



*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

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, 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 2015, dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

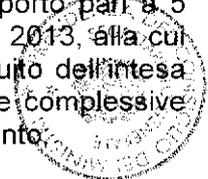
Rep. Atti n. 86/csr del 5 maggio 2016

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

Nella odierna seduta del 5 maggio 2016:

VISTO l'articolo 14 del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158 "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", 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;
- al comma 5 prevede che per il finanziamento delle attività 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, 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 da questa Conferenza sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno di riferimento.





*Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

VISTA la lettera in data 18 aprile 2016, con la quale il Ministero della salute, in attuazione delle predette disposizioni, ha inviato all'Ufficio di Segreteria di questa Conferenza la proposta di progetto interregionale in epigrafe, sulla quale è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze;

VISTA la nota in data 20 aprile 2016, 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, sulla quale la Regione Piemonte, Coordinatrice della Commissione salute, ha manifestato l'assenso tecnico;

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

APPROVA

il progetto interregionale per il finanziamento dell'attività, per l'anno 2015, dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante.

IL SEGRETARIO  
Antonio Nadeo



IL PRESIDENTE  
Gianclaudio Bressa

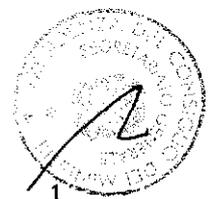
su. A



**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 2015 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.**

**9.11.2015**



## Sommario

A. RIFERIMENTI NORMATIVI .....	3
B. COMPITI DELL'ISTITUTO .....	4
C. CONTESTO DI SALUTE .....	5
C.1 Lo stato di salute della popolazione immigrata.....	5
C.2 La situazione dell'immigrazione in Italia nell'anno 2015 .....	7
C.3 Le diseguaglianze di salute in Italia .....	8
D. L' ATTIVITÀ NEL 2015.....	12
D.1 L'assistenza sanitaria ambulatoriale.....	12
D.1.1. L'équipe interdisciplinare dell'INMP a Lampedusa.....	17
D.2 Piano di intervento sociosanitario in favore della popolazione migrante in transito .....	19
D.3 La Formazione .....	20
D.4 I progetti finanziati con fondi esterni .....	22
D.4.1 Progetti finanziati dal Ministero della salute.....	23
D.4.2 Progetti finanziati dal Ministero degli Affari Esteri.....	24
D.4.3 Progetti finanziati dal Ministero dell'Interno .....	25
D.4.4 Progetti finanziati dall'Unione Europea .....	26
D.5 Le attività svolte all'interno del programma interregionale 2013-2015.....	26
D.5.1. Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e sull'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (OENIP).....	26
D.5.1.1. Rete degli studi longitudinali metropolitani .....	27
D.5.2 Core curriculum del mediatore transculturale .....	28
D.5.3 La Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà .....	30
D.5.4 Il network sud europeo sulle diseguaglianze di salute .....	32
D.5.5 Valorizzazione dei risultati del Libro Bianco ESS (Equità nella salute e nella sanità).....	33
D.5.6 Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute .....	34
D.5.7 Fattori sociodemografici, stato di salute e ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera: le indagini multiscopo ISTAT sulle famiglie.....	35
D.5.8. Progetti di sanità pubblica.....	36
E. PROPOSTA DI PROGETTO INTERREGIONALE .....	37
E.1 Osservatorio epidemiologico nazionale .....	37
E.2 Core Curriculum del mediatore transculturale.....	39
E.3 La Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà .....	39
E.4 L'internazionalizzazione .....	41



## **A. RIFERIMENTI NORMATIVI**

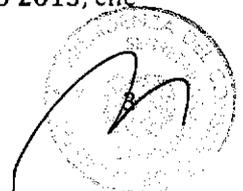
L'articolo 14 del decreto - legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ha stabilito, al comma 2, che "(omissis...) Al fine di limitare gli oneri per il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni in favore delle popolazioni immigrate, 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.

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.

Inoltre, l'art. 1, comma 4-ter del D.L. 15 ottobre 2013, n. 120 convertito con modificazioni dalla legge 13 dicembre 2013, 137 stabilisce che "a decorrere dall'anno 2013, qualora entro il 31 ottobre di ciascun anno non sia intervenuta l'intesa di cui al secondo periodo, in Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad erogare, a titolo di acconto, in favore dell'INMP il 90 per cento dell'importo destinato nell'anno di riferimento al predetto Istituto ai sensi del presente comma".

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 inquadra nella cornice della programmazione triennale 2013-2015, approvata dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 14 del decreto - legge 13 settembre 2012, n.158, nel corso della seduta del 19 dicembre 2013. In essa vengono dichiarati gli obiettivi della terza annualità (progetto interregionale 2015), a complemento del citato progetto triennale. Come per i precedenti anni, vale sottolineare che l'attività del presente progetto interregionale avrà svolgimento nel corso dell'anno successivo, il 2016.

## **B. 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, assicurare un alto livello di qualità delle prestazioni fornite ai cittadini italiani e stranieri.

In particolare, l'Istituto eroga prestazioni sanitarie a beneficio delle popolazioni di riferimento (fasce povere e impoverite della popolazione, stranieri regolari e irregolari, vittime della violenza e della tratta, richiedenti protezione internazionale), attraverso l'applicazione del proprio modello olistico della presa in cura socio-sanitaria con approccio transculturale. Tale attività assistenziale, svolta nel 2015 prevalentemente nell'ambito del SSR del Lazio ma anche nell'ambito del SSR siciliano (poliambulatorio di Lampedusa), assume una valenza certamente più ampia e non territorialmente confinata, in quanto rappresenta un momento privilegiato di relazione con le popolazioni target, di comprensione delle dinamiche di salute e degli scenari sempre nuovi che il fenomeno migratorio propone; esso rende, inoltre, possibile la ricerca clinica e la sperimentazione sul campo di modelli operativi, replicabili in diversi ambiti e contesti regionali.

Particolarmente ricco è il filone dei progetti di ricerca e formazione sulle tematiche della migrazione, della povertà e della salute globale, grazie al coinvolgimento delle Regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, attraverso meccanismi di ingaggio multilivello, ma anche grazie al coinvolgimento del Network Sud Europeo sulle disuguaglianze di salute che ha lavorato con l'INMP nell'identificare un'azione coordinata di ricerca sulla crisi economica e le disuguaglianze che avrà svolgimento nel corso del 2016.



Tra le attività istituzionali, l'INMP ha avviato il processo per la definizione del curriculum di conoscenze e competenze abilitante alla mediazione transculturale in ambito socio-sanitario e clinico. Tale processo, iniziato con la definizione e la sperimentazione di un curriculum di competenze per il mediatore transculturale grazie al progetto ForMe, finanziato dal Ministero dell'Interno, continua con il supporto istituzionale per il completamento di tale curriculum nei contesti del SSN riferiti al pronto soccorso e alla degenza, entrambi non sperimentati con il progetto ForMe, e con la definizione e con l'espletamento delle prime funzioni del Centro di riferimento nazionale in materia di mediazione transculturale in ambito sanitario. Tale percorso, condotto assieme agli attori istituzionali rilevanti, esiterà nel proporre ai responsabili della formazione regionale un curriculum da adottare all'interno di propri piani di formazione annuale. Sarà cura dell'INMP addivenire ad accordi con amministrazioni centrali competenti per lo sviluppo di un percorso giuridico-normativo per il riconoscimento della figura per il suo utilizzo nel SSN.

Sempre in sinergia con le Regioni e le PP.AA., in forza di quanto stabilito nel Regolamento di organizzazione e funzionamento dell'INMP laddove recita che l'Istituto "provvede alla raccolta dei dati epidemiologici e statistici, alla loro elaborazione e diffusione, anche al fine di verificare l'efficacia degli interventi diagnostici e terapeutici effettuati, coinvolgendo centri regionali di riferimento", l'INMP istituisce l'Osservatorio Epidemiologico Nazionale (OENIP). A tal fine, nel 2015 è stato condotto uno studio di fattibilità all'interno del più ampio quadro delle politiche pubbliche nazionali volte a dare risposta ai bisogni di salute emergenti e a contrastare le disuguaglianze. Tutto questo è avvenuto grazie a un dialogo costante con la Rete nazionale per le problematiche socio-sanitarie legate ai migranti e alla povertà.

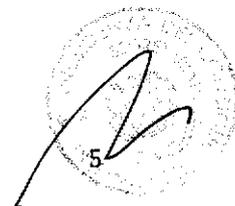
## **C.1 ONTESTODI SALUTE**

### **C.1 Lo stato di salute della popolazione immigrata**

Tra il 2003 e il 2009, la mortalità standardizzata per età (18-64 anni) è stata in calo e inferiore a quella della popolazione italiana, per tutte le principali cause tranne che per le cause esterne di morbosità e mortalità (che includono i decessi legati agli infortuni sul lavoro) (1).

La mortalità neonatale e infantile dei paesi africani e asiatici è superiore a quella degli italiani, più elevata nel Sud rispetto alla media nazionale (2).

L'ospedalizzazione da parte degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) è inferiore rispetto alla popolazione italiana, specialmente tra gli uomini. Per i ricoveri



ordinari, tra i maschi i tassi standardizzati risultano pari a 111 (\*1.000 ab.) per gli italiani e 81 (\*1.000 ab.) per gli stranieri provenienti da PFP, e tra le femmine rispettivamente 115 (\*1.000 ab.) e 101 (\*1.000 ab.). Fanno eccezione i ricoveri per malattie infettive parassitarie e i ricoveri per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio. Particolare rilevanza rivestono anche i traumatismi in regime ordinario tra gli uomini, pari a circa 1/5 di tutti ricoveri effettuati da cittadini stranieri in Italia (3).

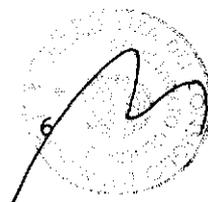
Nel 2012 il 15% dei nati aveva entrambi i genitori stranieri, il 20% almeno un genitore straniero (107mila).

Le donne straniere hanno peggiori indicatori di assistenza in gravidanza e maggiori difficoltà a proseguire con l'allattamento al seno (4); in particolare tra le donne straniere risulta molto più elevata la quota di coloro che effettuano la prima visita in gravidanza dal terzo mese in poi (41% vs 24%).

Un terzo delle IVG nel 2011 ha riguardato cittadine straniere (34mila); i tassi di abortività sono 3-4 volte superiori a quelli delle italiane (5).

L'incidenza di tumori attraverso i dati di registri locali (Toscana e Piemonte) evidenzia valori più bassi tra gli stranieri provenienti da PFP rispetto agli italiani e agli stranieri provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (PSA), per quasi tutte le sedi tumorali, tranne che per i tumori di origine virale (fegato e cervice uterina) (6).

Non si evidenziano differenze rilevanti per quanto riguarda l'alimentazione, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol. L'attività fisica è inferiore tra gli stranieri. Il sovrappeso e l'obesità si configurano come uno dei principali problemi da affrontare: la prevalenza tra gli stranieri risulta essere pari a circa il 40%, sovrapponibile a quella degli italiani (7). Come noto, sovrappeso e obesità rappresentano importanti fattori di rischio per eventi cardiovascolari e per molte patologie croniche, inclusi diversi tipologie di tumori. La salute percepita risulta lievemente migliore tra gli stranieri: il 81% fornisce una valutazione positiva contro il 76% degli italiani, anche per la diversa composizione per età. Risulta invece più alta tra gli stranieri la percezione di subire un infortunio sul lavoro (32% vs 26% tra gli italiani). Si osservano livelli più bassi di copertura tra gli stranieri per gli screening cervicali, mammografici e per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, principalmente per i test al di fuori delle campagne di screening organizzato. In particolare la percentuale di pap-test effettuata negli ultimi tre anni è pari al 63% tra le italiane e al 50% tra le straniere, mentre per la mammografia le per-



centuali di donne che dichiarano di averne effettuata una negli ultimi due anni sono rispettivamente pari a 57% e 37% (ISTAT, 2013).

Infine vale la pena sottolineare come tra gli stranieri la discriminazione sul luogo di lavoro si associa a uno stato peggiore di salute mentale, soprattutto tra le persone più istruite, con condizione peggiorata da una carenza di integrazione, espressa come senso di solitudine e scarso livello di soddisfazione per la propria vita (8).

In Italia sono stati istituiti sistemi di sorveglianza speciali per alcune malattie infettive di particolare importanza, per raccogliere informazioni più dettagliate e tempestive rispetto al sistema routinario di notifica.

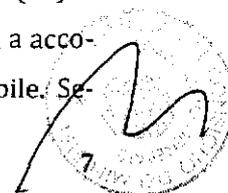
Infine, a seguito dello straordinario afflusso di migranti provenienti da diversi stati del nord-Africa sulle coste italiane tra il 2010 e 2011, è stato realizzato un sistema di sorveglianza epidemiologica volto a rilevare precocemente eventuali emergenze sanitarie.

## **C.2 La situazione dell'immigrazione in Italia nell'anno 2015**

I cittadini stranieri residenti in Italia al 1 gennaio 2015 risultano pari a 5.014.437 (8,2%), di cui 2.372.796 maschi e 2.641.641 femmine (9). I cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia al 1° gennaio 2014 sono pari a 3.874.726, con un incremento di circa 110.000 unità, pari al 3%. I Paesi di cittadinanza più rappresentati sono Marocco (524.775), Cina (320.794), Ucraina (233.726) e Filippine (165.783) (ISTAT). Il numero di permessi di soggiorno rilasciati durante il 2013 sono stati 255.646, il 3,2% in meno rispetto al 2012 (10). Nel corso del 2014 sono state presentate 63.456 istanze di protezione internazionale, con un incremento del 138% rispetto al 2013 (n=26.620). Per 22.053 persone, pari al 34,7% dei richiedenti, è stata riconosciuta una delle forme di protezione internazionale. Complessivamente, sono stati rilasciati 10.034 (45,4%) permessi di soggiorno per motivi umanitari. I minori non accompagnati sono stati 1.745 nel 2014, rispetto ai 1.508 del 2013, con un incremento del 15,7% (11).

