



*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

Approvazione, ai sensi dell'articolo 17, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, come modificato dalla legge di conversione 15 luglio 2011, n. 111 e, successivamente, dall'articolo 14, comma 5, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, del progetto interregionale proposto dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per il finanziamento, per l'anno 2012, delle attività dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

Rep. Atti n. 244/CSR del 6/12/2012

LA CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO, LE REGIONI E LE
PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO

Nella odierna seduta del 6 dicembre 2012:

VISTA la delega a presiedere l'odierna seduta conferita al Sottosegretario di Stato alla Presidenza del Consiglio dei Ministri Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea;

VISTO l'articolo 14 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, che al:

- comma 2 stabilisce che l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) già costituito quale sperimentazione gestionale, è ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute, con il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrastare le malattie della povertà;
- comma 3 prevede che il medesimo Istituto è anche centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario;

VISTO l'articolo 17, comma 9, del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, come modificato dalla legge di conversione 15 luglio 2011, n. 111 e, successivamente, dall'articolo 14, comma 5, del menzionato decreto-legge n. 158 del 2012, il quale prevede che per il finanziamento delle attività dell'INMP si provvede annualmente, nell'ambito di un apposito progetto interregionale, approvato da questa Conferenza, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per la cui realizzazione è vincolato l'importo pari a 5 milioni di euro per l'anno 2012 e 10 milioni annui a decorrere dall'anno 2013;





*Presidenza
del Consiglio dei Ministri*

CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI
TRA LO STATO, LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME
DI TRENTO E BOLZANO

VISTA la lettera in data 22 novembre 2012 con la quale il Ministero della salute, in attuazione delle predette disposizioni, ha inviato, ai fini della prescritta approvazione in questa Conferenza, la proposta di progetto interregionale indicata in oggetto;

VISTA la nota in data 28 novembre 2012 con la quale la predetta proposta di progetto interregionale è stata diramata alle Regioni e Province autonome;

VISTA la nota in data 5 dicembre 2012 con la quale la Regione Veneto, Coordinatrice della commissione salute, ha comunicato il parere tecnico favorevole;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, il positivo avviso delle Regioni e delle Province autonome sul progetto interregionale in esame, Allegato sub A, parte integrante del presente atto;

APPROVA

il progetto interregionale di cui in premessa, come da Allegato sub A, parte integrante del presente atto.

IL SEGRETARIO
Cons. Ermenegilda Siniscalchi

Ermenegilda Siniscalchi



IL PRESIDENTE
Prof. Giampaolo Vittorio D'Andrea

Giampaolo Vittorio D'Andrea

gh

Allegato A

Proposta alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del progetto interregionale dell'attività per l'anno 2012 dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà.

Approvazione ai sensi dell'articolo 14, comma 5, del decreto legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.





1. Proposta

L'articolo 14 del decreto - legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ha stabilito, al comma 2, che "(omissis...) Al fine di limitare gli oneri per il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni in favore delle popolazioni immigrate, l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) già costituito quale sperimentazione gestionale, è ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute, con il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrastare le malattie della povertà".

Il medesimo articolo dispone che, per il finanziamento delle attività, si provvede annualmente nell'ambito di un apposito progetto interregionale, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per la cui realizzazione, sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, è vincolato l'importo pari a 5 milioni di euro per l'anno 2012 e 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, alla cui erogazione, a favore del medesimo Istituto, si provvede annualmente, a seguito dell'intesa espressa dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno di riferimento.

Inoltre, il citato disposto normativo, al comma 3 dell'art. 14, assegna all'INMP il ruolo di centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché quello di Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario.

2. Compiti dell'Istituto

Il nuovo impianto normativo conferisce carattere di ente pubblico all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà, già costituito quale sperimentazione gestionale, in continuità con quanto finora svolto dal 2008 unitamente alle Regioni Lazio, Puglia e Sicilia.

La *mission* che ne deriva è quella di sviluppare sistemi e percorsi innovativi per contrastare le disuguaglianze nell'ambito della salute in Italia, rendere più agevole l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale per i gruppi sociali più svantaggiati, e assicurare un alto livello di qualità delle prestazioni fornite ai cittadini italiani e stranieri.

L'Istituto, oltre ad erogare prestazioni sanitarie a beneficio delle popolazioni di riferimento (fasce povere e impoverite della popolazione, stranieri regolari e irregolari, vittime della violenza e della tratta, rifugiati politici e richiedenti asilo), attraverso l'applicazione del proprio modello olistico della presa in cura socio-sanitaria con approccio transculturale della persona sofferente, svolge attività di ricerca e di formazione sulle tematiche della migrazione e della salute globale, coinvolgendo le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Sempre in sinergia con esse, l'Istituto concorre alla composizione del quadro conoscitivo per la definizione delle politiche pubbliche nazionali, volte a dare risposta ai bisogni assistenziali e sanitari delle popolazioni fragili, inclusi i migranti, tutto quanto illustrato nell'ottica della riduzione complessiva degli oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.



3. Attività svolte

Le attività finora condotte dall'Istituto Nazionale in cooperazione con i centri regionali del Lazio, della Puglia e della Regione Siciliana, si iscrivono nei tre filoni istituzionali dell'assistenza, della ricerca e della formazione.

Per quanto riguarda l'assistenza socio-sanitaria, il poliambulatorio della Regione Lazio, operante nella sede dell'INMP nazionale, ha erogato, dal settembre 2007 al settembre 2012, 159.107 prestazioni sanitarie a vantaggio di 48.936 persone immigrate, regolari e irregolari, nonché appartenenti a fasce deboli per condizioni socio-economiche e per status politico. Vale precisare che, per la particolare *mission* dell'Istituto, che lo rende unico tra le strutture del SSN, una parte rilevante delle prestazioni erogate, corrispondente a circa il 30% del totale, è stata assicurata sotto forma di *visite di cortesia*, senza rimborso da parte regionale, a totale beneficio delle fasce fragili e incapienti della popolazione assistita.

Per quanto riguarda la Regione Siciliana, e, in particolare, il suo Centro regionale dell'INMP, nel triennio 2010-2012, sono state tracciate 4.515 prestazioni.

Per quanto riguarda la Regione Puglia e il suo Centro di riferimento regionale, dal 2009 al settembre 2012, sono state comunicate 18.511 prestazioni. I dati con maggiore dettaglio sono inclusi nell'allegato progetto.

Tutta l'attività di ricerca dell'Istituto ha riguardato i temi della salute della "*human mobile population*" e della lotta alle malattie legate allo stato di deprivazione economica e sociale della popolazione italiana, secondo l'approccio di "*salute globale*". Essa si è sviluppata lungo tre direttrici principali: quella osservazionale, quella clinica e quella operativa nei Paesi in via di sviluppo (PVS), rivolgendosi alle fragilità sul territorio, includendo le povertà e i nuovi impoverimenti.

La formazione, erogata sia con corsi residenziali sia attraverso la piattaforma FAD dell'Istituto, riguarda il trasferimento, agli operatori regionali del SSN, di modelli di intervento e presa in cura volti ad aumentare l'accesso delle persone fragili e marginalizzate ai servizi sanitari, in un'ottica di riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni e di conseguente decremento del numero dei ricoveri, in un quadro economicamente sostenibile.

