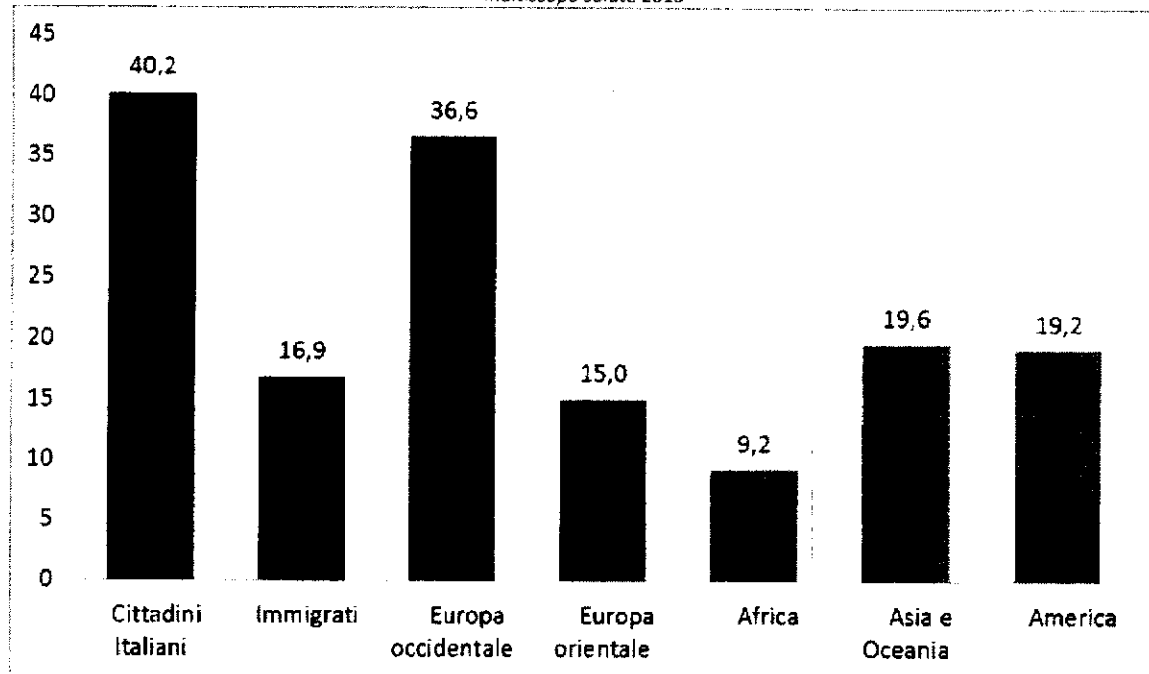
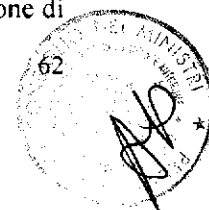


Fig. 9: Copertura vaccinale anti-influenzale per cittadinanza (%). Fonte: Elaborazione ISS su dati Istat. Fonte: ISTAT. Indagini multiscopo salute 2013

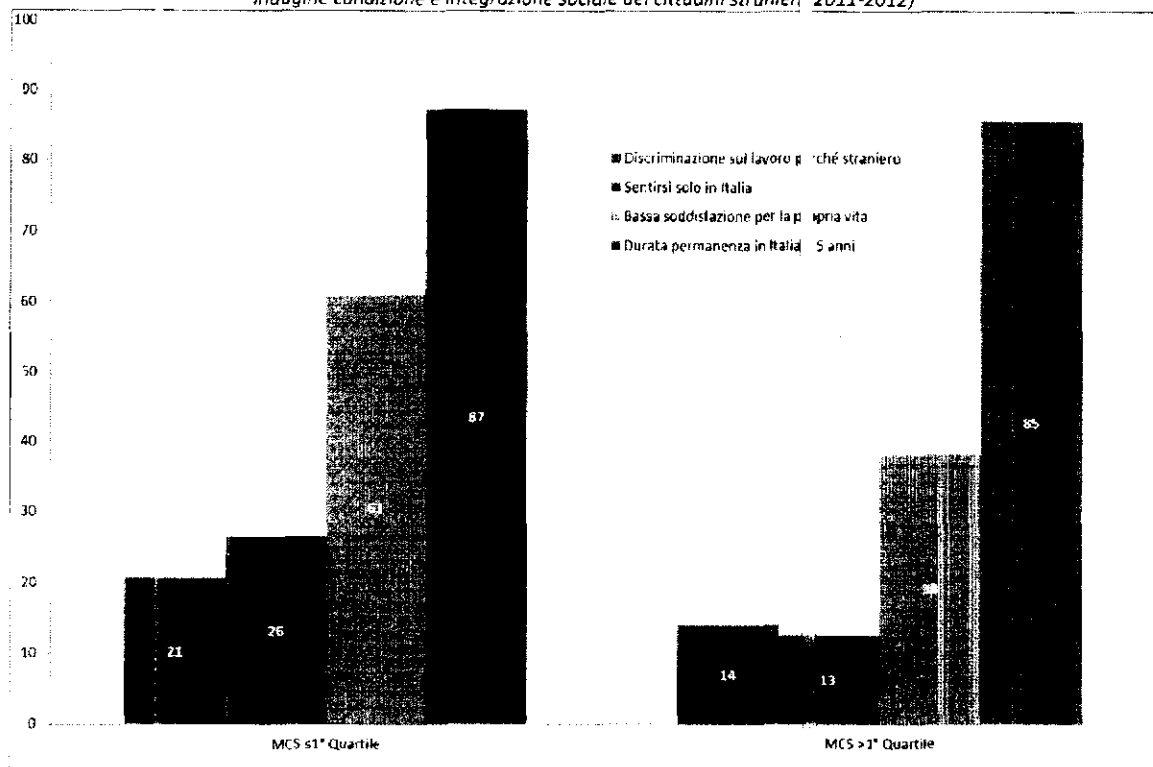


Un'altra delle conseguenze della crisi è stata l'accentuazione della competitività interna del mercato del lavoro, con rischi di discriminazione e diseguaglianze soprattutto per i lavoratori stranieri, più spesso impiegati in lavori precari e informali, con minori tutele e reti di protezione sociale. È noto come la discriminazione possa determinare problemi di salute mentale, da ansia e depressione fino a situazioni di isolamento sociale. I dati analizzati mostrano che il 17% del campione intervistato ha subito almeno un episodio di discriminazione sul luogo di lavoro. Il 21% dei soggetti che hanno dichiarato un cattivo stato di salute mentale hanno subito discriminazione sul lavoro, il 61% si ritiene insoddisfatto della propria vita e il 26% dichiara di sentirsi solo in Italia (Fig. 10). Infine, dopo aver tenuto conto delle differenze demografiche e socioeconomiche dei soggetti intervistati, tra i lavoratori immigrati in Italia che riferivano discriminazione sul lavoro, si aveva una probabilità di peggior salute mentale percepita di circa il 25% più elevata rispetto a chi dichiarava di non aver subito episodi di discriminazione. La carenza di integrazione, espressa come sensazione di solitudine e basso livello di soddisfazione per la propria vita, si associa a peggior salute mentale percepita, con probabilità superiori al 50%. Interessante notare un effetto della discriminazione sulla salute mentale più forte tra chi dichiarava di non sentirsi solo ed avere un più alto livello di soddisfazione per la propria vita, paradosso apparente, già descritto in letteratura. In particolare, il modello sociologico di "rifiuto-discriminazione" suggerisce come gli appartenenti a gruppi minoritari reagiscano alla percezione di