Durante tutto lo scorso anno sono sbarcate sulle coste italiane 170 mila persone (una media di 14.200 arrivi al mese), più della somma dei tre anni precedenti e quasi il triplo del 2011 (anno dell'emergenza Nord Africa seguita alle "primavere arabe") provenienti complessivamente da 77 nazioni: i siriani erano circa un quarto, seguiti da eritrei, somali e maliani. Il 15% era costituito da minori, di cui oltre la metà non accompagnati (questi ultimi provenienti soprattutto da Eritrea, Egitto e Somalia). Tra gli adulti, le donne hanno rappresentato circa il 13%. Si stima che almeno 3.500 migranti forzati abbiano perso la vita nel Mediterraneo (12).

Una delle criticità principali della gestione degli arrivi sulle coste italiane è l'assistenza e accoglienza dei minori stranieri non accompagnati, un gruppo particolarmente vulnerabile. Se-



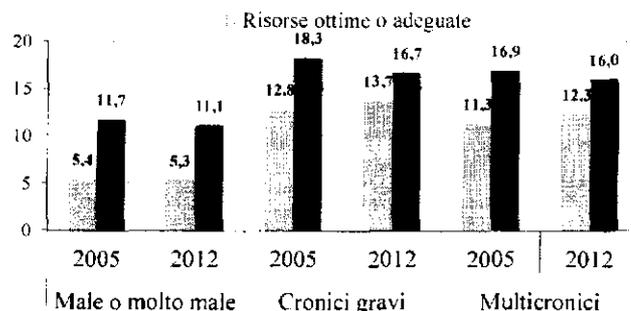
condo le stime di Save the Children, dal 1 gennaio al 25 giugno 2015 sono arrivati via mare solo in Italia almeno 6.300 minori, di cui 4.000 circa non accompagnati.

### C.3 Le disuguaglianze di salute in Italia

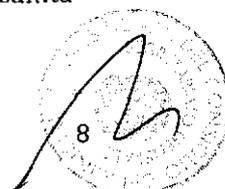
Povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, lavoro poco qualificato, basso titolo di studio sono tutti fattori, spesso correlati tra loro, che minacciano la salute degli individui. In Italia si osservano disuguaglianze nella salute che riguardano l'incidenza e la prevalenza delle malattie, come pure la mortalità in rapporto alle dimensioni della posizione socioeconomica. Le disuguaglianze osservate riguardano sia indicatori obiettivi di morbosità, disabilità e mortalità sia indicatori di salute autoriferita. Ad esempio, tra gli uomini, si osservano più di cinque anni di svantaggio nella speranza di vita tra gli operai non qualificati rispetto ai dirigenti, con valori progressivamente crescenti al crescere del livello socioeconomico. Inoltre il rischio di decesso è inversamente correlato al titolo di studio: tra gli uomini, assumendo come riferimento la mortalità di un laureato, questa cresce del 16% per chi possiede un diploma di maturità, del 46% per chi ha una licenza media inferiore e del 78% per chi ha la licenza elementare. Questo fenomeno si osserva anche tra le donne per tutti gli indicatori di salute: morbosità acuta e cronica e esiti della patologia (13).

I dati desumibili dalle indagini Multiscopo sulla salute dell'Istat evidenziano un'insoddisfazione per il proprio stato di salute, crescente per livelli inferiori di risorse economiche dichiarate (rispettivamente nel 2005 e 2012, l'11,7% e 11,1% dichiara di star male o molto male tra chi ha risorse economiche scarse o insufficienti, contro il 5,4% e il 5,3% di chi riferisce di godere di risorse ottime o adeguate, Grafico 1).

Grafico 1 - Prevalenze standardizzate per età di persone che dichiarano cattive condizioni di salute per autovalutazione delle risorse economiche (quadrimestre settembre-dicembre 2005 e 2012).



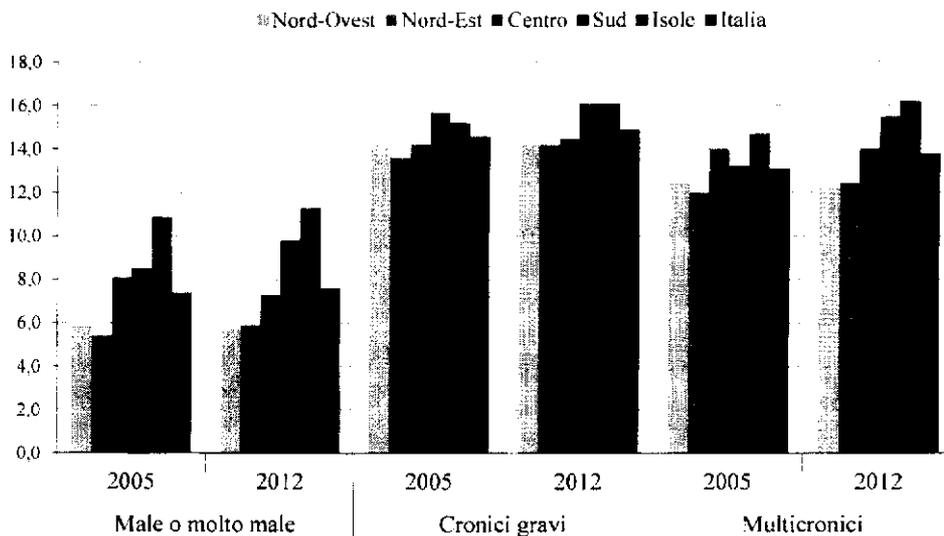
Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2005 e 2012



Un andamento analogo si riscontra nella cronicità grave e nella multicronicità, in cui le percentuali tra i dichiaranti di risorse scarse o insufficienti sono più elevate (rispettivamente 16,7% e 16%).

Le differenze di salute in Italia sembrano avere un gradiente geografico Nord-Sud. Utilizzando gli stessi indicatori di salute, nelle regioni del Mezzogiorno si riscontrano problemi di salute più pronunciati soprattutto nel caso della valutazione della salute percepita, con disuguaglianze che sembrano crescere, particolarmente nel caso della multicronicità (Grafico 2).

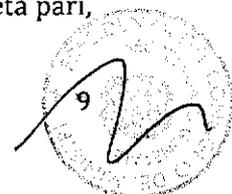
Grafico 2. Prevalenze standardizzate per età di persone che dichiarano cattive condizioni di salute per ripartizioni territoriali (quadrimestre settembre-dicembre 2005 e 2012).



Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2005 e 2012.

Il divario tra Nord e Sud potrebbe essere spiegato dalla concentrazione di condizioni di povertà individuali nel Mezzogiorno, unitamente alla minore capacità di risposta in queste Regioni di moderare l'impatto delle disuguaglianze sulla salute; l'allargamento nel tempo potrebbe essere correlato all'effetto della crisi economica che si è generata tra le due rilevazioni.

Per quanto riguarda la mortalità, i dati dello studio longitudinale basato sull'indagine ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 1999-2000, su una coorte di 128.818 residenti, seguita fino al 2007 con *follow up* di mortalità a partire dalla data dell'intervista (effettuata tra settembre 1999 ad agosto 2000), evidenziano un gradiente geografico nella mortalità generale (14): sia tra gli uomini che tra le donne si osservano tassi di mortalità più elevati al sud e più bassi al centro (tassi di mortalità standardizzati per età pari,



rispettivamente, a 796.5, 761.0 e 829.9 per 100,000 uomini al nord, centro e sud e, rispettivamente, pari a 449.2, 422.5 e 455.3 donne del nord, centro e sud). I rischi di mortalità per tutte le cause presentano un gradiente inverso rispetto al livello di istruzione e risultano significativamente più elevati tra le persone con bassa istruzione rispetto ai più istruiti, sia negli uomini che nelle donne: gli uomini con istruzione elementare presentano un rischio di morte di circa l'80% superiore a quello dei più istruiti; tra le donne tale eccesso è di minore entità ma comunque superiore al 60%.

*Tabella 1. Mortalità generale per livello di istruzione (Deceduti, tassi grezzi e RR aggiustati per età e area geografica). Età compresa tra 25 e 74 anni.*

	Livello d'istruzione	n. deceduti	Tassi grezzi	RR	IC al 95%	
<b>Uomini</b>	Laurea	98	393.19	1		
	Diploma superiore	354	376.00	<b>1.16</b>	0.88	1.54
	Lic. media inferiore	506	509.04	<b>1.46</b>	1.12	1.91
	Lic. elementare o meno	1,588	1,858.98	<b>1.79</b>	1.39	2.32
	<i>p=0,01 per trend lineare</i>					
<b>Donne</b>	Laurea	42	169.00	1		
	Diploma superiore	169	181.95	<b>1.12</b>	0.70	1.80
	Lic. media inferiore	208	241.11	<b>1.22</b>	0.77	1.94
	Lic. elementare o meno	1,149	960.40	<b>1.63</b>	1.05	2.54
	<i>p=0,06 per trend lineare</i>					

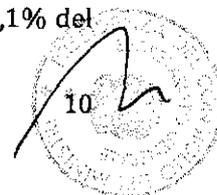
Fonte: Marinacci C et al., European Journal of Public Health, 2013.

Le cause che maggiormente contribuiscono al gradiente sociale sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori. Sia gli uomini che le donne evidenziano un incremento regolare della mortalità per tutti i tumori al decrescere del livello d'istruzione: le donne con istruzione elementare presentano un rischio di morire, per tale causa, pari a circa il doppio di quello delle più istruite; anche le donne con livello d'istruzione medio mostrano un rischio di decesso superiore a quello delle più avvantaggiate.

Gli squilibri evidenziati potrebbero aumentare a causa dell'incremento della povertà in ampie fasce sociali del nostro Paese.

Secondo il Rapporto Istat 2015, nel 2014, 1 milione e 470 mila famiglie (5,7% di quelle residenti) è in condizione di povertà assoluta, per un totale di 4 milioni 102 mila persone (6,8% della popolazione residente), sostanzialmente stabile rispetto al 2013. La povertà assoluta è sostanzialmente stabile anche sul territorio, si attesta al 4,2% al Nord, al 4,8% al Centro e all'8,6% nel Mezzogiorno.

Tra le famiglie con stranieri la povertà assoluta è più diffusa che nelle famiglie composte solamente da italiani: dal 4,3% di queste ultime (in leggero miglioramento rispetto al 5,1% del



2013) al 12,9% per le famiglie miste fino al 23,4% per quelle composte da soli stranieri. Al Nord e al Centro la povertà tra le famiglie di stranieri è di oltre 6 volte superiore a quella delle famiglie di soli italiani, nel Mezzogiorno è circa tripla.

L'incidenza di povertà assoluta scende all'aumentare del titolo di studio: se la persona di riferimento è almeno diplomata, l'incidenza (3,2%) è quasi un terzo di quella rilevata per chi ha la licenza elementare (8,4%).

Come quella assoluta, la povertà relativa risulta stabile e coinvolge, nel 2014, il 10,3% delle famiglie e il 12,9% delle persone residenti, per un totale di 2 milioni 654 mila famiglie e 7 milioni 815 mila persone (15).

### Bibliografia

1. Bruzzone S, Mignolli N. Mortalità per causa tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2013: 234-41.
2. Bruzzone S, Mignolli N. Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2012, *op. cit.*, pp.242-47.
3. Pugliese A, Burgio S, Geraci S, Baglio G. Ospedalizzazione tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2012, *op. cit.*, pp. 226-33.
4. Lauria L, Andreozzi S (a cura di). Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009. Rapporti Istituzionali 11/12.
5. D'Errigo A, Loghi M, Spinelli A. Abortività volontaria delle donne straniere. In: Rapporto Osservasalute 2012, *op. cit.*, pp.219-23.
6. Manneschi G, Crocetti E, Puliti D, et al. L'incidenza dei tumori in cittadini nati in Italia e in immigrati di prima generazione. *E&P* 2011; 35 (5-6): 292-6.
7. Mandolini D, Di Napoli A, Costanzo G, Perez M, Petrelli A. Sovrappeso e obesità tra gli immigrati in Italia: evidenze dall'indagine multiscopo ISTAT sugli stranieri. XXXIX Congresso dell'Associazione Italiana di Epidemiologia. Milano, 27-30/10/2015. Atti: 204(O).
8. Petrelli A, Di Napoli A, Mandolini D, Rossi A, Gatta R, Costanzo G, Perez M. Discrimination, integration and self-perceived mental health among immigrants in Italy. 8th European Public Health Association Conference. Milan, 14-17/10/2015. *European Journal of Public Health* 2015; 25(suppl.3):28.
9. Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Sito: [www.dem.istat.it](http://www.dem.istat.it)
10. SPRAR. Rapporto annuale del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati. Atlante SPRAR 2012/2013.  
Sito web: <http://www.serviziocentrale.it/file/server/file/SPRAR-rapporto%202012defmg.pdf>
11. [http://www.interno.gov.it/sites/default/files/riepilogo\\_dati\\_2013\\_2014\\_asilo.pdf](http://www.interno.gov.it/sites/default/files/riepilogo_dati_2013_2014_asilo.pdf)
12. Baglio G, Napoli PA, a cura di. Salute e prevenzione tra i migranti invisibili. INMP, Roma, 2015
13. Costa G, Bassi M, Gensini GF, Marra M, Nicelli AL, Zengarini N, a cura di. L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità. Franco Angeli editore, Milano, 2014.
14. Marinacci C et al. Social inequalities in total and cause-specific mortality of a sample of the Italian population, from 1999 to 2007. *Eur J Public Health* 2013; 23(4): 582-7.
15. Report Istat "La povertà in Italia - anno 2013", Roma, 14 luglio 2014. [www.istat.it/it/archivio/128371](http://www.istat.it/it/archivio/128371)



## **D.1 ATTIVITÀ NEL 2015**

### **D.1 L'assistenza sanitaria ambulatoriale**

L'ambulatorio polispecialistico dell'INMP eroga visite e prestazioni di primo livello ad accesso immediato, sette giorni su sette, ed è accessibile a stranieri, regolari e irregolari, e ad italiani, con particolare attenzione a coloro che appartengono alle fasce deboli di popolazione.