4. Proposta progettuale

Con l'allegata proposta di progetto 2012, redatta in fase di prima applicazione della citata disposizione di cui all'art. 14, comma 5, del D.L. n. 158 del 2012 convertito dalla legge n. 189 del 2012, anche ai fini di ridurre gli oneri a carico del SSN, si identificano i seguenti obiettivi specifici che sono coerenti con la *mission* dichiarata e con l'impianto normativo:

1. erogare assistenza socio-sanitaria in favore delle popolazioni cui l'INMP si rivolge, in campo medico, anche specialistico, psicologico, antropologico e della mediazione transculturale;
2. svolgere ricerca sulla fenomenologia, sui modelli e sui percorsi assistenziali nella presa in carico del paziente appartenente alle fasce di fragilità sociale e/o immigrato;
3. condurre la formazione, anche ECM, a beneficio del personale socio-sanitario delle strutture appartenenti al SSN così come dei "referenti regionali" per la formazione dei formatori sulla medicina delle migrazioni e sulla transculturalità nell'approccio al paziente, erogata sia in modalità residenziale che in modalità FAD;
4. realizzare uno studio di fattibilità e avviare la rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà. Per tale obiettivo, sarà richiesta la partecipazione diretta delle Regioni e delle Province autonome, al fine di iniziare la riflessione sui livelli di *governance* della citata rete.

Per lo svolgimento delle relative attività, che implicano l'impiego di risorse umane e strumentali, l'Istituto Nazionale conta sull'assegnazione di un finanziamento di 5 milioni di Euro per l'anno 2012.

Per gli anni successivi, a decorrere dal 2013, si provvederà con apposito progetto interregionale a valenza triennale, da confermare e integrare.



Progetto interregionale 2012

ai sensi dell'articolo 14 del decreto legge 13 settembre 2012, n.158,
convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.



Sommario

1. CONTESTO INTERNAZIONALE.....	7
2. SITUAZIONE ITALIANA.....	9
3. L'INMP.....	11
4. GLI OBIETTIVI.....	11
5. LE ATTIVITÀ.....	12
5.1. L'ACCOGLIENZA E LA CURA.....	12
5.2. LA RICERCA.....	14
5.3. LA FORMAZIONE.....	14
5.4. LA RETE NAZIONALE.....	15
6. FINANZIAMENTO.....	15
ALLEGATO: DATI DI ATTIVITÀ.....	16



1. CONTESTO INTERNAZIONALE

La mobilità umana è in continuo e vorticoso aumento ed è oggi divenuta una realtà strutturale, globale. Dalla valigia dei migranti esce di tutto: la migrazione non è soltanto un movimento di popoli, è una realtà che mette in moto svariate componenti etico-sociali, incluse quelle legate alla condizione di vulnerabilità economica in cui si trovano, oggi, molti gruppi di popolazioni.



Figura 1 - Emigrazioni internazionali anno 2000

Le persone cambiano luogo di residenza alla ricerca di migliori condizioni di vita, lavoro e di un ambiente più sicuro. Alcuni scelgono di emigrare, altri sono costretti a lasciare la propria terra a causa della persecuzione politica, delle guerre, dei disastri naturali.

Al mondo, oggi si contano circa 214 milioni di migranti internazionali, 740 milioni di migranti

interni e un numero imprecisato di migranti in situazione irregolare. Dei 214 milioni di migranti internazionali, 100 milioni sono migranti "economici", in cerca di lavoro, 15,2 milioni sono rifugiati, 1,2 milioni sono studenti "internazionali", 840.000 circa sono richiedenti asilo, mentre 800.000 sono persone vittime della tratta. Va anche considerato un numero stimato di 740 milioni di migranti interni e sfollati, e tenuto in considerazione che circa 922 milioni di persone viaggiano ogni anno per un breve periodo di tempo per motivi di lavoro o ricreativi (OMS et al., 2010).

Nel secondo dopoguerra, la migrazione è stata principalmente un fenomeno generato da persone che si muovevano verso i Paesi con orizzonte di sviluppo economico, come gli USA, il Canada, l'Australia, l'Argentina e il Brasile. I modelli migratori di oggi sono, però, ancora più complessi: la maggior parte dei Paesi è divenuta contemporaneamente luogo di origine, transito e destinazione. Circa il 40% dei migranti internazionali si trasferisce in un Paese vicino e il 60% si sposta dai Paesi in via di sviluppo verso i Paesi sviluppati. Solo il 3% dei migranti si sposta dai Paesi sviluppati verso i Paesi in via di sviluppo (OMS et al., 2010). La moltitudine di ragioni che spingono le persone a migrare e quelle alla base dell'attuale crisi economica mondiale, combinate tra loro, descrivono, dunque, il quadro di riferimento.





Figura 2 - Movimenti migratori nel mondo – OIM 2011

Nel contesto così delineato, anche i confini del concetto di salute diventano labili, così come la distinzione tra questioni di salute pubblica nazionale e internazionale. Il “nuovo” concetto di salute fa, infatti, riferimento a un quadro epidemiologico globale, nel cui ambito sono possibili confronti tra Paesi diversi e, soprattutto, analisi comparate delle malattie che affliggono la popolazione mondiale, anche di quelle legate, direttamente e/o indirettamente, all’impoverimento. La salute dell’individuo e della collettività, in particolare quella dei gruppi più vulnerabili, è tra i valori più importanti di ogni comunità e, oggi più che mai, garantire un livello di buona salute a tutti i cittadini è, dunque, una delle funzioni primarie dello Stato. A tale sfida, ogni Paese offre, ovviamente, risposte diverse, a seconda delle differenti identità culturali, storiche, sociali ed economiche, in una rete di collegamenti e di influenze reciproche che mettono alla prova la capacità dei sistemi sanitari di adottare una prospettiva non più limitata soltanto ai confini nazionali.

Da un’elaborazione di Diderichsen, Evans & Whitehead¹, il Globalization Knowledge Network ha elaborato un modello concettuale sulla relazione tra globalizzazione e salute. La globalizzazione agisce a molteplici livelli: i) sul contesto sociale e politico, ii) sulle caratteristiche del sistema sanitario e iii) a livello della comunità, delle famiglie e delle singole persone, provocando l’accentuazione delle stratificazioni sociali e delle disuguaglianze di salute, maggiore esposizione ai rischi, maggiori conseguenze negative delle malattie. Contrasto agli effetti negativi della globalizzazione, delle crescenti disuguaglianze sociali ed economiche, del degrado ambientale; contrasto alle malattie legate allo stato di privazione e impoverimento e alla settorialità dei modelli di presa in cura della persona: ecco i temi nodali attorno ai quali definire le strategie necessarie per affrontare le sfide della salute nell’era della globalizzazione. Aspetti, questi, definiti nel documento battezzato “Carta di Bangkok”, varato durante la sesta “Conferenza sulla promozione della salute” che si è svolta in Thailandia nel 2005, messo a punto dopo un lungo processo di consultazioni e negoziazioni.

