



*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 14 comma 5 del decreto-legge n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla legge n. 189/2012 del progetto interregionale proposto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per il finanziamento dell'attività, per l'anno 2013, dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

Rep. Atti n. 180/CSE del 19 dicembre 2013

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

Nella odierna seduta del 19 dicembre 2013:

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;
- al 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'art. 17, comma 9 del decreto-legge 6 luglio 2011, n. 98, come modificato dal citato decreto-legge n. 158 del 13 settembre 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 10 milioni annui a decorrere dal 2013;

VISTA la lettera in data 18 dicembre 2013 con la quale il Ministero della salute, in attuazione delle predette disposizioni, ha inviato, al fine della prescritta approvazione in questa Conferenza, la proposta di progetto interregionale in argomento;



*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 19 dicembre 2013, con la quale l'Ufficio di segreteria di questa Conferenza ha diramato alle Regioni ed alle Province autonome di Trento e di Bolzano la predetta documentazione;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta, il positivo avviso delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano sul progetto interregionale in argomento, 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  
Roberto G. Marino



IL PRESIDENTE  
Graziano Delrio

**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 2013 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

## Sommario

Quadro di riferimento.....	3
1.Riferimenti normativi.....	3
2.Compiti dell'Istituto.....	3
3.Attività svolte.....	4
Programmazione interregionale.....	8
1) Introduzione.....	9
2) Contesto internazionale.....	9
3) Situazione italiana.....	12
4) La programmazione triennale 2013-2015.....	14
5) Le attività progettuali 2013.....	21
Allegato I.....	22

  
2  
*Lojmi*

# Quadro di riferimento

## 1. Riferimenti normativi

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.

In ottemperanza all'art. 3, comma 1, del Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'INMP, pubblicato con Gazzetta Ufficiale n. 119 del 23 maggio 2013, che prevede che l'Istituto "svolge la sua attività sulla base di progetti annuali o pluriennali predisposti dal direttore, in coerenza con gli indirizzi strategici e sentito il consiglio di indirizzo di cui all'articolo 8", la presente proposta progettuale si riferisce a un orizzonte programmatico triennale (2013-2015), all'interno del quale vengono dichiarati gli obiettivi e declinate le attività della prima annualità (2013), corredandole del relativo piano finanziario. I restanti obiettivi e le relative attività per gli anni 2014 e 2015 della programmazione triennale faranno parte di successive proposte annuali, che saranno avanzate per approvazione della Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, sempre ai sensi del medesimo articolo 14 del decreto - legge 13 settembre 2012, n.158.

## 2. Compiti dell'Istituto

La *mission* dell'INMP 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, svolge attività di ricerca e di formazione sulle tematiche della migrazione, della povertà e della salute globale, coinvolgendo le Regioni e le province autonome di Trento e Bolzano. L'Istituto dovrà, inoltre, definire un curriculum di conoscenze e competenze abilitante alla gestione della mediazione transculturale all'interno del *setting* clinico e, più in generale, socio-sanitario. Tale processo, condotto assieme agli attori istituzionali rilevanti, esiterà, nel medio periodo, nell'adozione del curriculum all'interno di piani di formazione a livello regionale, per il successivo rilascio del titolo ai fini del reclutamento della figura del mediatore transculturale nel SSN.

Sempre in sinergia con le Regioni, l'Istituto concorre alla composizione del quadro conoscitivo per la definizione delle politiche pubbliche nazionali, volte a dare risposta ai bisogni d'assistenza e sanitari in materia di disuguaglianze, includendo i migranti, tutto quanto illustrato anche dal punto di vista del contenimento degli oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

### 3. Attività svolte

Le attività condotte dall'Istituto Nazionale s'iscrivono nei filoni istituzionali dell'assistenza, della ricerca e della formazione, nonché nell'area della cooperazione internazionale. Inoltre, grazie al progetto interregionale approvato per l'annualità 2012, l'INMP è incaricato di gettare le basi per la realizzazione della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà. A tal riguardo, vale specificare che, a causa della tempistica dell'approvazione del finanziamento annuale, che ricade ricorsivamente in occasione della ripartizione del Fondo sanitario nazionale, l'approvazione del progetto interregionale avviene tra la fine dell'anno finanziario in corso e l'inizio del successivo. Ne deriva che le attività di un determinato progetto interregionale potranno dispiegarsi inevitabilmente solo a partire dall'approvazione del medesimo.

Per quanto riguarda l'assistenza socio-sanitaria, il poliambulatorio dell'Istituto, operante a Roma, ha erogato, al mese di luglio 2013, 196.813 prestazioni a vantaggio di 58.919 persone, appartenenti a fasce estremamente deboli per condizioni socio-economica, per status politico e di cittadinanza. Vale precisare che, per la particolare *mission* dell'Istituto, che lo rende unico tra le strutture del SSN, i servizi vengono resi, in una percentuale rilevante di casi, a soggetti in condizione di forte marginalità e, quindi, a beneficio delle fasce più fragili della popolazione sul territorio italiano. Tale approccio utilizza anche sistemi attivi di *outreaching*, proprio per assicurare l'incontro dei servizi sanitari con la domanda di salute, spesso inespressa o minimizzata.

Circa il 10% della popolazione assistita è rappresentata da minori, accompagnati e non. Questo pone ulteriori problemi connessi alla particolare cautela richiesta nell'assistere tali persone, anche in relazione a metodiche di accertamento biologico basato su rilevazioni di tipo antropometrico. Inoltre, l'INMP ha erogato ed eroga tuttora assistenza socio-sanitaria ai migranti che giungono in Italia attraverso l'isola di Lampedusa. E' stato presente sull'isola dal 2008 al 2011 con proprio personale sanitario e con mediatori transculturali e antropologi medici, per contribuire alla gestione delle difficili situazioni legate allo sbarco sulle coste ma anche per intervenire sulle debolezze dei residenti dell'isola, in un'azione di sostegno psicologico alla popolazione. Nel 2013, l'Istituto ha assicurato la presenza di mediatori transculturali presso il poliambulatorio dell'Isola, in stretto coordinamento con il servizio



sanitario regionale. Alcuni dati di attività sanitaria dell'INMP sono riportati, in sintesi, nell'allegato 1 al presente documento.

L'attività di ricerca dell'Istituto riguarda principalmente i temi della salute della *human mobile population* e della lotta alle malattie legate allo stato di deprivazione economica e sociale della popolazione. Essa si sviluppa lungo tre direttrici principali: quella osservazionale, quella clinica e quella operativa nei Paesi in via di sviluppo. Rivolgendosi alle fragilità sul territorio, includendo i nuovi poveri e i gruppi più vulnerabili, l'INMP, oltre a erogare prestazioni sanitarie a beneficio delle popolazioni di riferimento, ha svolto, pertanto, attività di ricerca sulle tematiche della migrazione e delle disuguaglianze, coinvolgendo sia le ASL nelle Regioni sia le università italiane.

La ricerca dell'INMP si è occupata dell'elaborazione di piani di ricerca clinica e di modelli, anche sperimentali, per la gestione dei servizi sanitari specificamente orientati alle problematiche assistenziali emergenti nell'ambito delle malattie della povertà, anche in collaborazione con l'Unione Europea e gli Uffici dell'OMS. Ha, inoltre, provveduto a supportare, in collaborazione con il Ministero degli Esteri e con Organizzazioni internazionali, progetti di contrasto alle malattie della povertà anche nei Paesi in via di sviluppo. Trasversalmente alle summenzionate finalità, l'INMP ha svolto attività di ricerca finalizzata a una più puntuale identificazione dei bisogni sanitari delle persone che vengono accolte, anche attraverso la mediazione transculturale. Importanti filoni sono stati quelli ascrivibili, tra gli altri, alle seguenti macro aree: facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari da parte della popolazione italiana e straniera, assistenza socio-sanitaria alle persone migranti in contesti di emergenza (Progetto Accoglienza 2011 a Lampedusa), disuguaglianze di salute e determinanti sociali, clinica sociale, cooperazione sanitaria internazionale, collaborazione con le organizzazioni del no profit.

Al fine di elaborare e condividere su scala regionale e nazionale una base di conoscenze scientifiche completa in materia di approcci di tutela della salute in tutte le politiche, sono stati realizzati numerosi progetti di ricerca su: persone oggetto di violenza e di tratta; madri e bambini nelle case di detenzione; donne italiane e straniere in età riproduttiva; cittadini dei Paesi Terzi e ospiti temporanei degli Istituti di pena. Un importante filone di ricerca è stato quello costruito nell'ambito delle disuguaglianze di salute, in collaborazione con Università e ASL appartenenti alle diverse regioni. Altre attività sono state la revisione sistematica della letteratura sulle disuguaglianze di salute e il riconoscimento dei principali interventi di correzione finalizzati alla costruzione di capacità di controllo delle disuguaglianze di salute in Italia. Sempre in tale ambito, sono stati realizzati studi sulle politiche socio-sanitarie per gli immigrati, in una prospettiva comparata e di *multilevel governance*, e sulla valutazione e quantificazione della salute e delle iniquità nell'accesso ai servizi sanitari sperimentate dalla popolazione migrante e fragile nelle Regioni italiane.

