



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 2016, dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

Rep. Atti n. 17/CSR del 2 febbraio 2017

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

Nella odierna seduta del 2 febbraio 2017:

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;

VISTA la lettera in data 19 dicembre 2016, con la quale il Ministro 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;



Bp



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 nota in data 22 dicembre 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 con nota del 27 gennaio 2017;

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

APPROVA

il progetto interregionale per il finanziamento dell'attività, per l'anno 2016, 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 Naddeo



IL PRESIDENTE
On. Antonio Di Pietro

19

Istituto Nazionale
per la promozione
della salute
delle popolazioni Migranti e per il contrasto
delle malattie della Povertà

INMP



NIHMP

National Institute for Health
of Migrants and the Poor

**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 2016
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 D.L. 13 settembre 2012 n.158,
convertito, con modificazioni, dalla L. 8 novembre 2012 n. 189.*



Introduzione

L'attuale 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 dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) individua le attività annuali dell'Istituto nell'ambito di indirizzi strategici triennali 2015-2018. Il progetto illustra come si intende adempiere alla *mission* di sviluppare sistemi innovativi per contrastare le disuguaglianze di salute in Italia, rendere più agevole l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale da parte dei gruppi sociali più svantaggiati e assicurare un alto livello di qualità delle prestazioni fornite. Ciò attraverso la promozione di specifiche attività di assistenza, ricerca e formazione, e di quelle legate allo sviluppo dell'Istituto quale 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.

Le aree strategiche per il triennio di riferimento sono definite in coerenza con quelle del Progetto Interregionale precedente del triennio precedente (2013-2015) e sono identificate nella promozione della qualità dell'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti, povere o impoverite; nel miglioramento dell'efficienza gestionale; nella promozione della comunicazione sui temi della salute dei migranti e delle popolazioni svantaggiate. Esse sono integrate dalle attività trasversali che riguardano il proseguimento dell'effettiva strutturazione organizzativa dell'Istituto, prevista dal Decreto del Ministro della salute del 22 febbraio 2013, n. 56 "Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà"; la trasparenza gestionale e la rendicontazione verso gli *stakeholder* esterni, sui contenuti, sui modi e sugli standard di erogazione dei servizi - in rapporto alle risorse pubbliche utilizzate - puntando all'allargamento della partecipazione, alla definizione e al perseguimento degli obiettivi strategici.

Il prossimo triennio vede, dunque, l'Istituto sempre più impegnato nel miglioramento continuo delle diverse attività, nello sviluppo di nuovi programmi di intervento a fianco delle Regioni e delle istituzioni e nella conduzione di progetti di ricerca clinica e operativa. Il lavoro di rete sarà potenziato a tutti i livelli, nazionale, regionale, locale. Particolare attenzione sarà rivolta all'innovazione tecnologica e al sistema informativo, per meglio supportare l'impegnativo programma di lavoro e fornire dati puntuali e significativi.

Il presente documento di programmazione inizia, al Capitolo A, con un breve excursus normativo che traccia il quadro di riferimento delle disposizioni che riguardano l'INMP e il suo funzionamento. A seguire, il Capitolo B, riporta le linee strategiche per il triennio 2016-2018. Il capitolo C riferisce i principali dati sul contesto di salute delle popolazioni svantaggiate. Il Capitolo D descrive le attività più rilevanti svolte del triennio 2013-2015, mentre nel capitolo E si riportano più analiticamente le macro attività realizzate



dall'Ente nel 2016. Il Capitolo F contiene, la proposta di attività previste nel 2017. Corredano il documento 3 allegati con analisi più approfondite riguardanti dati e statistiche relative alle varie aree di interesse dell'Ente.

L'INMP continuerà a impegnarsi per rendere disponibile a tutti, nessuno escluso, servizi e assistenza socio-sanitaria di maggiore efficacia, efficienza, accessibilità e umanità; è necessario l'impegno di tutti affinché il diritto alla salute trovi la sua piena applicazione, con ricadute positive sulle fasce di popolazione più vulnerabili, di stranieri e italiani.

Per la realizzazione di questo Progetto si riconosce il supporto e la lungimiranza delle istituzioni sanitarie - il Ministero della Salute e le Regioni e Province autonome - come pure di quelle con le quali la collaborazione è stretta e continua - il Ministero dell'Interno, il Ministero degli Esteri - ed altri enti ed istituzioni pubbliche e private con i quali l'INMP interagisce per il raggiungimento dei propri obiettivi istituzionali.



Indice

A. ORGANIZZAZIONE E FINANZIAMENTO DELL'INMP	6
B. LINEE STRATEGICHE PER IL TRIENNIO 2016-2018	7
B.1 La <i>mission</i> dell'INMP.....	7
B.2 Principi guida del triennio	8
B.3 Strategia programmatica del triennio.....	8
B.4 Attività e programmi istituzionali.....	9
<i>B.4.1 Assistenza socio-sanitaria</i>	9
<i>B.4.2 Ricerca e innovazione</i>	10
<i>B.4.3. Formazione e sviluppo</i>	11
<i>B.4.4 La Rete nazionale (ReNIP)</i>	11
<i>B.4.5 L'Osservatorio epidemiologico nazionale (OENIP)</i>	12
<i>B.4.6 La mediazione transculturale</i>	12
<i>B.4.7 Informazione e comunicazione</i>	12
<i>B.4.8 Progetti e altre attività istituzionali</i>	13
<i>B.4.9 L'internazionalizzazione</i>	13
C. CONTESTO DI SALUTE	15
D. LE ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DEL PROGETTO INTERREGIONALE ANNUALE 2013-2015.....	17
E. L' ATTIVITÀ NEL 2016	19
E.1 L'assistenza sanitaria	19
<i>E.1.1. L'équipe multidisciplinare dell'INMP presso gli Hotspot di Lampedusa e di Trapani-Milo</i>	26
E.2 Piano di intervento sociosanitario in favore della popolazione migrante in transito	29
E.3 La Ricerca	33
E.4 La Formazione	34
<i>E.4.1 Formazione Istituzionale</i>	35
<i>E.4.2 Formazione aziendale</i>	36
E.5 I progetti finanziati con fondi esterni.....	37
F. PROPOSTA DI PROGETTO INTERREGIONALE ANNUALE.....	38
F.1 Osservatorio epidemiologico nazionale	38
<i>F.1.1 Monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata</i>	38
<i>F.1.2 La rete degli studi longitudinali metropolitani</i>	39
<i>F.1.3 La collaborazione istituzionale con l'ISTAT</i>	39
<i>F.1.4 WHIP-Salute</i>	39



<i>F.1.5 Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute</i>	41
<i>F.1.6 La salute nelle carceri</i>	42
F.2 Core Curriculum del mediatore transculturale	43
F.3 Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP)	44
<i>F.3.1 Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti</i>	44
<i>F.3.2 Monitoraggio e analisi delle politiche regionali e degli stakeholder nel campo della promozione e della tutela della salute degli immigrati</i>	45
<i>F.3.3 Interventi sociosanitari di prossimità in favore di gruppi hard-to-reach</i>	45
F.4 Ricerca	47
F.5 L'internazionalizzazione	48
F.6 Creazione di una rete di comunicazione per la diffusione delle conoscenze delle politiche, dei programmi e delle attività riguardo la salute delle popolazioni migranti e dei gruppi più vulnerabili.	48
ALLEGATO I - IL CONTESTO DI SALUTE	51
I.1 il fenomeno migratorio in Italia.....	51
I.2 Lo stato di salute della popolazione immigrata: inquadramento del fenomeno.....	53
I.3 Lo stato di salute della popolazione immigrata: i dati epidemiologici	55
I.4 Le disuguaglianze di salute in Italia.....	66
ALLEGATO II - LE ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DEL PROGETTO INTERREGIONALE 2013-2015	70
II.1 Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e sull'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (OENIP)	70
<i>II.1.1 Monitoraggio della salute della popolazione immigrata</i>	70
<i>II.1.2 Rete degli studi longitudinali metropolitani</i>	71
<i>II.1.3 La collaborazione istituzionale con l'ISTAT</i>	72
II.2 Core curriculum del mediatore transculturale	73
II.3 Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP)	74
II.4 Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti.....	75
II.5 Monitoraggio e all'analisi delle politiche regionali per la promozione e la tutela della salute degli immigrati	77
II.6 Interventi sociosanitari di prossimità in favore di gruppi <i>hard-to-reach</i>	77
II.7 Il network sud europeo sulle disuguaglianze di salute.....	78
II.8 Progetti di sanità pubblica	78
ALLEGATO III - I PROGETTI FINANZIATI CON FONDI ESTERNI.....	78



III.1 Progetti finanziati dal Ministero della salute.....	80
III.2 Progetti finanziati dal Ministero degli Affari Esteri e Cooperazione Internazionale.....	81
III.3 Progetti finanziati dal Ministero dell'Interno.....	81
III.4 Progetti finanziati dall'Unione Europea.....	82



A. ORGANIZZAZIONE E FINANZIAMENTO DELL'INMP

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) è ente del Servizio sanitario nazionale 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.

Per il compimento delle funzioni dell'Istituto, come articolate dal Decreto del Ministero della Salute n. 56 del 22 febbraio 2013, a decorrere dall'anno 2013 è vincolato il finanziamento pari ad Euro 10 milioni, alla cui erogazione 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 (art. 14, comma 5, D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. n. 189/2012).