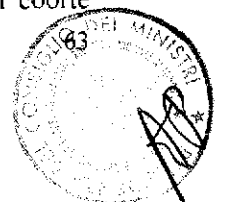


discriminazione incrementando la propria identificazione con il gruppo di provenienza; questo potrebbe spiegare il minor senso di solitudine e di insoddisfazione dichiarato, nonostante la discriminazione subita. Da rilevare, inoltre, come lo stato di salute mentale sia influenzato dalla durata della permanenza in Italia: peggiora tra gli immigrati in Italia da almeno 5 anni. Anche questo risultato è spiegabile con il maggior detrimento della salute mentale per chi è immigrato da più tempo e vede crollare le aspettative personali e professionali che aveva riposto nel progetto migratorio.

Fig. 10: Distribuzione del punteggio della Mental Component Summary (MCS) per presenza di discriminazione sul lavoro, percezione di solitudine, basso livello di soddisfazione, durata della permanenza in Italia ≥ 5 anni. Fonte: elaborazione INMP su dati ISTAT. Indagine condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri (2011-2012)



I dati disponibili di maggior rilievo relativamente alla mortalità sono quelli pubblicati da Pacelli et al. sulla rivista *European Journal of Epidemiology* (Eur J Epidemiol 2016; 31:691-701), sulla base di uno studio di coorte, condotto nell'ambito della Rete degli studi longitudinali metropolitani, che opera all'interno dell'OENIP dell'Istituto per le attività di ricerca riguardanti la salute degli immigrati e, in parte, le disuguaglianze socioeconomiche nella salute. Tale studio ha valutato le differenze di mortalità, per tutte le cause e causa-specifica, tra immigrati e Italiani. In particolare, sono state arruolate tutte le persone di età 1-64 anni, residenti tra il 2001 e il 2011, nelle città di Torino e Reggio Emilia (incluse nella Rete Nazionale), poi seguite fino al 2013 secondo un approccio di coorte.



(aperta). I tassi di mortalità di cittadini provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (nel complesso e per ciascuna macro-area di origine) sono stati confrontati con quelli degli Italiani. Gli immigrati (Fig. 11 a-b) avevano una mortalità complessiva inferiore a quella degli Italiani, sia tra gli uomini (MRR: 0,82; IC95%: 0,75–0,90) che tra le donne (MRR: 0,71; IC95: 0,63–0,81); un'eccezione era rappresentata dalle persone provenienti dall'Africa Sub-Sahariana con una mortalità più elevata degli Italiani, sia tra gli uomini (MRR: 1,29; IC95: 1,03- 1,61) che tra le donne (MRR: 1,70; IC95: 1,22–2,36). Lo studio ha osservato una mortalità più elevata tra gli immigrati rispetto agli Italiani per malattie infettive, malformazioni congenite, per alcune sedi di tumori e per omicidio. In generale lo studio ha mostrato una certa eterogeneità nella mortalità tra le macro-aree di origine, con la popolazione dell'Africa Sub-Sahariana che appariva essere particolarmente vulnerabile.

Fig. 11a: Mortalità per tutte le cause 2001-2013: Mortality Rate Ratios (MRR) con intervalli di confidenza al 95%, per area di provenienza (età:1-64), uomini. Fonte: Studi longitudinali metropolitani (Torino e Reggio Emilia). Rielaborazione INMP da Pacelli et al. (Eur J Epidemiol 2016; 31:691-701)

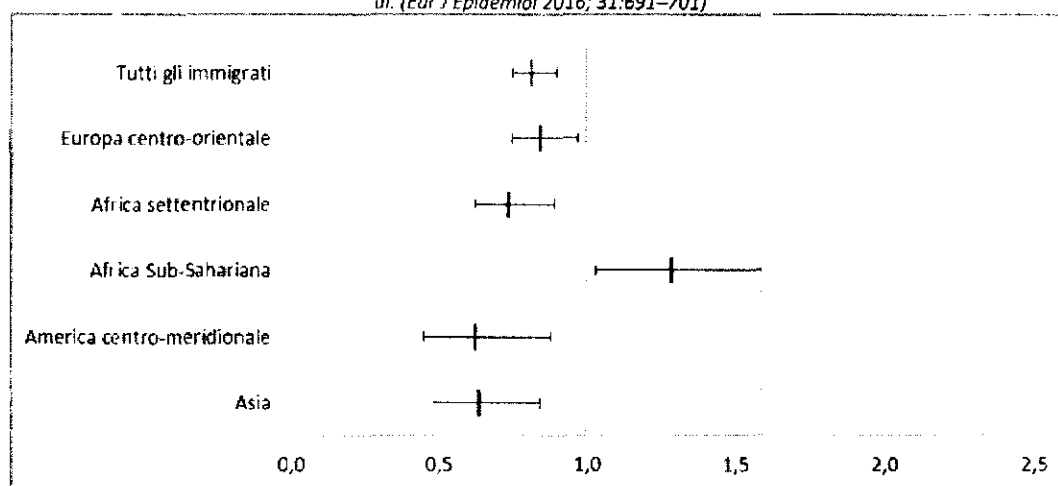
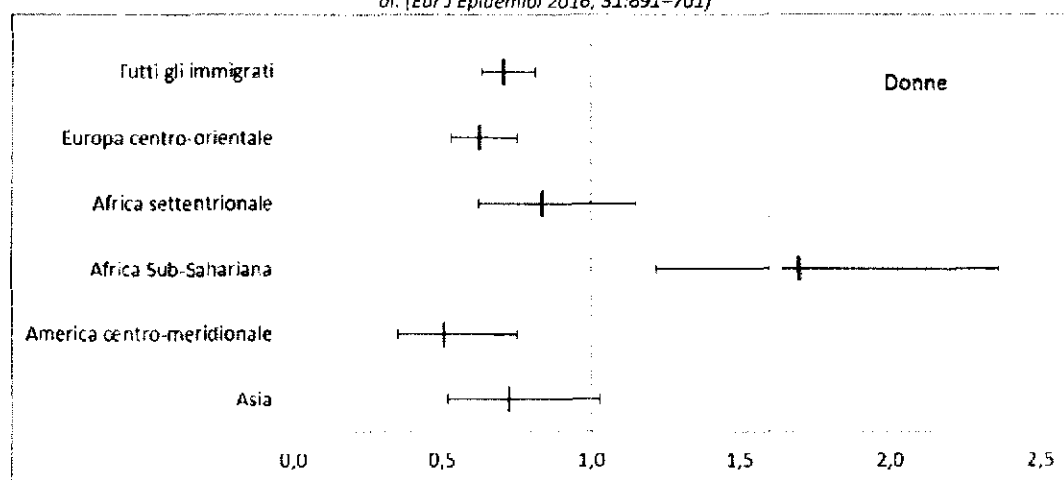