Alle visite di primo livello, mediche e psicologiche, fanno seguono, nei casi indicati, e spesso nella stessa giornata, le visite in discipline specialistiche della dermatologia, infettivologia, medicina interna, oculistica, cardiologia, otorinolaringoiatria, ginecologia, odontoiatria, psichiatria e psicologia, pediatria, urologia, chirurgia ambulatoriale. Tali ambulatori sono dotati di apparecchiature diagnostiche e terapeutiche che consentono di fornire un servizio integrato: ecografi, ecocardiografo, ECG, fibroscan, breath test, laser dermatologico, campimetro, OCT, ortopantomografo, cabina silente, fibroscopia ORL, ed altre.

E' attivo un centro prelievi, in collegamento con i laboratori dell'Ospedale San Camillo, per l'effettuazione di esami del sangue, delle urine, delle feci nonché di ricerche microbiologiche su tamponi. Oltre ai prelievi, l'ambulatorio infermieristico provvede a cicli di medicazioni di ferite ed ulcere come pure alla somministrazione di terapie farmacologiche prescritte dai medici e che i pazienti abbiano difficoltà ad eseguire da soli.

L'ambulatorio di medicina dei viaggi è finalizzato al monitoraggio delle malattie in Paesi che sono meta di viaggi o di rientri in patria e di malattie a diffusione internazionale; vi si svolgono counselling pre e post viaggio nonché vaccinazioni per febbre gialla, epatite, encefaliti, colera, meningococco, ecc. Vengono altresì effettuati test di Mantoux per la diagnosi di Infezione tubercolare latente o di TBC.

L'accesso ai servizi del poliambulatorio avviene senza prenotazione, sia con normale impegnativa SSR sia senza, per coloro che non hanno potuto disporre. A questi ultimi viene effettuata una visita generale a seguito della quale si prescrivono, se necessari ed appropriati, farmaci ed esami. A coloro che ne hanno diritto viene rilasciato il tesserino e codice STP o quello ENI (europei non iscritti). In casi non altrimenti assistibili, nei quali si ravvisa l'indispensabilità di cure essenziali e non differibili, l'Istituto provvede a proprie spese, mediante un apposito Fondo di solidarietà per l'erogazione di farmaci o di esami diagnostici a pazienti in condizioni di indigenza.

La visita medica generale viene preceduta dal colloquio con i mediatori transculturali finalizzato all'accoglienza, al superamento delle barriere linguistiche e culturali, all'espressione dei bisogni sanitari e sociosanitari, all'orientamento verso i servizi interni ed esterni. I mediatori possono poi partecipare alle visite mediche o psicologiche quando ciò sia opportuno o neces-



sario per la situazione del paziente. I servizi medici e psicologici sono affiancati ed integrati dall'apporto di due antropologhe con specifica formazione ed esperienza nel settore sanitario, al fine di fornire un servizio che sia sempre più attento agli aspetti storici, sociali e culturali che contribuiscono al determinarsi e all'esprimersi delle malattie. Esse svolgono attività di consulenza antropologica, di documentazione e di ricerca.

Oltre ai servizi medici, l'ambulatorio dispone di alcuni sportelli dedicati per particolari esigenze: lo sportello sociosanitario e lo sportello per richiedenti la protezione internazionale.

Il primo approfondisce, con l'intervento di mediatori culturali e di un'assistente sociale, necessità particolari e complesse quali la continuità assistenziale e l'accompagnamento a servizi ospedalieri, le informazioni per il diritto all'istruzione e al lavoro, il sostegno alla maternità, ecc.

Lo sportello per i richiedenti protezione internazionale svolge attività di informazione, di orientamento, di preparazione al colloquio con le commissioni territoriali; inoltre, fornisce un percorso dedicato interdisciplinare per l'approfondimento delle condizioni di salute fisica e psichica dei richiedenti asilo. Vi operano medici, psicologi, mediatori culturali, e un medico legale per il rilascio dello specifico certificato, nei casi in cui ne ricorrano le condizioni.

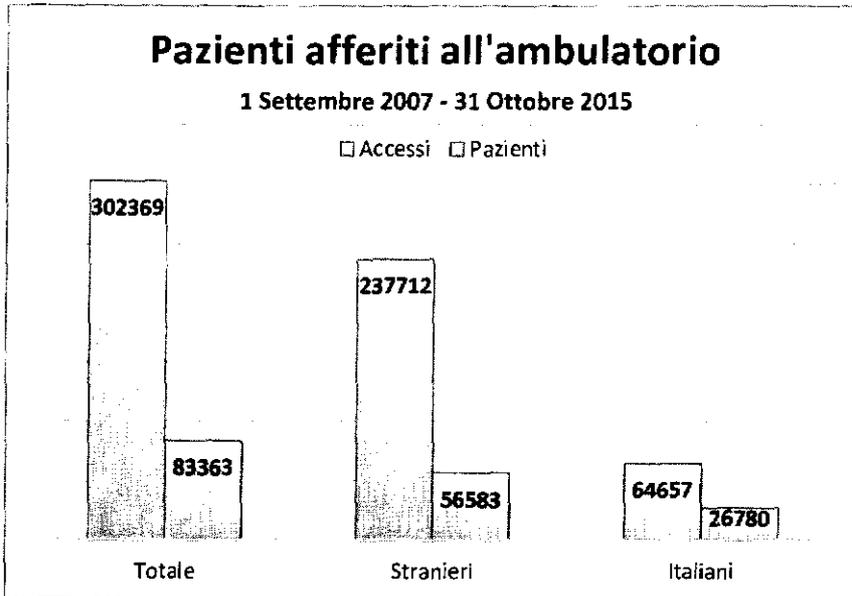
L'Istituto ha stretto accordi di collaborazione con qualificate associazioni di tutela giuridica gratuita quali Avvocato di Strada e ASGI. Le due associazioni operano all'interno del poliambulatorio ricevendo le persone che hanno necessità di tutela, in costante raccordo con i servizi interni dell'INMP.

I servizi dell'ambulatorio ricevono numerose richieste dai centri di accoglienza appartenenti allo SPRAR, dal CIE di Ponte Galeria e da altre strutture i cui gli ospiti vengono prenotati per svolgere visite e approfondimenti diagnostici con una modalità dedicata.

Si rende a volte necessario che siano i medici e i mediatori culturali dell'INMP a raggiungere tali centri quando vi sia l'impossibilità o sia sconsigliabile far viaggiare gli ospiti; in tali casi sono organizzate visite in loco, nell'ambito delle strutture ospitanti o nell'ambulatorio mobile dell'Istituto. Ciò viene fatto in accordo con le Autorità sanitarie o di pubblica sicurezza responsabili territorialmente, al fine di condividere e collaborare nell'iter sanitario.

Da settembre 2007 a ottobre 2015 sono stati accolti nel poliambulatorio INMP oltre 83.300 persone, per un totale di oltre 302.000 accessi.

Grafico 3. Pazienti ed accessi presso l'ambulatorio INMP



La domanda di assistenza risulta costantemente in crescita, a partire dai 19.473 accessi del 2008 fino ai 46.936 del 2014. Si osserva un incremento progressivo di presenze maschili, che passano dal 45% del 2008 al 52% del 2014.

Tra le fasce d'età, le quali più rappresentate quelle giovanile e di adulti fino ai 54 anni. Il 9,6% dei pazienti ha meno di 18 anni.

Grafico 4. Distribuzione per fasce d'età

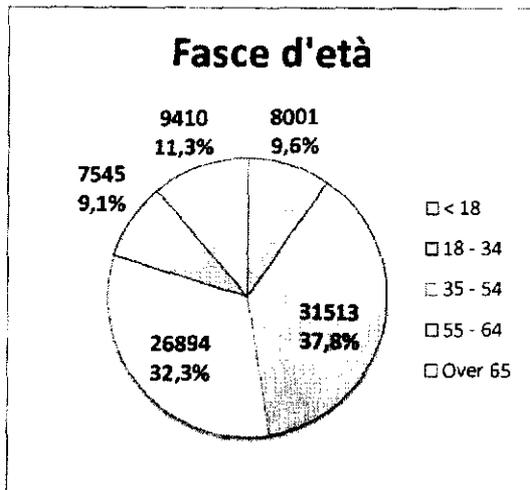
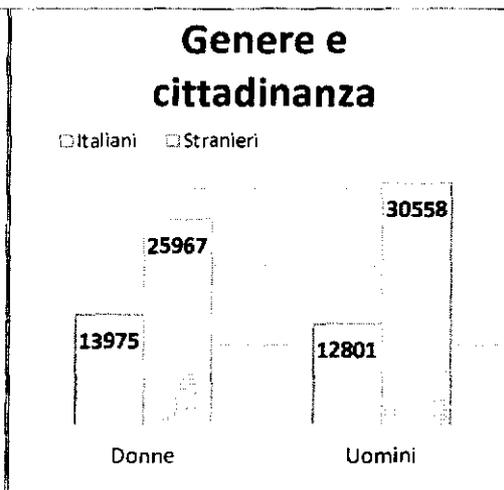


Grafico 5. Genere e cittadinanza



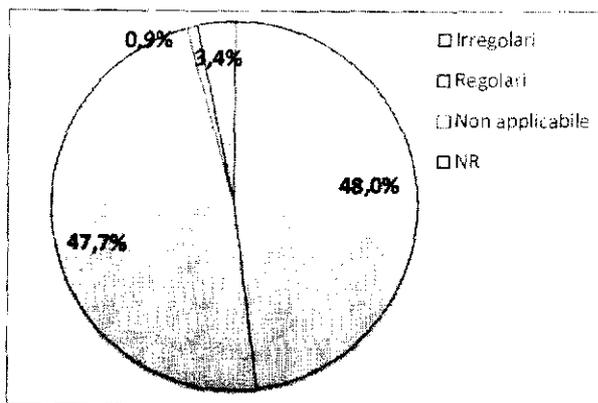
Da un'iniziale composizione dei pazienti per il 93% stranieri e per il 7% italiani, si è giunti, nel 2014, a una presenza di italiani pari al 40%, di cui gran parte esenti per basso reddito (v. paragrafo D.6.5). Simili trend vengono osservati anche in altre strutture sanitarie dedite alla presa in cura di gruppi fragili di popolazione. È ragionevole dunque ipotizzare che una parte

14

rilevante di tale modificazione sia dovuta alla generazione di nuove povertà, principalmente per effetto della crisi economica.

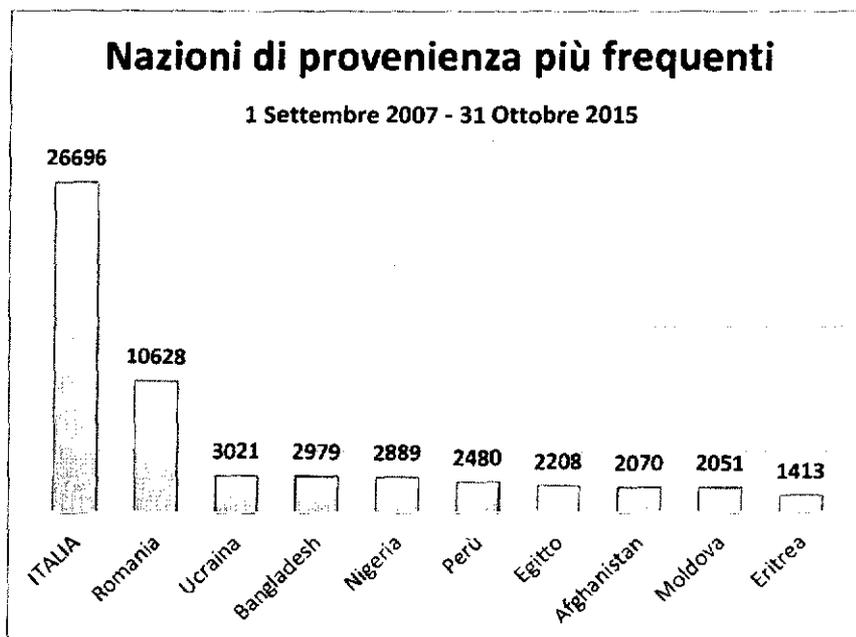
Tra gli stranieri, circa la metà è in condizione di irregolarità e ottengono assistenza mediante il rilascio della tessera e del codice STP o ENI.

Grafico 6. Condizione legale dei pazienti stranieri



In linea con i dati nazionali, la principale presenza straniera risulta quella romena, seguita da ucraina, bengalese e nigeriana.

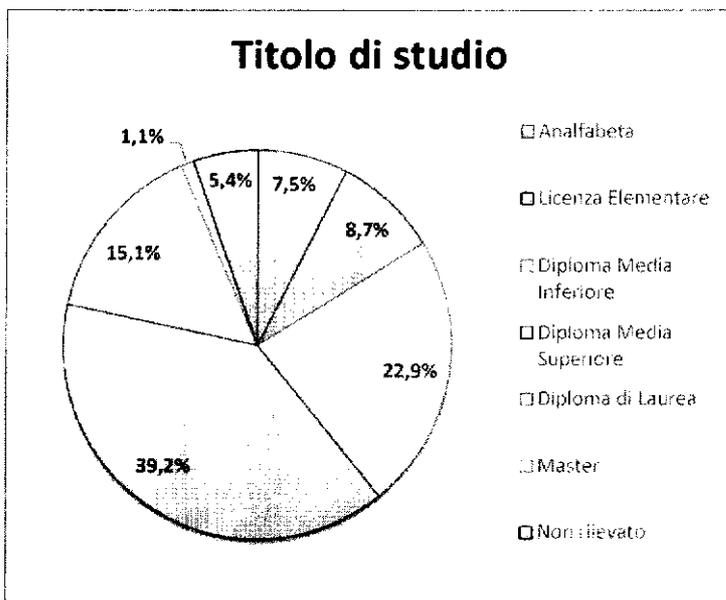
Grafico 7. Distribuzione dei pazienti INMP per Paese di provenienza



Oltre il 54% dei pazienti risulta avere conseguito un titolo di studio di scuola media secondaria o universitaria.