Il suddetto finanziamento consta di una quota pari a circa 8,1 milioni volta a coprire i costi della produzione, ovvero in particolare i costi del personale dipendente nonché le attività relative alle attività clinico-assistenziali, la ricerca e la formazione, così come l'avvio delle attività del «Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e sull'impatto della Povertà sulla salute della popolazione» e della «rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà». La restante quota è dedicata alla copertura dei costi derivanti dalle linee di attività aggiuntive. Il citato articolo 14, al comma 3, 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'articolo 1, comma 4-ter, del D.L. 15 ottobre 2013, n. 120 convertito con modificazioni dalla L. 13 dicembre 2013, n. 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, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a erogare a titolo di acconto, in favore dell'INMP, il 90 per cento del importo destinato nell'anno di riferimento al predetto Istituto ai sensi del presente comma». In ottemperanza all'articolo 3, comma 1, del «Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'INMP», 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 annuale si inquadra nella cornice della programmazione triennale 2016-2018. Come per i precedenti anni, vale sottolineare che l'attività del presente progetto interregionale avrà svolgimento nel corso dell'anno successivo, il 2017.



B. LINEE STRATEGICHE PER IL TRIENNIO 2016-2018

B.1 La *mission* dell'INMP

Le presenti linee strategiche si sviluppano su attività e servizi che sono finanziati con i fondi del Progetto Interregionale e su progetti che godono di finanziamento proprio. Tutte le attività si collocano all'interno della *mission* e degli obiettivi assegnati all'Istituto dalla legge costitutiva.

La *mission* dell'INMP, quale Ente del Servizio Sanitario Nazionale, è promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà, sviluppando conoscenze e sistemi innovativi per contrastare le disuguaglianze di salute in Italia e favorire l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale alla parte dei gruppi sociali più svantaggiati, attraverso un approccio transculturale e orientato alla persona e con modalità collaborative finalizzate a fare rete e a dare concreta e specifica attuazione al principio dell'universalismo della prevenzione e delle cure per tutti, nessuno escluso.

L'INMP si pone, dunque, al servizio delle Istituzioni, del mondo professionale e della società civile per rafforzare, migliorare, consolidare interventi di integrazione socio-sanitaria, di inclusione e di tutela della dignità, dei diritti e della salute di gruppi vulnerabili della popolazione.

Povertà e migrazione sono aspetti strettamente connessi, sia rispetto ai determinanti di salute sia rispetto alle azioni da realizzare in ambito sanitario e a livello trans-settoriale.

Sul versante delle disuguaglianze e della povertà, le presenti linee strategiche si ispirano alle indicazioni europee e nazionali, tra cui gli obiettivi di Europa 2020, le disposizioni normative della Legge di stabilità 2016 in materia di lotta alla povertà, le Linee guida per il contrasto della grave emarginazione adulta. Di particolare rilievo sono, poi, le indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione, che prevede l'adozione di un approccio di sanità pubblica in grado di garantire equità attraverso il contrasto alle disuguaglianze.

Sul versante della tutela della salute dei migranti, si fa riferimento alla normativa nazionale e, in particolare, all'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012. Indicazioni di vasta portata provengono poi dalla recente Risoluzione dell'OMS Europa del 13 settembre 2016 riguardante "*Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*", che i diversi Stati sono chiamati ad attuare. Obiettivo di lungo termine di tale strategia è di proteggere e migliorare la salute dei rifugiati e dei migranti in un'ottica di umanità e di solidarietà e senza pregiudizio per l'efficacia dell'assistenza sanitaria erogata alla popolazione ospitante, adottando un approccio basato sui diritti umani.



B.2 Principi guida del triennio

I valori che guideranno l'azione dell'INMP nel triennio che sta per cominciare sono:

1. Continua ricerca della *qualità* nei servizi e nelle prestazioni erogati alle popolazioni di riferimento, migranti e indigenti, e questo riguarda l'azione amministrativa, quella tecnica e quella relazionale;
2. Consolidamento delle strategie che si sono rivelate efficaci nel soddisfare *i bisogni* e le aspettative della popolazione immigrata e svantaggiata e degli indirizzi del Ministero della Salute;
3. Ricerca e acquisizione dell'*innovazione* a tutti i livelli, per rendere l'operato di questo ente all'avanguardia nella sua offerta di servizi e prestazioni a una popolazione complessa e particolarmente fragile;
4. *Equità*, che è la ragione d'essere dell'INMP - unico nel suo genere - e che traduce lo sforzo di un Paese attento e premuroso verso le popolazioni più vulnerabili che vivono sul proprio territorio, con conseguente ferma volontà di diminuire, per quanto possibile, le sperequazioni e le ingiustizie sociali.
5. *Trasparenza e legalità*, rendendo accessibili dati, informazioni e documenti che riguardano l'ente e le attività svolte, secondo le disposizioni normative vigenti in materia.

B.3 Strategia programmatica del triennio

Coerentemente con la sua *mission*, la strategia dell'Istituto per il triennio 2016-2018 si sviluppa nelle linee di attività di seguito descritte:

- promozione dell'accesso a stili di vita sani, a modalità di prevenzione efficaci e ai servizi sanitari per le popolazioni più vulnerabili, attraverso la proposta e la condivisione di modelli organizzativi efficaci dei servizi pubblici e la conduzione di progetti specifici;
- sviluppo della ricerca clinica per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili e potenziamento della ricerca qualitativa;
- formazione e sviluppo riguardo alle tematiche prioritarie dell'INMP, inclusa la formazione dei mediatori transculturali in sanità;
- estensione e rafforzamento dell'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e sull'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (OENIP);
- sostegno a interventi di sanità pubblica nell'ambito della Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP);
- svolgimento di iniziative di salute globale, anche attraverso la medicina di prossimità, e l'internazionalizzazione, con la partecipazione ad attività di cooperazione sanitaria, a progetti comunitari e di collaborazione con l'OMS;



- diffusione della comunicazione sulle politiche, programmi e buone pratiche nazionali, regionali e locali riguardo la salute dei migranti e delle popolazioni più svantaggiate.

B.4 Attività e programmi istituzionali

B.4.1 Assistenza socio-sanitaria

L'Istituto si caratterizza per l'assistenza sanitaria primaria e specialistica orientata alle principali malattie legate alle migrazioni e alle condizioni di povertà e fragilità sociale.

Il modello epistemologico è di tipo biopsicosociale, orientato ad una presa in carico globale e integrata della persona, considerata unitariamente e nel suo ambiente (vita familiare e sociale).

Ne deriva una modalità di prevenzione e di cura sociosanitaria orientata in senso multidisciplinare e transculturale, che coinvolge medici, psicologi, odontoiatri, infermieri, assistenti sociali, antropologi, mediatori transculturali. L'assistenza socio-sanitaria sarà erogata, in questo triennio, secondo i principi della qualità e della umanità. Alla qualità fanno riferimento i concetti chiave, dell'*appropriatezza* clinica, dell'*efficacia* nel raggiungere i migliori risultati possibili e dell'*efficienza*, per ottimizzare le proprie risorse: umane, finanziarie, tecnologiche, strutturali e materiali. Tale attività assistenziale assume una valenza sempre più ampia e non territorialmente confinata, in quanto rappresenta il momento privilegiato di relazione con le popolazioni target, per la comprensione dei bisogni di salute e degli scenari sempre nuovi che il fenomeno migratorio ci propone. Essa rende, inoltre, possibile la ricerca e la sperimentazione sul campo di modelli operativi efficaci per i contesti di riferimento, replicabili in diversi ambiti, non solo nazionali.

Riguardo alle attività, nel triennio l'Istituto intende rafforzare i propri servizi sanitari e sociali puntando sul più ampio accesso e sulla riduzione delle barriere che contribuiscono alle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e ostacolano il raggiungimento della piena tutela della salute delle persone straniere e delle popolazioni, anche italiane, particolarmente fragili. Sarà ulteriormente potenziata la cooperazione in corso tra INMP e territorio, specie laddove si rilevano condizioni di particolare emergenza stanziale, secondo una logica di rete che includa anche il privato-sociale, assumendo come riferimento la presa in carico globale e integrata del paziente da parte di team di professionalità con competenze socio-sanitarie multidisciplinari e transculturali. In particolare, si prevede di proseguire nella programmazione di interventi esterni per fronteggiare emergenze nazionali e nei luoghi deprivati che ospitano richiedenti asilo e migranti in condizioni di estrema precarietà psico-fisica e che spesso hanno contatti difficili e frammentari con i servizi sanitari (*hard to reach*). Tali esperienze saranno organizzate e svolte con modalità che producano anche elementi utili per i decisori politici nel trarre indicazioni di sanità pubblica. Inoltre, l'INMP continuerà a fornire il proprio contributo nella presa in carico della salute di popolazioni straniere in contesti di particolare precarietà, quali gli ospiti di centri di prima accoglienza gestiti dal Ministero dell'interno. Aree di speciale investimento



saranno quelle della salute della donna e del minore, della salute mentale, dell'assistenza protesica gratuita per indigenti. Grazie a specifici progetti di medicina sociale finanziati dal Ministero della Salute sarà possibile contribuire alla lotta alle malattie cronico degenerative che interessano anche i migranti come pure alla diagnosi e trattamento di malattie tropicali neglette. Infine, si potrà intervenire nella potenziamento delle capacità di presa in cura nell'ambito del sistema dell'accoglienza sul territorio nazionale, con una particolare attenzione alle persone minori, grazie ai progetti supportati dal Ministero dell'Interno.