Sono stati elaborati, altresì, protocolli d'intesa per attività relative alla mediazione linguistico culturale e per la standardizzazione del flusso diagnostico e terapeutico dei soggetti affetti da epatopatia da abuso alcolico e da infezione da virus HBV/HCV afferenti ai servizi per le tossicodipendenze; protocolli diagnostico-terapeutici per la realizzazione di screening contro la TB e le MST nelle popolazioni migranti all'interno dei campi per rifugiati a Malta (a valere sul Fondo Europeo per i Rifugiati). Ricerche sperimentali sono state sviluppate anche al fine di facilitare i percorsi di prevenzione, diagnosi e continuità terapeutica dell'infezione da HIV/AIDS e delle co-infezioni in gruppi socialmente ed economicamente svantaggiati.

Nell'ambito della cooperazione con le organizzazioni no profit, sono stati realizzati progetti pilota per l'analisi dei percorsi di impoverimento - a partire dalle persone incontrate nei servizi di prima accoglienza - e per la promozione della salute ed il contrasto delle malattie della povertà fra le persone senza fissa dimora. Dal 2010, l'INMP svolge attività progettuali volte al miglioramento dell'interazione funzionale tra i percorsi diagnostico-terapeutici, nonché socio-assistenziali di strutture territoriali di differente livello specialistico a cui si

rivolgono le popolazioni svantaggiate anche nell'ambito della programmazione nazionale CCM. Dal 2012, inoltre, l'INMP ha attivato ulteriori linee di ricerca sulle disuguaglianze di salute, finanziate dal Ministero della salute, che si svolgono all'interno di altrettanti progetti dedicati alla vigilanza e alla valutazione di dispositivi medici.

Alla base di tutti i filoni di ricerca l'Istituto ha sempre focalizzato l'interesse alla costruzione di una *policy network* dei diversi attori nazionali, istituzionali e non, per verificare la capacità di proporre soluzioni concrete alle esigenze socio-sanitarie delle persone più fragili, nonché la capacità di uscire da una logica di frammentazione degli interventi tanto sul territorio nazionale, quanto su quello regionale, tenendo conto sia della dimensione domestica sia di quella internazionale.

Obiettivi formativi principali dell'Istituto sono l'identificazione di modelli di intervento che consentano un adeguato, più equo e immediato accesso ai servizi sanitari e la promozione di un approccio innovativo alla salute, economicamente sostenibile e rispettoso delle diverse identità culturali. In particolare, l'INMP è impegnato in progetti volti alla facilitazione dell'accesso ai servizi sanitari e al miglioramento del percorso di cura, anche mediante l'impiego di figure non previste nel Servizio Sanitario Nazionale, come il mediatore transculturale e l'antropologo. L'attività di mediazione transculturale in campo sanitario ha una valenza centrale per l'Istituto e ne costituisce l'elemento caratterizzante, tant'è che la legge istitutiva gli riconosce un ruolo nazionale. Le iniziative formative sono, infatti, orientate, da un lato alla sensibilizzazione degli operatori sanitari nei confronti di questa nuova figura e delle sue specificità, delle sue competenze e potenzialità all'interno di un setting socio-assistenziale e, dall'altro, al guadagno di competenze in ambito sanitario da parte del mediatore transculturale medesimo.

Ulteriori ambiti formativi di interesse dell'Istituto sono la medicina transculturale e delle migrazioni, l'accesso ai servizi socio-sanitari e i percorsi di assistenza e cura transdisciplinare, l'assistenza di base e il materno-infantile, l'integrazione con le politiche non sanitarie, la cooperazione sanitaria internazionale e la Global Health. In particolare, viene promosso il modello olistico di accoglienza e cura basato su un *setting transdisciplinare* che prevede, nel percorso di cura, la compresenza di figure professionali diverse (medico, infermiere, psicologo, antropologo e mediatore transculturale), le cui competenze si uniscono e si integrano al fine di offrire un'assistenza più completa.

I destinatari diretti delle azioni formative dell'INMP sono gli operatori sanitari e socio-sanitari che operano in strutture volte all'accoglienza e alla cura di persone vulnerabili, che si trovano in situazioni di fragilità sociale ed economica e a rischio di esclusione sociale. I programmi formativi proposti dall'Istituto, anche in modalità ECM, sono, quindi, rivolti agli operatori delle strutture sanitarie presenti sul territorio sulle tematiche attinenti alla mission dell'Istituto, mediante azioni e strumenti info-formativi, che utilizzano metodiche formative sia frontali (formazione residenziale) che a distanza (FAD). A maggio del 2011, la Commissione Nazionale per la Formazione Continua ha accolto la richiesta di accreditamento dell'INMP come di provider provvisorio ECM. Tale accreditamento, costituisce il riconoscimento dell'Istituto quale soggetto attivo e qualificato nel campo della formazione continua in ambito sanitario, abilitato a realizzare attività formative riconosciute idonee per l'ECM, individuando ed attribuendo, direttamente e in modo autonomo, i crediti agli aventi diritto. Da maggio del 2011 a marzo del 2013, l'INMP, in qualità di provider ECM, ha organizzato 15 eventi formativi - che rientrano all'interno dei piani formativi annuali ECM elaborati dall'Istituto - che hanno ottenuto l'accreditamento, per un totale di circa 600 operatori sanitari formati che hanno acquisito i crediti.

Destinatari indiretti e beneficiari finali delle azioni formative sono le persone che giornalmente si rivolgono all'INMP per trovare assistenza e cura, persone fragili, italiane e straniere, migranti irregolari, rifugiati e richiedenti asilo, persone senza dimora, vittime della



tratta e della prostituzione, minori non accompagnati, nomadi, vittime di tortura, pensionati a reddito minimo, donne vittime di violenza, detenuti.

Presso l'INMP sono attivi anche percorsi formativi dedicati a tirocinanti, studenti, persone in aggiornamento professionale o che vogliono svolgere attività di *shadowing* e di collaborazione volontaria. Dal 2010 ad oggi sono state stipulate 25 convenzioni con Enti, Università pubbliche e private, Scuole di specializzazione post lauream, Centri di studio italiani e stranieri e Associazioni territoriali, con lo scopo di creare una rete di collaborazione attiva tra Istituti e di offrire percorsi formativi in campo socio-sanitario orientati alla salute della persona straniera e alle fasce fragili della popolazione italiana e migrante. L'INMP accoglie anche studenti universitari e post-universitari. L'attività di raccolta dati a scopo di tesi universitaria o di master post-universitario, infatti, è un'altra possibilità che l'Istituto offre, soprattutto per quanto riguarda l'area della mediazione transculturale, su tematiche specifiche e molto attuali, quali ad esempio il ruolo del mediatore in contesti socio-sanitari o il fenomeno delle Mutilazioni Genitali Femminili.

Dal 2010 ad oggi sono stati accolti circa 40 tirocinanti e 10 studenti laureandi di Università convenzionate con l'INMP, provenienti, tra le altre, dalla Sapienza Università di Roma, dall'Università di Tor Vergata di Roma, dall'Università degli Studi di Roma Tre, dal CERISDI - Centro Ricerche e Studi Direzionali, dall'Università degli Studi di Padova, dall'Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (Germania) e dalla Vrije Universiteit in Amsterdam (Olanda).

Da gennaio 2012 è attivo, inoltre, un Protocollo d'intesa stipulato con una cooperativa sociale, Servizio di Segretariato Sociale del Comune di Roma, con cui l'INMP collabora accogliendo persone condannate ad effettuare un periodo di Lavori di Pubblica Utilità.

7



# **Programmazione interregionale**

**ai sensi dell'articolo 14 del decreto legge 13 settembre 2012, n.158,  
convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 e  
del Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e  
l'organizzazione dell'INMP, art. 3, comma 1, pubblicato con  
Gazzetta Ufficiale n. 119, del 23 maggio 2013.**



## 1) Introduzione

La presente proposta di progetto per l'annualità 2013 si inserisce nel più ampio orizzonte di programmazione delle attività per il triennio 2013-2015, ed è redatta in 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, nonché nel rispetto di quanto previsto nel Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'INMP, art. 3, comma 1, pubblicato con Gazzetta Ufficiale n. 119, del 23 maggio 2013.

Le disponibilità economiche per lo svolgimento delle relative attività, che implicano l'impiego di risorse umane e strumentali, ricadono all'interno del finanziamento annuale di 10 milioni di Euro riconosciuto all'INMP per il 2013.

Per i due anni successivi, a decorrere dal 2014, si provvederà, come annunciato in premessa, con altrettanti progetti interregionali a completamento del piano triennale.