Nel 2007, un ulteriore modello concettuale di salute globale è stato proposto nella “Oslo Ministerial Declaration”² da un gruppo di Ministri degli Esteri di Brasile, Francia, Indonesia, Norvegia, Senegal, Sudafrica e Thailandia. In esso vengono definite le aree prioritarie di intervento in campo sanitario nell’ambito della politica estera, ovvero: i) sicurezza nazionale e salute globale, ii) situazioni catastrofiche e salute globale, iii) rendere giusta la globalizzazione per tutti. In particolare, per il rapporto tra sicurezza nazionale e salute globale si raccomanda l’identificazione tempestiva dei

¹ F. Diderichsen, T. Evans & M. Whitehead, The social basis of disparities in health, in F. Diderichsen, T. Evans, M. Whitehead, A. Bhuiya, W. Wirth, Challenging inequities in Health, New York, Oxford university Press, 2001.

² Oslo Ministerial Declaration, Global health: a pressing foreign issue of our time, Lancet 2007; 369:1373-8.



rischi e delle minacce; il controllo delle malattie infettive emergenti; il contrasto alla maldistribuzione del personale sanitario e alla carenza di formazione improntata ai principi della transculturalità. Per la relazione tra grandi emergenze e salute globale si raccomanda di intervenire in caso di guerre; di intervenire in caso di disastri naturali; di rispondere all'epidemia di HIV/AIDS. Infine, per il legame tra diritto universale alla salute e salute globale, si sollecita la lotta alla povertà e all'impoverimento; il raggiungimento dei "Millennium Development Goals"; l'orientamento delle politiche commerciali verso l'accesso universale ai servizi sanitari e ai farmaci essenziali.

Sempre nel 2007, il Ministero della Sanità britannico ha prodotto un rapporto dal titolo "La salute è globale"³. Esemplificativo per tutti i Paesi europei, il rationale del rapporto è che se si desidera proteggere la salute della popolazione del proprio Paese è necessario ridurre la povertà globale, in un ambito internazionale nel quale nessuna questione, nazionale o globale, può essere risolta da un solo Stato isolatamente. La strategia nazionale quinquennale 2008-2013, sempre in tema di globalizzazione e salute, viene presentata dal Ministero britannico l'anno successivo e riprende e sviluppa ulteriormente i temi affrontati nel precedente rapporto del 2007.

Parallelamente, negli stessi anni, è cresciuto sempre più l'interesse nello studio dei legami tra salute e globalizzazione e di quelli che intercorrono tra quest'ultima e i determinanti sociali ed economici che incidono negativamente sullo stato di salute delle persone. Anche per i determinanti della salute vale l'analogo discorso: non possono essere osservati in maniera isolata in quanto essi agiscono nell'ambito di svariati processi che s'influenzano vicendevolmente. A livello mondiale, l'interesse è stato garantito dalla Commissione (CSDH) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per i determinanti della salute, fondata nel 2005 sotto l'egida di Sir Michael Marmot. L'incarico affidato a questo gruppo di esperti era quello di trovare delle evidenze su come le disparità a livello di salute potessero essere ridotte, e di cosa occorresse intraprendere affinché si potessero compiere progressi in tal senso a livello globale. Il rapporto conclusivo è stato pubblicato nel 2008 con il titolo "Closing the gap in a generation. Health equity through action on the social determinants of health"⁴. Qui si giustifica il crescente interesse per i determinanti sociali della salute in quanto reputati una risposta adeguata alle trasformazioni delle condizioni di vita e di lavoro all'inizio del 21esimo che, attraverso la globalizzazione e l'individualizzazione, avrebbero portato a una crescita di disturbi cronici e psichici. Quali determinanti cruciali si individuano, tra gli altri, il reddito, il ceto, l'appoggio e la rete sociale, l'istruzione, il genere e l'ambiente culturale. In questa direzione, nel corso di una conferenza tenutasi l'ottobre 2011 a Rio de Janeiro, viene sottoscritta la "Dichiarazione OMS sui determinanti sociali della salute". Essa assume particolare rilievo non solo per le linee di indirizzo presentate e mirate all'adozione di politiche sanitarie adeguate, in grado di agire in modo trasversale e sviluppare politiche di promozione della salute globale, ma anche per l'attenzione particolare rivolta alle fasce deboli della popolazione e a quelle che, in particolar modo in questi ultimi anni, stanno risentendo dell'impoverimento legato alla crisi economica mondiale.

2. SITUAZIONE ITALIANA

L'immigrazione in Italia è un fenomeno relativamente recente che ha conosciuto, negli anni, una rapida crescita. Le popolazioni storiche di immigrazione sono state, dal 1988, quella albanese,

³ Department of Health, Health is global, Proposals for a UK Government-wide strategy. A report from the UK's Chief Medical Officer, Sir Liam Donaldson, 2007.
http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_072697

⁴ Commission on Social Determinants of Health, CSDH, (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. Final Report of the commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization.



marocchina, tunisina e romena. Il bilancio migratorio è passato dalle poche presenze del 1988 alle 49 mila del 1998, con un andamento progressivo della crescita fino ad arrivare a 4.570.317 presenze di stranieri regolarmente soggiornanti sul territorio italiano all'inizio del 2011⁵.

Un incremento significativo dei flussi immigratori si è verificato con la regolamentazione della



Figura 3 - Immigrazioni internazionali anno 2000

posizione dei lavoratori stranieri avvenuta alla fine del 2002 (conclusasi nel 2003) e, successivamente, a seguito delle due fasi di allargamento dell'UE (2004 e 2007). L'Italia è collocata al terzo posto in Europa per quanto riguarda il numero di migranti originari di Paesi non-UE, mentre si trova oltre il decimo posto per numero di residenti

stranieri provenienti da Paesi UE-15. Dal 2007, in particolare, è cresciuta significativamente la presenza di stranieri provenienti dai Paesi nuovi membri dell'UE, come Romania e Bulgaria.

La popolazione straniera regolarmente soggiornante, nonostante l'incremento costante, ha mantenuto invariate, rispetto al passato, caratteristiche quali: Paesi di provenienza, rapporto di genere, classi di età, ragioni migratorie e località di insediamento. Difatti, le provenienze dall'Europa orientale (Ucraina e Moldavia) si intrecciano ormai da anni con quelle dai Paesi storici di immigrazione (Albania, Romania, Marocco, Tunisia ed Egitto), così come sono in crescita costante gli ingressi regolari dalla Repubblica Popolare Cinese, dalle Filippine, dall'India, dall'Africa occidentale e dall'America centro-meridionale.

I dati aggregati confermano un equilibrio tra i generi nella popolazione straniera residente che però registra forti squilibri se si guarda ai singoli Paesi di origine. Infatti, il genere femminile primeggia nelle popolazioni provenienti dai Paesi dell'Europa orientale e dell'America centro-meridionale, mentre quello maschile è nettamente prevalente per quanto riguarda i Paesi del sub-continente indiano e dell'Africa occidentale. La classe d'età più significativa è quella tra i 18 e i 39 anni. Al contempo, l'incremento registrato nell'ingresso dei minori incide considerevolmente sul dato della presenza degli stranieri in Italia: all'inizio del 2011 la quota dei minori stranieri residenti sulla popolazione straniera era pari al 21,7%. Infine, le macroaree elette a residenza sono le regioni del Nord-Ovest, del Nord-Est e del Centro Italia; le città capoluogo di Provincia, come Milano, Torino e Roma rappresentano le località con maggiore incidenza di cittadini stranieri regolari. Sebbene sia convinzione comune tra la popolazione italiana che siano i migranti che accedono via mare (il 13% sul totale, nel 2007)⁶ a rappresentare l'ammontare più significativo della popolazione straniera irregolare presente sul territorio italiano, sono invece gli *overstayer*⁷ a incidervi maggiormente. Difatti, il Ministero dell'Interno indica che gli accessi irregolari avvengono soprattutto per via aerea, modalità privilegiata da quest'ultima tipologia di migranti⁸. Coloro che si rivolgono ai canali dell'illegalità per immigrare spesso sono persone che fuggono da situazioni socio-politiche fortemente instabili e rischiose per la sicurezza personale (come i richiedenti protezione internazionale), oppure individui che cercano lavoro o che non sono riusciti a ottenere un visto per

⁵ Caritas/Migrantes (2011) *XXI Rapporto statistico immigrazione 2011*, p. 87.