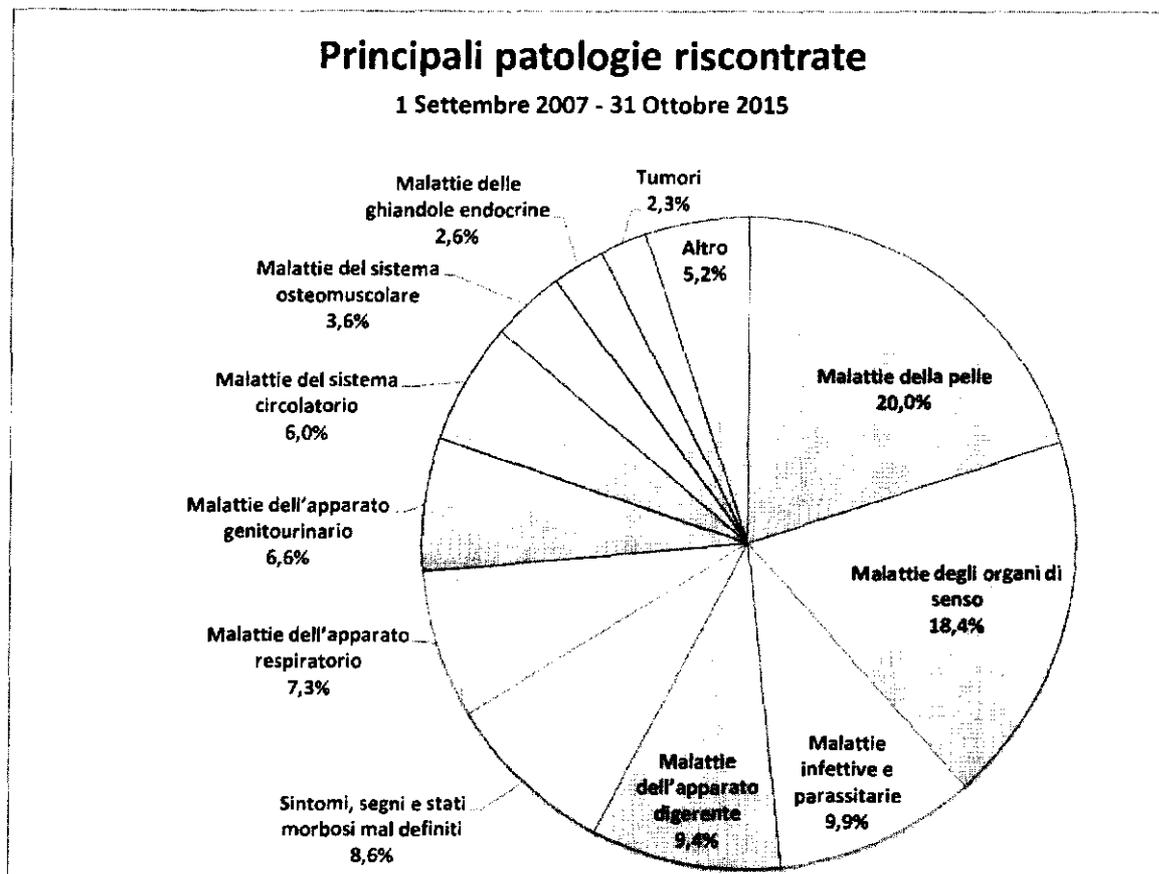
Grafico 8. Distribuzione dei pazienti per titolo di studio posseduto



I principali problemi di salute per i quali l'INMP ha erogato assistenza sanitaria sono dovuti alle malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (n=22.749), malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (n=20.938), in particolare dell'occhio e dell'orecchio, le malattie infettive e parassitarie (n=11.254), e malattie dell'apparato digerente (n=10.738), in particolare della cavità orale, delle ghiandole e delle mascelle.

Riguardo al triage e allo screening dei migranti all'arrivo, l'Istituto, conformemente alle indicazioni della WHO, non esegue screening generalizzati, poiché di tali interventi non vi è una chiara evidenza dei benefici e della costo-efficacia, mentre essi possono essere fonte di ansia per gli immigrati stessi. Si eseguono invece controlli di salute mirati, come modalità per garantire a tutti gli immigrati l'accesso alle cure. Tra il 2009 e il 2014 sono stati diagnosticati 22 casi confermati di TBC (di cui 5 con storia pregressa). La prevalenza di HBV rilevata in una serie di casi è stata del 7,7%; dell'HCV è pari al 5,8%.

Grafico 9 Distribuzione delle diagnosi effettuate, per classi



Tra i pazienti, i richiedenti protezione internazionale sono stati 7.843, provenienti principalmente da Nigeria, Afghanistan, Eritrea, Mali, Costa d'Avorio, Somalia, Gambia, Ghana, Senegal e Turchia. L'83,5% di esse sono uomini, il 79% ricadente nella fascia di età 18-34, con una presenza di minori pari a 581. Di queste 2.389 hanno avuto accesso al servizio di assistenza psicologica, tra cui 1.848 hanno avanzato richiesta di protezione internazionale. I richiedenti protezione internazionale hanno richiesto 46.427 accessi, con un numero medio di accessi pro-capite pari a 5,9 e superiore rispetto alla casistica generale di INMP, evidenziando quindi un bisogno assistenziale più elevato (Fonte: Sistema Informativo INMP).

#### D.1.1. L'équipe interdisciplinare dell'INMP a Lampedusa

L'Istituto ha sottoscritto in data 11 marzo 2015 una Convenzione con il Dipartimento delle libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'Interno per lo svolgimento di prestazioni sanitarie specialistiche nel Centro di primo soccorso e assistenza (CPSA) dell'isola di Lampedusa. Dal mese di maggio, il team interdisciplinare INMP opera con 2 medici (dermatologo e infettivologo), 2 mediatori transculturali, 1 antropologo e 1 psicologo.

Al 30 settembre 2015 il team INMP ha effettuato 3.980 visite mediche specialistiche, 46 colloqui psicologici, 113 interviste antropologiche e alcune migliaia di mediazioni transculturali in lingua araba, francese, inglese, tigrina e amarica.

Le condizioni cliniche trattate dai medici non mostrano in generale segnali di rischio collettivo; solo alcuni pazienti hanno avuto bisogno di cure più complesse o di ricoveri in ambiente ospedaliero, a conferma del ruolo di profilassi di secondo livello esercitato da INMP in particolare sulle malattie infettive. Pochi pazienti con condizioni sospette di tubercolosi, di malaria e di borreliosi sono stati individuati e trattati in loco e successivamente trasferiti in ospedali siciliani.

Alcuni sbarchi si sono mostrati particolarmente difficili poiché hanno messo a serio rischio di naufragio o determinato la morte dei migranti. Le condizioni psicologiche degli ospiti del Centro pertanto sono apparse principalmente caratterizzate da ansia, attacchi di panico e disturbo post-traumatico da stress.

Le narrazioni degli intervistati dalle antropologhe lasciano presupporre che le persone sbarcate siano in larga parte potenziali richiedenti la protezione internazionale e che abbiano subito importanti violenze psicofisiche nel corso del viaggio fino alla Libia.

I dati raccolti testimoniano lunghi percorsi, che vedono tra i 4 e i 6 paesi attraversati prima di imbarcarsi in un porto libico, in particolare Zuara; condizioni di viaggio al rischio della sopravvivenza e del contagio da malattie infettive (alloggi sovraffollati, privi di wc e di ricambi d'aria); violenze e reclusioni nei posti di blocco alle frontiere e in Libia, con la richiesta costante di denaro per recuperare la libertà e proseguire il viaggio migratorio.

La composizione della popolazione ospitata nel Centro e visitata dall'équipe è prevalentemente maschile (83,9%) la fascia d'età prevalente è quella compresa tra i 18 e i 34 anni, la principale regione di provenienza è l'Africa e le Nazioni prevalenti sono, nell'ordine, Eritrea, Nigeria, Somalia e Gambia. Il quadro epidemiologico è rappresentato, nella stragrande maggioranza dei casi, da non gravi diagnosi di tipo infettivo e parassitario e, a seguire, da quelle dermatologiche, tra le quali spiccano per frequenza la scabbia, la pediculosi del capo, l'impetigine e la dermatite da contatto ed altri eczemi (v. Grafico n. 4)

Per dare uniformità ed efficacia alla gestione delle più comuni evenienze sanitarie, quali scabbia e malattie a trasmissione respiratoria, sono stati elaborati protocolli clinico organizzativi.

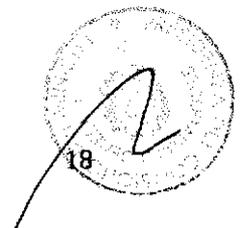
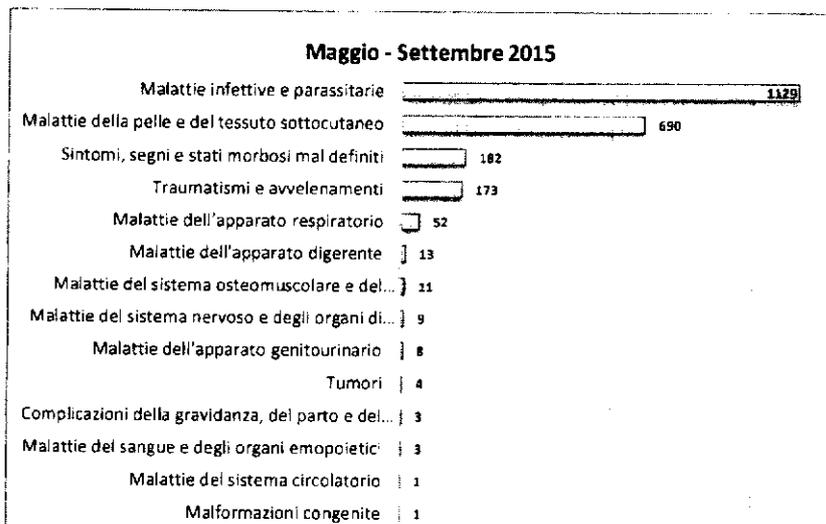


Grafico 10. Principali patologie riscontrate



Inoltre, l'Istituto sta supportando l'ASP di Palermo nella gestione delle visite mediche al molo di Lampedusa, fornendo un medico internista e un'infermiera.

## D.2 Piano di intervento sociosanitario in favore della popolazione migrante in transito

Per offrire assistenza ai profughi, i migranti in transito sul territorio nazionale verso altri Paesi europei, dal 2014 l'Istituto è impegnato in un piano di intervento socio-sanitario insieme ad altre istituzioni sanitarie pubbliche (ASL RMA ed RMB) e organizzazioni umanitarie (Croce Rossa Italiana, Caritas diocesana di Roma, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere ecc.). Si tratta di un modello virtuoso in cui vengono messe in atto nuove modalità operative e forme integrate di collaborazione tra operatori socio-sanitari e che ha permesso di consolidare in tempi brevi una rete territoriale capace di intercettare fisicamente, attraverso l'impiego di unità sanitarie mobili, i migranti in transito, offrendo loro prestazioni sanitarie di primo livello (medicina generale) e di secondo livello (medicina specialistica, soprattutto dermatologica) presso gli insediamenti spontanei e i centri di accoglienza nella periferia romana.

Nel corso del 2014 (dal 18 giugno al 6 novembre), le équipe sanitarie hanno assistito 3.870 persone in 130 interventi di *outreaching*. Si è trattato principalmente di prime visite (88%). I pazienti visitati sono risultati in prevalenza eritrei, maschi (84%), con età mediana di 23 anni; i minori sono stati il 14%, gli ultracinquantenni l'1-2%. Sono state riscontrate prevalentemente patologie dermatologiche (55%), soprattutto scabbia, pediculosi e impetigine. A seguire, le malattie del sistema respiratorio (20%), quali infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali, e le patologie del digerente (9%), con diarrea, dolori addominali e gastriti. I casi di malattie infettive sistemiche sono stati 21 (pari allo 0,5% della casistica totale); 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare, inviate presso strutture ospedaliere per accerta-

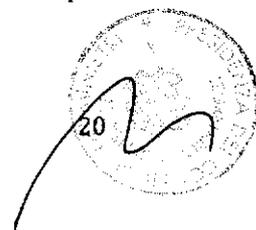
menti, per nessuna delle quali è stata confermata la diagnosi; 8 casi sospetti di malaria e 6 di varicella.

Questi dati non differiscono sostanzialmente da quelli della sorveglianza sindromica effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità tra maggio 2011 e giugno 2013 su circa 5 mila persone ospiti di 139 centri di accoglienza in 13 regioni italiane, che non ha fatto emergere situazioni critiche dal punto di vista sanitario: le indagini epidemiologiche avviate in seguito alle allerte non hanno messo in evidenza cluster epidemici, a eccezione di tre allarmi statistici per casi di "infestazione", confermati poi come focolai di scabbia.

Nel 2015, l'attività è ripresa presso il Centro di accoglienza Baobab, sul territorio della ASL RMA, e la tendopoli per transitanti gestita dalla CRI a Via Tiburtina in Roma. Nei primi mesi di attività (tra maggio e luglio 2015) sono state effettuate complessivamente 1.546 visite, nel corso di 45 uscite. Si è trattato, nella quasi totalità dei casi, di primi contatti (95%), con poche visite di controllo, a conferma della elevata mobilità delle persone intercettate. I pazienti visitati erano in prevalenza maschi (87%) e con età mediana pari a 21 anni. La quota di minori è risultata pari al 16% mentre quella di ultracinquantenni inferiore all'1%. L'84% delle persone visitate ha dichiarato di volersi fermare nel Centro solo pochi giorni. Il tempo mediano intercorrente tra lo sbarco in Italia e l'arrivo nel centro è stato di 4 giorni. Per quanto riguarda il Paese di origine, il 96% dei pazienti era di origine eritrea e il 2% etiopie. Relativamente alle diagnosi, sono state riscontrate prevalentemente patologie dermatologiche (70%), soprattutto di tipo infettivo quali scabbia, foruncolosi e impetigine, complessivamente pari al 59%. Al secondo posto si trovano le malattie a carico del sistema respiratorio (9,5%), in gran parte di infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali. Per quanto riguarda le malattie infettive sistemiche, sono stati segnalati complessivamente 25 casi (pari all'1,7% della casistica totale): in particolare, 2 casi sospetti di TB polmonare, uno dei quali inviato al PS mediante Ares 118, 3 casi (sospetti) di malaria e 20 casi di varicella. Solo in 3 occasioni è stato richiesto l'intervento dell'Ares 118, per un caso di polmonite, un caso di tubercolosi e la gestione di un caso di scabbia particolarmente grave.