## 2) Contesto internazionale

La mobilità umana, in continuo e vorticoso aumento negli ultimi anni, è oggi divenuta una realtà strutturale, globale, dalla quale risulta impossibile prescindere. 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, e sperimenta nuove forme eziologiche legate a contesti locali apparentemente indipendenti. E' il caso, ad esempio, della migrazione per cause ecologiche, come documentata nel delta del fiume Niger, oppure delle migrazioni a causa di conflitti estesi a parti delle popolazioni. Le persone cambiano luogo di residenza alla ricerca di migliori condizioni di vita, lavoro e di un ambiente più sicuro.



Figura 1 - Mappa mondiale dell'emigrazione Fonte: Worldmapper.org

Al mondo, secondo le Nazioni Unite, si contano al 2011 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 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, 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 Stati Uniti d'America, il Canada, l'Australia, l'Argentina e il Brasile. E' nitida nella memoria di noi italiani la grande migrazione verso l'America latina, gli Stati Uniti e l'Australia, anche a causa delle immagini di Ellis Island. 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, 2010). La moltitudine di ragioni che spingono le persone a migrare e quelle alla base dell'attuale crisi economico-sociale mondiale, combinate tra loro, descrivono, dunque, il quadro di riferimento.

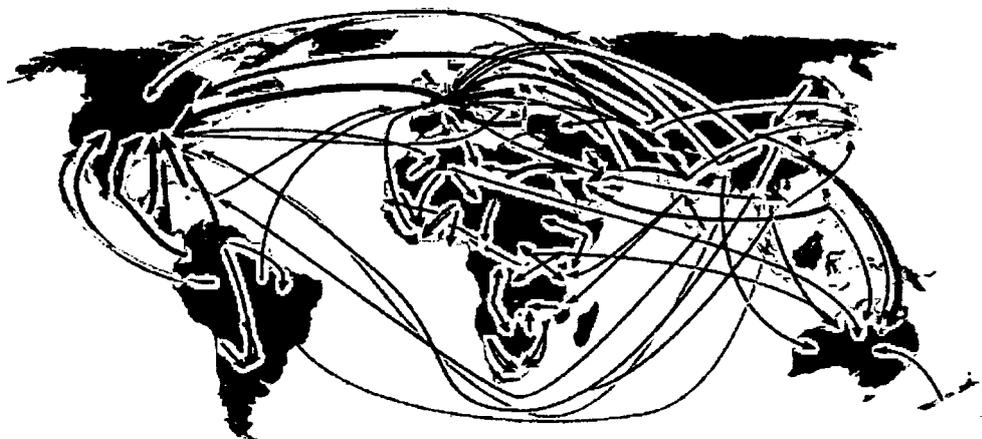


Figura 2 - Movimenti migratori nel mondo - OIM 2011

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. Questo anche perché ci si muove in un contesto ove la salute dei singoli equivale alla salute dei molti, e la prevenzione sanitaria e le cure mediche divengono uno strumento per il benessere dell'intera popolazione. 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.

Ma ad aumentare la complessità del quadro di riferimento, è intervenuto, negli ultimi anni, l'aumento medio delle disuguaglianze socio-economiche sulla popolazione mondiale, aggravato dalla crisi economico-finanziaria iniziata nel 2008.



Figura 3 - Mappa mondiale della povertà Worldmapper.org - 2004

Dalla mappa mondiale della povertà, emerge in modo chiaro che le zone del mondo a maggior grado di deprivazione economica risultano essere i Paesi asiatici e di seguito i Paesi africani.

Ma il fenomeno della scarsità delle risorse economiche ha interessato in modo più selettivo anche molti paesi Europei e alcuni paesi sudamericani, e negli anni della crisi storie di vulnerabilità crescente e ricorsiva e di impoverimento stanno coinvolgendo fasce di popolazione che alcuni anni orsono si riteneva potessero restare indenni.

Del resto, anche nelle società più ricche e sviluppate si vive in società stratificate, dove le persone più agiate economicamente stanno meglio, si ammalano di meno e vivono più a lungo. Queste differenze sono socialmente determinate. In particolare, sono le differenze nelle condizioni di vita, nei comportamenti, nell'istruzione, nell'occupazione e nel reddito, nell'assistenza e nella prevenzione sanitaria che fanno nascere disparità nella salute, disparità che sono in parte modificabili ed evitabili e sotto altri punti di vista ingiuste, ponendo dei problemi di equità alle politiche sanitarie e a quelle non sanitarie che possono modificarle. Le disuguaglianze sociali di salute sono tanto più prioritarie nell'attuale sfavorevole congiuntura economica, i cui effetti di perdita del lavoro e impoverimento da un lato e di minore protezione assistenziale dall'altro colpiscono in modo più severo i gruppi sociali più vulnerabili. La riduzione della morbosità nei gruppi più a rischio, attraverso interventi di contrasto delle disuguaglianze di salute, potrebbe contribuire a rendere più sostenibile il sistema sanitario pubblico e potrebbe anche moderare l'impatto sfavorevole della malattia sull'impoverimento delle persone.

Queste giustificazioni sono alla base alle principali raccomandazioni internazionali sui temi della salute e delle disuguaglianze di salute. In particolare, la Comunicazione 2009 della Commissione Europea (al Parlamento, al Consiglio, al Comitato delle Regioni e al Comitato Economico e Sociale) dal titolo "Solidarietà in materia di salute: riduzione delle disuguaglianze sanitarie nell'EU" parte dalla constatazione che sia nelle politiche europee sia in quelle della maggior parte dei Paesi Membri non c'è ancora sufficiente consapevolezza delle disuguaglianze di salute e delle loro conseguenze.

Considerando che un'equa distribuzione della salute nella popolazione è la base per lo sviluppo economico e sociale complessivo, la Commissione propone di concentrarsi: 1) sulla necessità di misurare meglio le disuguaglianze di salute per fondare ogni azione di contrasto, 2) sul coinvolgimento e l'impegno della società civile, 3) sull'attenzione particolare a gruppi più deboli di altri.

### 3) 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, marocchina, tunisina e romena. I risultati del 15° censimento generale 2011 dell'Istat definiscono le presenze della popolazione straniera residente in Italia pari a 4.029.145. Se consideriamo che il bilancio migratorio è passato dalle poche presenze del 1988 a 1.334.889 presenze del 14° censimento 2001, si riscontra, negli ultimi dieci anni, un incremento delle presenze pari al 201,8%. Un incremento significativo dei flussi di immigrati si è verificato con la regolamentazione della 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, dopo Spagna e Germania, 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.

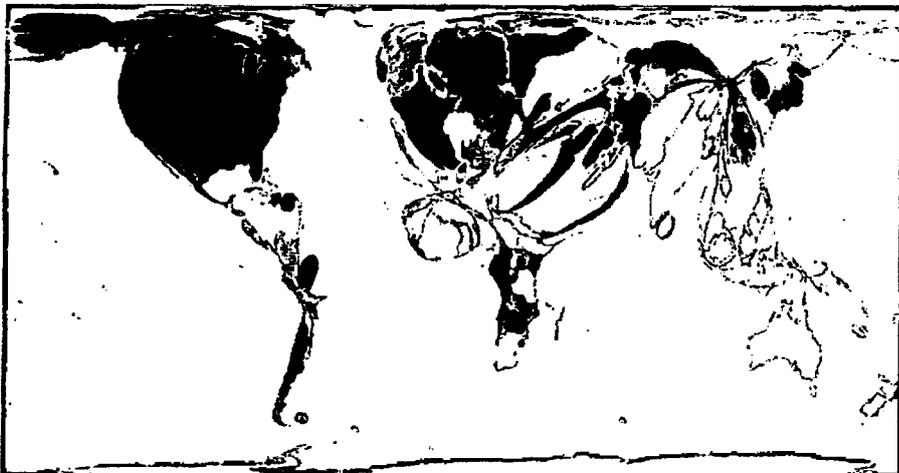


Figura 4 - Immigrazione mondiale netta - Fonte: Worldmapper.org 2005

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

La popolazione straniera regolarmente soggiornante, nonostante l'incremento costante, ha mantenuto invariate, rispetto al passato, caratteristiche quali il Paese di provenienza, le ragioni migratorie e la località di insediamento. Le provenienze dall'Europa centro-orientale quali Ucraina e Moldova 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. Il rapporto di mascolinità della popolazione immigrata è pari a 93,7 e, quindi, si registra una lieve maggiore presenza del genere femminile, principalmente proveniente dai Paesi dell'Europa orientale e dell'America centro-meridionale, mentre quello maschile è nettamente proveniente dai Paesi del sub-continente indiano e dell'Africa occidentale. La classe d'età più cospicua è 30-39 anni, seguita da 40-49 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 privilegiata sono le regioni del Nord, seguite da quelle del Centro e del Sud. Sebbene sia convinzione comune tra la popolazione italiana che siano i migranti che accedono

via mare (il 13% sul totale, nel 2007)<sup>1</sup> a rappresentare l'ammontare più significativo della popolazione straniera irregolare presente sul territorio italiano, sono invece gli *overstayer*<sup>2</sup> 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 migranti<sup>3</sup>. 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 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 unità<sup>4</sup>.