⁶ Ministero dell'Interno (2007): *Rapporto sulla criminalità in Italia. Analisi, Prevenzione, Contesto*. Cfr. www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/14/0900_rapporto_criminalità.pdf

⁷ Coloro che entrano in Italia con visto turistico e che continuano a permanere sul territorio anche dopo la sua scadenza.

⁸ Ministero dell'Interno (2007) *op. cit.*

lasciare il proprio Paese utilizzando i canali regolari. Nel periodo 2010-2011, è stato considerevole l'incremento osservato nel sottogruppo dei minori non accompagnati irregolari. Il primo dato disponibile circa la consistenza della presenza irregolare in Italia è rappresentato dall'esito del Decreto Flussi 2010 (attuato nel 2011). Il Decreto, a fronte della ricorrente richiesta di regolarizzazione dei cittadini già presenti e inseriti in un settore lavorativo non necessariamente domestico, ha registrato 392.310 domande, superando di quattro volte la quota disponibile, fissata in 98.080 unità⁹.

La normativa nazionale in tema di immigrazione proviene da differenti fonti, ma fa essenzialmente riferimento al decreto legislativo n. 286 del 1998 (Testo Unico sull'Immigrazione). Le regioni sono già attivamente impegnate a realizzare interventi sanitari e socio-sanitari previsti dalla normativa nazionale in favore delle popolazioni migranti. Tuttavia, persistono fasce di marginalità e di bisogni non soddisfatti sul piano dell'alta integrazione socio-sanitaria su cui l'INMP concentrerà la propria attività assistenziale.

L'esigenza di coniugare, anche nel settore dei servizi socio-sanitari offerti alle popolazioni migranti, la domanda crescente di salute con la limitatezza delle risorse disponibili, porta necessariamente a un nuovo modo di pensare l'assistenza sanitaria in questo settore. Non più, infatti, solo organizzazione di servizi preposti all'erogazione di prestazioni, ma anche "promozione" di salute con la presenza, la partecipazione, il coinvolgimento e l'impegno di tutti e con l'assunzione di responsabilità ai diversi livelli.

3. L'INMP

Il decreto - legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, affida all'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà il compito di esercitare un ruolo di riferimento sulle tematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché quello di Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario, in linea di continuità con l'attività finora svolta dall'Istituto, che ha operato con le regioni Lazio, Puglia e Siciliana.

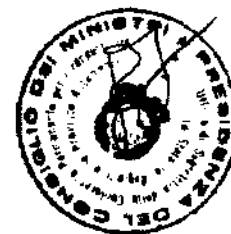
La *mission* è quella di garantire la realizzazione di interventi assistenziali a carattere socio-sanitario sviluppando sistemi e percorsi innovativi per contrastare le disuguaglianze nell'ambito della salute in Italia, rendendo più agevole l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale per i gruppi sociali più svantaggiati, e assicurando un alto livello di qualità delle prestazioni fornite ai cittadini italiani e stranieri.

L'Istituto Nazionale, oltre ad erogare prestazioni sanitarie a beneficio delle popolazioni di riferimento (fasce povere e impoverite della popolazione, stranieri regolari e irregolari, vittime della violenza e della tratta, rifugiati politici e richiedenti asilo), attraverso l'applicazione del proprio modello olistico della presa in cura socio-sanitaria con approccio transculturale della persona sofferente, svolge anche attività di ricerca e di formazione sulle tematiche della migrazione e della salute globale, coinvolgendo le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. Sempre in sinergia con esse, l'Istituto concorre alla composizione del quadro conoscitivo per la definizione delle politiche pubbliche in sanità, volte a dare risposta ai bisogni di salute delle popolazioni fragili, inclusi i migranti, tutto quanto nell'ottica della riduzione complessiva degli oneri a carico del SSN.

4. GLI OBIETTIVI

⁹ Caritas/Migrantes (2011) *op. cit.*, pp. 90, 141.





L'obiettivo strategico è quello di validare e promuovere modelli persuasivi di intervento, capaci di assicurare a tutti i gruppi fragili di popolazione sui territori regionali le stesse "chances" di salute dei cittadini residenti, attraverso un approccio transculturale e orientato alla persona che si fondi anche sulla presenza di figure chiave per la transculturalità non attualmente previste dal SSN, quali il mediatore transculturale esperto in ambito sanitario e l'antropologo medico.

In linea con ciò, ci si propone di perseguire, per il 2012, i seguenti obiettivi specifici:

1. erogare assistenza socio-sanitaria in favore delle popolazioni cui l'INMP si rivolge, in campo medico, anche specialistico, psicologico, antropologico e della mediazione transculturale;
2. svolgere ricerca sulla fenomenologia, sui modelli e sui percorsi assistenziali nella presa in carico del paziente appartenente alle fasce di fragilità sociale e/o immigrato;
3. condurre la formazione, anche ECM, a beneficio del personale socio-sanitario delle strutture appartenenti al SSN così come dei "referenti regionali" per la formazione dei formatori sulla medicina delle migrazioni e sulla transculturalità nell'approccio al paziente, erogata sia in modalità residenziale che in modalità FAD;
4. realizzare uno studio di fattibilità e avviare la rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà. Per tale obiettivo, sarà richiesta la partecipazione diretta delle Regioni e delle Province autonome, al fine di iniziare la riflessione sui livelli di *governance* della citata rete.

Nessuna professione, specialità, organizzazione o società scientifica è in grado, da sola, di ottenere risultati considerevoli e, per incidere sull'attuale ambiente esterno rilevante, vi è solo un'alleanza sistemica saggiamente gestita, alla quale partecipano tutte le realtà regionali, sia pubbliche che del privato sociale. L'INMP, in attuazione del mandato legislativo, intende avvalersi di tutti i soggetti e le professionalità operanti a livello regionale che contribuiscono a mantenere e migliorare la salute degli individui e delle popolazioni, includendo gli operatori di sanità pubblica che lavorano nei distretti e nei dipartimenti delle aziende sanitarie locali, negli ospedali, nelle agenzie e nelle organizzazioni internazionali, nonché i clinici, sia di medicina generale che gli specialisti. Inoltre, l'INMP considera fondamentale il coinvolgimento degli utenti e, soprattutto, di quelli più svantaggiati all'interno della costituenda rete, i quali devono essere adeguatamente informati sui loro diritti per il pieno accesso ai servizi socio-sanitari.