B.4.2 Ricerca e innovazione

In questo triennio, l'Istituto intende promuovere la ricerca clinica biomedica, epidemiologica, traslazionale e la ricerca qualitativa rivolta alla promozione della salute delle popolazioni migranti e al contrasto delle malattie della povertà. L'attività di ricerca viene condotta nell'ambito di progetti promossi da enti nazionali ed internazionali nei settori della biomedicina e della sanità pubblica, anche attraverso collaborazioni scientifiche con Istituti e laboratori di ricerca italiani e stranieri. Riguardo la ricerca biomedica e clinica, nel primo semestre del 2016 si è avviata una importante riorganizzazione dei laboratori di ricerca dell'INMP, con l'acquisizione di strumentazione che permetterà la conduzione di studi tesi a identificare i meccanismi patogenetici che sottendono alle malattie della povertà, e a individuare marcatori predittivi di malattia e marcatori biologici di risposta terapeutica. Contemporaneamente, è stata avviata la formazione del personale tecnico e sanitario, così come dei biologi che condurranno il piano di ricerca dell'Istituto.

Nel triennio, le attività di ricerca riguarderanno essenzialmente tre tematiche di interesse per la salute delle popolazioni migranti e delle fasce più deboli della popolazione: a) le malattie croniche infiammatorie e degenerative, b) le patologie infettive, c) la salute mentale.

La ricerca qualitativa dell'Istituto in ambito antropologico, già attiva da diversi anni, verrà ulteriormente potenziata e comprenderà studi tesi ad analizzare gli aspetti socio-culturali, economici, geopolitici, giuridici e ambientali che incidono sullo stato di salute delle popolazioni straniere nel nostro Paese.

Nella visione di multidisciplinarietà e della stretta collaborazione fra ricerca medica e biomedico/traslazionale e qualitativa, sono state definite, nell'ambito delle tre tematiche prima richiamate, specifiche linee di ricerca prioritarie per il triennio 2016-2018.

Infine, in linea con il mandato istituzionale dell'INMP, quale Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale, si prevede di svolgere uno studio osservazionale delle attività del mediatore culturale in ambito socio-sanitario e una valutazione dell'efficacia della mediazione transculturale in specifici ambiti sanitari.



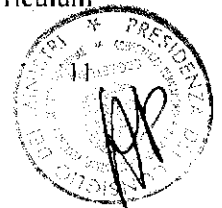
B.4.3. Formazione e sviluppo

In merito alle iniziative di formazione, l'Istituto intende proseguire con le attività avviate nel precedente triennio, dando un ulteriore impulso alla diffusione della cultura per la tutela della salute delle popolazioni particolarmente vulnerabili. In considerazione delle esigenze formative rappresentate dagli interlocutori istituzionali, l'INMP si adopererà per trasmettere in modo sempre più capillare su tutto il territorio nazionale le buone prassi consolidate nella propria attività. A tal fine, si propone di incrementare la formazione FAD e Blended nell'ambito della salute globale, della medicina della migrazione, della mediazione transculturale in ambito sanitario e della salute delle persone detenute o private della libertà personale, attivando, ove possibile, appositi accordi di collaborazione e convenzioni con Università ed Enti interessati. In particolare, l'INMP, in qualità di Ente terzo formatore autorizzato dall'Ordine Nazionale dei Giornalisti, organizzerà specifici interventi formativi rivolti ai giornalisti, con l'intento di offrire un contributo utile affinché la comunicazione usata dai mass-media sul fenomeno migratorio e della povertà sia sempre più scientificamente corretta e appropriata, riducendo così il rischio di incorrere in stereotipi e allarmismi spesso fuorvianti e dannosi. Inoltre, nel prossimo triennio, l'Istituto avvierà anche percorsi formativi in linea con le attività di ricerca, che saranno sviluppate nell'area biomedica e clinica, socio-antropologica, epidemiologica e nel campo della sanità pubblica.

B.4.4 La Rete nazionale (ReNIP)

L'INMP continuerà nel consolidamento della Rete nazionale per le problematiche d'assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP), con la partecipazione diretta delle Regioni nella gestione di alcuni strumenti per il lavoro cooperativo e di rete. Tali strumenti sono volti, da un lato allo scambio on-line (piattaforma Wiki) delle informazioni rilevanti e aggiornate sulle modalità di accesso delle persone straniere e comunitarie ai servizi sanitari - sia nella dimensione di interesse nazionale sia di specifica applicazione regionale - e dall'altro alla valorizzazione delle esperienze, delle conoscenze e delle competenze degli *stakeholder* sul territorio nazionale, pubblici e privati, attraverso uno strumento, anch'esso accessibile on-line, di Social Network Analysis.

I soggetti della ReNIP verranno, quindi, coinvolti, sempre con modalità di lavoro cooperativo, nel monitoraggio e nell'analisi delle politiche regionali per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, nonché nello sviluppo di network scientifici, nel sostegno delle comunità di pratica già operanti con efficacia sul territorio nazionale. Avranno, inoltre, un ruolo importante nel sostenere la costituzione di una rete per la mediazione transculturale in campo sanitario, che includa unità operative regionali "certificate" da INMP per l'erogazione della formazione secondo il curriculum



del mediatore transculturale in campo sanitario appositamente sviluppato. All'interno di tale linea strategica di attività continuerà ad essere sostenuto lo sviluppo di linee guida cliniche e di documenti di indirizzo *evidence-based* sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti.

B.4.5 L'Osservatorio epidemiologico nazionale (OENIP)

L'INMP, sempre in coerenza con quanto previsto nella sua legge istitutiva, rafforzerà il ruolo dell'Osservatorio epidemiologico nazionale su migrazioni e povertà (OENIP) per rispondere al bisogno conoscitivo in tema di disuguaglianze sociali nella salute, inclusa la salute degli immigrati. In particolare, saranno poste a sistema le attività di monitoraggio e valutazione già avviate con diverse Regioni italiane, valorizzandone la portata all'interno di una cornice unica nazionale. Ciò verrà realizzato fondamentalmente attraverso il calcolo del set di indicatori epidemiologici già individuati e condivisi e attraverso il sostegno e l'allargamento della Rete degli studi longitudinali metropolitani. L'OENIP proseguirà, inoltre, la collaborazione con ISTAT e gli altri soggetti istituzionali per la valorizzazione epidemiologica delle basi dati provenienti da indagini campionarie e di popolazione e dei flussi informativi correnti. Tra i soggetti istituzionali di rilievo vale evidenziare il Ministero della Giustizia, con il quale verrà sviluppata una collaborazione volta alla conoscenza del profilo di salute delle persone detenute, al fine di meglio orientare l'offerta da parte del SSN. Tale collaborazione coinvolgerà anche i minori e, dal punto di vista della formazione, gli operatori del sistema penitenziario.

B.4.6 La mediazione transculturale

Per quanto attiene l'area della mediazione transculturale in ambito sanitario, l'Istituto realizzerà il percorso formativo per i mediatori transculturali con l'intento di definire le competenze proprie di questa figura professionale e rendere uniformi gli interventi su tutto il territorio nazionale. 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 coerenti con i fabbisogni del SSN e omogenei su tutto il territorio nazionale.

B.4.7 Informazione e comunicazione

Nel prossimo triennio, l'Istituto svilupperà, in maniera progressiva e sistematica, una rete di comunicazione a livello nazionale, europeo e internazionale per far conoscere su larga scala ciò che il sistema Paese realizza in un settore ancora emergente, che è quello delle politiche e i programmi di salute verso i gruppi più svantaggiati della società, migranti e indigeni, che sono spesso molto



innovativi ma poco conosciuti, soprattutto a livello internazionale. L'obiettivo generale è quello di diffondere le conoscenze sulle politiche e i programmi nazionali e regionali, le attività e le buone pratiche in materia di salute delle popolazioni migranti e dei gruppi più vulnerabili attraverso i più appropriati e attuali mezzi di comunicazione pubblica, sociale e scientifica.

Questa attività ha almeno due obiettivi specifici:

1. Promuovere su larga scala le conoscenze sulle innovazioni istituzionali, di livello nazionale, incluso quelle dell'INMP, regionale e locale che riguardano la salute, le politiche e i servizi offerti alle popolazioni migranti e alle persone che vivono in stato di povertà;
2. Creare i presupposti di un *benchmarking* attivo, anche europeo e internazionale, con possibilità di scambi programmatici e scientifici, opportunità per realizzare progetti di azione e ricerca comuni, formazione, attività di supporto e quant'altro sia ritenuto utile alle politiche e ai programmi dei vari livelli istituzionali.

Per realizzare questi obiettivi, l'INMP creerà una rete di comunicazioni multilivello e polifunzionale che, cominciando con l'identificazione e la stratificazione dei più rilevanti *stakeholder*, svilupperà strumenti, metodi e prodotti di comunicazione appropriati ed efficaci per meglio raggiungerli.

B.4.8 Progetti e altre attività istituzionali

L'Istituto è particolarmente attivo nell'identificare progetti e attività a livello nazionale, europeo e internazionale, da realizzare con finanziamenti terzi. Anche nel triennio che sta per concludersi, importanti progetti sono stati realizzati, alcuni sono ancora in via di esecuzione. Per il prossimo triennio l'INMP intende continuare e rafforzare questa linea di progettazione avendo tali attività importanti risvolti programmatici, formativi, economici in una più ampia ottica di rete e di *benchmarking*.

B.4.9 L'internazionalizzazione

L'INMP proseguirà la propria opera di coordinamento del Network Sud Europeo sulle disuguaglianze di salute (SEN). 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 *policies* 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.



Inoltre, verrà sviluppata una collaborazione con l'OMS-Europa sulle tematiche della salute e delle migrazioni nonché la partecipazione a progettazioni sulle stesse tematiche con finanziamento comunitario. In campo internazionale verrà, inoltre, condotta una collaborazione con attori internazionali su argomenti di salute globale.