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 e il volontariato sono già attivamente impegnate a realizzare interventi sanitari e socio-sanitari previsti dalla normativa nazionale in favore delle popolazioni migranti, seguendo le "indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle regioni e province autonome italiane", adottate con accordo della Conferenza Stato Regioni del 20 dicembre 2012. Tuttavia, persistono fasce di marginalità e di bisogni non soddisfatti sul piano dell'integrazione socio-sanitaria su cui l'INMP concentrerà la propria attività assistenziale. Anche nei settori istituzionalmente protetti, vale a dire le strutture detentive, i Centri di Identificazione ed Espulsione e i Centri di Accoglienza per i Richiedenti Asilo verrà assicurato l'impegno dell'INMP, in particolare per orientare azioni di correzione da parte dei decisori che aumentino l'efficacia degli interventi di prevenzione e di continuità delle cure nelle popolazioni di stranieri detenuti o trattenuti nelle apposite strutture.

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 a revisionare continuamente il modello di assistenza sanitaria in questo settore. Non più, infatti, solo adattamento 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.

Per quanto riguarda la povertà e la salute viceversa non è ancora disponibile un quadro di riferimento normativo e di programmazione su scala nazionale. Tuttavia in risposta agli indirizzi europei menzionati nel paragrafo precedente, il Servizio Sanitario Nazionale nel 2012 e nei primi mesi del 2013 ha fatto alcuni passi in direzione di una strategia nazionale di contrasto delle disuguaglianze di salute, che possono dare un indirizzo alle esperienze finora maturate nel servizio sanitario nazionale:

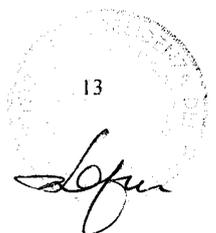
- attivazione di un gruppo di lavoro interregionale della Commissione Salute delle Regioni su Equità nella Salute e nella Sanità (gruppo ESS coordinato dalla Regione Piemonte) con compiti di relazionare sullo stato delle disuguaglianze di salute in Italia e sulle principali misure da intraprendere per contrastarle, i cui lavori hanno anche ispirato alcune delle iniziative successive;
- partecipazione italiana alla Joint Action europea Equity Action in cui il Paese (attraverso AGENAS insieme a sei regioni, Piemonte, Veneto, Emilia Romagna, Toscana, Puglia, Sicilia) con altri 15 paesi europei si impegna a sviluppare iniziative di *equity audit* di

<sup>1</sup> 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\\_criminalita.pdf](http://www.interno.it/mininterno/export/sites/default/it/assets/files/14/0900_rapporto_criminalita.pdf)

<sup>2</sup> Rapporto sulla criminalità in Italia del 2007 del Ministero dell'Interno.

<sup>3</sup> Ministero dell'Interno (2007) *op. cit.*

<sup>4</sup> Caritas/Migrantes (2011) *op. cit.*, pp. 90, 141.



- politiche nazionali e regionali e a coinvolgere gli *stakeholder* per il contrasto delle disuguaglianze di salute (ordini professionali, imprese e forze sociali, associazioni scientifiche e professionali);
- orientamento prioritario del finanziamento degli obiettivi di piano sanitario nazionale 2012 verso la riduzione delle disuguaglianze di salute, attraverso un'emersione dei progetti regionali più capaci di perseguire tale obiettivo;
  - orientamento prioritario del finanziamento del programma CCM 2012 verso una maggiore capacità di monitoraggio delle disuguaglianze di salute, progetto che ha permesso di avviare il miglioramento degli strumenti di misura delle disuguaglianze di salute in Italia;
  - organizzazione in Italia tramite un'iniziativa del progetto Mattone Internazionale di una consultazione dei principali paesi dell'Europa mediterranea per costituire un network sud-europeo sui determinanti sociali in collaborazione con l'Institute of HealthEquity di Londra (Dir. Michael Marmot) per identificare i problemi comuni ai paesi dell'area mediterranea nello sviluppo di strategie di contrasto delle disuguaglianze e anche per identificare necessità di assistenza per il *capacity building* che possono trovare adeguate soluzioni su scala di cooperazione internazionale.

#### 4) La programmazione triennale 2013-2015

Le iniziative finora sviluppate a livello nazionale, soprattutto quelle sulla lotta alle disuguaglianze sociali di salute, presentano due criticità che ne limitano in modo significativo la capacità di costruire e sviluppare una strategia italiana di contrasto delle disuguaglianze di salute.

La prima criticità è che esse si muovono verso direzioni simili ma non risultano coordinate in una strategia condivisa ed esplicita. Particolare responsabilità in questo senso spetta al Ministero della Salute e alle Regioni, che avranno il compito di valorizzare e armonizzare i contributi dei diversi soggetti prima richiamati, in particolare quello delle Regioni.

La seconda criticità è che lo sviluppo di un programma di contrasto delle disuguaglianze di salute richiede un adeguato sostegno tecnico e scientifico per la misura del fenomeno, la ricerca delle cause e delle azioni efficaci di contrasto e la valutazione di impatto, un sostegno che finora è stato realizzato solo in modo episodico attraverso singoli progetti di ricerca o di azione realizzati da strutture specialistiche in Agenzie Regionali, ASL e Enti Nazionali (ISS, AGENAS). Su entrambe le criticità l'INMP potrebbe intervenire apportando un contributo significativo, anche alla luce delle funzioni allo stesso assegnate dall'art. 2 del Regolamento recante le disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione di cui al Decreto del Ministero della salute del 22 febbraio 2013, n. 56.

Questa seconda criticità è quella sulla quale l'INMP potrebbe dare un contributo importante.

Infatti, a conclusione della sua sperimentazione gestionale, con l'istituzione del nuovo ente, l'INMP propone di interpretare il suo ruolo di assistenza, ricerca e formazione oltre che sui temi della migrazione anche su quelli della povertà e dei suoi effetti sulla salute attraverso un programma di lavoro integrato con il percorso sopradescritto, valorizzando in particolare la formula organizzativa innovativa di rete con i SSR prevista nel regolamento INMP.

Sul versante della povertà il programma INMP 2013-2015 si propone l'obiettivo generale di accompagnare gli attori nazionali e regionali nelle esigenze di contrasto e moderazione delle disuguaglianze sociali di salute, contribuendo attivamente alla produzione di adeguate conoscenze scientifiche sul fenomeno, sui suoi determinanti e sulle azioni di contrasto, con appropriati strumenti di monitoraggio e di valutazione di impatto dei processi e dei risultati e con efficaci strumenti di formazione e informazione.

Quest'obiettivo generale si declina in obiettivi specifici e in attività che si integreranno con le esigenze e l'agenda che il Ministero della Salute e le Regioni vorranno stabilire per una eventuale strategia nazionale di contrasto delle disuguaglianze di salute a seguito della presentazione e



discussione del libro bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia (Equità nella Salute e nella Sanità, ESS), di prossima edizione, alla cui alimentazione l'INMP ha contribuito con un precedente progetto<sup>5</sup>. Di seguito, sono indicati gli obiettivi specifici e le relative macroattività che sono funzionali a queste esigenze.

1) Lo sviluppo di attività di **Osservatorio Epidemiologico nazionale sull'immigrazione e l'impatto della povertà sulla salute della popolazione**, con l'obiettivo di rilevare le disuguaglianze di salute, individuare le migliori pratiche per il loro contrasto e supportare le Regioni nella loro implementazione, con l'obiettivo di identificare e sostenere politiche di *welfare* "generativo" a favore delle persone più fragili. Le attività saranno orientate al perseguimento dell'equità nella salute e dell'economicità del sistema attraverso la promozione dell'accesso ai trattamenti sanitari appropriati. Sarà prevista la stabile predisposizione di una rete composta da referenti delle Regioni interessate da flussi migratori e/o impegnate nelle politiche di lotta alle disuguaglianze anche attraverso loro delegati sul territorio, così come la partecipazione delle istituzioni cointeresate dalle politiche di settore (Min. Salute, Min. interno, Min. del lavoro e delle politiche sociali, Comuni metropolitani, ecc.) e degli enti tecnici e scientifici di supporto (ISS e AGENAS) e dei principali soggetti del mondo del volontariato impegnato nell'assistenza agli stranieri. In particolare l'Osservatorio Epidemiologico sarà armonizzato con i gruppi che, già da prima della legge di stabilizzazione dell'INMP, sono impegnati nelle attività di analisi, valutazione e contrasto delle disuguaglianze di salute. L'Istituto si occuperà della *governance* della rete, per le iniziative di prevenzione sui determinanti sociali di salute e l'accesso all'assistenza sanitaria appropriata, sia attraverso il monitoraggio e l'elaborazione di documentazione di sintesi delle evidenze scientifiche fattuali e di letteratura disponibili, sia attraverso la promozione e la partecipazione a progetti di ricerca.