5. LE ATTIVITÀ

L'Istituto è chiamato a operare in un ambiente esterno con cui continuamente interagire, in cui la transizione della prevalenza epidemiologica dalle malattie infettive a quelle cronico-degenerative, che si è verificata nel secolo scorso in Italia, è stata affiancata da una transizione dei fattori di rischio tradizionali a nuovi determinanti sociali. In questo quadro, le attività del presente progetto, così come di seguito descritte, sono da intendersi, per la quasi totalità, a completamento di corrispondenti attività già in corso di svolgimento nell'ambito del citato preesistente progetto di sperimentazione gestionale.

5.1. L'ACCOGLIENZA E LA CURA

Questa linea di attività è riferita all'obiettivo specifico 1. Raccogliendo una delle attuali sfide della sanità pubblica, che riguarda la necessità di garantire percorsi di tutela a quella parte di popolazione che per vari motivi si trova a vivere ancora ai margini del sistema, in condizioni di



fragilità sociale, economica e culturale, l'INMP ha sperimentato un modello di assistenza e cura con approccio olistico di presa in carico della persona. In mancanza di un tale approccio, le condizioni patologiche, con particolare riferimento a quelle dermatologiche, infettive, ginecologiche, metaboliche e al disagio psichico, rischierebbero di restare in gran parte irrisolte, non tanto per le loro caratteristiche intrinseche, quanto per le difficoltà, spesso dichiarate dai professionisti della salute, nel comprenderne i confini e gestirne gli esiti.

Il modello, che prevede un'osservazione attenta di tutte le variabili che intervengono nella rappresentazione del "disagio", grazie al lavoro del *team* transdisciplinare, genera una presa in carico appropriata delle persone e, indirettamente, determina la congruità degli esami e controlli diagnostici richiesti, così come del numero delle prescrizioni prodotte.

La transdisciplinarietà è, pertanto, il punto fondante dall'azione quotidiana dell'INMP. Tutte le attività dell'Istituto sono strutturate in maniera tale da rispondere ai bisogni primari delle diverse "categorie" di persone che vengono accolte (tipo di visite specialistiche, counselling psicologico, orientamento socio-sanitario, percorsi psicoterapeutici), identificati puntualmente anche grazie a una forte esperienza nell'ambito della mediazione transculturale. I mediatori dell'INMP non sono semplici esperti della lingua madre - anche perché ciascun mediatore è un "esperto naturale" della propria lingua. Essi sono soprattutto "negoziatori di senso", portatori d'innunerevoli conoscenze culturali concernenti la propria popolazione di provenienza: conoscenza della cultura e della società di appartenenza del paziente; conoscenza delle strutture familiari, del sistema relazionale, del sistema di pensiero, dei disturbi tradizionalmente riconosciuti nella cura del paese di provenienza; conoscenza dei problemi economici, politici, sociali, ecc.; conoscenza dei sistemi sanitario, giuridico, scolastico, politico, economico, sociale, relazionale, culturale ecc., sia del Paese di origine che del Paese ospite. In altri termini, mediatore transculturale in campo sanitario si diventa a seguito di un lungo tirocinio presso l'Istituto, che ha l'effetto di formare i migliori alleati del sistema sanitario pubblico nel campo della prevenzione e dell'accoglienza socio-sanitaria della popolazione migrante.

L'"indagine multidimensionale" dello stato di salute della persona che si rivolge all'INMP, di fatto, favorisce un'analisi olistica e puntuale dei problemi portati dai pazienti italiani e immigrati, e, conseguentemente, un risparmio tangibile nei costi del Sistema Sanitario Nazionale. Il punto nodale è quello di assicurare una visione unitaria, comuni obiettivi e un costante interscambio tra medici, infermieri, antropologi, biologi, psicologi, mediatori transculturali, operatori di *front-office* e personale amministrativo. Una visione armonica che mette al centro di ogni singola attività, sia di assistenza che di ricerca, la persona con i suoi bisogni di salute.

L'Istituto assicura l'erogazione dei servizi di: analisi cliniche, visite specialistiche di chirurgia plastica, dermatologia, dietologia, ginecologia, malattie infettive e tropicali, medicina dei viaggi, medicina interna, microbiologia e micologia dermatologica, neuropsichiatria infantile, oculistica sociale, odontoiatria sociale e riabilitazione gnatologica, così come psicologia clinica a orientamento etnopsichiatrico. È rivolta una particolare attenzione alla logica costo-beneficio, attraverso la riduzione di prescrizioni farmaceutiche e interventi sanitari inappropriati. I servizi vengono resi, in una percentuale rilevante di casi, a soggetti in condizione di forte marginalità e, quindi, a beneficio delle fasce fragili della popolazione che non si trovino nella condizione di capienza economica, per i quali è richiesto un intervento clinico-diagnostico.

L'INMP continuerà a fornire servizi socio-sanitari, compreso il *counseling* psicologico, alle persone senza dimora, minori stranieri accompagnati e non, ai richiedenti protezione internazionale e rifugiati e vittime di tortura.

Per quanto riguarda l'immigrazione, l'Istituto ha prodotto modelli organizzativi e di intervento in quattro differenti tipi di contesto:

- un primo tipo, cosiddetto dell'emergenza, in cui l'intervento è teso ad assicurare la prima accoglienza dei migranti nei territori di sbarco, in stretta sinergia con altri attori socio-



- sanitari e sotto il coordinamento delle Prefetture competenti (caso siciliano di Lampedusa);
- un secondo tipo, detto del primo inserimento sociale del migrante appena giunto (caso pugliese);
 - un terzo tipo di contesto, della cosiddetta migrazione metropolitana, in cui lo straniero si confronta con un tessuto urbano che quasi sempre lo confina verso fasce di marginalità abitativa e sociale (caso laziale);
 - un quarto tipo di contesto, quello dell'institution building nei Paesi in Via di Sviluppo.

Per lo svolgimento ottimale delle citate attività, l'INMP si avvale, oltre che del personale medico, socio sanitario e tecnico (medici, infermieri e psicologi), anche di nuove professionalità quali l'antropologo medico e il mediatore transculturale esperto in ambito sanitario.

5.2. LA RICERCA

Questa linea di attività è riferita all'obiettivo specifico 2. Per ciò che concerne l'attività di ricerca, essa viene svolta integrando intimamente le diverse professionalità, in linea con l'approccio olistico di cura della persona e in un'ottica transculturale e multidisciplinare. Tutta la progettualità dell'Istituto declina attività legate ai temi della salute della "human mobile population" e della lotta alle malattie legate allo stato di deprivazione economica e sociale della popolazione italiana e migrante, secondo il modello di "salute globale". La ricerca dell'INMP riguarda essenzialmente modelli tesi a gestire al meglio le disuguaglianze determinate dall'appartenenza a gruppi di vulnerabilità così come a facilitare l'accesso degli stessi ai servizi socio sanitari. Inoltre, l'Istituto è impegnato su studi sui processi di impoverimento e sulle nuove povertà, sulla clinica dermatologica e sull'umanizzazione delle cure, sull'importanza della transculturalità nell'assistenza sanitaria e in ambito alimentare. In relazione al tema degli stimoli motivazionali che inducono, nel loro Paese, alcuni gruppi di immigrati in Italia a scelte lesive per la persona e, quindi, poter meglio interpretare il fenomeno da un punto di vista della risposta del servizio sanitario nazionale, l'INMP sta conducendo un progetto di cooperazione con il Ministero degli Affari Esteri italiano sulla lotta alle mutilazioni genitali femminili a Gibuti.