Fig. 11b: Mortalità per tutte le cause 2001-2013: Mortality Rate Ratios (MRR) con intervalli di confidenza al 95%, per area di provenienza (età:1-64), donne. Fonte: Studi longitudinali metropolitani (Torino e Reggio Emilia). Rielaborazione INMP da Pacelli et al. (Eur J Epidemiol 2016; 31:691-701)



I dati disponibili più recenti sui ricoveri ospedalieri sono stati pubblicati su Osservasalute 2015 e fanno riferimento al 2013. La popolazione straniera proveniente da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) presenta un tasso di ospedalizzazione complessivamente inferiore rispetto alla popolazione italiana. In particolare, per quanto riguarda i ricoveri ordinari, i tassi standardizzati sono sempre più bassi di quelli degli italiani residenti, con uno scarto più ampio per gli uomini (81 per 1.000 tra gli stranieri e 111 per 1.000 tra gli italiani) e più contenuto per le donne (101 e 115 per 1.000 rispettivamente). Particolare rilevanza rivestono i ricoveri per traumatismi tra gli stranieri maschi (pari a circa 1/5 di tutti i ricoveri effettuati da cittadini stranieri in Italia) e i ricoveri per parto (pari alla metà dei ricoveri delle donne straniere). Per quanto riguarda i Day-Hospital (DH), i tassi dei PFPM si mantengono molto più bassi rispetto a quelli degli italiani residenti, per entrambi i generi, con divari ancora una volta più marcati tra gli uomini.

Fig. 12a: tassi di ospedalizzazione ordinaria e DH (*1.000 residenti) per cittadinanza: italiani e stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), uomini. Fonte: Osservasalute (2015)

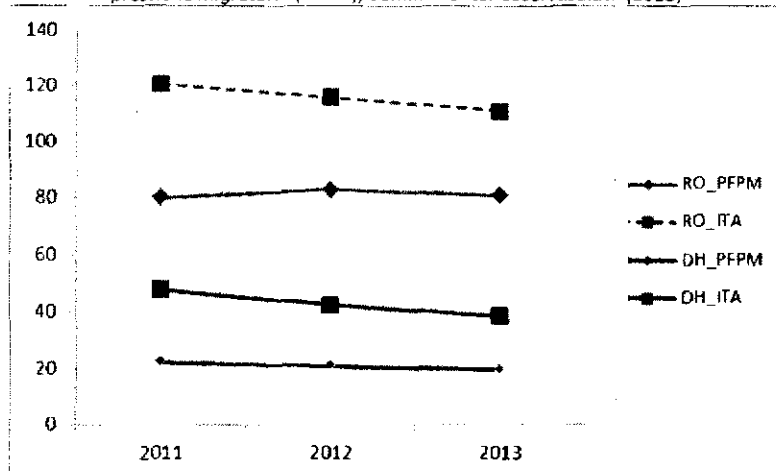


Fig. 12b: tassi di ospedalizzazione ordinaria e DH (*1.000 residenti) per cittadinanza: italiani e stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), donne. Fonte: Osservasalute (2015)



Una valutazione a parte meriterebbe il profilo di salute della popolazione immigrata irregolare, che spesso sfugge alla rilevazione dei sistemi informativi correnti, a causa della natura del fenomeno, e i cui dati sono pertanto frammentari e parziali. Tuttavia, le informazioni disponibili concorrono a delineare un quadro di maggiore vulnerabilità, sia per la maggiore esposizione ai fattori di rischio propri della povertà e dell'esclusione sociale, sia per la ritrosia ad avvicinare i servizi sanitari, indotta dal timore legato allo status giuridico delle persone.

1.4 Le diseguaglianze di salute in Italia

Secondo i dati del rapporto ISTAT "La povertà in Italia", si stima che nel 2015, 1 milione 582 mila famiglie (il 6,1% delle famiglie residenti) è in una condizione di povertà assoluta, corrispondente a 4 milioni e 598 mila individui (7,6% dell'intera popolazione), il valore più alto dal 2005. L'incidenza della povertà assoluta per le famiglie resta sostanzialmente stabile negli ultimi tre anni, con variazioni annuali statisticamente non significative (6,1% nel 2015, 5,7% nel 2014, 6,3% nel 2013). L'incidenza della povertà assoluta aumenta in termini di popolazione residente (7,6% nel 2015, 6,8% nel 2014, 7,3% nel 2013). La povertà assoluta è in aumento fra le famiglie numerose, in particolare quelle con 4 componenti (da 6,7 del 2014 a 9,5% nel 2015), con 2 figli (da 5,9 a 8,6%) e tra le famiglie di soli stranieri (da 23,4 a 28,3%), in media più numerose. Nel lungo periodo la crescita della povertà assoluta è più marcata tra le famiglie con quattro componenti (da 2,2 nel 2005 a 9,5% del 2015) e tra quelle di cinque componenti e oltre (da 6,3 a 17,2%).

Nel Mezzogiorno si registrano i valori più elevati di povertà assoluta (9,1% di famiglie, 10,0% di persone), ma la sua incidenza aumenta al Nord per le famiglie (da 4,2 del 2014 a 5,0%) e per gli individui (da 5,7 a 6,7%), soprattutto per l'incremento registrato tra le famiglie di soli stranieri (da 24,0 a 32,1%). La povertà assoluta è più bassa tra le famiglie di soli italiani (4,4%), sale al 14,1% per quelle miste e raggiunge il 28,3% per le famiglie di soli stranieri.

Negli ultimi dieci anni l'incidenza della povertà assoluta è rimasta stabile tra gli anziani (4,5% nel 2005) mentre ha continuato a crescere nella popolazione tra i 18 e i 34 anni di età (9,9%, più che triplicata rispetto al 3,1% del 2005) e in quella tra i 35 e i 64 anni (7,2% dal 2,7% nel 2005). Da sottolineare come nel 2015 il 10,9% dei minori si trovi in una condizione di povertà assoluta (era il 3,9% nel 2005). In generale, l'incidenza di povertà assoluta diminuisce all'aumentare dell'età della persona di riferimento (il valore minimo, 4,0%, tra le famiglie con persona di riferimento ultra-sessantaquattrenne). L'incidenza di povertà assoluta è inversamente associata al titolo di studio della persona di riferimento (diminuisce tra i più istruiti): tra chi è almeno diplomato è poco più un terzo rispetto a chi possiede al massimo la licenza elementare. L'incidenza di povertà assoluta è dell'1,9%



nelle famiglie con persona di riferimento dirigente, quadro o impiegato; sale all'11,7% tra le famiglie di operai ed è massima tra quelle con persona di riferimento in cerca di occupazione (19,8%); l'incidenza è, invece, molto al di sotto della media tra le famiglie di ritirati dal lavoro (3,8%).

L'incidenza della povertà relativa si distribuisce con caratteristiche sostanzialmente analoghe a quelle della povertà assoluta. In generale, è stabile nel 2015 in termini di famiglie (2 milioni 678 mila, pari al 10,4% rispetto al 10,3% del 2014), mentre aumenta in termini di persone (8 milioni 307 mila, pari al 13,7% rispetto al 12,9% del 2014).