C. CONTESTO DI SALUTE

Il fenomeno delle migrazioni, provenienti da paesi comunitari e non comunitari, interessa sempre più ampiamente il nostro Paese come altre nazioni a sviluppo avanzato. A fine 2015 si registravano 5,026 milioni di stranieri residenti, 472 mila regolari rispetto al permesso di soggiorno ma non residenti e 400 mila irregolari stimati. Inoltre sono circa 1,15 milioni i cittadini italiani di origine straniera (fonti: IDOS e ISMU). Un fenomeno non più emergenziale ma strutturale che interessa ogni aspetto della nostra società.

Nell'ultimo decennio, lo stato di salute delle popolazioni svantaggiate dal punto di vista socioeconomico, ha risentito degli effetti della crisi economica globale e, soprattutto tra gli immigrati, in particolare uomini, maggiormente penalizzati in termini di perdita di occupazione. I dati provenienti dal rapporto Osservasalute 2015 evidenziano che, pur mantenendo un vantaggio di salute nella popolazione immigrata rispetto agli italiani, presumibilmente per il cosiddetto "effetto migrante sano", si è ridotta la differenza nei tassi di mortalità standardizzati per età tra italiani e stranieri, in particolare uomini, passata da 7,5 a 5,4 (*1000 residenti) tra il 2006 e il 2012. Analogamente, una riduzione della differenza tra gli uomini dei due gruppi è stata osservata anche rispetto ai tassi standardizzati di ospedalizzazione per ricovero ordinario, passata, tra il 2009 e il 2013, da 42,9 a 30,2 (*1000 residenti). Nell'**Allegato I** è riportata una descrizione analitica dello stato di salute della popolazione immigrata e delle disuguaglianze di salute in Italia, con particolare approfondimento dei risultati prodotti nell'ambito delle attività dell'OENIP, a partire dai dati derivati dalla collaborazione con ISTAT e dalla rete degli studi longitudinali metropolitani. Tali dati confermano, tra l'altro, come dal 2005 al 2013 le differenze di salute fisica percepita tra italiani e stranieri si sono fortemente ridotte, mentre è aumentata la quota di stranieri che dichiarano un peggior stato di salute mentale.

Per quanto riguarda la prevenzione femminile, nel 2013 il ricorso a Pap-test e mammografia era più elevato tra le donne italiane rispetto alle straniere, ma le distanze sono diminuite rispetto al 2005.

Riguardo alle vaccinazioni, nel 2012-2013 la copertura vaccinale anti-influenzale tra gli immigrati a rischio di complicanze (anziani e individui affetti da determinate patologie croniche) è risultata pari al 17%, contro il 40% stimato tra i cittadini italiani. Relativamente al tema degli stili di vita, si è osservato come le prevalenze di sovrappeso/obesità tra gli stranieri siano ormai sovrapponibili a quelle degli italiani: 48% tra gli uomini e 31% tra le donne immigrate.

Un tema fortemente correlato alle condizioni di salute è quello dell'integrazione, di cui la discriminazione rappresenta una dimensione rilevante. I lavoratori immigrati in Italia che riferivano discriminazione sul lavoro erano il 17% nel 2013 con una probabilità di peggior salute mentale



percepita di circa il 25% più elevata rispetto a chi dichiarava di non aver subito episodi di discriminazione.

Le evidenze epidemiologiche delineano il profilo di una popolazione del tutto estranea agli "esotismi sanitari" e allo stereotipo del migrante "untore", pericolosa fonte di malattie, specie di tipo infettivo, non è supportata da evidenze epidemiologiche che invece concorrono a delineare il quadro di una popolazione esposta alle insidie della marginalità. È il cosiddetto "effetto migrante esausto" che comporta il depauperamento, più o meno rapido, del patrimonio di salute in dotazione ai migranti, quale che sia al momento dell'arrivo, a seguito della continua esposizione a condizioni di vita deprivate. Tale effetto può determinarsi già durante il viaggio, come nel caso dei profughi, o nel Paese ospite, quando i processi di integrazione e le misure di tutela tardano ad attivarsi, e la relazione con i servizi diviene particolarmente problematica. Le conseguenze più dirette sono l'assimilazione a stili di vita insalubri, che possono accelerare il processo di depauperamento del vantaggio di salute che i migranti posseggono al momento dell'arrivo e al conseguente maggior bisogno di ricorso ai servizi sanitari. Infatti, benché l'accesso ai servizi sanitari e sociosanitari sia garantito alla popolazione immigrata da una legislazione complessivamente favorevole e dalla presenza di un sistema sanitario nazionale di stampo universalistico, permangono a tutt'oggi forti squilibri e disomogeneità territoriali nel garantire i livelli essenziali di assistenza.

Quanto alla povertà, i dati ISTAT 2015 mostrano che il 6,1% delle famiglie, corrispondente a circa 4,6 milioni di persone, vivono in condizione di povertà assoluta. 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 mentre ha continuato a crescere nella popolazione tra i 18 e i 34 anni di età e in quella tra i 35 e i 64 anni; da sottolineare come nel 2015 il 10,9% dei minori si trovi in una condizione di povertà assoluta. Povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, lavoro poco qualificato, basso titolo di studio, condizione di migrante sono tutti fattori, spesso correlati tra loro, che minacciano la salute degli individui. Anche in Italia, seppure attenuate da un welfare di stampo universalistico, 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 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. Tuttavia, le evidenze dell'impatto della povertà sulla salute sono ancora assai modeste nel nostro Paese.

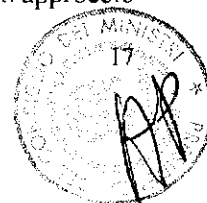


D. LE ATTIVITÀ SVOLTE NELL'AMBITO DEL PROGETTO IN TERREGIONALE 2013-2015

Le attività svolte nel triennio 2013 - 2015 sono riportate dettagliatamente nell'**Allegato II**.

Di seguito si riporta una breve sintesi delle principali linee tematiche

- L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e l'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (OENIP) ha 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. Esso è condotto in collaborazione con le Regioni, le Istituzioni Nazionali, le Università e i centri di Epidemiologia e sul territorio nazionale hanno sviluppato maggiore esperienza su questi temi. In particolare, è stato avviato in via sperimentale il sistema di monitoraggio dello stato di salute e assistenza sanitaria alla popolazione immigrata basato sugli indicatori derivanti dai risultati dei progetti CCM 2006 e 2009. Inoltre, è stato consolidato il sistema di osservazione basato sugli Studi Longitudinali metropolitani (SLM), attualmente l'unica fonte informativa che dispone di denominatori di popolazione reali. Di particolare rilevanza la collaborazione con ISTAT, che ha permesso la valorizzazione epidemiologica delle indagini multiscopo sulle condizioni di salute della popolazione straniera e il ricorso ai servizi sanitari della popolazione italiana (2005 e 2011-2013), così come quella sulla condizione e l'integrazione sociale dei cittadini stranieri (2011-2012).
- L'Istituto, in qualità di Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in sanità, è impegnato a rafforzare l'assistenza sociosanitaria primaria e i modelli di promozione dell'accesso ai servizi sociosanitari delle popolazioni immigrate e più in generale dei gruppi particolarmente svantaggiati. Il potenziamento dell'assistenza ha riguardato sia il poliambulatorio che realizza, con accesso immediato, un percorso di presa in carico multidisciplinare integrato, sia l'offerta attiva erogata con ambulatorio mobile per attività "di prossimità", sia le equipe multispecialistiche che hanno operato nei Centri di prima assistenza : negli *Hotspot*. Tale impegno si realizza anche attraverso la progettazione e il sostegno, a livello nazionale, del *core curriculum* del mediatore transculturale esperto in campo sanitario. Riguardo al tema specifico, l'Istituto ha lavorato prevalentemente su due fronti: da una parte, è stata realizzata una ricognizione dello stato dell'arte rispetto all'asse formativo (formazione professionale e alta formazione universitaria) e, dall'altra, si è proceduto alla modellizzazione del *task* del mediatore in ambito sanitario (conoscenze, competenze, abilità e contesti di intervento).
- Lo sviluppo e il consolidamento della ReNIP quale "sistema organizzato" di reti regionali e locali nascono dalla 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, l'interdipendenza e la parità degli attori e dei punti di osservazione. 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 collegamento tra il livello nazionale e 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, i cui componenti sono stati già mappati su dimensioni di tipo quantitativo. Questo sistema capillare di relazioni, non solo attuali ma anche potenziali, innerva e anima i territori, offrendo lo stimolo e il sostegno a specifiche attività giudicate prioritarie dalla programmazione sanitaria, e restituendo l'ordito di un'attività di monitoraggio delle politiche sanitarie in favore delle popolazioni migranti. Si tratta prevalentemente di attività orientate all'elaborazione di linee guida e documenti di indirizzo *evidence-based* sulla tutela della salute e l'assistenza sociosanitaria alle popolazioni migranti, nell'ambito di un accordo di collaborazione con l'ISS e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni, cui si aggiunge la sperimentazione di modelli organizzativi per la realizzazione di interventi sociosanitari "di prossimità" in favore di gruppi di popolazione *hard-to-reach*, basati sull'offerta proattiva di prestazioni sociosanitarie, attività di teleconsulto e programmi di formazione sul campo.

- Il consolidamento del Network sud europeo (SEN) sui determinanti sociali ha rappresentato una preziosa opportunità per la condivisione di strategie e l'avvio di collaborazioni transnazionali tra Paesi che condividono problemi e sensibilità simili, e apre alla possibilità di coalizioni in vista della partecipazione a progetti internazionali di ricerca e programmi di sanità pubblica.
- Infine, l'Istituto ha messo in atto un procedimento di selezione per il sostegno di specifici progetti di ricerca-azione su priorità di sanità pubblica, da affidare alle Aziende sanitarie regionali e/o territoriali, in partnership con altri soggetti pubblici e privati
- particolarmente specializzati e titolati sulle tematiche prescelte.