5.3. LA FORMAZIONE

Questa linea di attività è riferita all'obiettivo specifico 3. Le principali iniziative formative dell'INMP riguardano l'identificazione di modelli di intervento che consentano un adeguato accesso delle persone al Sistema Sanitario Nazionale e la promozione di un approccio innovativo alla salute, economicamente sostenibile e rispettoso delle identità e della cultura delle stesse. La formazione, erogata sia con corsi residenziali sia attraverso la piattaforma FAD dell'Istituto, riguarda il trasferimento, agli operatori regionali del SSN, di modelli di intervento e presa in cura volti ad aumentare l'accesso delle persone fragili e marginalizzate ai servizi sanitari, in un'ottica di riduzione dell'inappropriatezza delle prestazioni e di conseguente decremento del numero dei ricoveri, in un quadro economicamente sostenibile.

In particolare, le macroaree di riferimento per le attività del piano formativo 2012, accreditate ECM, sono: assistenza di base e materno-infantile; migrazioni e medicina transculturale; cooperazione internazionale e *global health*; *governance* e politiche sanitarie; carcere e salute.

- Il medico di medicina generale e la medicina delle migrazioni;
- Linee d'intervento transculturali nell'assistenza di base e nel materno infantile;
- Prevenzione malattie sessualmente trasmissibili in soggetti e popolazioni a rischio;

- Corso di formazione per operatori specializzati in servizi socio-sanitari;
- Salute senza barriere: integrazione sanitaria dei cittadini stranieri privati della libertà personale;
- Modelli organizzativi - assistenziali a confronto: la salute delle fasce sociali marginali;
- *Capacity building* e salute;
- Telemedicina nell'erogazione dei servizi assistenziali alle popolazioni a basso reddito.

Alcuni contenuti formativi verranno erogati agli operatori sanitari regionali, attraverso l'uso della piattaforma per la FAD dell'Istituto, così come attraverso la formazione di referenti regionali a beneficio delle strutture del servizio sanitario nazionale.

5.4. LA RETE NAZIONALE

La presente linea di attività è riferita all'obiettivo specifico 4. La rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, di cui all'art. 14, comma 3, del decreto legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, necessita di una fase di studio e di una fase di avvio. Tali prime attività verranno svolte dall'INMP coinvolgendo le Regioni e le Province autonome, al fine di avviare la riflessione sui livelli di *governance* necessari per il suo ottimale funzionamento. Tale lavoro sarà condotto in stretta collaborazione con il Ministero della Salute e le regioni e province autonome di Trento e Bolzano, con la finalità di predisporre un documento tecnico sulla cui base il Ministro della salute potrà proporre uno specifico accordo da sancire nella sede della Conferenza Stato-Regioni per l'attuazione della rete.

6. FINANZIAMENTO

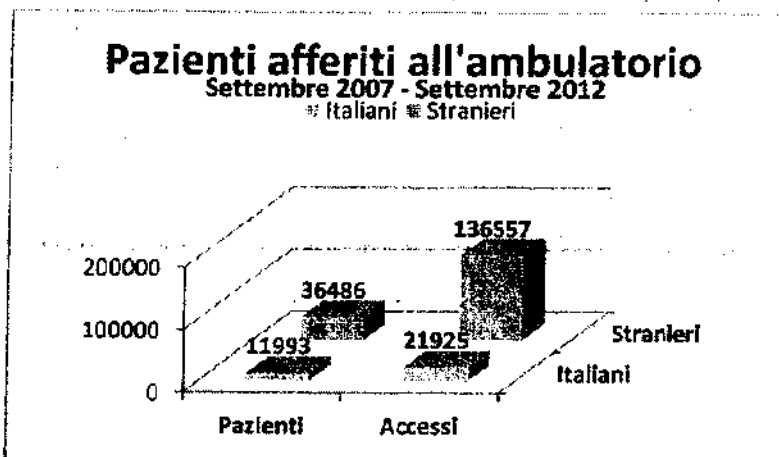
Per le attività descritte per l'anno 2012, che implicano l'impiego di risorse umane e strumentali dell'Istituto Nazionale, sono disponibili 5 milioni di Euro, a valere sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, alla cui erogazione, a favore dell'Istituto, si provvede a seguito dell'intesa espressa dalla Conferenza permanente per il rapporto tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del SSN per l'anno medesimo.



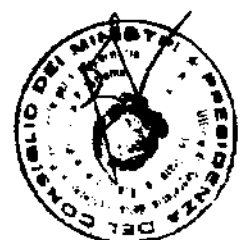
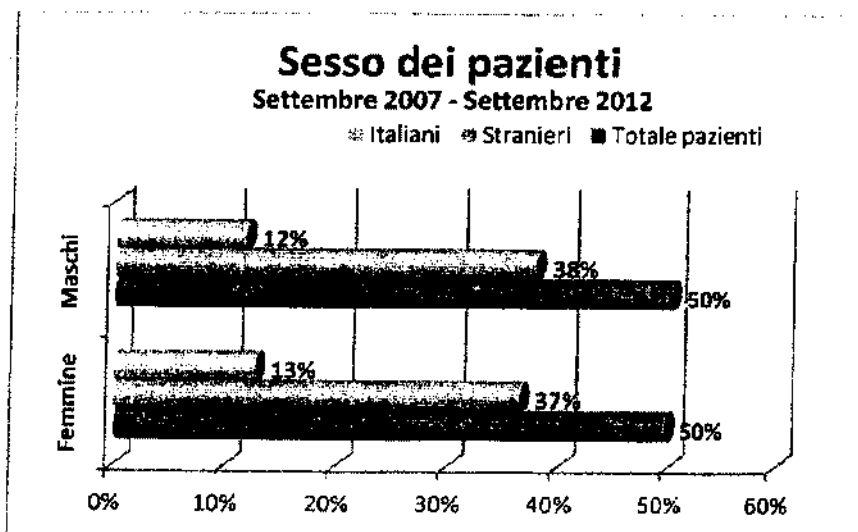
ALLEGATO: DATI DI ATTIVITÀ

1. CENTRO INMP REGIONE LAZIO

Il poliambulatorio di Roma, sito presso la sede dell'INMP nazionale e afferente alla Regione Lazio, ha erogato prestazioni sanitarie a vantaggio delle popolazioni immigrate, regolari e irregolari, nonché della popolazione italiana appartenente a fasce deboli per condizioni socio economiche e per status politico. Vale precisare che, per la particolare *mission* dell'Istituto, che lo rende unico e distinto dalle strutture del SSN, una parte rilevante delle prestazioni erogate, corrispondente a circa il 30% del totale, è destinata a soggetti in condizione di forte marginalità e, quindi, a beneficio delle fasce fragili della popolazione che non si trovino nella condizione di capienza economica, per i quali è richiesto un intervento clinico-diagnostico. Dall'analisi del sistema informativo dell'Istituto, dal settembre 2007 al settembre 2012, sono state erogate 159.107 prestazioni a 48936 pazienti, di cui:



Il rapporto tra maschi e femmine è pari a 1.