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 socio-economica. Le disuguaglianze osservate riguardano sia indicatori obiettivi di morbosità, disabilità e mortalità sia indicatori di salute auto-riferita. Ad esempio, i dati ISTAT 2016 confermano la presenza di disuguaglianze nella speranza di vita legate al titolo di studio, il cui effetto è risultato essere maggiore tra gli uomini: in particolare, quelli con al massimo la licenza media hanno, a 25 anni, uno svantaggio nella speranza di vita di 3,8 anni rispetto ai laureati, mentre tra le donne la differenza è di 2,0 anni. La distanza è ancora più ampia confrontando la speranza di vita tra laureati e chi ha al massimo la licenza elementare: 5,2 anni per gli uomini e 2,7 per le donne. Avere un titolo di studio elevato conferisce un vantaggio anche tra gli anziani (65 anni), di 2 anni per gli uomini e 1,2 per le donne (Tab. 1).

I dati ISTAT confermano l'effetto del livello di istruzione soprattutto tra gli uomini anche in termini di sopravvivenza: raggiunge gli 80 anni il 56% degli uomini con basso livello di istruzione rispetto al 70% dei laureati; il differenziale tra le donne è molto più contenuto (74% vs 80%).

Tab. 1: Speranza di vita ad alcune età per livello di istruzione e genere della popolazione residente in Italia. Fonte: ISTAT (2012)

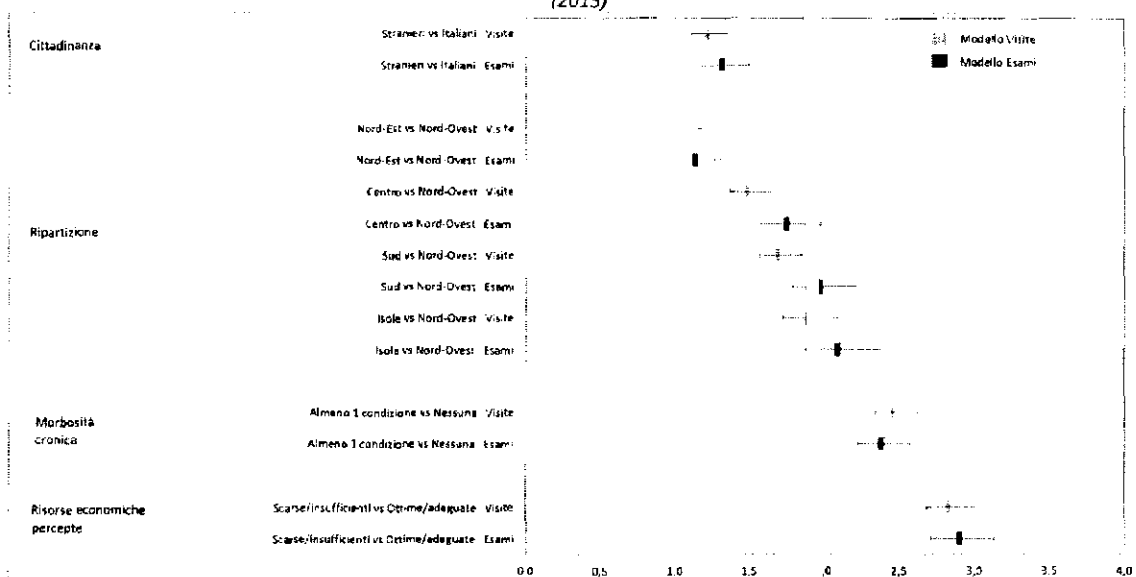
LIVELLO DI ISTRUZIONE	Maschi					Femmine				
	0 anni	25 anni	45 anni	65 anni	80 anni	0 anni	25 anni	45 anni	65 anni	80 anni
SPERANZA DI VITA										
Nessun titolo o licenza elementare	77,2	52,8	34,2	17,8	7,8	83,2	58,7	39,6	21,6	9,7
Licenza media inferiore	79,4	55,0	36,0	18,8	8,1	84,6	60,1	40,5	22,1	10,1
Licenza media superiore	80,9	56,5	37,1	19,2	8,4	85,3	60,8	41,1	22,5	10,3
Laurea o titolo superiore	82,4	58,0	38,5	20,0	8,8	85,9	61,4	41,7	22,9	10,5
Licenza elementare o licenza media inferiore	78,9	54,5	35,4	18,2	8,0	84,3	59,8	40,2	21,9	9,9
Nessun titolo o licenza elementare o licenza media inferiore	78,6	54,2	35,2	18,0	7,9	84,0	59,4	39,9	21,7	9,8
DIFFERENZA ASSOLUTA DI SPERANZA DI VITA RISPETTO A "LAUREA O TITOLO SUPERIORE"										
Nessun titolo o licenza elementare	5,2	5,2	4,3	2,2	0,8	2,7	2,7	2,1	1,3	0,8
Licenza media inferiore	3,0	3,0	2,5	1,4	0,5	1,3	1,3	1,2	0,8	0,4
Licenza media superiore	1,5	1,5	1,4	0,8	0,2	0,6	0,6	0,6	0,4	0,2
Laurea o titolo superiore	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Licenza elementare o licenza media inferiore	3,5	3,5	3,1	1,8	0,6	1,6	1,6	1,5	1,0	0,6
Nessun titolo o licenza elementare o licenza media inferiore	3,8	3,8	3,3	2,0	0,7	1,9	2,0	1,8	1,2	0,7



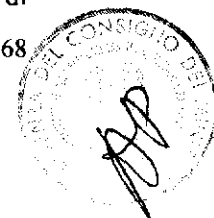
L'effetto delle diseguaglianze socio-economiche sulle salute si manifesta anche in termini di diversa possibilità di accesso alle cure. Secondo un rapporto del Censis, nel 2016 circa 11 milioni di italiani (erano circa 9 milioni nel 2012) hanno dovuto rinviare o rinunciare a prestazioni sanitarie nell'ultimo anno a causa di difficoltà economiche, non riuscendo a pagare di tasca propria le prestazioni private alle quali avrebbero dovuto far ricorso a causa di liste d'attesa troppo lunghe. Il fenomeno riguarda soprattutto 2,4 milioni di anziani e 2,2 milioni di giovani tra i 15 e i 30 anni.

I risultati del rapporto Censis trovano riscontro in studi condotti dall'INMP sulla base di dati ISTAT della "Indagine Multiscopo sulle Famiglie Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari" del 2013. In particolare, in uno studio condotto dall'OENIP si è osservata una più elevata frequenza di rinuncia a visite ed esami specialistici tra gli stranieri e chi dichiara risorse economiche scarse e insufficienti, in particolare tra le persone residenti nel Sud e nelle Isole. Tale osservazione è particolarmente preoccupante anche perché il rischio di rinuncia a visite e a esami specialistici era più elevato proprio tra le persone con uno stato di cattiva salute (Fig. 13).