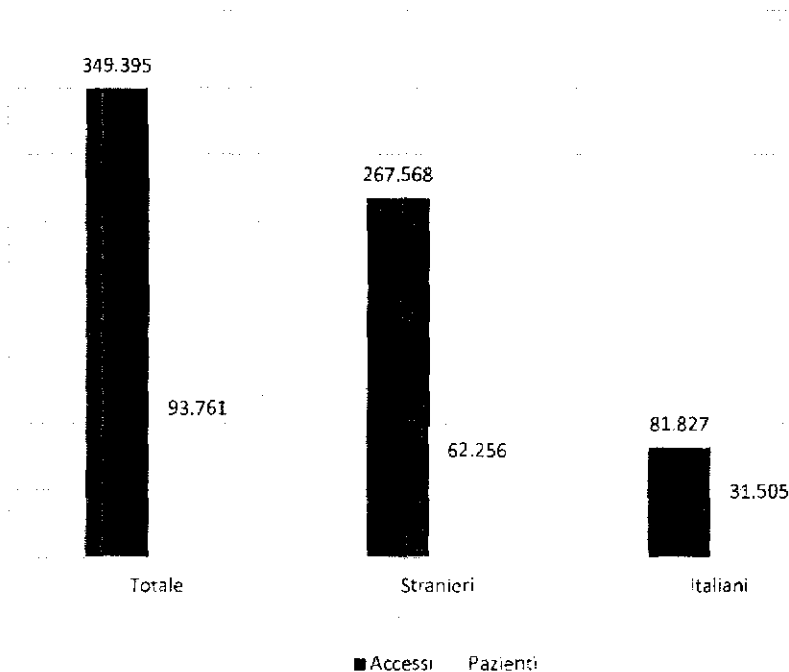
E. L'ATTIVITÀ NEL 2016

E.1 L'assistenza sanitaria

L'Istituto eroga assistenza sanitaria alle popolazioni straniere e svantaggiate presso il poliambulatorio di Roma, presso diversi luoghi del territorio della regione Lazio mediante ambulatorio mobile e, nell'ambito di un accordo di collaborazione con il Ministero degli Interni, presso gli *hotspot* di Lampedusa (già Centro di primo soccorso e accoglienza) e di Trapani.

Prendendo in osservazione l'attività cumulativamente esercitata nel periodo 2008-2016 (per il 2016, si considerano da qui in poi i primi 10 mesi), presso il poliambulatorio sono stati effettuati 349.395 accessi prendendo in carico 93.761 persone (*grafico 1*).

Grafico 1 Pazienti ed accessi presso l'ambulatorio INMP dal 1° gennaio 2008 al 31 ottobre 2016. Fonte dati: INMP

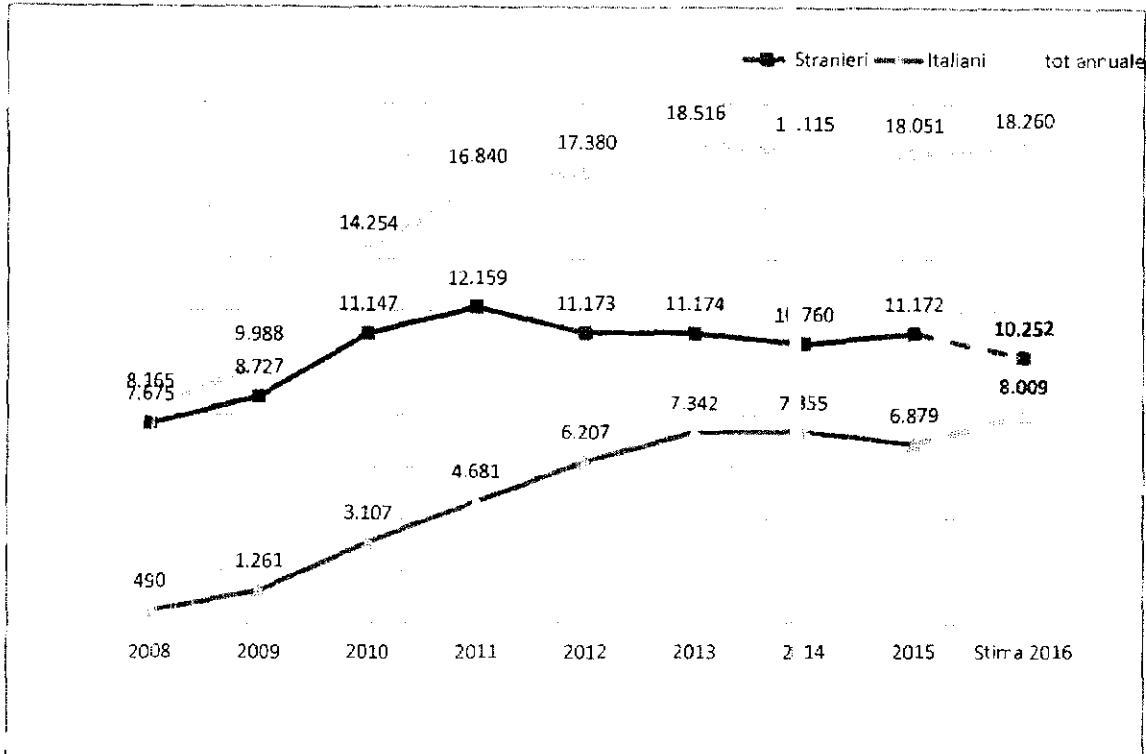


Si è registrato un progressivo aumento dei pazienti italiani, passati da soli 490 del 2008 a 7.080 al 31 ottobre 2016 (si stimano 8.000 pazienti italiani al 31 dicembre 2016); il numero di pazienti stranieri mostra una crescita meno intensa, da 7.675 dell'anno 2008 a 9.063 al 31

ottobre 2016 (si stimano 10.252 pazienti stranieri al 31 dicembre 2016 (*grafico 2*)).



Grafico 2 Pazienti stranieri e italiani al poliambulatorio INMP dal 1° gennaio 2008 al 31 ottobre 2016. Fonte dati: INMP



In termini relativi, da un'iniziale composizione dei pazienti per il 94 % stranieri e per il 6% italiani (anno 2008), si è giunti, nel 2016, a una presenza di italiani pari al **43,9%**.

È da evidenziare che tra gli italiani circa il 68% appartiene a fasce sociali deboli esenti per motivi di reddito (*fonte*: SIAS). Simili *trend* vengono osservati anche in altre strutture sanitarie dedite alla presa in cura di gruppi particolarmente vulnerabili di popolazione; è ragionevole dunque ipotizzare che una parte rilevante di tale modificazione sia dovuta alla generazione di nuove povertà, principalmente per effetto della crisi economica.

Prendendo in considerazione i 9 Paesi stranieri con maggior numero di pazienti, si evidenzia il dimezzamento degli utenti della Romania, passati da 2.090 nell'anno 2012 a 1.113 nel 2016. Nel 2015 si è registrato un picco di pazienti di origine eritrea quale risultato di uno specifico piano di intervento socio-sanitario sui migranti in transito a Roma, che ha coinvolto diverse istituzioni pubbliche (INMP, ASL RMB) e associazioni del privato sociale. Nel *grafico 3* è riportata la percentuale complessiva di pazienti stranieri per Paese di provenienza dal 2008 al 2016.

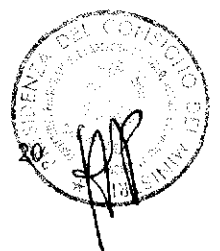
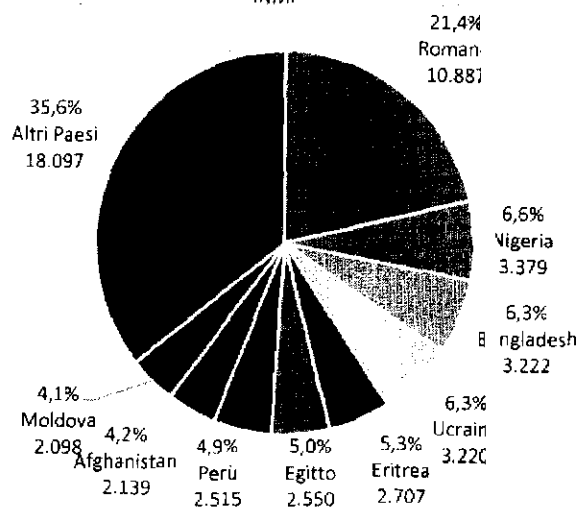
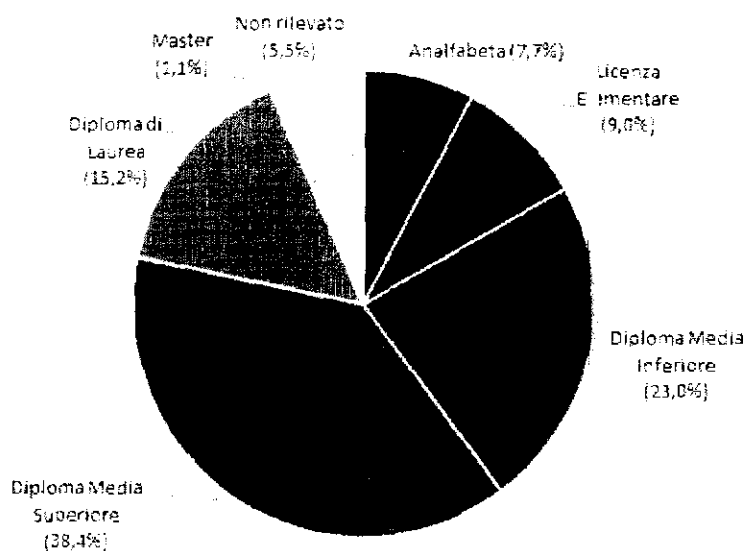


Grafico 3 Percentuale di pazienti stranieri dal 2008 al 2016 per Paese di provenienza. Fonte dati: INMP



Con riferimento al grado di istruzione, il 53,6% dei pazienti risulta avere conseguito un titolo di studio di scuola media secondaria (38,4%) o universitaria (16,3%) (grafico 4).

