-28)
29. ECDC (2014), *op.cit.* [↑](#footnote-ref-29)
30. Wörmann, T., Krämer, A. (2011). Communicable diseases. In: Rechel, B. et al (eds.). Migration and health in the European Union. European observatory on health systems and policies. Open University Press. [↑](#footnote-ref-30)
31. *ECDC (2014a), op cit* [↑](#footnote-ref-31)
32. *ibid* [↑](#footnote-ref-32)
33. *ibid* [↑](#footnote-ref-33)
34. More information is available in Mock-Muñoz de Luna C, Ingleby D, Graval E, Krasnik A. Synthesis Report. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015a.

Mock-Muñoz de Luna C, Bodewes A, Graval E, Ingleby D. Appendices I-VI, Synthesis Repport. MEM-TP, Training packages for health professionals to improve access and quality of health services for migrants and ethnic minorities, including the Roma. Granada, Copenhagen: Andalusian School of Public Health, University of Copenhagen, 2015b. [↑](#footnote-ref-34)
35. *ibid.* [↑](#footnote-ref-35)
36. European Centre for Disease Prevention and Control (2013a). Review of outbreaks and barriers to MMR vaccination coverage among hard-to-reach populations in Europe. Stockholm: ECDC. <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/MMR-vaccination-hard-to-reach-population-review-2013.pdf> (accessed 18 February, 2015). [↑](#footnote-ref-36)
37. World Bank Romania. Diagnostics and policy advice for supporting roma inclusion in Romania. Bucharest, 2014 <http://www.worldbank.org/content/dam/Worldbank/document/eca/romania/OutputEN.pdf> (retrieved: August, 20, 2015) [↑](#footnote-ref-37)
38. UNICEF, Roma Early Childhood Inclusion Report 2012 <http://www.unicef.org/romania/RECI-Overview.pdf> (retrieved August, 20, 2015) [↑](#footnote-ref-38)