Fig. 13: Fattori associati alla rinuncia a visite ed esami specialistici. Elaborazione INMP su dati ISTAT. Indagine multiscopo salute (2013)

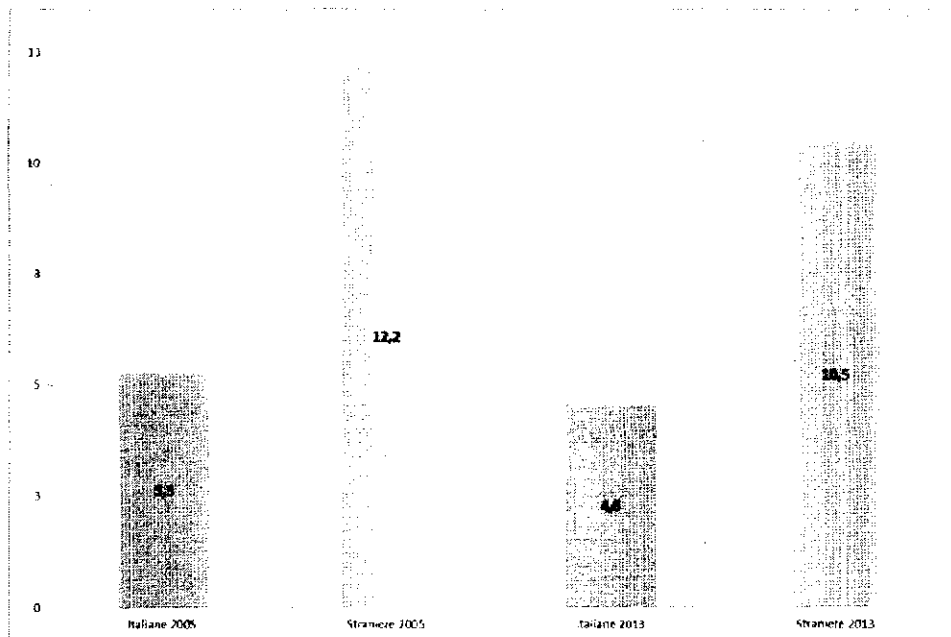


In un altro studio condotto dall'INMP analizzando i dati ISTAT 2005 e 2013 delle indagini "Multiscopo sulle famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", si sono valutati i fattori associati al rischio di ritardo della prima visita ginecologica in gravidanza che dovrebbe avvenire entro la decima settimana gestazionale. Nel periodo considerato in entrambi i gruppi si riduce la percentuale di donne che effettuano la prima visita oltre il periodo raccomandato, pur rimanendo più elevato tra le straniere (Fig. 14). Una maggiore probabilità di visita successiva al terzo mese di



gravidanza è stata osservata tra le straniere, tra le donne che dichiaravano risorse economiche insufficienti o scarse, con titolo di studio basso, non occupate prima della gravidanza, e tra quelle che erano seguite da un ginecologo pubblico e non privato.

Fig. 14: Donne che avevano eseguito prima visita ginecologica oltre il 3° mese di gravidanza, per cittadinanza e anno dell'indagine (%). Elaborazione INMP su dati ISTAT. Indagini multiscopo salute 2005 e 2013)



ALLEGATO II - LE ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DEL PROGETTO INTERREGIONALE 2013-2015

II.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. A tal fine è stato attivato 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 e saranno svolte in collaborazione con Istituzioni Nazionali, Università e 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. Ci si propone, inoltre, di coinvolgere progressivamente il maggior numero di Regioni possibili, anche attraverso iniziative di formazione ad hoc.

I risultati prodotti forniranno indispensabili elementi conoscitivi alla R-OENIP, per orientare l'assistenza e la prevenzione verso obiettivi prioritari e facilitarne la realizzazione.

II.1.1 Monitoraggio della salute della popolazione immigrata

È stato avviato in via sperimentale il sistema di monitoraggio dello stato di salute e assistenza sanitaria alla popolazione immigrata, la cui fattibilità è stata analizzata nel corso del precedente progetto interregionale. Tale sistema si basa sugli indicatori derivanti dai risultati dei progetti CCM 2006 e 2009, che successivamente sono stati oggetto di revisione e integrazione da parte del gruppo di lavoro formato dagli epidemiologi dell'INMP e dei principali centri epidemiologici regionali. Si tratta di un set di indicatori socio-sanitari sui principali ambiti di salute e assistenza sanitaria (ospedalizzazione, abortività spontanea e volontaria, mortalità, incidenza malattie infettive, prevenzione/screening, infortuni sul lavoro). Per la fine del 2016 le Regioni attualmente partecipanti (Piemonte, PA Trento, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata) si sono impegnate a calcolare tutti gli indicatori derivabili dalle fonti informative correnti disponibili, almeno a livello regionale, e laddove possibile, a livello di ASL.



II.1.2 Rete degli studi longitudinali metropolitani

I dati degli Studi Longitudinali metropolitani (SLM), associati a quelli dei principali flussi informativi correnti, 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. Infatti, gli SLM rappresentano attualmente l'unica fonte informativa che dispone di denominatori di popolazione reali, seppur limitatamente ai residenti, e costituiscono potenti strumenti di osservazione per l'equità nella salute e nell'assistenza sanitaria. 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 attualmente incluse nel progetto INMP 2015 sono: Torino, Venezia, Reggio Emilia, Firenze, Roma, Palermo, Catania e Siracusa. La quota di popolazione censita al 2001 inclusa negli SLM ammonta a 3.600.000 circa. Il numero di anni persona osservati nelle coorti censuarie varia da più di 20 milioni a Roma a 1,3 milioni a Reggio Emilia; nelle due coorti aperte i valori risultano ovviamente più elevati: 1,8 milioni a Reggio Emilia e 7,5 milioni a Torino.

Nel corso del triennio sono state avviate attività complesse, la cui responsabilità è affidata a un'unità esterna (soggetti pubblici), a ciascuna delle quali è associato uno dei seguenti macro-obiettivi:

1. Creazione archivio *pooled*;
2. Creazione coorti siciliane;
3. Apertura coorti e covariate demografiche e socioeconomiche: inec guida;
4. Mortalità per cittadinanza;
5. Mortalità e livello socioeconomico;
6. Ospedalizzazione per cittadinanza;
7. Ospedalizzazione evitabile per cittadinanza;
8. Natalità ed esiti neonatali per cittadinanza.

I primi tre obiettivi sono tra loro interconnessi, riguardano lo sviluppo delle fonti informative e presentano criticità e complessità elevate, anche a causa dell'acquisizione delle basi dati anagrafiche. Tali obiettivi saranno realizzati nel corso del 2017. Gli obiettivi 4-8 rivestono, invece, carattere valutativo, e si trovano attualmente in fase avanzata di realizzazione. Dopo aver definito e condiviso i protocolli di studio, ogni centro ha provveduto all'armonizzazione delle basi dati e sono in fase avanzata di esecuzione le analisi statistiche dei dati.



Sul fronte della valorizzazione scientifica la rete SLM ha prodotto un articolo scientifico pubblicato sull'*European Journal of Epidemiology*, rivista con il più alto *Impact Factor* a livello mondiale in ambito epidemiologico, e numerose comunicazioni in convegni scientifici nazionali e internazionali.