### **D.3 La Formazione**

Coerentemente con la *mission* e gli obiettivi strategici dell'Istituto, che prevedono anche lo sviluppo di iniziative volte a migliorare la qualità e l'accessibilità delle cure sanitarie per le fasce deboli della popolazione, l'INMP progetta e attua programmi di formazione specialistica multidisciplinare, a carattere nazionale e internazionale, volti alla sensibilizzazione e alla formazione degli operatori sanitari e socio-sanitari sul proprio modello di presa in carico del pa-



ziente, basato su un approccio a bassa soglia di accesso, transculturale, olistico e centrato sulla persona.

Per quanto attiene le attività formative dell'Istituto, in qualità di provider standard dell'Educazione Continua in Medicina, sono stati organizzati sia eventi accreditati previsti dal Piano annuale ECM 2015 sia eventi non previsti dal suddetto *Piano* e ugualmente accreditati ECM, questi ultimi progettati per rispondere alle esigenze formative sopraggiunte nel corso dell'anno.

Nel dettaglio, sono stati erogati i seguenti eventi formativi:

1. Elementi di epidemiologia e statistica di base;
2. Accesso dei cittadini stranieri - comunitari e non comunitari - al SSN;
3. Salute mentale e assistenza psichiatrica e psicologica in persone R.P.I.
4. Prevenzione della TBC nelle strutture sanitarie;
5. Prevenzione e contrasto all'uso delle creme sbiancanti nella popolazione straniera;
6. Transdisciplinarietà e transculturalità. Confronti tra l'antropologia medica e la biomedicina a partire dall'esperienza dell'INMP
7. Infezioni HPV nel distretto testa collo
8. Aggiornamento sui nuovi protocolli previsti per le medicazioni medico-infermieristiche per le patologie delle popolazioni migranti e ad alto disagio sociale.

Nel corso del 2015, l'Istituto ha, inoltre, realizzato percorsi formativi volti alla tutela della salute delle popolazioni fragili.

In particolare, in qualità di Centro nazionale per la mediazione transculturale in ambito sanitario e nell'ambito degli obiettivi operativi del Progetto interregionale 2013 - 2015 e del progetto FEI "ForMe - Percorso formativo per mediatori transculturali in ambito sanitario", è stato definito e sperimentato il curriculum formativo per la definizione della figura del mediatore transculturale esperto in ambito sanitario.

In riferimento alla mediazione medesima, relativamente al Progetto "Sliding Doors" condotto dall'INMP in collaborazione con la ASP di Palermo, si è provveduto organizzare un corso di formazione con l'obiettivo di migliorare le conoscenze e le competenze di mediatori transculturali in materia di salute e migrazione per renderli consapevoli del loro ruolo in ambito sanitario, offrendo nozioni in materia di salute degli stranieri e orientamento ai servizi sanitari e socio-sanitari del territorio. In particolare, l'evento si è caratterizzato per aver integrato lezioni frontali e metodologie didattiche interattive, attraverso la presentazione dell'organizzazione e il funzionamento dei servizi da un punto di vista normativo e pratico,

A circular stamp with a signature inside. The signature is written in black ink and appears to be a stylized 'A' followed by some illegible characters. The stamp itself is a light grey or blue circular seal.

nonché tramite l'approfondimento della relazione medico-paziente in chiave antropologica e la presentazione e la discussione di casi pratici sulla presa in carico della persona straniera. Inoltre, si è provveduto alla continuazione dell'attività formativa destinata ai lavoratori stranieri avviata nel corso del 2014 nell'ambito del progetto CCM 2013 "La salute dei lavoratori stranieri in campo edile".

Nell'ambito delle linee di attività della "Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà", al fine di voler contribuire alla condivisione di un approccio comune nella formazione degli operatori in materia di tutela della salute della popolazioni fragili e migranti, nel corso del 2015 è stata individuata una modalità operativa utile per l'attivazione di una *comunità di pratica* sulla formazione, pensata per consentire una capillare rilevazione del fabbisogno formativo delle diverse Regioni, attraverso il confronto diretto con i Responsabili regionali della Formazione e i Responsabili Regionali delle politiche per la migrazione. Ciò al fine di predisporre percorsi formativi specifici per le diverse esigenze territoriali, creando, al contempo, un uniforme bagaglio di conoscenze e competenze utili per fronteggiare le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà.

Infine, nel 2015, sempre con l'intento di rendere più corretta e uniforme la comunicazione utilizzata dai *mass-media* sul fenomeno migratorio e della povertà, sono state attivate iniziative utili per la sensibilizzazione dei giornalisti. Nel corso del 2015, infatti, sono stati avviati i contatti con l'Ordine dei Giornalisti di Roma e del Lazio per la stipula di un Accordo di collaborazione, finalizzato a fornire percorsi di sensibilizzazione, informazione e formazione accreditata sulle tematiche oggetto delle principali attività dell'INMP e in particolare volte alla corretta informazione in ambito sanitario.

#### **D.4 I progetti finanziati con fondi esterni**

I progetti di seguito indicati sono stati eseguiti dall'Istituto con finanziamenti non derivanti dai progetti interregionali. Pertanto, anche se non rientranti tra le attività svolte grazie al finanziamento annuale di cui all'art. 14 del decreto - legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, appare rilevante darne una sintetica descrizione, in quanto eseguiti ai sensi dell'art. 14, comma 6 del predetto decreto-legge, laddove recita che "Per il finanziamento dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), di cui al comma 2, si provvede...(omissis)... mediante ...(omissis)... la partecipazione a progetti anche di ricerca nazionali ed internazionali".

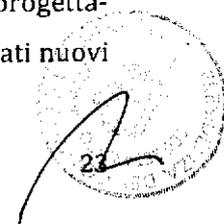


#### D.4.1 Progetti finanziati dal Ministero della salute

Nell'ottica della costituzione di un modello assistenziale indirizzato alle persone che maggiormente incontrano barriere all'accesso ai servizi, perché in condizione di particolare fragilità socio-economica, l'INMP è ormai al quarto anno della realizzazione di un percorso definito come un vero «percorso di medicina sociale». Esso è stato avviato nel 2011, con un finanziamento del Ministero della salute, ed è volto all'attuazione di progetti di valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici rivolti alle fasce deboli della popolazione. Grazie ai progetti di medicina sociale, il paziente può accedere a uno qualsiasi dei servizi socio-sanitari previsti, eventualmente assistito dalla figura del mediatore transculturale e, qualora se ne evidenziasse la necessità clinica, fruisce gratuitamente dei dispositivi medici attinenti. Nell'anno in corso, si sono conclusi quattro dei progetti di medicina sociale che hanno avuto inizio nell'anno precedente:

- in campo ginecologico, è stato condotto uno studio volto ad una gestione efficace delle uretriti, delle infezioni cervico-vaginali nelle fasce più deboli della popolazione, italiane e straniere, con una conseguente riduzione della diffusione delle Infezioni Sessualmente Trasmissibili (IST);
- in campo audiologico è stato possibile offrire servizi di qualità per la diagnosi e la terapia per le patologie acute e croniche dell'unità rino-faringo-tubarica così come di quelle tubariche e vestibolari. Inoltre, grazie al progetto, sono state fornite gratuitamente protesi acustiche di ultima generazione a pazienti con ipoacusie medio-gravi e gravi, binaurali o monoaurali;
- in campo oculistico, l'obiettivo è stato l'*empowerment* visivo di individui appartenenti alle fasce deboli della popolazione. Successivamente all'individuazione del fabbisogno di lenti correttive, dei pazienti affetti da vizi di rifrazione, glaucoma, degenerazione maculare e patologie dell'interfaccia vitreo-retinica, sono stati forniti occhiali su misura;
- in campo infettivologico-gastroenterologico l'obiettivo è stato quello di facilitare la diagnosi precoce e l'accesso ai servizi e alla terapia medica, al fine di prevenire lo sviluppo di complicanze gravi per il paziente, quali l'ulcera peptica e il tumore gastrico.

Contestualmente sono stati avviati ulteriori quattro progetti (odontoiatria, oculistica, ginecologia e audiologia) nelle specialità di cui è stato constatato, anche attraverso l'analisi dei risultati della progettazione precedente, un maggiore bisogno nelle medesime fasce deboli della popolazione. In alcuni casi si è proseguito con le attività cliniche della precedente progettazione (audiologia e oculistica) mentre in altri, quali la ginecologia, sono stati individuati nuovi

A handwritten signature in black ink is written over a circular stamp. The stamp contains some illegible text, possibly a date or a reference number, and the number '23' is visible at the bottom of the stamp.

target di destinatari sulla base di una valutazione di epidemiologici a livello nazionale. In questo caso specifico vengono offerte visite specialistiche gratuite a donne con sanguinamento anomalo uterino, proponendo, per le donne arruolate, l'inserzione terapeutica di una IUD medicata. In fine anno 2015 sono in progettazione ulteriori quattro progetti con utilizzo gratuito di dispositivi medici, nelle aree della dermatologia, della diabetologia, delle malattie infettive e parassitarie nonché dell'odontoiatria. Si avvia a conclusione l'ultimo semestre del progetto CCM (finanziamento del 2013), che ha avuto inizio lo scorso anno, diretto alle Piccole e Medie Imprese (PMI) del settore edile ed avente ad oggetto l'individuazione di un sistema per una migliore presa in carico della salute del lavoratore straniero. L'INMP, in partenariato con l'INAIL e la Commissione nazionale per la prevenzione infortuni, l'igiene e l'ambiente di lavoro (CNCPT), ha definito in collaborazione anche con i locali Comitati Paritetici Territoriali, un modello replicabile di azione formativa diretta ai lavoratori stranieri del comparto edile. Sono state attivate aule sperimentali in affiancamento a quelle già definite in ottemperanza del D.Lgs 81/08, con contenuti specifici riguardanti l'accesso al Servizio sanitario nazionale, e caratterizzate dalla presenza del mediatore transculturale. Dopo aver individuato le tre Regioni italiane in collaborazione con i partner progettuali, sono state identificate tre città in collaborazione con i locali Comitati paritetici (Milano, Varese, Bergamo, Verona e Roma), presso le quali sono state attivate le aule formative. Al termine delle attività progettuali, prorogate a febbraio 2016, saranno presentati i risultati relativi alla sperimentazione del modello.

#### **D.4.2 Progetti finanziati dal Ministero degli Affari Esteri**

Finanziato dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, l'Istituto, in partenariato con il Ministero della Salute di Gibuti ed altri enti pubblici e privati locali, ha condotto, anche nel 2015, un'azione volta a rafforzare le competenze e le capacità di Istituzioni e personale sanitario gibutiano e di accrescere la consapevolezza della comunità sulla salute della donna, con particolare attenzione alla salute riproduttiva, materno-infantile e alle complicanze derivanti dalle differenti tipologie di mutilazioni genitali femminili. A tal riguardo sono particolarmente apprezzabili i risultati della ricerca epidemiologica per la stima della prevalenza dell'HVP oncogeno nelle donne gibutiane, che verranno utilizzati dal Ministero della salute locale per l'organizzazione di un primo programma di screening cancro del collo dell'utero. Inoltre, la seconda annualità della ricerca antropologica per lo studio dei fattori protettivi nelle comunità rurali e cittadine dalle MGF hanno suscitato un produttivo dibattito pubblico nel Paese africano, impegnato nel bando di tali pratiche anche con la collaborazione dell'OMS e dell'UNFPA.

Nell'ambito dei progetti finanziati dall'esterno vale menzionare il progetto *sliding doors* per il potenziamento del servizio di mediazione transculturale offerto agli utenti stranieri nei punti di accesso ai servizi sanitari territoriali (PTA, Poliambulatori), nei consultori e nei punti nascita e IVG dell'ASP di Palermo, co-finanziato e supportato tecnicamente dall'INMP per mezzo del progetto interregionale 2012. Il personale dell'INMP ha svolto sia attività di affiancamento agli Uffici amministrativi della ASP medesima per la definizione della metodologia d'intervento, sia attività formativa dei primi mediatori transculturali individuati, costruendo un percorso formativo ad hoc sulla base del fabbisogno emerso. Pertanto, avendo nell'anno precedente individuato la procedura di selezione delle figure attraverso un'Agenzia di somministrazione, l'INMP ha supportato la Asp dal punto di vista giuridico-amministrativo e nella definizione del capitolato di servizi, per la definizione del bando di gara. Al termine delle procedure di selezione, sono stati individuati 25 mediatori transculturali che, successivamente alla loro contrattualizzazione, sono stati formati il 15 giugno 2015 attraverso un corso di formazione co-progettato con l'ASP medesima. La collaborazione tra l'INMP e l'ASP è continuata nel corso del 2015, all'interno delle progettualità all'interno del piano sanitario regionale, anche per il reclutamento dei mediatori transculturali da impiegare in tutte le strutture della Regione.

#### **D.4.3 Progetti finanziati dal Ministero dell'Interno**

Nel corso del 2015 il Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno, considerato il costante incremento e il mutamento qualitativo dei flussi migratori, in particolare sull'Isola di Lampedusa, ritenendo opportuno assicurare all'interno del CPSA, oltre all'assistenza sanitaria di base, anche un modello di presa in carico appropriato dei bisogni di salute espressi dalla popolazione immigrata, ha proposto all'INMP di svolgere attività assistenziale specialistica di secondo livello in favore della popolazione ospite del Centro.