Obiettivo dell'osservatorio è il consolidamento di un sistema di monitoraggio delle disuguaglianze di salute in Italia. Infatti, pur essendo stati sperimentati con successo (o sono in corso di sviluppo) modelli e strumenti appropriati per la misura delle disuguaglianze a livello nazionale e regionale, che valorizzano in modo integrato il patrimonio conoscitivo di NSIS, SISTAN e altre fonti informative (progetto AGENAS in programma CCM 2012), il principale limite di queste iniziative è la loro episodicità legata a specifici mandati di ricerca o intervento. Per questo obiettivo specifico del progetto, INMP si propone di superare in modo sistematico le carenze informative sul tema, attraverso la valorizzazione statistico-epidemiologica:

- a) delle indagini che hanno dimostrato di misurare in modo più accurato, efficiente e rappresentativo le disuguaglianze di salute e i loro determinanti su scala nazionale: Studio Longitudinale Italiano (SLI)<sup>7</sup>, Studio Longitudinale su lavoro e salute (Whip Salute)<sup>8</sup>, indagine multiscopo speciale ISTAT su salute e integrazione degli immigrati<sup>9</sup>.
- b) dei principali sistemi informativi sanitari di NSIS (SDO, CEDAP, pronto soccorso, specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale, flusso C,...), anche attraverso la loro interconnessione (nel rispetto delle normative sulla *privacy*), al fine di creare profili individuali e tracciare l'utilizzo di assistenza sanitaria da parte delle popolazioni migranti e di quelle svantaggiate; senza trascurare la valorizzazione di altre fonti informative sviluppate sul territorio.

Le informazioni che si renderanno disponibili attraverso l'Osservatorio nazionale potranno costituire la base per organizzare una formula di manutenzione ed aggiornamento periodico del libro bianco ESS e dovranno essere periodicamente portate a sintesi e restituite ai decisori e professionisti, i quali saranno in grado di indirizzare le loro scelte sulla base di conoscenze adeguate e fondate sull'evidenza.

<sup>5</sup> Il libro bianco è stato elaborato dal gruppo di lavoro interregionale ESS con il meglio delle conoscenze disponibili in letteratura al momento e tramite le competenze disponibili nella rete dei centri collaborativi promossi dal progetto AGENAS del programma CCM 2012 e già sostenuti, nel 2011-12, dal progetto di sperimentazione gestionale dell'INMP.



2) Sulla base delle attività dell'Osservatorio Epidemiologico nazionale **sull'immigrazione e sull'impatto della povertà sulla salute della popolazione**, l'INMP, in collaborazione con le regioni, curerà l'elaborazione, l'aggiornamento periodico e la disseminazione di un **profilo nazionale sulla salute nella popolazione in relazione all'immigrazione e alla povertà**. Il suddetto profilo permetterà di stimolare e assistere l'elaborazione e la valutazione di piani di contrasto delle disuguaglianze di salute da parte dei Ministeri, delle Regioni e degli *stakeholder* coinvolti. E' bene premettere che, per le finalità di questo documento, quando si parla di disuguaglianze di salute si intendono sia le differenze socioeconomiche sia quelle osservate in conseguenza della stratificazione della popolazione italiana e immigrata, in particolare da Paesi a forte pressione migratoria. Nell'immediato il libro bianco sulle disuguaglianze di salute, commissionato dal Gruppo di lavoro interregionale ESS, e alla cui alimentazione INMP ha già portato il suo contributo, ha fatto una prima fotografia della situazione utile per questi scopi. Il libro propone ai decisori una lista di argomenti e raccomandazioni per le azioni di contrasto tra cui scegliere le priorità di piano e di azione.

Alcune di queste riguardano azioni dirette sulle disuguaglianze che possono essere adottate subito perché fondate su buone prove di rilevanza e utilità; altre, invece, suggeriscono azioni strumentali da fare sul piano della ricerca e della sorveglianza, e interventi utili al *capacity building* e al coinvolgimento di tutti gli attori rilevanti per lo sviluppo delle iniziative di contrasto (Regioni da un lato, forze sociali, economiche, terzo settore e società civile dall'altro).

Il libro bianco sarà inoltre centrale per individuare le criticità conoscitive e per stabilire le priorità operative del nuovo Osservatorio epidemiologico nazionale dell'INMP, come descritto in dettaglio nel punto 1.

Il programma dell'INMP si propone di favorire una disseminazione allargata di questi risultati con il coinvolgimento dei diversi *stakeholder* istituzionali afferenti alla rete nazionale allo scopo di raccogliere il loro contributo, significativo per migliorare il rapporto e per scegliere priorità e target e, soprattutto, per ingaggiarli nell'impegno di sviluppare le raccomandazioni del libro bianco per quanto di loro diretta responsabilità e competenza. Per questo scopo, l'Istituto elaborerà strumenti di comunicazione appropriati per facilitare la sintesi e disseminazione dei principali risultati. In questo ambito si propone:

- a) che venga prodotta l'edizione e la diffusione a stampa e su web di un volume con i materiali del Libro Bianco ESS in un formato utile sia alla comunicazione scientifica sia a quella divulgativa; l'elaborazione e stampa di *factsheets* che sintetizzino le principali implicazioni per le politiche sanitarie e non sanitarie, ad uso dell'organizzazione e gestione di formule efficaci di consultazione e comunicazione con le diverse categorie di *stakeholder* da coinvolgere;
- b) la progettazione e la conduzione di iniziative di formazione sull'*equity audit* delle azioni di contrasto (sanitarie e non sanitarie) mirate ai diversi *stakeholder* coinvolti;
- c) di mettere a punto un appropriato programma di comunicazione sul tema a beneficio della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alla povertà<sup>6</sup> (sito, social media...)

3) **La ricerca e il trasferimento di conoscenze sui determinanti sociali di salute**. In questo ambito, in conformità ed in coerenza con la programmazione già avviata su base nazionale e regionale, il progetto propone lo svolgimento delle seguenti attività:

- a) **analisi e valutazione dello stato di salute e del ricorso ai servizi sanitari della popolazione immigrata**. L'Osservatorio dovrà contribuire a dare una regia nazionale alle molteplici esperienze in atto sul territorio nazionale, le quali tuttavia soffrono di molte criticità in termini di accesso e disponibilità di sistemi informativi correnti, oltreché di limiti metodologici, in particolare legati alle carenze conoscitive sulla reale consistenza della

<sup>6</sup> Art. 14, comma 3 del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158.



popolazione immigrata, per sesso, età e area di residenza. Particolarmente carenti sono le informazioni relative alle eventuali differenze di accesso ed esito ai servizi sanitari da parte della popolazione immigrata. Le poche evidenze disponibili mostrano, infatti, indizi di presenza di barriere all'uso appropriato dei servizi sanitari (ad esempio, per le donne, ritardo nella prima visita ginecologica quando in gravidanza e minore accesso agli screening oncologici; per gli uomini, scarso controllo della pressione arteriosa) o ai corretti stili di vita (in questo caso esistono forti differenze tra le varie etnie sul territorio nazionale);

- b) **promozione e sostegno**, anche con risorse proprie eventualmente disponibili, in collaborazione con i soggetti della Rete di cui al punto 1), **di progetti di ricerca e protocolli di assistenza**, in particolare nei confronti delle regioni sottoposte alle problematiche legate ai flussi migratori;
- c) **ricerca eziologica sulle disuguaglianze di salute**. Alcuni dei meccanismi di generazione delle disuguaglianze risultano ancora poco studiati nel nostro paese e un ente con mandato di ricerca quale l'INMP deve preoccuparsi di colmare le lacune che riguardano i meccanismi da cui ci si può aspettare un maggiore impatto sulla salute. In particolare, le principali lacune conoscitive riguardano il ruolo della deprivazione dei contesti di vita (importante per orientare le politiche che agiscono sulle caratteristiche dei contesti e non solo sulle risorse individuali), l'importanza relativa delle disuguaglianze sociali nelle prime fasi di vita (che possono avere un impatto rilevante sulla salute adulta e che possono essere contrastate solo con politiche di equità nelle età dello sviluppo), l'importanza relativa dei fattori di rischio psicosociali (che hanno la caratteristica di influenzare molti esiti di salute), i determinanti della resilienza alle disuguaglianze sociali della salute delle popolazioni mediterranee rispetto a quelle del Nord Europa (che potrebbero essere oggetto di particolari investimenti per proteggere il paese dalle disuguaglianze di salute, soprattutto in tempi di crisi). Il presente progetto triennale si propone di mettere a disposizione capacità professionali di progettazione e di ricerca su tali aree di conoscenza e di promuovere l'attrazione di investimenti di ricerca su questi temi.
- Particolare attenzione dovrà essere posta sull'analisi dell'impatto della crisi economica sulla generazione di nuove povertà, sullo stato di salute e l'accesso ai servizi sanitari (Costa et al., 2012);
- d) **rilevazione sistematica sullo stato di salute della popolazione detenuta**, per la quale si osservano forti eccessi di abitudine al fumo, di malattie infettive, psichiatriche e di autolesionismo. Le migliori esperienze su questo fronte provengono dalla Toscana (Voller et al., 2011), che ha impostato un sistema di rilevazione periodica su tutta la popolazione detenuta nelle carceri regionali, che ha raggiunto una copertura dell'80%, che è stato ed è alla base di un progetto CCM 2012, che coinvolge 6 Regioni (Toscana, Liguria, Veneto, Umbria, Lazio, Campania). Per tale obiettivo si prevede la sperimentazione di un modello sovregionale di raccolta, analisi e reportistica epidemiologica sui dati delle Regioni che hanno attivato sistemi informativi per la rilevazione sistematica del fenomeno;
- e) **elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto alle disuguaglianze di salute**. I meccanismi di azione con cui si generano le disuguaglianze di salute rappresentano altrettanti punti d'ingresso per eventuali azioni di contrasto; l'*equity audit* delle politiche sanitarie e non sanitarie serve, per l'appunto, alle istituzioni e ai vari attori della società a comprendere come sia possibile correggere il disegno e lo svolgimento delle politiche medesime affinché funzionino come efficaci azioni di contrasto e moderazione delle disuguaglianze di salute. Tuttavia, l'efficacia di queste azioni di contrasto non è stata ancora adeguatamente studiata e, spesso, la conoscenza disponibile risulta difficile da contestualizzare; questo significa che gli attori nazionali e regionali che vogliono attuare azioni di contrasto beneficerebbero di una adeguata documentazione scientifica fruibile che valuti, in base ai dati di letteratura e al giudizio di esperti, l'efficacia