II.1.3 La collaborazione istituzionale con l'ISTAT

Nel corso del 2016 è stato formalizzato un protocollo di intesa triennale con ISTAT per la valorizzazione epidemiologica delle indagini multiscopo ISTAT, dei suoi sviluppi longitudinali e dello sviluppo longitudinale del censimento 2011.

In particolare, le indagini Istat sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione italiana (2005, e 2012/2013) e l'indagine speciale su Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri (2011-2012) offrono una vasta gamma di informazioni sulle condizioni di salute degli immigrati in Italia e sull'accessibilità ai servizi sanitari.

La prima, condotta su circa 60.000 famiglie e 120.000 individui, offre il vantaggio di analizzare le condizioni di salute degli immigrati e le sue variazioni nel tempo: infatti le diverse edizioni dell'indagine offrono un set di indicatori confrontabili con le edizioni precedenti. Inoltre, per il disegno e la dimensione del campione, offrono analisi comparative tra la popolazione straniera e gli italiani.

Per quanto riguarda l'indagine su Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri, condotta su un campione nazionale di circa 10 mila famiglie con cittadini straniero residente (per un totale di oltre 20 mila cittadini stranieri), la presenza in un'unica fonte di una molteplicità di informazioni sulle condizioni di salute e sull'accessibilità ai servizi sanitari congiuntamente a numerosi altri temi offre, per la prima volta in Italia, set di dati che permette di approfondire attraverso modelli 'esplicativi' le relazioni esistenti tra i fenomeni, cercando di valutare i fattori ad essi associati. L'indagine, inoltre, è progettata per permettere di effettuare analisi comparative, distinguendo rispetto alle principali nazionalità presenti in Italia.

Il 5 maggio 2016 si è svolto presso INMP il congresso dal titolo "Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo ISTAT", nel quale sono stati presentati i principali risultati di due anni di collaborazione. Tutti i materiali presentati sono stati pubblicati sul sito dell'INMP:

<http://www.inmp.it/index.php/ita/Eventi/Eventi-INMP/Eventi-Nazionali/Epidemiologia-della-salute-della-popolazione-immigrata-in-Italia-evidenze-dalle-indagini-multiscopo-ISTAT>.

I risultati confluiranno in un supplemento monografico della rivista scientifica *Epidemiologia e prevenzione*, che sarà pubblicato nel 2017.



Per quanto riguarda gli sviluppi legati alle nuove informative, cioè le basi dati longitudinali del censimento 2011 e dell'indagine multiscopo sulla salute 2005 (il cosiddetto studio longitudinale italiano), si stanno realizzando i controlli di qualità degli archivi: nel corso del 2017 saranno effettuate le prime analisi valutative sulle differenze di mortalità e ospedalizzazione tra popolazione italiana e immigrata, anche per area di provenienza e a livello regionale, nei casi in cui la potenza statistica lo consentirà.

II.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 specifico di definire il profilo professionale del mediatore in ambito sanitario e la relativa offerta formativa professionalizzante, anche in considerazione del mandato istituzionale dell'INMP quale Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in ambito sanitario, l'Istituto sta continuando a lavorare su due fronti, già avviati nel 2015. Il programma di lavoro, denominato SGPL (Sistema di gestione della performance dei mediatori), si articola infatti in due parti: da un lato è stata condotta una ricognizione aggiornata dello stato dell'arte rispetto alla formazione professionale e all'alta formazione universitaria per i mediatori; dall'altro, si sta procedendo alla modellizzazione del task del mediatore in ambito sanitario, cioè alla definizione delle conoscenze, competenze, abilità e contesti di intervento.

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 FEI. 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.

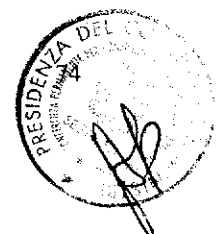
L'obiettivo strategico del progetto interregionale, su questo fronte, è quello di istituire un elenco nazionale di mediatori transculturali specializzati in ambito sanitario, formati secondo requisiti ritenuti idonei a rispondere al fabbisogno di salute transculturale. Negli ultimi due anni, a partire dal modello del task del mediatore culturale in sanità, è stata redatta uno schema di profilo professionale specialistico costituito da sei unità di competenza (analizzare bisogni e risorse del beneficiario della mediazione, realizzare la relazione utente immigrato/servizi, realizzare l'attività di intermediazione linguistica, realizzare percorsi di mediazione interculturale, sviluppare interventi di integrazione sociale, trasferire il *know how* a mediatori junior e operatori dei servizi). Nel corso dell'anno si è svolta una rilevazione pilota del Sistema di Gestione delle Performance del Mediatore (SGPM) presso l'ambulatorio dell'INMP, con l'obiettivo di contribuire a definire il profilo professionale del mediatore in ambito socio-sanitario e la relativa offerta formativa professionalizzante; sono state osservate le prime quattro unità di competenza.

Contestualmente, si è lavorato per mettere a punto il nuovo bando per il corso di formazione in ambito sociosanitario rivolto specificatamente a mediatori da avviare nel 2017 e da riproporre ciclicamente ogni anno.

Con la conclusione del 2016 è stato dato avvio alle procedure per la creazione dell'elenco dei mediatori formati dall'INMP.

II.3 Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP)

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 nella sua concreta attuazione in



termini di accessibilità e accoglienza, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate della popolazione.

Lo sviluppo e il consolidamento di una Rete nazionale come "sistema organizzato" di reti regionali e locali nascono dalla necessità di gestire problematiche socio-sanitarie complesse, attraverso un approccio integrato, multidisciplinare e flessibile, che valorizzi lo spirito di cooperazione rispetto a obiettivi condivisi, i processi di scambio paritario, l'interdipendenza e la pluralità degli attori e dei punti di vista. L'azione dell'Istituto si realizza primariamente in stretto raccordo con le Regioni e le Province Autonome i cui referenti istituzionali costituiscono i punti di repere dell'organo nazionale con le articolazioni e funzioni delle reti particolari. Al tempo stesso, tali rappresentanti costituiscono gli interlocutori privilegiati per gli aspetti relativi all'individuazione delle priorità della programmazione sanitaria e alla restituzione delle conoscenze e delle esperienze prodotte, in un'ottica di valorizzazione e diffusione delle buone pratiche. Inoltre, il sistema organizzato delle reti si sviluppa 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.

II.4 Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti

Tra le attività avviate in attuazione del Progetto interregionale 2014, particolare rilevanza riveste l'Accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina della Migrazioni (SIMM), per la realizzazione del Programma nazionale "Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti". Tale programma si incardina all'interno di un accordo quadro di collaborazione che l'INMP ha siglato in data 3 luglio 2015 con l'ISS, a partire dall'esperienza maturata nell'ambito del Sistema Nazionale Linee Guida (SNLG), e con la SIMM, in quanto unico network scientifico specificamente rivolto alla tutela della salute degli immigrati e impegnato a sostenere le buone pratiche nell'assistenza sia a livello nazionale che locale attraverso i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS). L'attività di produzione di linee guida si alimenta, inoltre, del sostegno delle Regioni che, attraverso il diretto coinvolgimento dei propri referenti nell'ambito della ReNIP, concorrono a indicare i temi prioritari e si pongono sia come destinatari dei documenti di indirizzo, in ordine alle scelte di programmazione sanitaria, sia come intermediari presso gli operatori per la diffusione delle buone pratiche.