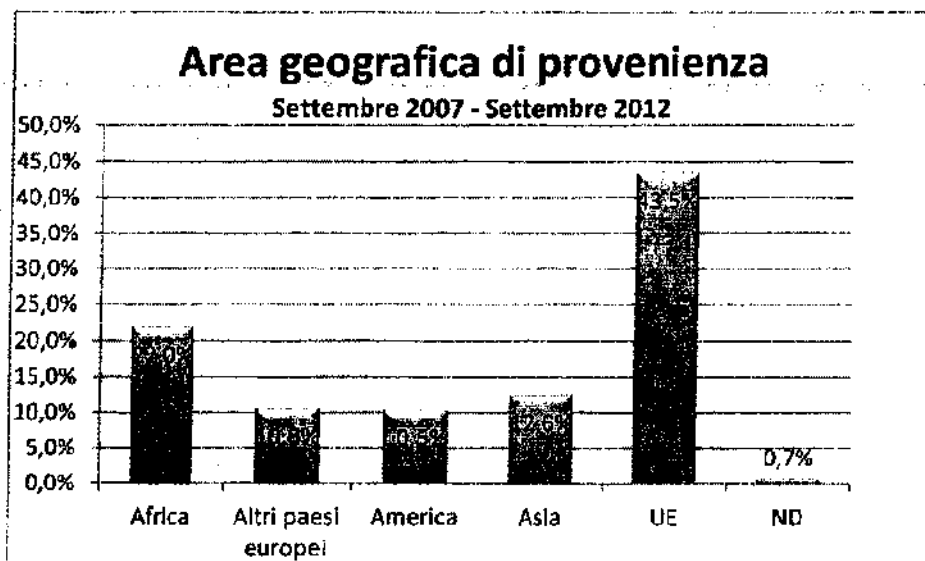


La fascia d'età e il titolo di studio sono rappresentate nelle tabelle seguenti:

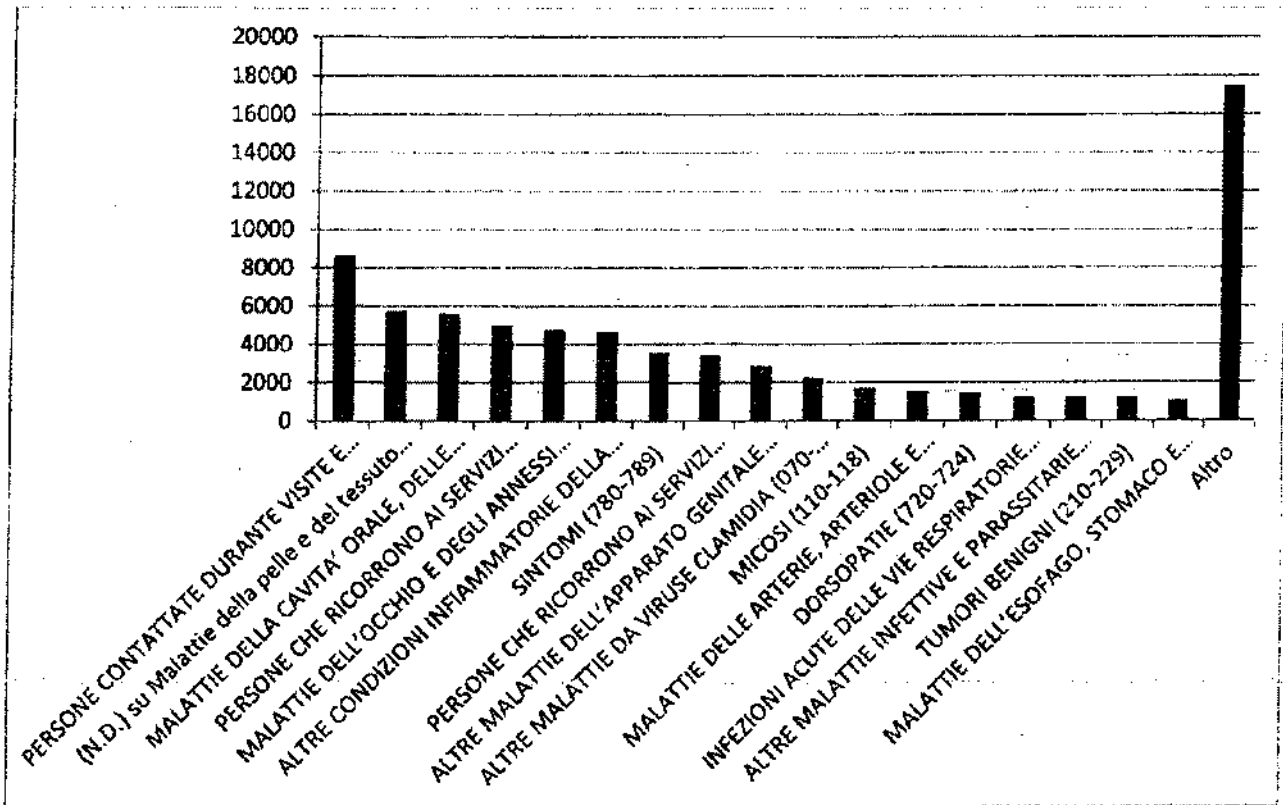
Fascia età				
<17	18-34	35-54	55-64	over 65
4706	19415	16335	4036	4444
10%	40%	33%	8%	9%

Titolo di studio						
Analfabeta	Licenza Elementare	Diploma Media Inferiore	Diploma Media Superiore	Diploma di Laurea	Master	Non rilevato
2156	2581	7808	13475	4670	295	1309
7%	8%	25%	43%	15%	1%	

Per quanto riguarda i Paesi di provenienza dei pazienti presso il poliambulatorio, quelli dell'U.E. sono i maggioritari, seguiti da quelli africani.

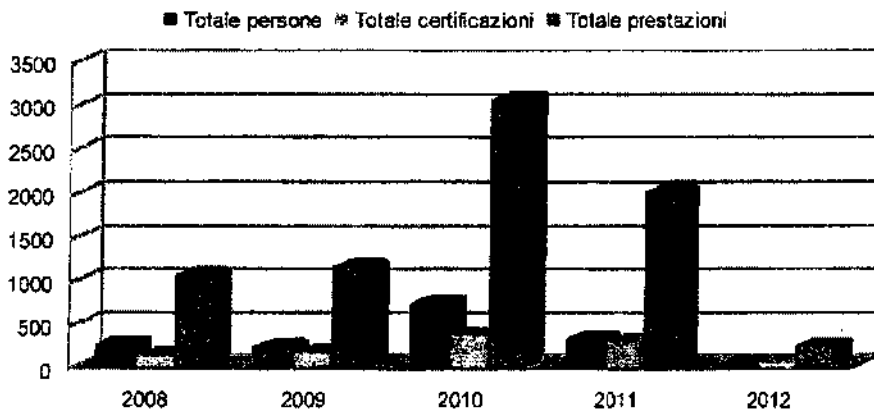


In relazione alle prestazioni erogate, la figura sottostante riporta le maggiori ricorrenze in termini di diagnosi effettuate:



Per ciò che riguarda l'assistenza alle persone vittime di violenza e richiedenti asilo, i dati

Servizio richiedenti protezione internazionale, rifugiati, vittime di tortura





2. CENTRO INMP REGIONE SICILIANA

L'Assessorato Regionale della Sanità della Regione Siciliana aveva inizialmente individuato, come Centro di riferimento regionale dell'INMP, l'AO S. Giovanni di Dio di Agrigento. Successivamente, con Decreto Assessore alla Sanità N. 1766 del 31.08.2009, ha spostato tale centro presso l'Arnas "Civico-Benfratelli e G. Di Cristina" di Palermo. Si può affermare che, nonostante la Regione medesima abbia dovuto variare la localizzazione del proprio Centro, l'intero iter amministrativo che legittima lo svolgimento di attività sanitaria per conto dell'INMP sul territorio regionale sia stato espletato, fino al rilevamento della tracciabilità delle prestazioni erogate, dall'anno 2010 a tutt'oggi, secondo i classici sistemi informativi SIAS (per l'attività ambulatoriale).