Grafico 4 Distribuzione dei pazienti per titolo di studio dal 1° gennaio 2008 al 31 ottobre. Fonte dati: INMP



Quanto al genere dei pazienti, le presenze di sesso maschile passano dal 47,7% nell'anno 2008 al 52% nel 2016.

Passando ora alle attività dell'anno 2016, la proiezione dei dati rilevati nei primi 10 mesi sull'intero anno mostra un incremento del numero di pazienti pari all'1,2% rispetto all'anno precedente; parallelamente si ha un aumento dell'1,6% nel numero di accessi. In linea con i dati nazionali, la

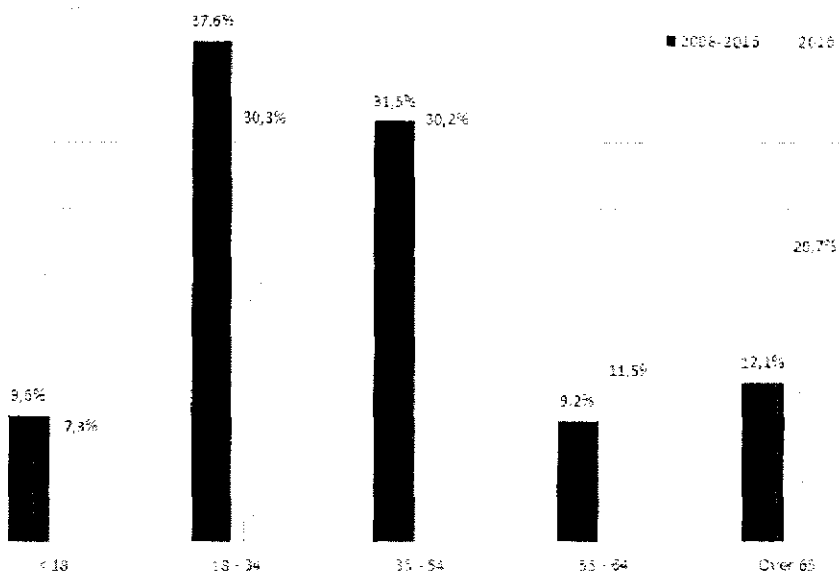


principale presenza straniera, confermata anche nel 2016, risulta essere quella romena, seguita da quelle nigeriana, ucraina, egiziana, bengalese e senegalese.

Nel corso dell'anno 2016, a fronte di una lieve flessione dei nuovi pazienti¹ si è osservato un incremento del numero di pazienti di ritorno, cioè già presi in carico negli anni precedenti dai servizi dell'Istituto.

Con riferimento alle fasce d'età dei pazienti dell'Istituto (*grafico 5*), le più rappresentate nel 2016, in coerenza con il dato storico, sono quella giovanile 18 – 34 anni (30,3%) e adulta 34-54 anni (30,2%). Nel 2016 si registra una flessione dei pazienti minori di 18 anni (7,1% nel 2016 rispetto al 9,6% medio dal 2008 al 2016) e un incremento dei pazienti con età maggiore di 65 anni, 3.018 italiani e 329 stranieri, che raggiunge il 20,7%, rispetto al valore medio di 12,1% del periodo 2008 - 2016.

Grafico 5 Distribuzione dei pazienti per fasce d'età. Fonte dati: INMP

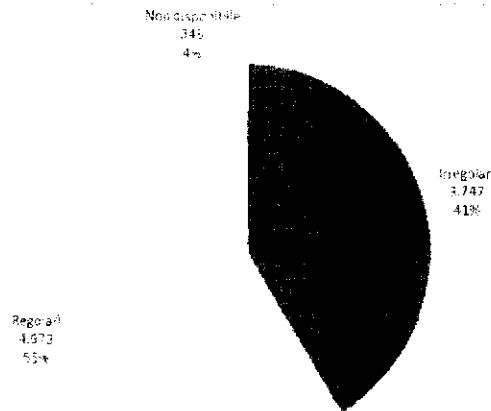


Circa lo status giuridico degli stranieri assistiti, nel 2016 il 55% ha un regolare permesso di soggiorno, mentre il 41% è in condizione di irregolarità (in flessione rispetto al 46,9% registrato dal 2008 al 2016) (*grafico 6*); gli stranieri irregolari ottengono assistenza dall'Istituto mediante il rilascio della del codice STP, come previsto dalla legge.

¹ Con "nuovo paziente" si intende la persona che ha effettuato per la prima volta un accesso presso l'Istituto nell'anno preso in considerazione.



Grafico 6 Condizione legale dei pazienti stranieri - periodo gennaio ottobre 2016. Fonte dati: INMP



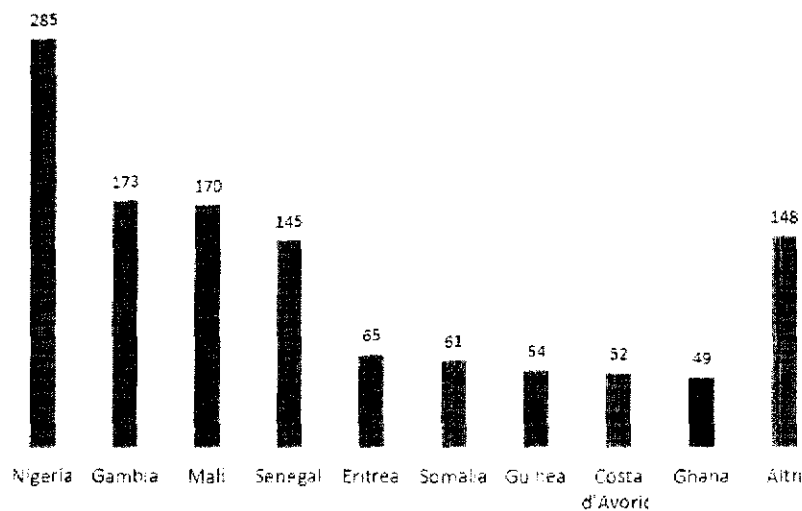
(non disponibile: dato non fornito dall'interessat)

Particolari gruppi con maggiore vulnerabilità sono rappresentati dai minori stranieri e ai richiedenti protezione internazionale.

I minori stranieri visitati nell'ultimo triennio (2014-2016) sono stati **2.453**, di cui 1/3 di sesso femminile, per un totale di 5.809 accessi. Le cittadinanze più frequenti tra tali minori sono appartenenti ai seguenti Paesi: Egitto (25,8%), Romania (19,9%), Eritrea (8,6%), Nigeria (4,0%). Il 43% ha meno di 12 anni, il 19% tra 12 e 15 anni, il 38% tra 15 e 18 anni.

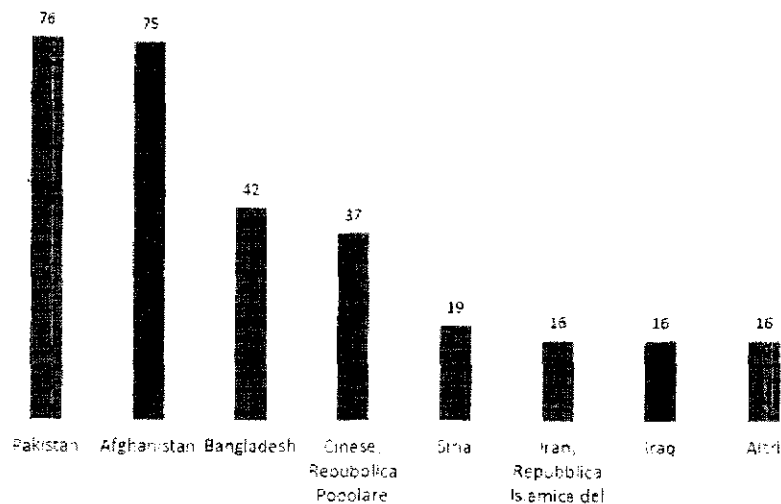
Quanto ai richiedenti protezione internazionale, nel 2016 ne sono stati accolti **1.529**, 280 donne (18%) e 1.248 uomini (82%), per un totale di **7.315 accessi** (4,8 accessi medi per paziente). Essi sono provenienti per il 78,6% dai Paesi africani. (grafico 7).

Grafico 7 N. richiedenti asilo politico tramite l'INMP provenienti dai paesi africani. Fonte dati: INMP



il 19,4% dai Paesi asiatici (*grafico 8*) e il restante da altri paesi europei (1,4%) e dalle Americhe (0,3%).

Grafico 8 N. richiedenti asilo politico tramite l'INMP provenienti dai paesi asiatici. Fonte dati: INMP



Prendendo in esame il periodo 2008-2016, i richiedenti protezione internazionale sono stati **9.685**, di cui l'83,2% maschi ed il 79% ricadente nella fascia di età 18-34, con una presenza di minori pari a 637. Tra tali pazienti, 2.492 hanno avuto accesso al servizio di assistenza psicologica. Gli accessi complessivi sono stati 64.330, con un numero medio di accessi pro-capite pari a 6,6, superiore rispetto alla casistica generale di INMP, evidenziando quindi un bisogno assistenziale più elevato.