Dal punto di vista operativo, un'importante attività preliminare ha riguardato l'individuazione delle problematiche clinico-organizzative e degli ambiti di sanità pubblica prioritari, su cui orientare la produzione di linee guida. Questa attività di *priority setting* ha coinvolto numerosi *stakeholder*, attraverso una consultazione su piattaforma e-Learning dell'INMI, e in particolare: i referenti regionali della ReNIP, il Consiglio di Presidenza e il Comitato scientifico della SIMM, 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 (precedentemente individuati mediante revisione rapida della letteratura scientifica), i primi 5 temi in ordine di priorità. La votazione si è svolta dal 28 settembre al 9 ottobre 2015 e sono state raccolte complessivamente 49 schede, di cui 39 compilate a titolo personale e 10 come espressione dei GrIS. 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 degli infortuni sul lavoro; 4) salute nelle condizioni di restrizione della libertà; 5) tubercolosi.

Contestualmente alla definizione dei temi prioritari, è stata avviata una revisione sistematica della letteratura per il reperimento di linee guida e raccomandazioni *evidence-based*, nonché di altra documentazione contenente linee di indirizzo rilevanti per la sanità pubblica, prodotte da istituzioni e agenzie internazionali sul tema della salute e dell'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata. Tale processo di revisione si pone come attività propedeutica allo sviluppo del programma che, anche sulla base delle priorità individuate, può orientarsi verso l'adozione dei documenti esistenti o l'adattamento degli stessi alla realtà italiana, o condurre alla produzione di nuovi materiali di sintesi. La prima linea guida in corso di elaborazione è quella relativa alla sorveglianza sanitaria allo sbarco e ai percorsi di tutela. Il documento intende offrire ai decisori, agli enti gestori dei centri di accoglienza e agli operatori sociosanitari, raccomandazioni *evidence-based* circa la pratica dei controlli, a fronte dell'incertezza e della discrezionalità nei comportamenti adottati sul territorio nazionale. Alla realizzazione della linea guida sta lavorando un gruppo multidisciplinare e multi professionale di esperti (*guideline panel*), scelti in rappresentanza delle principali società scientifiche interessate e di istituzioni nazionali e internazionali. Sono anche entrati a far parte del panel rappresentanti dei mediatori interculturali e degli immigrati. Inoltre, in ragione della particolare rilevanza assunta dal tema dei controlli sanitari e della opportunità di condividere le linee generali di policy tra le diverse istituzioni nazionali e regionali coinvolte nell'accoglienza ai migranti, si è deciso di costituire un *policy panel* cui è affidato il compito di accompagnare il percorso di elaborazione delle raccomandazioni, attraverso una valutazione critica del documento nelle diverse fasi del suo sviluppo, e di condividere strategie e modalità implementative a sua cura ultimata. Nel corso della



prima riunione, che si è tenuta in data 9 febbraio 2016 a Roma presso la sede dell'INMP, il panel ha individuato una lista di malattie (infettive e croniche) e condizioni di particolare fragilità (gravidenza) giudicate rilevanti ai fini del controllo sanitario. Sono stati quindi formulati i quesiti scientifici verso cui orientare la revisione sistematica della letteratura scientifica.

II.5 Monitoraggio e all'analisi delle politiche regionali per la promozione e la tutela della salute degli immigrati

Nell'ambito della ReNIP nazionale, l'Istituto ha avviato uno specifico progetto finalizzato al monitoraggio e all'analisi delle politiche regionali per la promozione e la tutela della salute degli immigrati attraverso una piattaforma dedicata (*wiki*). Il progetto si pone l'obiettivo di contribuire al miglioramento delle conoscenze aggiornate e geo-referenziate sulle effettive modalità di accesso ai servizi sanitari da parte delle persone straniere, nell'ottica di costituire una base informativa utile a programmare eventuali interventi correttivi sulle criticità sanitarie. Attività propedeutiche all'avvio di questa specifica linea progettuale sono la revisione e l'aggiornamento della piattaforma informativa a suo tempo sviluppata nell'ambito del Progetto FEI "La salute viene di te" e che descrive le modalità di accesso degli stranieri al SSN, sia a un livello normativo nazionale, sia con un approfondimento normativo-applicativo regionale. A tale scopo, è stato costituito presso l'INMP un Gruppo di Studio permanente cui è affidato il compito di progettare, redigere, raccogliere e supervisionare i contenuti da pubblicare sulla piattaforma, e di contribuire al miglioramento delle conoscenze aggiornate e geo-referenziate sull'accessibilità dei servizi sanitari da parte delle persone straniere. Tali attività necessitano di un lavoro cooperativo con le Regioni.

II.6 Interventi sociosanitari di prossimità in favore di gruppi *hard-to-reach*

In merito agli interventi di prossimità su gruppi di popolazione *hard-to-reach*, è in corso dal 2014 un piano di intervento sociosanitario in favore di migranti senza dimora in transito nell'area metropolitana di Roma. 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, INTERSOSS, 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 come quella dei profughi in transito, attraverso la costruzione di reti territoriali di prossimità.

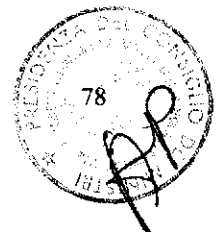
Sempre nell'ambito degli interventi sociosanitari "di prossimità", l'INMP e le ASL RMA e RMB hanno formalizzato, in data 28 maggio 2015, la realizzazione di un piano di intervento sociosanitario rivolto ai migranti stabilmente presenti sul territorio cittadino, che vivono presso insediamenti ed edifici occupati. 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.

II.7 Il network sud europeo sulle disuguaglianze di salute

Le attività di rete e di ricerca che coinvolgono soggetti dei Paesi dell'Europa del sud, aderenti al Network sud europeo per la lotta alle disuguaglianze nella tutela della salute, hanno riguardato: 1) la presentazione delle priorità di intervento della Commissione europea in materia di disuguaglianze 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 sulla possibilità di un progetto di ricerca sull'impatto della crisi socio-economica sulle disuguaglianze nella salute. I partecipanti (Italia, Francia, Malta, Slovenia, Portogallo, Grecia, Regno Unito, Marocco, OMS/Europa, Ministero della salute italiano) 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. È stata avviata una ricognizione della letteratura sulle disuguaglianze nei Paesi partecipanti assegnando tale responsabilità all'Università di Torino.

II.8 Progetti di sanità pubblica

L'INMP ha attivato nel triennio di riferimento un procedimento per la selezione e il sostegno di progetti rientranti tra quattro aree prioritarie di sanità pubblica definite assieme alla ReNIP 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.

Grazie a dei chiarimenti normativi richiesti dal Ministero dell'economia e finanze e forniti dal Consiglio di Stato è stato possibile riavviare il procedimento e di finire la commissione per la valutazione dei progetti presentati.