Sono stati sperimentati percorsi assistenziali di natura socio-sanitaria, con particolare riferimento alle malattie infettive trasmissibili, alle vittime di tortura e ai minori che necessitano di assistenza socio-legale, avvalendosi di un team multidisciplinare.

Va evidenziata, inoltre, la partecipazione attiva del Centro regionale sul progetto di assistenza socio-sanitaria svolto sull'isola di Lampedusa per la gestione sanitaria dei flussi migratori, a partire dal 2008 fino al 2011, in un'ottica di cooperazione assistenziale multilivello, che vedeva coinvolti attori regionali, quali la ASP di Palermo, così come attori istituzionali quali il Ministero dell'Interno e dell'emergenza sanitaria, quali Croce Rossa e Protezione Civile.

Si riporta, nelle tabelle sottostanti, l'attività ambulatoriale così come trasmessa dal Responsabile Scientifico del Centro di Riferimento dell'INMP della Regione Sicilia, relativa agli anni 2009 (Tabella 1), 2010 (Tabella 2), 2011 (Tabella 3) e 2012 gennaio-settembre (Tabella 4), con l'indicazione della fonte dei dati.

(Tabella 1)

ATTIVITA' DEL CENTRO INMP SICILIA 2009 (luglio-ottobre)	
Fonte dati: Responsabile Scientifico Dott. Prestileo	
presi in carico	73 pazienti
visite ambulatoriali	269
casi Day Hospital	13
invii in altre Aziende Ospedaliere	di 9 pazienti

(Tabella 2)

ATTIVITA' AMBULATORIALE ANNO 2010 (fonte dati Sistema Informativo)	
DESCRIZIONE	QUANTITA'
ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI	528
VISITA GINECOLOGICA	3
VISITA GENERALE	30
TINE TEST (REAZIONE CUTANEA ALLA TUBERCOLINA)	8
PRELIEVO DI SANGUE ARTERIOSO	1
PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	285
INIEZIONE O INFUSIONE DI ALTRE SOSTANZE	5
Totale	860

Nel 2011, il Centro regionale della Sicilia ha svolto attività di ricerca sull'isola di Lampedusa nei tre progetti "Accoglienza", nel corso dei quali sono stati condotti studi di tipo epidemiologico sulle popolazioni che giungevano al molo dell'isola in condizioni di estrema drammaticità. Inoltre, gli

stessi progetti hanno indagato lo stato psicologico delle popolazioni immigrate e delle popolazioni locali che si trovavano a condividere lo stress e i disagi nelle imponenti ondate migratorie.

(Tabella 3)

ATTIVITA' AMBULATORIALE ANNO 2011 (fonte dati Sistema Informativo)	
DESCRIZIONE	QUANTITA'
ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI E COUNSELLING TRANSCULTURALE	720
VISITE SPECIALISTICHE	620
VISITA GENERALE	3
PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	156
DETERMINAZIONE HBV-DNA	64
DETERMINAZIONE HCV-RNA e HIV-RNA	101
Totale	1684

(Tabella 4)

ATTIVITA' AMBULATORIALE ANNO 2012 (luglio-settembre) (fonte dati Sistema Informativo)	
DESCRIZIONE	QUANTITA'
ANAMNESI E VALUTAZIONE DEFINITE BREVI E COUNSELLING TRANSCULTURALE	199
VISITE SPECIALISTICHE	154
PRELIEVO DI SANGUE VENOSO	27
DETERMINAZIONE HBV-DNA	13
DETERMINAZIONE HCV-RNA e HIV-RNA	31
Totale	424

3 CENTRO DELL'INMP DELLA REGIONE PUGLIA

Per quel che concerne la Regione Puglia, è stato individuato un modello organizzativo dell'INMP "sparso sul territorio", al fine di rispondere alla domanda di salute dei migranti e delle popolazioni più fragili nel luogo in cui operano. Si ricorda, al riguardo, la Deliberazione della Giunta Regionale della Puglia n. 1617 del 12 luglio 2010 ad oggetto "Istituto Nazionale per la promozione della Salute delle popolazioni Migranti (INMP) Sede Regionale di Cerignola: integrazioni e parziale modifica DGR 15/07/2008 n. 1316". Per la gestione amministrativa del Centro Regionale, è stata individuata l'Ares Puglia.

Si riporta, nelle tabelle sottostanti, l'attività ambulatoriale così come trasmessa dal Responsabile Scientifico del Centro di Riferimento dell'INMP della Regione Puglia, relativa agli anni 2009 (Tabella 5), 2010 (Tabella 6), 2011 (Tabella 7) e 2012 gennaio-settembre (Tabella 8), con l'indicazione della fonte dei dati.



(Tabella 1)

ATTIVITA' AMBULATORIALE ANNO 2009 (fonte dati Prof. Angarano)	
DESCRIZIONE	PRESTAZIONI
rete ambulatoriale Provincia Foggia (*)	12239
ambulatorio migranti Clinica Mal.Inf.Università Foggia	322
ambulatorio migranti Clinica Mal.Inf.Università Bari	518
Totale	13079

(Tabella 2)

ATTIVITA' AMBULATORIALE ANNO 2010 (fonte dati Prof. Angarano)			
DESCRIZIONE	PRESTAZIONI	PRELIEVI PER SCREENING	MANTOUX
rete ambulatoriale Provincia Foggia	2417		
ambulatorio migranti Clinica Mal.Inf.Università Foggia	218		
ambulatorio migranti Clinica Mal.Inf.Università Bari	293	211	109
Totale	2928	211	109

(Tabella 3)

ATTIVITA' AMBULATORIALE ANNO 2011 (fonte dati Prof. Angarano)		
DESCRIZIONE	PRESTAZIONI	PAZIENTI
ambulatorio STP città di Foggia	2284	2284
ambulatorio migranti Clinica Mal.Inf.Università Bari		804
Totale	2284	3088

(Tabella 4)

ATTIVITA' AMBULATORIALE ANNO 2012 (gennaio-settembre) (fonte dati Prof. Angarano)			
DESCRIZIONE	PRESTAZIONI	PRELIEVI PER SCREENING	MANTOUX
ambulatorio migranti Clinica Mal.Inf.Università Bari	220	185	50
Totale	220	185	50

Il Centro INMP della Regione Puglia, nell'ambito di un quadro generale condiviso, ha attuato, dal 2008 ad oggi, progetti di ricerca clinica nelle aree della prevenzione delle malattie infettive, della diagnosi e nello screening della tubercolosi e della salute materno-infantile e mentale tra i migranti.