I pazienti richiedenti protezione internazionale che hanno avuto necessità di una certificazione sanitaria a documentazione e sostegno della loro domanda di richiesta di asilo sono stati 1.514.

Nel corso del 2016 i principali problemi di salute per i quali l'INMP ha erogato assistenza sanitaria sono dovuti alle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso in particolare dell'occhio e dell'orecchio (n. 7.091), malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (n. 4.417), malattie dell'apparato digerente (n. 2.506), in particolare della cavità orale, delle ghiandole e delle mascelle, e le malattie dell'apparato respiratorio (n. 1.991) (*grafico 9*).

Riguardo al *triage* e allo *screening* dei migranti all'arrivo, l'Istituto, conformemente alle indicazioni dell'OMS, non esegue screening generalizzati, poiché di tali interventi non vi è chiara evidenza di benefici e di costo-efficacia, mentre essi possono essere fonte di ansia per gli immigrati. Si eseguono, invece, controlli di salute mirati, come strumento per garantire a tutti gli immigrati l'eventuale accesso alle cure.



Grafico 9 Principali diagnosi effettuate, per classi gennaio - ottobre 2016. Fonte dati: INMP

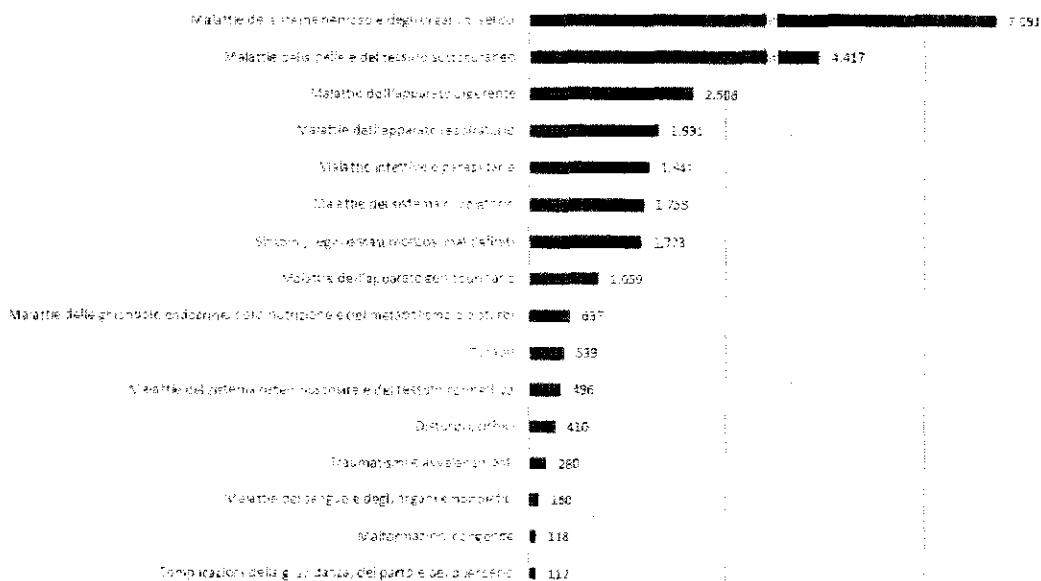
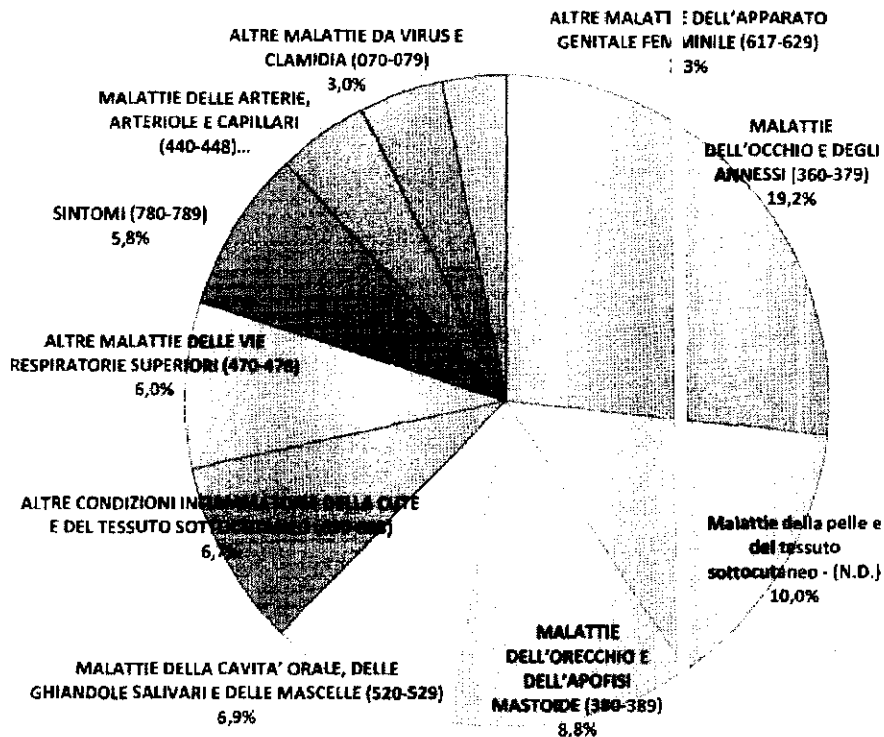


Grafico 10 Condizioni cliniche più frequentemente diagnosticate, per sottoclassi gennaio - ottobre 2016. Fonte dati: INMP



E.1.1. L'équipe multidisciplinare dell'INMP presso gli Hotspot di Lampedusa e di Trapani-Milo

L'Istituto ha sottoscritto in data 19 febbraio 2016 due convenzioni con il Dipartimento delle libertà civili e l'immigrazione del Ministero dell'Interno per lo svolgimento di prestazioni sanitarie specialistiche nei Centri per immigrati (*Hotspot*) di Lampedusa e di Trapani Milo. Tale impegno fa seguito a esperienze già condotte negli anni precedenti presso l'allora CPSA di Lampedusa. I team multidisciplinari INMP sono costituiti da medici (dermatologo, infettivologo e pediatra), psicologi e mediatori transculturali.

Al 31 ottobre 2016 i *team* INMP hanno effettuato 6.154 visite mediche specialistiche (3.282 a Lampedusa e 2.872 a Trapani), 1.268 colloqui psicologici e alcune migliaia di mediazioni transculturali in lingua araba, francese, inglese, tigrina e amarica.

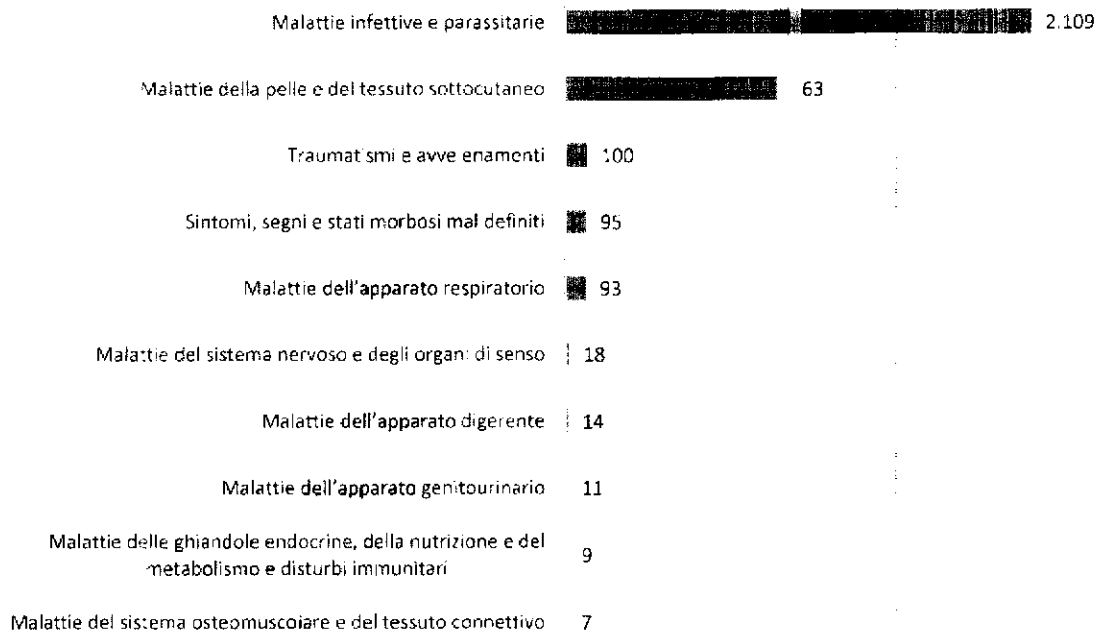
La composizione della popolazione ospitata presso gli *Hotspot* di Lampedusa e Trapani visitata dalle *équipe* è prevalentemente maschile (83,5%), la fascia d'età prevalente è quella compresa tra i 18 e i 34 anni, la principale area geografica di provenienza è l'Africa; le Nazioni prevalenti nel 2016 sono, nell'ordine, Nigeria, Eritrea, Guinea, Costa D'Avorio e Gambia.

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. Pochi pazienti, tra cui alcuni minori, con condizioni sospette di tubercolosi e di malaria sono stati individuati e trattati in loco e, successivamente, trasferiti in ospedali siciliani.