ALLEGATO III – I PROGETTI FINANZIATI CON FONDI ESTERNI

III.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 quinto 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 a 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 evidenziassi la necessità clinica, fruisce gratuitamente dei dispositivi medici attinenti. Nell'anno in corso, sono conclusi o si avviano a conclusione quattro dei progetti di medicina sociale che hanno avuto inizio nell'anno precedente:

- in campo odontoiatrico, l'obiettivo è stato il miglioramento delle condizioni temporo-mandibolari di individui appartenenti alle fasce deboli della popolazione, successivamente all'individuazione del fabbisogno di dispositivi protesici odontoiatrici;
- 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 ginecologico l'obiettivo è stato quello della valutazione della *compliance* della terapia proposta, attraverso lo IUD, in termini di accettabilità e di riduzione del flusso mestruale.

Contestualmente sono stati avviati ulteriori quattro progetti 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:

- odontoiatria, come proseguimento delle attività cliniche della precedente progettazione;
- diabete mellito, per una gestione efficace di specifici gruppi etnici nel centro Italia;
- dermatologia, per la valutazione del prurito sine materia;



- malattie neglette trasmissibili, per il potenziamento della lotta attraverso l'utilizzo dei dispositivi medici.

Per il 2017, inoltre, si prevede la presentazione di altri progetti in diverse discipline specialistiche di interesse.

III.2 Progetti finanziati dal Ministero degli Affari Esteri e Cooperazione Internazionale

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 e altri enti pubblici e privati locali, ha condotto la terza annualità (avviata ufficialmente il primo ottobre 2015) dell'iniziativa di cooperazione internazionale volta a rafforzare le competenze e le capacità di Istituzioni e personale sanitario gibutiano e 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. In particolare, è stata condotta una prima fase dell'attività formativa (pratica e teorica) condotta contestualmente dal pediatra e dall'infermiere che fanno parte del personale espatriato e rivolta al miglioramento delle conoscenze e competenze del personale locale in riferimento a tre ambiti principali:

- assistenza alla nascita, compresa l'attività rianimatoria;
- introduzione di nuove pratiche e metodiche (secondo le linee guida OMS);
- miglioramento degli aspetti organizzativi nei processi di presa in carico del paziente, diagnosi e cura.

Parallelamente, si è svolta anche la prima fase della ricerca antropologica volta al miglioramento delle conoscenze sugli aspetti socioculturali delle mutilazioni genitali femminili condotta dall'antropologa, anch'essa parte del personale espatriato.

III.3 Progetti finanziati dal Ministero dell'Interno

Dopo la positiva esperienza del 2015 presso l'allora CPSA di Lampiusa, dove l'INMP ha svolto attività assistenziale specialistica di secondo livello in favore della popolazione ospite del Centro, il Ministero dell'Interno ha proposto all'INMP di riproporre tali attività, per il 2016, anche nell'*Hotspot* di Trapani. La composizione dei Team multidisciplinari che operano nei due Centri dal mese di aprile è stata ampliata: restano i due medici (dermatologo e infettivologo), lo psicologo (da quest'anno psicologo dell'età evolutiva) e i due mediatori transculturali, mentre l'antropologo non è più presente. È stato inoltre inserito nel Team un medico pediatra il quale, insieme allo psicologo dell'età evolutiva, si occupa di sperimentare il protocollo dell'accertamento olistico dell'età anagrafica dei minori.



stranieri non accompagnati. La composizione dei Team è pensata per garantire l'appropriateo inquadramento specialistico dei casi clinici e per gestire le eventuali complessità clinico-diagnostiche, in raccordo con gli Enti gestori dei due Centri e le ASP di Palermo e Trapani. La presenza del personale dell'INMP presso i due *Hotspot* è prevista fino al 31 dicembre del corrente anno, salvo proroga.

I due Team multidisciplinari sono coordinati, nelle loro attività cliniche e organizzative, da un medico specialista in Igiene e Medicina Preventiva che, inoltre, si occupa dell'integrazione delle attività previste con quelle del concomitante progetto CARE.

III.4 Progetti finanziati dall'Unione Europea

Il progetto "*CARE- Common Approach for REfugees and other migrants' health*" è co-finanziato dall'Agenzia CHAFEA della Commissione Europea (*Consumers, Health, Agriculture and Food Executive Agency*) nell'ambito del Terzo Programma Quadro ed è condotto da un partenariato composto dall'INMP (in qualità di coordinatore) e altri 14 enti pubblici e privati di 5 Stati Membri (Italia, Grecia, Malta, Slovenia e Croazia). Ha avuto inizio ad aprile 2016 e ha lo scopo di promuovere e sostenere la salute dei migranti e della popolazione negli Stati Membri a forte pressione migratoria. Il Progetto sviluppa il suo potenziale attraverso 8 macroattività (*Work package*), tutte indirizzate a differenti aspetti della salute dei migranti, anche con un'attenzione alle società che li ospitano.

Le prime tre macroattività sono relative rispettivamente al coordinamento progettuale, alla diffusione dei risultati di progetto e alla valutazione degli stessi. La quarta macroattività coordinata dall'INMP si occupa della gestione della salute all'interno degli *Hotspot* e dei centri per migranti, sostenendo il lavoro di team sanitari multidisciplinari nei centri in Italia (*Hotspot* di Trapani Milo e Lampedusa), in Grecia (Leros e Kos) e in Croazia (Slavonski Brod, attualmente non in funzione a causa della chiusura della rotta balcanica). L'INMP è già presente con team multidisciplinari (infettivologo, dermatologo, pediatra, psicologo dell'età evolutiva, mediatori culturali) negli *Hotspot* di Lampedusa e Trapani Milo grazie alla cooperazione con il Ministero dell'Interno italiano. La quinta è relativa al monitoraggio delle malattie trasmissibili attraverso cui si cerca di fornire strumenti e modelli agli Stati membri che partecipano al progetto per assicurare la rilevazione precoce dell'insorgenza di malattie diffuse e di potenziali emergenze nel campo della salute pubblica. La sesta macroattività si occupa del monitoraggio della salute del migrante attraverso lo sviluppo di uno strumento per la rilevazione dello stato di salute già dal momento dell'arrivo negli *Hotspot* o negli altri centri di progetto, assicurando la possibilità di aggiornarlo elettronicamente anche presso altri centri sanitari dove lo stesso migrante dovesse essere trasferito. La settima si occupa di attività trasversali di contesto come innalzare la consapevolezza e la conoscenza della popolazione generale su quanto



di vero e di falso circa le comuni convinzioni sui migranti e sui rifugiati. Inoltre essa cerca di aumentare la capacità dei medici e del personale non medico al di fuori degli *Hotspot* di intercettare i reali bisogni di salute dei migranti, inclusi i bambini e gli adolescenti, di promuovere la loro alfabetizzazione sui diritti sanitari e sul corretto accesso al sistema sanitario pubblico all'interno di Stati che li accolgono. L'ottava si occupa della programmazione nazionale e regionale delle politiche sanitarie a favore dei migranti e del ruolo svolto dalle organizzazioni della società civile. Viene supportato lo sviluppo di politiche pubbliche integrate che siano rilevanti per i migranti e per i rifugiati e che siano basate sulle sinergie e le complementarità tra il settore pubblico e quello privato, ma anche sulle buone pratiche e sull'evidenza scientifica.