L'INMP, da maggio del corrente anno e fino al 30 novembre 2015, è presente a Lampedusa, con due medici (un infettivologo e un dermatologo), due mediatori transculturali, un antropologo e uno psicologo, assicurando così un appropriato inquadramento specialistico dei casi clinici e gestendo le maggiori complessità clinico-diagnostiche in raccordo con il locale poliambulatorio dell'ASP di Palermo. La presenza del personale dell'INMP sull'isola è prevista fino al 30 novembre del corrente anno. I principali dati di attività alla data del mese di ottobre sono riportati nel paragrafo D.1.1.

#### **D.4.4 Progetti finanziati dall'Unione Europea**

Nel quadro del Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini di Paesi Terzi (FEI), l'INMP ha concluso il progetto ForMe volto a definire il core curriculum del mediatore transculturale in ambito sanitario: figura che contribuisce sensibilmente all'aumento dell'accesso ai servizi sanitari pubblici da parte dei cittadini stranieri e al miglioramento qualitativo degli stessi, nel rispetto del principio di garanzia del diritto alla salute e di un'appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale. Nell'ambito del progetto, è stato condotto un censimento e l'analisi delle strutture socio-sanitarie nelle quali opera la figura del mediatore, costituito un Tavolo di lavoro nazionale degli stakeholder rilevanti (Ministeri del lavoro e dell'istruzione, Assessorati regionali alla salute, ASL/AO, Isfol, Università) coordinato dall'INMP e dal Ministero della salute, sperimentato un percorso formativo per 21 mediatori transculturali provenienti da diverse regioni italiane.

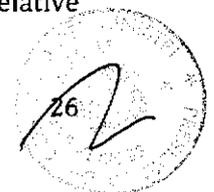
Inoltre, l'Istituto è stato impegnato, assieme al Ministero della salute e al Ministero degli affari esteri, in un progetto dedicato all'informazione e all'orientamento dei cittadini dei Paesi Terzi che faranno ingresso in Italia in merito ai diritti e doveri durante il loro soggiorno, con particolare riferimento all'area sociosanitaria e a quanto previsto nell'accordo d'integrazione. Per la sua realizzazione, il progetto ha potenziato, mediante sessioni info-formative, la capacità informativa del personale degli uffici consolari delle Ambasciate italiane e l'informazione delle istituzioni e delle amministrazioni di linea nel rilascio dei visti in Albania, Marocco e Bangladesh.

L'INMP è capofila di una cordata internazionale che coinvolge la Grecia, Malta e la Slovenia per la predisposizione e presentazione di un progetto comunitario in risposta ad una call dei servizi della Commissione Europea per la tutela della salute dei rifugiati negli Stati a forte pressione migratoria. Tale progetto, se finanziato, si svolgerebbe nel 2016.

#### **D.5 Le attività svolte all'interno del programma interregionale 2013-2015**

##### **D.5.1. Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e sull'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (OENIP)**

L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e l'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (OENIP) nasce con l'obiettivo di rilevare le disuguaglianze di salute, individuare le migliori pratiche per il loro contrasto e supportare le Regioni nella loro implementazione, al fine di identificare e sostenere politiche di promozione della salute a favore delle persone più fragili. Si è avviata, quindi, l'attivazione di un sistema di ricerca e monitoraggio sulla salute, i suoi determinanti e le azioni di promozione e assistenza relative



alla popolazione immigrata, alla povertà e alle disuguaglianze di salute in Italia. Le attività sono svolte in collaborazione con i centri di Epidemiologia che, sul territorio nazionale, hanno sviluppato maggiore esperienza su questi temi, attraverso lo sviluppo di progetti di ricerca e di un relativo sistema informativo basato su un insieme di indicatori. Tuttavia ci si propone di coinvolgere progressivamente il maggior numero di Regioni possibili, anche attraverso iniziative di formazione ad hoc. I centri già individuati hanno una pluralità di compiti, tra cui:

- a) essere il punto di rilevazione sul territorio regionale delle conoscenze necessarie per l'osservatorio epidemiologico nazionale;
- b) funzionare da centro di riferimento sovra-regionale per la produzione di particolari conoscenze per le quali tale funzione esperta possiede competenze specialistiche già acquisite e sviluppate, non altrove disponibili;
- c) partecipare a progetti collaborativi promossi da INMP per la produzione di conoscenze o di interventi specifici su temi di interesse.

I risultati prodotti forniranno indispensabili elementi conoscitivi alla rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, per orientare l'assistenza e la prevenzione verso obiettivi prioritari e facilitarne la realizzazione.

#### *Stato di avanzamento*

- E' stato realizzato uno studio di fattibilità dell'OENIP, con la collaborazione di un *panel* di esperti di riconosciuta fama internazionale.
- E' stato definito il sistema di indicatori di stato di salute e assistenza sanitaria alla popolazione immigrata, che si basa sui risultati dei progetti CCM 2006 e 2009, che è stato discusso e approvato con i rappresentanti delle Regioni.

#### **D.5.1.1. Rete degli studi longitudinali metropolitani**

I dati degli Studi Longitudinali metropolitani (SLM), associati a quelli dei principali flussi informativi correnti, potendo contare su denominatori di popolazione reali (anche se limitati ai residenti), costituiscono strumenti di osservazione efficaci per il monitoraggio di morbosità, mortalità, e uso dei servizi in relazione alle condizioni socio-demografiche e per la popolazione immigrata e possono consentire di programmare più efficacemente le necessarie azioni di prevenzione e assistenza. I *dataset* di analisi derivano dal collegamento tra archivi di dati statistici e "sanitari correnti": censimento, anagrafe comunale, registro di mortalità e archivio delle schede di dimissione ospedaliera. Le città della Rete SLM incluse nel progetto INMP



2014 sono: Torino, Venezia, Reggio Emilia, Firenze, Roma, Palermo, Catania e Siracusa. Sono in fase di avvio le attività della seconda annualità del progetto.

#### *Stato di avanzamento*

La rete degli SLM è incardinata in modo strutturale nell'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e l'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (vedi sopra), e sarà progressivamente estesa con i centri che nel tempo si attrezzeranno dal punto di vista tecnico e amministrativo per entrarne a far parte.

Nel corso del 2015 si è proceduto alla stesura della seconda annualità del progetto e alla stipula della convenzione con i 7 centri partner partecipanti.

Sul fronte della valorizzazione scientifica la rete SLM è stata presente al convegno della European Public Health Association con una comunicazione orale, al convegno della International Epidemiology Association con due poster e al convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia, con una comunicazione orale in sessione plenaria, vincitrice del premio Maccacaro per i giovani ricercatori. Sono in fase di stesura avanzata 2 articoli scientifici che descrivono la rete e riassumono i principali risultati della prima annualità del progetto.

#### **D.5.2 Core curriculum del mediatore transculturale**

Il progetto intende perseguire l'obiettivo generale di rafforzare i modelli di promozione dell'accesso ai servizi sociosanitari delle popolazioni immigrate e svantaggiate in generale, anche attraverso la progettazione e condivisione, a livello nazionale, del *core curriculum* del mediatore transculturale esperto in campo sanitario.

Per realizzare l'obiettivo, anche in considerazione del mandato istituzionale dell'INMP quale Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in ambito sanitario, l'Istituto sta lavorando su due fronti: da una parte sta portando avanti una ricognizione dello stato dell'arte rispetto all'asse formativo (formazione professionale e alta formazione universitaria), dall'altra sta modellizzando il *task* del mediatore in ambito sanitario (conoscenze, competenze, abilità e contesti di intervento) attraverso un insieme di strumenti e metodologie che comprendono la sperimentazione sul campo (formazione specialistica d'aula e tirocinio pratico).

Per quanto riguarda la formazione universitaria, si rileva che sono attivi numerosi percorsi dedicati alla mediazione interculturale in diversi atenei. Guardando alla natura di tali percorsi accademici si riscontra un generale inquadramento all'interno di facoltà e corsi di laurea umanistici (in particolare le discipline letterarie e linguistiche) e, in misura minore, economici (dedicati agli scambi internazionali, come nel caso del Veneto - scuola di Economia, lingue e

imprenditorialità per gli scambi internazionali – e delle Marche - dipartimento di Economia, società e politica). Solo in Emilia Romagna la formazione è prevista all'interno del dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica.

Anche per quanto riguarda la formazione professionale, esiste un'offerta ampia ma disomogenea: trattandosi di competenza regionale (rispetto sia alla formazione sia alla sanità) ogni regione ha sviluppato percorsi diversi, in termini di ore previste, ambiti di intervento, presenza o meno di tirocinio, criteri di ingresso, tipologia di esame finale, attestati rilasciati ecc. pur basandosi, in buona sostanza, sui criteri guida elaborati da CNEL e Isfol a partire dal 2009 e ripresi dal Gruppo di lavoro interistituzionale sulla figura del mediatore culturale, coordinato dal Ministero dell'Interno nell'ambito dei progetti FEL. In entrambi i casi, comunque, non si è rilevata una specializzazione in ambito sanitario.

Il percorso metodologico portato avanti dall'INMP prevede una condivisione di obiettivi, metodologie, interventi e risultati a livello nazionale, attraverso il coinvolgimento di tutti gli attori istituzionali rilevanti: dalle Regioni e PP.AA. (Assessorati alla salute e alla formazione professionale) alle amministrazioni centrali competenti per materia, fino agli Enti di ricerca e alle Università. La figura professionale del mediatore transculturale in campo sanitario, citata per la prima volta con la legge 8 novembre 2012, n. 158, non è al momento prevista dal CCNL della Sanità.

L'obiettivo strategico del progetto interregionale, su questo fronte, è quello di avviare un percorso per il riconoscimento di un *elenco nazionale* di mediatori transculturali specializzati in ambito sanitario, formati secondo degli standard verificati e valutati (in termini di efficacia e qualità formativa), coerenti con i fabbisogni del SSN ed omogenei su tutto il territorio nazionale.

In questo senso, l'Istituto ha creato delle sinergie positive con altre linee di intervento progettuali (finanziate da fondi esterni), che hanno permesso di capitalizzare l'esperienza maturata dall'INMP nel corso degli anni (es. Progetto PASS) e di sperimentare sul campo una formazione intensiva per 21 mediatori transculturali provenienti da 16 regioni italiane (Progetto ForMe), entrambi finanziati dalla Commissione europea.

#### *Stato di avanzamento*

Nel corso dell'anno sono stati messi a punto strumenti di indagine quali-quantitativa (questionari, interviste in profondità, analisi documentale ecc.) per la rilevazione e l'analisi dei curricula universitari e professionali esistenti e della necessità di addestramento e tirocinio da svolgersi nelle strutture sanitarie che maggiormente impiegano l'analoga figura del mediatore.



La metodologia di identificazione e di coinvolgimento degli *stakeholder* a livello nazionale e regionale è stata mirata a far emergere le istanze in grado di facilitare il processo di *policy making* e di progettazione della proposta formativa, in coerenza con i fabbisogni professionali rilevati.

### **D.5.3 La Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario**

#### **legate alle popolazioni migranti e alla povertà**

La Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà rappresenta un'azione coordinata per preservare ed estendere, nelle politiche sanitarie pubbliche, nazionali e regionali, il valore dell'universalismo e la sua concreta attuazione in termini di accessibilità e di accoglienza dei servizi per tutti, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate della popolazione.

Il contributo allo sviluppo di una rete nazionale come "sistema organizzato" di reti regionali e locali si basa sulla necessità di gestire problematiche sociosanitarie complesse, attraverso un approccio integrato, multidisciplinare e flessibile, che valorizzi lo spirito di cooperazione rispetto a obiettivi condivisi, i processi di scambio paritario, la natura non rigidamente gerarchica dei ruoli, l'interdipendenza e la molteplicità delle posizioni e dei punti di vista.

Tale contributo si realizza primariamente in stretto raccordo con le Regioni e le Province Autonome che, attraverso i propri referenti istituzionali, costituiscono il tessuto connettivo cui si ancorano le diverse articolazioni e funzioni delle reti particolari, e al tempo stesso rappresentano gli interlocutori privilegiati per gli aspetti relativi all'individuazione delle priorità della programmazione sanitaria e alla restituzione delle conoscenze e delle esperienze prodotte.

Inoltre, il sistema organizzato delle reti deve potersi sviluppare attraverso un'ampia collaborazione con network scientifici e comunità di pratica già operanti sul territorio nazionale, e più in generale con le istituzioni pubbliche e del privato sociale che a vario titolo si occupano di salute, immigrazione e contrasto alla povertà. Tale sistema capillare di relazioni, non solo attuali ma anche potenziali, innerva e anima i territori, offrendo lo stimolo e il sostegno a specifiche linee di attività giudicate prioritarie dalla programmazione sanitaria.

In stretta relazione con l'OENIP, la Rete nazionale contribuirà alla descrizione del profilo di salute dei migranti e delle fasce svantaggiate di popolazione, italiane e straniere.

#### *Stato di avanzamento*

- Il piano di sviluppo della rete ha previsto in via preliminare la nomina da parte delle Regioni, dei referenti incaricati di sostenere e promuovere a livello locale le attività della rete.

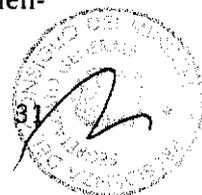


- Tra le attività avviate in attuazione del Progetto interregionale 2014, particolare rilievo ha assunto l'Accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la Società Italiana di Medicina della Migrazioni, per la realizzazione del Programma nazionale "Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti". Tale Accordo, siglato in data 3 luglio 2015, ha l'obiettivo di elaborare raccomandazioni *evidence-based*, indirizzate alle Regioni e agli operatori del SSN, a supporto della programmazione sanitaria e per la diffusione delle buone pratiche.

Un'importante attività preliminare ha riguardato l'individuazione delle problematiche clinico-organizzative e degli ambiti di sanità pubblica prioritari, su cui orientare la produzione delle linee guida. Per tale attività di *priority setting*, è stato previsto il coinvolgimento di numerosi stakeholder, attraverso una consultazione su piattaforma e-Learning dell'INMP che ha coinvolto: i referenti della Rete Nazionale INMP, il Consiglio di Presidenza e il Comitato scientifico della SIMM, e i portavoce dei Gruppi Immigrazione e Salute - GrIS (in totale 55 soggetti). Ai fini della consultazione, è stato chiesto a ciascun votante di esprimere la propria preferenza indicando, nell'ambito di una lista di 16 argomenti individuati in via preliminare mediante revisione della letteratura scientifica, i primi 5 temi in ordine di priorità.