17



attesa di ogni intervento. Del resto molte conoscenze, soprattutto quelle sulla trasferibilità degli interventi nei diversi contesti, possono essere ottenute attraverso un'adeguata documentazione delle esperienze realizzate, cosa che richiede che chi ne è protagonista dia conto degli obiettivi, del contesto di applicazione, dei contenuti, metodi e risultati, utilizzando appropriati indicatori e standard in modo che l'informazione possa essere utilmente documentata e disseminata. Il progetto INMP si propone, pertanto, di elaborare e organizzare una documentazione adeguata sull'efficacia teorica, sulle trasferibilità e sulle principali esperienze di contrasto.

- f) **Network sudeuropeo sui determinanti sociali di salute.** A seguito della *European Review* sui determinanti sociali di salute recentemente presentata dalla Commissione Europea si stanno sviluppando reti tra Paesi e Regioni in alcune aree dell'Europa che riconoscono l'utilità di scambiare esperienze e conoscenze su come migliorare la capacità di contrasto delle disuguaglianze di salute. I paesi dell'area mediterranea condividono un particolare profilo delle disuguaglianze di salute che li differenzia rispetto ai paesi dell'Europa continentale e del Nord. Rappresentanti dei Ministeri di questi paesi hanno già dichiarato, nel corso di un seminario recentemente organizzato dalla regione Piemonte nell'ambito del Mattone internazionale, il loro interesse a formare un network che faciliti lo scambio di conoscenze sulle politiche di contrasto e la capacità di progettazione congiunta per l'attrazione di investimenti europei utili allo scopo. Il progetto INMP si propone di offrire, per la parte italiana, una sponda organizzativa, scientifica e tecnica al funzionamento del network, con il particolare proposito di costruire cordate utili ad attrarre investimenti di ricerca in sanità pubblica per progetti relativi al contrasto delle disuguaglianze di salute in questi Paesi, anche in collaborazione con l'Ufficio europeo per gli investimenti, la salute e lo sviluppo dell'OMS.

**Sul versante dell'immigrazione, oltre a quanto già riportato nel rationale dell'Osservatorio epidemiologico nazionale,** si riscontra un forte fabbisogno della presa in carico della persona straniera secondo un approccio sia rispettoso della cultura di provenienza sia orientato alla sostenibilità dei costi per il sistema. L'obiettivo generale del programma triennale in tema di immigrazione è, pertanto, assicurare che la presa in carico della persona straniera all'interno del SSN sia il più possibile rispettosa del reale fabbisogno in termini di salute di cui la persona straniera è portatrice, nel quadro delle disponibilità economiche date.

L'INMP lavora da anni sulle tematiche della presa in carico delle persone immigrate, portatrici di culture "altre", nella convinzione che ciò possa essere fatto in modo efficiente grazie all'approccio transculturale degli operatori sanitari. E, pertanto, l'impianto operativo-concettuale della transculturalità si colloca al centro dell'azione dell'Istituto, fino all'interno del *setting* clinico. La relazione tra il mediatore transculturale esperto in sanità, l'antropologo medico, l'etnopsicologo e il medico è il cardine del modello descritto nei confronti delle alterità, laddove ci si misura con la sofferenza fisica e psichica, spesso non compiutamente espressa o rappresentata secondo codici non appartenenti alla cultura italiana. Il dispositivo operativo che deriva da quest'approccio multidisciplinare e transculturale, considera, pertanto, il contributo di alcune delle figure citate, che si aggiungono ai medici e ai sanitari tradizionalmente presenti nel SSN, anch'essi formati a far parte del *team* clinico-assistenziale.

L'obiettivo generale citato viene perseguito nel triennio con il raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici e l'espletamento delle relative macroattività:

- 4) **Formazione di un mediatore transculturale esperto in ambito sanitario** che integri il lavoro dei professionisti di salute del SSN allorché le persone prese in carico siano straniere. Per raggiungere tale obiettivo, è necessario che all'interno del SSN ne venga riconosciuto il ruolo e ne venga normata la figura. Come noto, il mediatore linguistico-culturale oggi talvolta opera nelle Aziende Sanitarie Locali e nelle Aziende ospedaliere per la soluzione, a chiamata da parte

dei vari servizi, di problemi connessi alla comprensione della lingua straniera. Tale funzione, sebbene utile alla gestione nell'immediato delle attività ambulatoriali, non assicura la piena comprensione delle dinamiche e delle richieste di salute, espresse e non da parte del soggetto, di fronte alle quali il personale sanitario si imbatte e a cui, sovente, risponde con prestazioni e prescrizioni inappropriate, generatrici da un lato di costi elevati per la collettività e dall'altro di mancate soluzioni in termini di salute. Vale richiamare che il mediatore transculturale esperto in ambito sanitario dovrebbe essere in possesso di un bagaglio di conoscenze e di un bagaglio di competenze, entrambi essenziali per l'esercizio appropriato del proprio ruolo nel *setting* socio-assistenziale e clinico. Alcuni mediatori linguistico-culturali oggi hanno un rilevante bagaglio di conoscenze teoriche acquisite nel percorso universitario dell'omonimo corso di laurea ma non sono in possesso delle competenze specifiche abilitanti alla transculturalità e alla gestione del rapporto operatore sanitario-paziente; di contro, alcuni mediatori linguistico-culturali, spesso nativi di culture altre e non provenienti dal citato corso di laurea, sono in possesso di competenze connesse alla transculturalità (in quanto acquisite nelle strutture sanitarie presso cui sono impiegati) e hanno sviluppato capacità gestionali del rapporto tra operatore e paziente, mancando, di contro, di alcune importanti conoscenze relative alla mediazione, che debbono essere certamente acquisite. L'INMP ha nel tempo espletato un'azione di *advocacy* del mediatore transculturale a livello nazionale, formandone alcune figure che collaborano più o meno stabilmente con alcune strutture sanitarie (progetti PASS, CCM, FEI), contribuendo alla maturazione del fabbisogno da parte dei servizi territoriali dedicati ai migranti.

Tale obiettivo, che è molto ambizioso e che potrà essere raggiunto nel medio periodo laddove i vari assunti di progetto fossero positivamente riscontrati, si poggia su alcune macro attività:

- a. Definizione del curriculum di conoscenze e competenze (core curriculum) del mediatore transculturale esperto in sanità. Questo processo è di primaria importanza in quanto è essenziale declinare le conoscenze minime e le competenze acquisite per il mediatore transculturale affinché operi all'interno degli ambienti sanitari. Tale figura di mediatore, compiutamente formata, è ad oggi, presente presso l'INMP, in quanto risultato di anni di formazione e specializzazione sulla tematica socio-sanitaria e clinica. La definizione del curriculum è un processo ad alta complessità, in quanto dovrà coinvolgere, dal lato scientifico, esperti nazionali e internazionali del settore, partendo dalle esperienze analoghe in Paesi esteri, e dal lato politico-amministrativo i Ministeri competenti per materia (Ministero della pubblica amministrazione e semplificazione, Ministero della salute e Ministero dell'università e della ricerca), nonché le Regioni per quanto di competenza e con le quali l'Istituto attiverà possibili offerte di percorsi formativi specializzanti. Per ottenere ciò l'INMP si avvarrà anche di opportunità rappresentate dal Fondo Europeo per l'Integrazione.
  - b. Attivazioni di collaborazioni con università per l'avvio di corsi per mediatori trans-culturali esperti in ambito sanitario da dedicare alle strutture del SSN, sviluppati sul *core curriculum* definito;
  - c. Attività di monitoraggio e audit presso gli enti universitari sul territorio nazionale per verificare l'allineamento qualitativo del prodotto erogato con i requisiti curriculari fissati;
- 5) **continuazione dell'erogazione dell'assistenza ai soggetti del servizio sanitario nazionale** in aree di forte pressione migratoria, in tema di medicina delle migrazioni, in campo etno-psicologico, antropologico e della mediazione transculturale in ambito sanitario. A tal fine, l'INMP prevede di confermare e definire la propria presenza all'interno dei *team* socio-sanitari delle località italiane in cui si riscontrano maggiori flussi migratori in entrata, allo scopo di contribuire alla presa in carico efficiente della persona migrante secondo il modello olistico assistenziale;
- 6) contributo al **completamento della struttura di rete nazionale** per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti, definendo efficaci formule



di consultazione, informazione e coinvolgimento degli *stakeholders* istituzionali. Propedeutica è l'identificazione degli *stakeholders* su base regionale e la loro mappatura sulla scala interesse/potere. L'identificazione è operata con il contributo attivo delle Regioni, le quali hanno il compito di identificare i soggetti pubblici e privati che maggiormente sono attivi in ambito regionale, avendo prodotto risultati in termini di efficacia ed efficienza. Tale fase iniziale, citata già nel progetto interregionale per l'anno 2012, è in via di attivazione con la modalità della consultazione interistituzionale;