Al termine della votazione, che si è svolta dal 28 settembre al 9 ottobre 2015, gli ambiti tematici prescelti sono stati: 1) controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela sanitaria, con particolare riferimento ai migranti ospiti presso i centri di accoglienza; 2) controlli sanitari in gravidanza, assistenza al parto e durante il puerperio; 3) prevenzione infortuni sul lavoro; 4) salute nelle condizioni di restrizione della libertà; 5) tubercolosi.

- Nell'ambito del Progetto "Salute senza esclusioni: per un servizio sanitario attivo contro le disuguaglianze" della Regione Lazio (- Linea progettuale "*Misure dirette al contrasto delle disuguaglianze in sanità*" - DCA n.U00015/2013), è stato sviluppato un modello di rete territorio-ospedale per la prevenzione, la diagnosi e la presa in carico precoce dei pazienti con tubercolosi, con particolare attenzione agli ospiti delle strutture residenziali e dei centri di accoglienza per migranti. Il modello organizzativo si articola in specifici ambiti di attività che includono: a) l'emersione del bisogno, con particolare riferimento alla ricerca attiva dei casi di tubercolosi da parte di operatori sociali presenti presso i centri, attraverso questionari in grado di segnalare tempestivamente la comparsa di segni e sintomi suggestivi di malattia tubercolare; b) la gestione dei casi, con specifica attenzione per le attività di sorveglianza clinico-epidemiologica e di laboratorio; c) gestione dei contatti (modalità di conduzione dell'indagine epidemiologica; organizzazione dei percorsi di screening; trattamen-



to e follow-up dei soggetti con ITL). Il documento conclusivo, attualmente in fase di elaborazione, potrà rappresentare la base su cui sperimentare modalità di intervento e organizzazione dei servizi in diversi contesti territoriali.

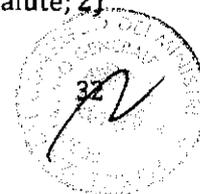
- In merito agli interventi di prossimità su gruppi di popolazione *hard-to-reach*, è stato avviato un piano di intervento sociosanitario in favore di migranti senza dimora in transito nell'area metropolitana di Roma (si veda anche il punto D.2). L'esperienza si inserisce all'interno di una Dichiarazione di intenti sottoscritta con il Comune di Roma e le Aziende sanitarie locali Roma A e Roma B, e allargata alla partecipazione di numerose istituzioni pubbliche e del privato sociale: Policlinico Universitario Umberto I di Roma, Croce Rossa Italiana (Comitato provinciale di Roma), Medici Senza Frontiere, Medici per i Diritti Umani, Civicozero - Save the Children, INTERSOS, Caritas Diocesana di Roma, Associazione Pediatria per Emergenza, Associazione Nazionale Medici di Famiglia Volontari per le Emergenze, Fondazione Albero della Vita, Associazione Comboniana Servizio Emigranti, Istituto di Medicina Solidale Onlus. Obiettivo del piano è quello di sostenere lo sviluppo di attività assistenziali socio-sanitarie su una popolazione ad alto rischio, qual è quella dei profughi in transito, attraverso la costruzione di reti territoriali di prossimità. L'esperienza pilota condotta a Roma ha permesso di sperimentare e consolidare nuove modalità operative e forme integrate di collaborazione in cui le istituzioni sanitarie pubbliche esercitano un ruolo di gestione rispetto alle organizzazioni umanitarie e del privato sociale che operano in rete. Tale modello è stato, peraltro, ripreso dalla Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio in una nota dell'8 agosto 2014, recante indicazioni alle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere per garantire assistenza ai migranti in transito, in un'ottica di medicina di prossimità rivolta a popolazioni caratterizzate da particolare "distanza" dai servizi.

#### **D.5.4 Il network sud europeo sulle disuguaglianze di salute**

Nel corso del 2015 si è tenuto il terzo incontro del SEN (Network sud europeo per la lotta alle disuguaglianze nella tutela della salute), organizzato dall'INMP a Roma, il 30 giugno. Hanno partecipato all'incontro i rappresentanti di Italia, Francia, Malta, Slovenia, Portogallo, Grecia, Regno Unito, Marocco, OMS/Europa, Ministero della salute italiano e dell'Università degli studi di Torino.

##### *Stato di avanzamento*

L'agenda del terzo incontro si è focalizzata su tre temi: 1) presentazione delle nuove priorità di intervento della Commissione europea in materia di uguaglianza nella tutela della salute; 2)



risultati della *survey* condotta dall'INMP per rilevare gli attuali sistemi nazionali di raccolta e analisi dei dati (presenza di banche dati, tipologia di variabili/determinanti sociali rilevati, ecc) e il grado di consapevolezza a livello politico e di *governance* rispetto alle disuguaglianze nella salute in ciascun Stato partecipante al network; 3) discussione di un progetto di ricerca sull'impatto della crisi socio-economica sulle disuguaglianze nella salute. Rispetto al secondo incontro, tenutosi a Firenze a dicembre 2014, i partecipanti hanno sottolineato l'importanza di proseguire con il lavoro in comune e definire un programma di interventi concreti, che possano essere utilizzati anche a livello degli Stati Membri come strumento di evidenza sui *policy makers* per ridurre le disuguaglianze nella salute attraverso politiche orientate all'equità. Il network sollecita l'avvio di una prima ricognizione della letteratura sulle disuguaglianze nei Paesi partecipanti assegnando tale responsabilità all'Università di Torino. Nel prossimo incontro verrà messo a punto il disegno di ricerca che risponda alle esigenze rilevate, completo di *timeline* di realizzazione, responsabilità/attività di ciascun partecipante.

#### **D.5.5 Valorizzazione dei risultati del Libro Bianco ESS (Equità nella salute e nella sanità)**

Gli obiettivi del progetto sono stati lo sviluppo e la diffusione ai portatori di interesse rilevanti di strumenti informativi e consultivi derivati dal Libro Bianco "L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità", finalizzato al contrasto degli svantaggi di salute della popolazione immigrata e povera. Il Libro Bianco contiene risultati di notevole rilevanza sia per individuare priorità e target di sanità pubblica, sia per scegliere le azioni più efficaci da mettere in opera. In tal senso il Libro Bianco rappresenta il primo prodotto che l'INMP ha messo a disposizione della rete nazionale di sanità pubblica, per indirizzare i processi di *policy making* nazionale, regionale e locale verso gli obiettivi di miglioramento degli standard di prevenzione e assistenza per poveri e migranti.

L'idea della produzione di un Libro Bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia è nata nel 2011, quando la Commissione Salute ha istituito il gruppo di lavoro Equità nella Salute e nella Sanità (ESS), a cui hanno partecipato, oltre al Piemonte, Regione capofila, altre 12 Regioni (Lombardia, Valle d'Aosta, Liguria, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Campania, Puglia). Nel 2012-2013 il Gruppo ESS ha realizzato il Libro Bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia, che contiene: un primo capitolo di sintesi e implicazioni per le politiche, elaborato sulla base dei dati prodotti, e una serie di raccomandazioni per la programmazione sanitaria, già sottoposta per la discussione e l'approvazione della Commissione Salute.

Il Libro Bianco è stato presentato in anteprima il 2 dicembre 2014, in occasione del primo convegno nazionale dell'INMP, dal titolo "La salute di tutti, nessuno escluso".

Il progetto aveva durata annuale e si è concluso con il raggiungimento degli obiettivi previsti, di seguito riportati:

- il Libro bianco è stato pubblicato da Franco Angeli Editore, in collaborazione con la Fondazione Smith Kline, avendo cura di darne notizia attraverso un comunicato stampa;
- è stato progettato, realizzato e implementato un sito web, che raccoglie, elabora, sintetizza e diffonde le evidenze sulle principali dimensioni dell'equità della salute in Italia ([www.disuguaglianzedisalute.it](http://www.disuguaglianzedisalute.it)): ambiente e territorio, inclusione e integrazione, lavoro, percorsi di cura, primi anni di vita, risorse economiche, scuola e formazione, stili di vita, strategie per l'equità nella salute;
- sono stati redatti 4 factsheet sui seguenti temi: "Le disuguaglianze sociali e il ruolo del lavoro", "Stili di vita e disuguaglianze", "Le disuguaglianze di salute e il ruolo della sanità", "Le disuguaglianze di salute e percorsi assistenziali". I documenti sono accessibili dal sito [www.disuguaglianzedisalute.it](http://www.disuguaglianzedisalute.it);
- sono stati individuati e consultati quasi tutti i soggetti istituzionali e gli *stakeholders*, da coinvolgere in azioni di contrasto alle disuguaglianze di salute, in relazione alle specifiche competenze, tra i quali, Ministero e Assessorati alla sanità, Ministero dello Sviluppo Economico, Federsanità-ANCI, ISTAT, INAIL, ufficio europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, società scientifiche e ordini professionali in ambito sanitario, organizzazioni sindacali.

#### **D.5.6 Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute**

Il progetto ha avuto l'obiettivo di produrre modelli di documentazione sulle soluzioni da adottare per il contrasto agli effetti sfavorevoli di povertà e migrazione sulla salute. Tali soluzioni dovevano essere di provata efficacia scientifica e applicabili dai decisori nei contesti specifici. In tal senso, il progetto ha supportato l'osservatorio epidemiologico e la rete nazionale dell'INMP, per contribuire allo sviluppo della documentazione con i risultati delle migliori esperienze disponibili, e alla loro sperimentazione in comunità di pratica. Tra gli output del progetto si menziona anche l'organizzazione del corso ECM "Health Equity Audit", che si è tenuto a Bari dal 6 al 9 ottobre 2015.



Il progetto, di durata annuale, si è concluso con il raggiungimento degli obiettivi previsti, di seguito riportati:

- è stata integrata la documentazione del portale della banca dati di progetti e interventi di prevenzione e promozione della salute (PRO.SA.), con la traduzione di documenti sulle azioni di contrasto alle disuguaglianze di salute prodotti da istituzioni e agenzie internazionali e la sperimentazione di strumenti strutturati di ricerca per accogliere la documentazione sulle politiche;
- sono state redatte *policy brief* su diversi aspetti legati alle disuguaglianze sociali di salute, come ad esempio obesità e infortuni sul lavoro;
- sono state realizzate attività di accompagnamento alle Regioni per l'orientamento al contrasto alle disuguaglianze di salute e per l'inclusione del principio di equità nei propri Piani regionali di prevenzione 2015-2018. In particolare, a partire dai macro-obiettivi del Piano nazionale di prevenzione, per ogni Regione, sono stati identificati i fattori di rischio sui quali le disuguaglianze di salute presentano l'impatto maggiore, attraverso l'applicazione di griglie di analisi ad hoc, consentendo la definizione di *priority-setting* delle azioni più promettenti per il loro contrasto.

#### **D.5.7 Fattori sociodemografici, stato di salute e ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera: le indagini multiscopo ISTAT sulle famiglie**

E' in fase di formalizzazione un protocollo di intesa triennale con ISTAT per la valorizzazione epidemiologica delle indagini multiscopo ISTAT e la realizzazione di diversi sviluppi longitudinali, così come definito nel punto E.1.

Le indagini oggetto di valorizzazione sono:

- condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri ("Stranieri"), indagine su un campione di 12.000 famiglie straniere residenti in Italia. Rappresenta la fonte campionaria più importante a livello nazionale per lo studio delle caratteristiche sociali e sanitarie della popolazione immigrata.
- salute e ricorso ai servizi sanitari ("Salute"), che viene condotta ogni cinque anni e nelle ultime due edizioni è stata oggetto di un accordo del Ministero della Salute e delle Regioni con l'ISTAT, accordo che ne ha arricchito sia i contenuti sia la dimensione campionaria, grazie ad un investimento ad hoc da parte del finanziamento legato al piano sanitario. Nell'ultima edizione l'indagine ha intervistato poco meno di 60.000 famiglie per un totale di 130.000 soggetti. Si tratta della più grande indagine di questo tipo mai eseguita in Europa: la sua dimensione campionaria è stata voluta dalle Regioni per consentire la produ-

zione di stime affidabili anche al livello regionale e di area vasta. L'indagine esplora tre dimensioni essenziali per le politiche di salute e sanità:

- lo stato di salute delle persone (fisico, mentale, funzionale...)
- gli stili di vita che hanno rilevanza per la salute (comportamenti, prevenzione...)
- il ricorso ai servizi sanitari (uso e soddisfazione dei diversi livelli di assistenza).

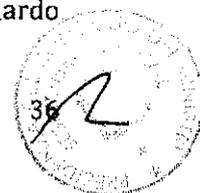
#### *Stato di avanzamento*

- sono stati acquisiti i file semplificati delle indagini sulla "Salute" 2005 e 2012 e sono state condivise le analisi statistico-epidemiologiche sull'indagine "Stranieri".
- La UOS Epidemiologia dell'INMP ha acquisito il ruolo di capofila nazionale per la valorizzazione dell'indagine "Salute 2012" sul tema della salute e dell'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata.
- Nel complesso, considerando entrambe le indagini, sono state effettuate analisi statistiche e prodotti risultati epidemiologici sulle seguenti tematiche, ove possibile confrontando il 2005 con il 2012:
  - sovrappeso e obesità tra gli stranieri
  - la salute degli stranieri in Italia
  - l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata
  - la prevenzione femminile
  - la vaccinazione antinfluenzale
  - discriminazione nel lavoro, integrazione e salute mentale degli stranieri
  - la prevenzione primaria
- Sul fronte della valorizzazione scientifica la collaborazione con ISTAT ha prodotto:
  - una comunicazione orale nell'ambito di un workshop sulla salute mentale al convegno della European Public Health Association;
  - due comunicazioni orali e un poster al convegno dell'Associazione Italiana di Epidemiologia;
  - sono in fase di stesura 2 articoli scientifici.

#### **D.5.8. Progetti di sanità pubblica**

L'INMP ha attivato nel 2015 il procedimento per la selezione e il sostegno di progetti rientranti tra le quattro aree prioritarie definite assieme alla Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà. Esse sono:

1) Modalità innovative per la gestione integrata e interdisciplinare di pazienti in condizioni di svantaggio socio-economico, incluse le persone migranti, con particolare riguardo



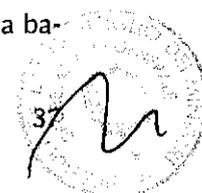
all'emersione precoce del bisogno e alla riduzione dell'ospedalizzazione evitabile; 2) Modelli di intervento per la promozione della salute della donna e del bambino, con specifico riferimento a condizioni di svantaggio socio-economico, in particolare tra i migranti; 3) Modelli di intervento per la promozione dell'accesso agli screening per le patologie oncologiche, con specifico riferimento alla copertura nei gruppi svantaggiati dal punto di vista socio-economico e nei migranti; 4) Interventi di prossimità in favore di gruppi di popolazione *hard-to-reach*, per la promozione della salute negli ambiti della prevenzione, dell'accesso alle cure e della presa in carico. Nel corso del 2016 verrà completato il procedimento selettivo delle proposte progettuali e verranno attivati i progetti selezionati, nell'ottica di un contributo sempre maggiore dell'Istituto alle conoscenze sui modelli efficaci per la presa in carico delle persone fragili da parte del SSN.

#### **E. PROPOSTA DI PROGETTO INTERREGIONALE**

Tenuto conto di tale stato di avanzamento della programmazione triennale, l'INMP continuerà l'attuazione di progetti avviati negli anni precedenti e non ancora conclusi, approfondirà, arricchendoli con nuove attività, i progetti longitudinali essenziali e strategici per la sua *mission (OENIP, Rete nazionale e Curriculum del mediatore)* così come avvierà nuove progettualità, funzionali al consolidamento del quadro conoscitivo del fenomeno delle disuguaglianze nel campo della salute. In particolare, proseguirà a erogare l'assistenza sanitaria nei confronti delle popolazioni immigrate e/o economicamente svantaggiate anche attraverso progetti in collaborazione con il Ministero della salute, a erogare formazione agli operatori sanitari e sociali sul territorio nazionale, in via ordinaria o su richiesta, così come ad altri soggetti che partecipano attivamente alla presa in carico della persona particolarmente fragile, secondo il modello multidisciplinare promosso dall'INMP. Condurrà, inoltre, la ricerca sulle tematiche della salute e dell'immigrazione e delle disuguaglianze. Continuerà a condurre e promuovere rilevanti progetti in ambito nazionale e internazionale, come nel campo della salute globale e nel campo della *preparedness* sanitaria nei confronti dei flussi migratori, in cooperazione con le Autorità competenti, in Italia e all'estero, servizi sanitari regionali alle migrazioni, anche avvalendosi di soggetti specializzati internazionali e nelle Regioni italiane, come di seguito riportato.

##### **E.1 Osservatorio epidemiologico nazionale**

L'INMP, nell'attuazione delle linee di azione del Progetto interregionale 2015, svolgerà azioni di ricerca attraverso il proprio Osservatorio epidemiologico nazionale (OENIP), con la produzione e la disseminazione di conoscenze originali derivanti da specifici progetti di ricerca ba-



sati su collaborazioni con istituzioni impegnate sui temi di interesse dell'Osservatorio medesimo.

Le attività dell'OENIP saranno articolate in quattro macro-linee di attività:

- monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata attraverso il calcolo di indicatori basati sui sistemi informativi correnti, in collaborazione con i centri epidemiologici delle Regioni;
- estensione e consolidamento del sistema di monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata basato sulla rete degli studi longitudinali metropolitani, già avviato con il progetto interregionale 2012;
- consolidamento e sviluppo della collaborazione istituzionale con ISTAT per:
  - la valorizzazione epidemiologica delle basi dati provenienti dalla indagine campionaria sullo stato di salute e il ricorso ai servizi sanitari;
  - all'indagine sulla condizione e integrazione dei cittadini stranieri residenti in Italia;
  - agli sviluppi longitudinali delle suddette indagini, attraverso l'interconnessione con il sistema informativo delle SDO e del registro nazionale di mortalità;
  - al progetto "Differenze socio-economiche nella mortalità", basato sul *record linkage* tra il censimento della popolazione e il registro di mortalità;
  - al *record linkage* tra il sistema informativo NAUSICA dell'INMP con il registro di mortalità.

Tutti i progetti sopracitati sono oggetto di proposta all'aggiornamento del Piano Statistico Nazionale 2014-2016.

- La valorizzazione epidemiologica del sistema di osservazione Work History Italian Panel (WHIP-salute), che attraverso un complesso sistema di *record linkage*, consente di descrivere gli effetti del lavoro sulla salute della popolazione. Tale progetto è stato individuato come prioritario nell'ambito delle attività di collaborazione con le Regioni.

Inoltre sono stati attivati canali istituzionali con il Ministero della salute per l'accesso ai dati di NSIS delle SDO, CEDAP e pronto soccorso.

#### Attività

Nello specifico si possono individuare i seguenti obiettivi:

- Produzione di un primo report sulla salute degli immigrati basato sul set di indicatori individuati come obiettivo operativo per le singole Regioni.
- SLM: apertura di almeno due coorti, creazione di un *data base* nazionale, aggiornamento degli esiti di mortalità e ospedalizzazione, ospedalizzazione evitabile, natalità ed esiti

neonatali per cittadinanza, sviluppo di analisi sulle differenze socioeconomiche nell'ospedalizzazione e mortalità.

- Produzione di un report basato sui dati delle indagini multiscopo ISTAT.
- WHIP: stipula della convenzione e avvio delle attività.

## **E.2 Core Curriculum del mediatore transculturale**

Nell'ottica di valorizzare i risultati ottenuti e consolidare le relazioni istituzionali con le amministrazioni regionali e centrali coinvolte fino a oggi (rif. par. D 6.4), il progetto prevede il prosieguo dell'attività su entrambi i fronti: quello della concertazione e co-progettazione istituzionale per il completamento del core curriculum e quello della sperimentazione dello stesso sul campo.

Rispetto alla prima macro-attività si prevedono sia l'allargamento del tavolo tecnico di lavoro ad altri *stakeholder* rilevanti sia la realizzazione di un ulteriore contributo in termini di contenuti operativi (approfondimenti di conoscenza teorica e metodologie di valutazione dei percorsi) tutto ciò finalizzato alla costituzione di un elenco nazionale di mediatori transculturali specializzati in ambito sanitario.

Rispetto alla seconda macro-attività, si intende portare la sperimentazione dell'inserimento della figura del mediatore transculturale in due contesti di intervento rilevanti per il SSN: l'emergenza/pronto soccorso e la degenza ospedaliera.

Rispetto a tali contesti si procederà con accordi e convenzioni con strutture sanitarie e ospedaliere presenti nelle diverse Regioni italiane, per organizzare un modulo di aggiornamento professionale (formazione d'aula e tirocinio pratico) mirato ad approfondire gli aspetti specifici dell'emergenza e della degenza, sulla falsa linea del curriculum già sviluppato in Istituto. Il ruolo specifico dell'INMP sarà quello di co-partecipare alla progettazione dei contenuti e di supervisionare e monitorare l'andamento del periodo di tirocinio, garantendo la rispondenza dell'erogazione agli standard sperimentati e condivisi con il tavolo tecnico di lavoro, in modo uniforme su tutto il territorio nazionale.

In una prima fase si procederà con l'erogazione dei suddetti moduli formativi di aggiornamento ai 21 mediatori transculturali che hanno già partecipato al Progetto ForMe.

## **E.3 La Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà**

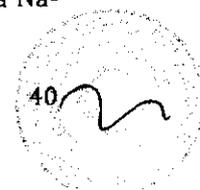
Le attività avviate con il progetto interregionale 2014 proseguono nell'ambito di quattro principali aree tematiche:

- 1) Individuazione e mappatura degli *stakeholder*, con particolare riferimento alla ricognizione e alla sistematizzazione delle esperienze maturate nei diversi contesti regionali e locali, anche al fine di agevolare percorsi di condivisione e/o collaborazione tra istituzioni pubbliche, organizzazioni scientifiche e dell'associazionismo. Questa linea di attività è basilare e strategica, in quanto restituisce una rappresentazione dinamica delle reti esistenti, anche attraverso modelli di analisi spaziale e *network analysis*, mappa le criticità e individua gli ambiti di potenziale sviluppo del sistema.
- 2) Attuazione del Programma nazionale "Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti", di durata quadriennale, in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità e la Società Italiana di Medicina della Migrazioni.
- 3) Monitoraggio e analisi delle politiche regionali e locali per la promozione e la tutela della salute della popolazione immigrata, con particolare riferimento agli squilibri e alle disomogeneità nel garantire i livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale, e all'impatto delle politiche sul profilo di salute e sull'accesso ai servizi.
- 4) Sviluppo di reti territoriali "di prossimità" e supporto a interventi sociosanitari in favore di gruppi di popolazione *hard-to-reach*, ivi comprese le attività di supporto e di raccordo ai percorsi di tutela esistenti per le donne e i minori anche non accompagnati, attraverso modalità di offerta proattiva di prestazioni sociosanitari, attività di teleconsulto e programmi di formazione sul campo.

#### Attività

Per l'anno 2016, si prevedono le seguenti attività:

- Si procederà allo sviluppo e al potenziamento della banca dati degli *stakeholder*, con particolare riguardo agli aspetti classificatori e di tipizzazione delle esperienze, e alla costruzione di una "metrica" per la quantificazione e la rappresentazione delle interazioni e degli scambi esistenti.
- Nell'ambito delle attività relative al Programma nazionale linee guida sulla salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti, sarà attuata una revisione sistematica dei documenti di sanità pubblica *evidence-based* prodotti da istituzioni e agenzie internazionali sul tema specifico della salute degli immigrati. Tale processo di revisione sistematica diventa propedeutico allo sviluppo del programma che, anche sulla base delle priorità individuate, può orientarsi per l'adozione o per l'adattamento alla realtà italiana dei documenti esistenti. Saranno inoltre messi in produzione nuovi documenti di sintesi sui temi emersi nel processo di *priority setting*, in base a quanto definito nel documento tecnico allegato all'Accordo di collaborazione, e secondo la metodologia consolidata del Sistema Na-

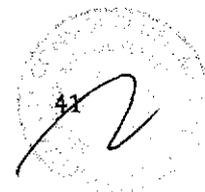


zionale Linee Guida.

- Sarà avviato il progetto di monitoraggio e analisi delle politiche regionali e locali per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, in collaborazione con la Caritas di Roma (CRS-Area sanitaria), in quanto sede dell'Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri, e con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, attraverso il coinvolgimento dei Gruppi territoriali Immigrazione e Salute (GrIS). Il progetto si pone l'obiettivo di contribuire al miglioramento delle conoscenze aggiornate e geo-referenziate sull'effettiva modalità di accesso ai servizi sanitari da parte delle persone straniere, nell'ottica di costituire una base informativa utile alla produzione di politiche sanitarie efficaci. In particolare, si prevedono tre linee specifiche di attività: a) condivisione degli atti formali che ogni singola Regione e Provincia Autonoma ha prodotto nell'ambito della tutela sanitaria degli immigrati (anche utilizzando supporti web e la piattaforma wiki-INMP); b) monitoraggio dello stato di attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012; c) analisi comparativa di atti e politiche attraverso specifiche griglie di valutazione e condivisione dei risultati ottenuti.
- In riferimento agli interventi sociosanitari "di prossimità" su gruppi di popolazione *hard-to-reach*, l'INMP e le ASL RMA ed RMB hanno formalizzato in data 28 maggio 2015 la realizzazione di un piano di intervento sociosanitario sui migranti stanziali presso insediamenti ed edifici occupati presenti sul territorio romano. Tale piano, basato su un approccio di orientamento attivo ai servizi, prevede di organizzare delle "giornate per l'accessibilità" su specifici ambiti tematici relativi alle patologie croniche (in particolare ipertensione e diabete), alla salute della donna (con particolare riferimento agli screening femminili e ai controlli in gravidanza) e alla salute del bambino (con specifica attenzione ai problemi di accrescimento e sviluppo, nonché alle vaccinazioni). In data 5 ottobre 2015, la Regione Lazio con nota Prot. n.527930/GR/II/27 ha disposto che il piano elaborato dall'INMP e dalle ASL RM/A e RM/B sia esteso a tutte le Aziende sanitarie locali dell'area metropolitana di Roma e implementato nel corso del 2016.

#### **E.4 L'internazionalizzazione**

L'INMP proseguirà la propria opera di coordinamento del SEN. Nel 2016 verrà progettata e avviata un'azione di ricerca multicentrica per indagare gli effetti della crisi economica sui principali esiti di salute delle popolazioni europee, allo scopo di contribuire con evidenze scientifiche al dibattito pubblico sull'argomento, a beneficio non solo dei ricercatori ma soprattutto dei decisori politici. Contestualmente, verrà operata una revisione delle maggiori po-



licies europee per affrontare il tema delle disuguaglianze nella salute e verranno descritte quelle maggiormente efficaci.

Il secondo pilastro operativo nell'azione di internazionalizzazione è rappresentato dallo studio, anch'esso policentrico, su tematiche di salute globale particolarmente rilevanti nel mutato quadro qualitativo migratorio. Verrà predisposto un progetto, assieme all'Osservatorio di Salute globale della regione Toscana e a centri di ricerca clinici italiani e stranieri, allo scopo di approfondire aspetti della clinica infettivologica ad alto impatto sociale utili alla efficace presa in carico delle persone straniere provenienti da zone del mondo ad alta endemia.

Ancora, verranno attivate le procedure amministrative per il riconoscimento dell'INMP quale Centro collaboratore dell'OMS sulle tematiche della salute e delle migrazioni nonché la partecipazione a progettazioni sulle stesse tematiche con finanziamento comunitario.

\*\*\*\*\*

Alle attività descritte per l'anno 2015 sotto il capitolo E 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.

Per quanto attiene alle spese di funzionamento dell'Istituto, esse sono 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.