7) stimolo alla ricerca sull'**analisi e la valutazione dell'impatto economico dell'assistenza sanitaria ai migranti** nonché sui costi del modello olistico e transculturale della presa in carico della persona immigrata vs l'accesso ai servizi attraverso le tradizionali prestazioni ospedaliere d'urgenza. L'INMP, nel 2011, ha condotto con il PEHRG dell'Università di Perugia (Poverty and Equity in Health Research Group) un progetto di ricerca dal titolo *Assessment and quantification of the health and health care access inequalities among the migrant and fragile population in Italian Regions*, i cui risultati tracciano un primo quadro conoscitivo sulle politiche sanitarie e sociali adottate dalle Regioni e dalle Province autonome italiane relativamente alla tutela della popolazione fragile e immigrata e, soprattutto, la stima di indicatori di *performance* dei servizi sanitari delle Regioni italiane in termini di disuguaglianze di salute e uso dei servizi ospedalieri da parte della popolazione straniera;

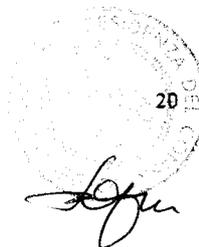
8) proseguimento dell'**impegno nel campo della cooperazione allo sviluppo su tematiche di salute globale**. Attuale esempio di cooperazione condotta dall'Istituto è il sostegno al programma gibutiano per l'eradicazione delle mutilazioni genitali femminili e l'assistenza in loco nel settore della salute materno-infantile;

9) partecipazione alle **attività di salute pubblica orientate alle popolazioni migranti condotte dall'OMS, Ufficio regionale europeo**. Tale collaborazione, già avviata con un accordo sottoscritto dal Ministero della salute italiano e l'Ufficio europeo dell'OMS, ha visto il coinvolgimento dell'INMP in alcune iniziative di *policy*, tra cui la partecipazione al gruppo di lavoro istituzionale sulla *preparedness assessment* presso le piccole isole, al quale hanno partecipato l'OMS, la Regione Siciliana, il Ministero dell'interno e la CRI. All'interno di tale collaborazione, l'INMP ha ospitato, nel corrente anno, l'*Expert Consultation on Public Health Aspect of Migration in Europe*, organizzato dall'OMS con la partecipazione dei Paesi membri della Regione Europa. La collaborazione con l'OMS potrà estendersi anche alla tematica dei determinanti sociali di salute.

<sup>7</sup> sistema di indagini longitudinali che sottomette a *follow up* di mortalità, morbosità e uso dei servizi sanitari dei soggetti intervistati nelle diverse edizioni normali e speciali di indagine multiscopo campionaria sulla salute in Italia dal 2000 in poi; lo SLI è condotto in collaborazione con Ministero della Salute e Istat

<sup>8</sup> sistema longitudinale che sottomette a *follow up* di mortalità, morbosità e infortuni i lavoratori e pensionati amministrati dalle gestioni previdenziali Inps; Whip salute è condotto in collaborazione con Ministero della Salute, Inail, Inps e Istat

<sup>9</sup> indagine trasversale su un campione di famiglie con almeno uno straniero immigrato che rileva dati demografici e sociali sulla persona e la famiglia e dati di salute e di uso dei servizi.



## 5) Le attività progettuali 2013

Nel quadro della suddetta programmazione triennale, l'INMP finanzia, per l'anno 2013, attività volte al raggiungimento dei seguenti obiettivi specifici, che sono coerenti con la *mission* dichiarata e con l'impianto normativo:

1. Avvio del processo per la realizzazione dell'Osservatorio Epidemiologico nazionale sull'immigrazione e sull'impatto della povertà sulla salute della popolazione;
2. Avvio del processo di definizione del curriculum di conoscenze e competenze (*core curriculum*) del mediatore transculturale esperto in sanità, anche per il tramite di specifici percorsi formativi specializzanti da definire con il coinvolgimento delle Regioni, ai fini del successivo riconoscimento della qualifica all'interno del Servizio Sanitario Nazionale;
3. Analisi e valutazione dei bisogni di salute della popolazione immigrata e in condizioni di povertà sulla base dei dati clinici e socio-demografici del sistema informativo dell'INMP.
4. Contributo alla strutturazione della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, definendo efficaci formule di consultazione, informazione e coinvolgimento degli *stakeholders*.
5. Partecipazione al network sud-Europeo sui determinanti sociali di salute (SEU network);
6. Valorizzazione dei risultati del Libro Bianco ESS (Equità nella salute e nella sanità), al fine di stimolare e assistere l'elaborazione di un programma italiano di contrasto alle disuguaglianze da parte dei *policy makers*;
7. Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute;
8. Almeno un progetto di ricerca basato sui dati dell'indagine multiscopo ISTAT sulla salute degli immigrati.

Alle attività descritte per l'anno 2013 è dedicata una quota finanziaria pari a 1.900.000 Euro, a valere sul finanziamento previsto per la stessa annualità, di cui al decreto-legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, alla cui erogazione, a favore dell'Istituto, si provvede 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 SSN per l'anno medesimo.

Per quanto attiene alle spese di funzionamento dell'Istituto, tra cui sono ricomprese quelle derivanti dalle attività descritte nel presente progetto interregionale per l'anno 2013, esse sono state quantificate in 8.100.000 Euro, importo nei limiti di quanto accordato in sede di approvazione del Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'INMP, pubblicato con Gazzetta Ufficiale n. 119 del 23 maggio 2013.



Elaborazione dati Pazienti affetti all'ambulatorio

1 Settembre 2007 - 31 Luglio 2008

Tipologia	Num	Percentuale
Stranieri	42116	72%
Italiani	14132	24%
MD	441	1%
TOTALE	56689	
Stranieri	143379	45%
Italiani	32624	17%
MD	410	0%
TOTALE	176413	

Fattore di ritorno dei pazienti (n° accessi / n° pazienti)

3,1

Donne	Uomini	Transgender	Non dichiarato	Tot
29211	29660	21	20	58912
49,6%	50,3%	0,03%	0,03%	

Autonomia	Laurea Specialistica	Diploma Medio Inferiore	Diploma Medio Superiore	Diploma di Laurea	Master	Non rilevato	Tot
2459	1112	5176	15918	3908	440	1724	37138
7%	6%	23%	43%	10%	1%	5%	

18 - 34	35 - 54	55 - 64	over 65	Tot
1479	22306	23211	3093	28919
9,4%	80,5%	81,1%	10,5%	

Assistenza	Libera Professione	Diploma Medio Inferiore	Diploma Medio Superiore	Diploma di Laurea	Master	Non rilevato	Tot
70	432	1461	2184	1376	196	809	3419
1,2%	0,7%	20,1%	31,6%	27,3%	3,3%		

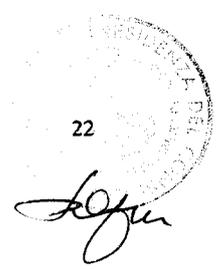
Uomini	Transgender	Non dichiarato	Tot
20719	21791	15	42505
33,2%	37,0%	0%	

Autonomia	Libera Professione	Diploma Medio Inferiore	Diploma Medio Superiore	Diploma di Laurea	Master	Non rilevato	Tot
2429	2620	6013	13804	4347	244	2400	31479
7,7%	8,6%	23,1%	43,9%	13,6%	0,8%		

18 - 34	35 - 54	55 - 64	over 65	Tot
4468	19130	14830	2074	42502
10,3%	43,9%	34,9%	4,7%	

Autonomia	Libera Professione	Diploma Medio Inferiore	Diploma Medio Superiore	Diploma di Laurea	Master	Non rilevato	Tot
11459	5944	3472	7442	27029	100	22	58119
21,1%	10,1%	9,1%	14,1%	47,0%	0,2%	0,0%	

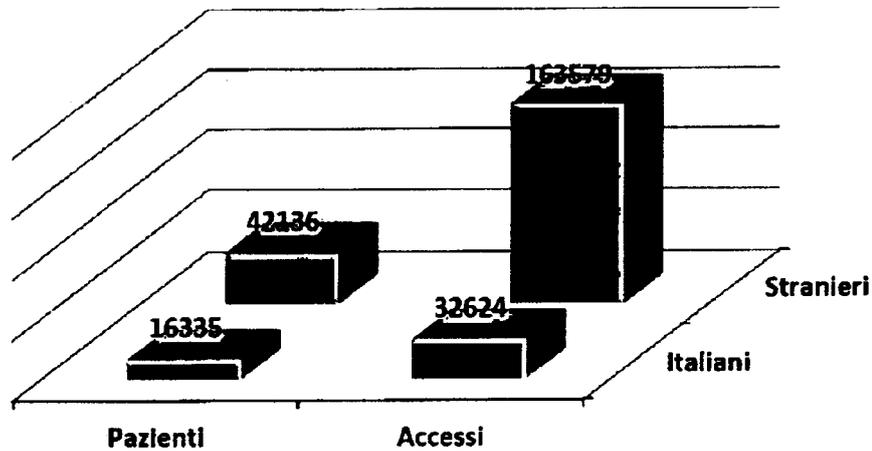
Allegato 1



## Pazienti afferiti all'ambulatorio

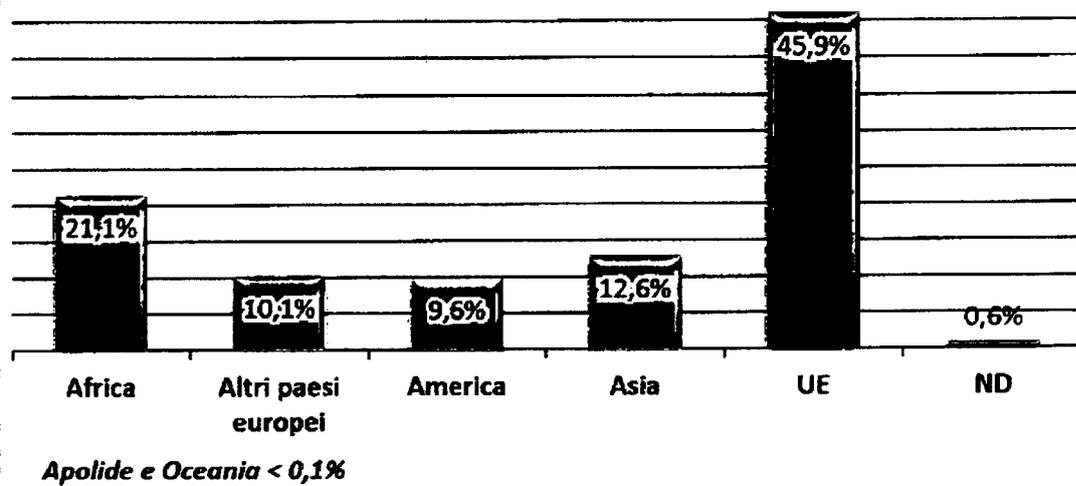
Settembre 2007 - Luglio 2013

■ Italiani ■ Stranieri



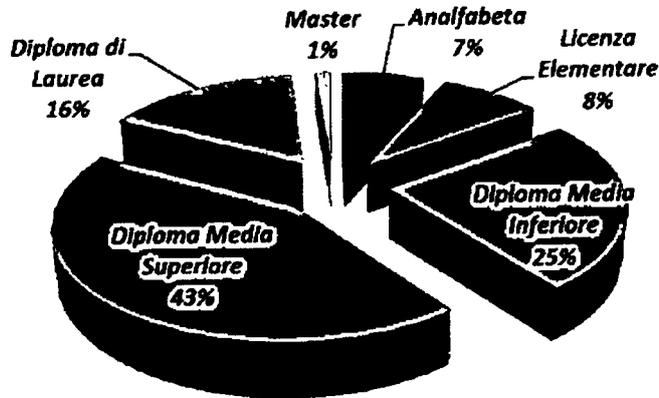
## Area geografica di provenienza

Settembre 2007 - Luglio 2013



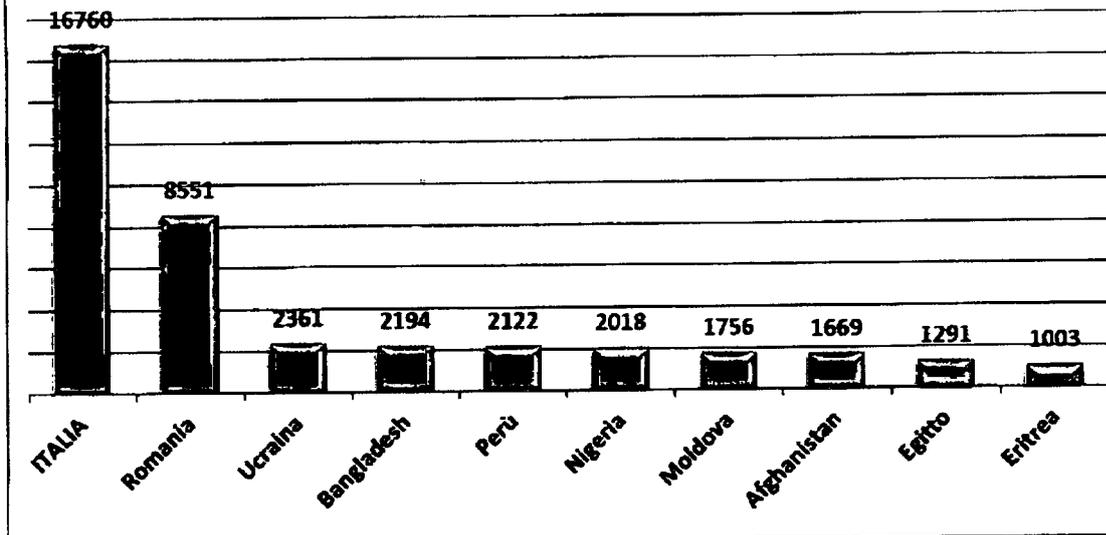
## Titolo di studio dei pazienti

Settembre 2007 - Luglio 2013



## Nazioni più frequenti di provenienza

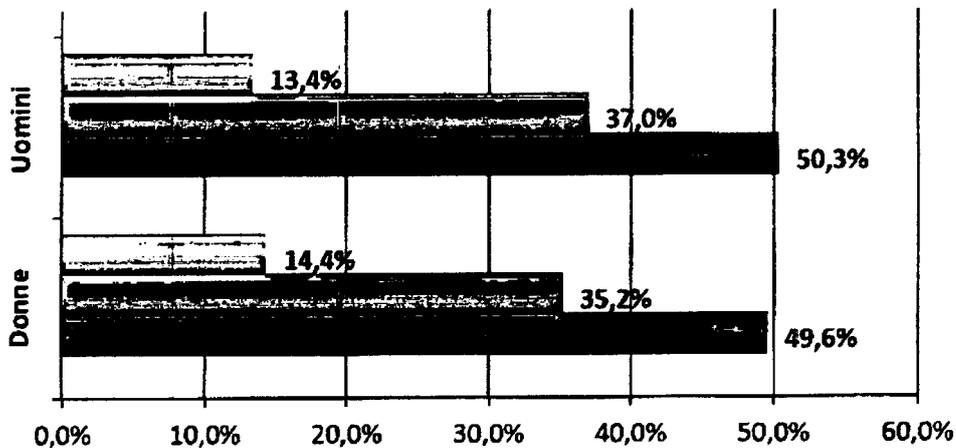
Settembre 2007 - Luglio 2013



## Genere dei pazienti

Settembre 2007 - Luglio 2013

■ Italiani ■ Stranieri ■ Totale pazienti

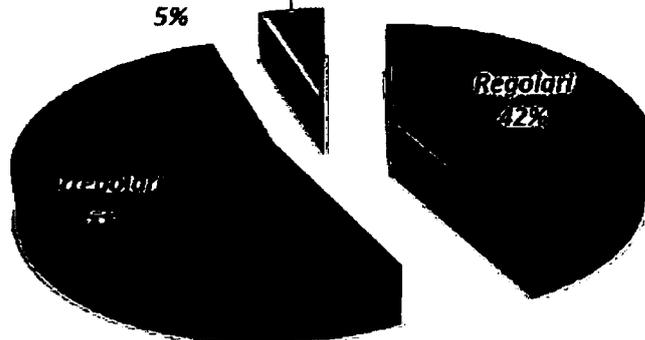


Transgender / ND < 0,1%

## Condizione legale pazienti stranieri

Settembre 2007 - Luglio 2013

Non applicabile /  
ND  
5%



## Fasce d'età dei pazienti

Settembre 2007 - Luglio 2013