Nel corso del 2016 i principali problemi di salute per i quali l'INMP ha erogato assistenza sanitaria presso gli *hotspot* di Lampedusa e Trapani sono dovuti alle malattie infettive e parassitarie (2.109 casi), malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (963 casi), tra le quali spiccano per frequenza la scabbia, la pediculosi del capo, l'impetigine e la dermatite da contatto e altri eczemi, traumatismi e avvelenamenti (n. 100), sintomi, segni e stati morbosi mal definiti (95 casi) e le malattie dell'apparato respiratorio (93 casi) (*grafico 11*).



Grafico 11 - Principali patologie riscontrate presso gli hotspot di Lampedusa e Trapani, aprile - ottobre 2016. Fonte dati: INMP

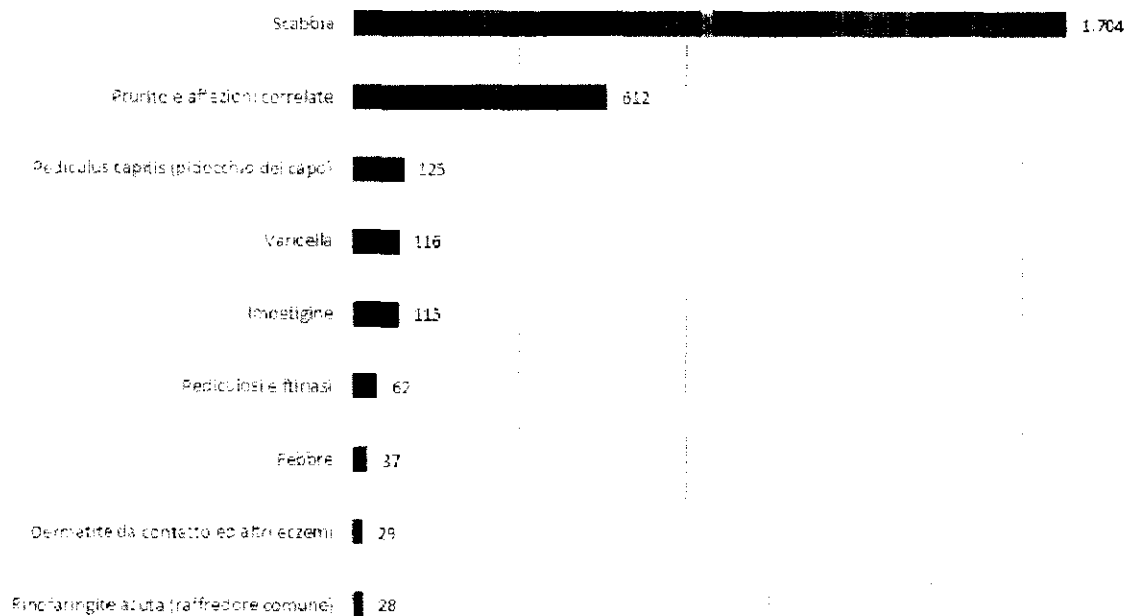


Per dare uniformità ed efficacia alla gestione delle più comuni patologie sanitarie, quali scabbia e malattie a trasmissione respiratoria, sono stati elaborati protocolli clinici e organizzativi, mentre è stato sperimentato il protocollo olistico per l'accertamento dell'età anagrafica del minore straniero non accompagnato.

Nel grafico seguente (*grafico 12*) sono riportate le principali diagnosi, esclusa la classificazione supplementare dei fattori che descrivono circostanze, diverse da malattie e traumatismi, che influenzano lo stato di salute e il ricorso alle strutture sanitarie (codici V), effettuate dai medici in servizio presso gli *hotspot* di Lampedusa e Trapani nel periodo aprile - ottobre 2016.



Grafico 12 Principali diagnosi mediche (esclusi i codici V) riscontrate presso gli hotspot di Lampedusa e Trapani - aprile - ottobre 2016. Fonte dati: INMP



Come è noto, 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 sono, pertanto, apparse principalmente caratterizzate da ansia, attacchi di panico e disturbo post-traumatico da stress.

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

I dati raccolti negli anni testimoniano che i migranti hanno intrapreso 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.



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

Il fenomeno degli sbarchi di migranti in fuga da gravi situazioni di guerra e miseria ha assunto negli ultimi anni i tratti di una vera e propria emergenza umanitaria. Secondo i dati del Ministero dell'Interno, nel 2014 sono approdate sulle coste italiane 170 mila persone: un numero superiore alla somma dei tre anni precedenti e quasi triplo rispetto al 2011, anno dell'emergenza in Nord Africa, a seguito delle "primavere arabe". Nel 2015 i nuovi arrivi sono stati circa 154 mila (10 % circa in meno rispetto 2014) e nel 2016 (periodo gennaio-luglio) 94 mila, in linea con l'afflusso registrato nell'anno precedente.

Molti di questi profughi attraversano l'Italia diretti in altri Paesi UE e, nell'area metropolitana di Roma, trovano temporaneamente alloggio in diversi edifici in stato di abbandono, già occupati da famiglie di immigrati e italiani senza fissa dimora, andandone ad aggravare la situazione di degrado e di marginalità. Nel 2014, le occupazioni principalmente interessate dal fenomeno sono state quella denominata Selam Palace, in Via Arrigo Cavaglieri n.8, e quelle localizzate rispettivamente in Via Collatina n.385 e Via delle Messi d'Oro (tutte nel territorio della ex ASL Roma B). A seguito dello sgombero di quest'ultima struttura, nel 2015, il flusso dei migranti è stato prevalentemente intercettato dal Centro Baobab (si stima che nel solo periodo estivo siano transitate nel Centro più di 30 mila persone) e dalla tendopoli gestita dalla Croce Rossa, nei pressi della Stazione Tiburtina.

Questi profughi, denominati transitanti in ragione del breve periodo di permanenza sul territorio italiano, per non restare intrappolati nella condizione di "dublinanti", in genere sfuggono ai programmi di accoglienza per richiedenti protezione internazionale; di conseguenza, non beneficiano delle coperture previste, né d'altra parte si rivolgono spontaneamente ai servizi sociosanitari cui potrebbero avere accesso in quanto irregolari.

Per offrire loro assistenza, 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.).

In considerazione delle caratteristiche della popolazione in transito, dell'urgenza dei bisogni emergenti e della particolarità del contesto, il modello adottato è stato quello della prossimità dell'offerta assistenziale, attraverso attività articolate su più livelli operativi, previo coinvolgimento dei comitati locali di autogestione per concordare modalità e tempistica degli interventi. Sono state pertanto garantite prestazioni sanitarie di primo livello direttamente presso gli insediamenti, mediante équipe composte da medici, infermieri, specialisti dermatologi, operatori sociali e mediatori culturali. Le équipe hanno operato all'interno di unità mobili adibite ad ambulatorio o in spazi dedicati presso gli insediamenti, garantendo visite di medicina generale e dermatologiche, medicazioni e somministrazione di farmaci.



Per la permanenza estremamente ridotta negli edifici da parte degli immigrati in transito, non sono state previste prestazioni di secondo livello da erogare presso i servizi sociosanitari territoriali. Tuttavia, in casi particolari in cui sussistevano le condizioni di programmabilità di *videat* specialistici o approfondimenti diagnostici, è stato garantito l'accesso facilitato alle strutture ambulatoriali del territorio, prevedendo anche l'accompagnamento dei pazienti mediante automezzo dedicato. Inoltre, l'INMP ha messo a disposizione un servizio di teleconsulto dermatologico, con la possibilità per gli operatori delle équipe di inviare immagini su piattaforma dedicata e richiedere pareri su specifici quesiti diagnostici.

In caso di pazienti che necessitavano di trattamenti urgenti in ambito ospedaliero, è stata utilizzata la modalità ordinaria di attivazione dell'Ares 118.

Le visite effettuate dalle équipe sanitarie in interventi di *outreaching* sono state 3.870 nel 2014 (18 giugno-6 novembre) e 8.439 nel 2015 (23 marzo-11 novembre). Si è trattato in gran parte di primi contatti di tipo sanitario (intorno al 90% in entrambi gli anni), seguiti da un numero limitato di visite di controllo.

Tabella 1 – Distribuzione delle visite effettuate, per caratteristiche dei pazienti. Anni 2014 e 2015.

Caratteristiche	Anno 2014	Anno 2015
	(18 giugno-6 novembre N=3.870	(23 marzo-11 novembre) N=8.439
Età (anni)	(%)	(%)
<18	14,3	21,2
18-29	65,8	64,2
30-49 anni	18,6	14,0
50+ anni	1,3	0,6
età mediana	23 anni	21 anni
Sesso		
maschi	84,4	87,5
femmine	15,6	12,5
Paese di provenienza		
Eritrea	85,7	85,1
Somalia	7,9	4,5
Etiopia	2,2	3,9
Sudan	1,6	3,6
altri Paesi africani	0,8	1,7
Paesi asiatici	0,3	1,1
Paesi Est Europa	1,5	0,1
Porto di sbarco		
Sicilia	76,0	88,7
Puglia	8,1	2,0
Calabria	7,0	5,0
Campania	6,4	1,9
altri porti	2,5	2,4
Tempo mediano intercorso tra lo sbarco e l'arrivo a Roma	4 giorni	4 giorni
"Pensa di fermarsi?"		
pochi giorni	80,3	92,2
qualche settimana	12,9	6,6
per un periodo più lungo	6,8	1,2



La Tabella 1 riporta le principali caratteristiche dei pazienti visitati: in larga prevalenza maschi, con età mediana di poco superiore ai 20 anni. Il numero totale di minori è risultato pari al 14% nel 2014 e al 20% nel 2015, mentre la quota di ultracinquantenni si è attestata intorno all'1%. Per quanto riguarda il Paese di origine, la quasi totalità dei pazienti proveniva dall'Eritrea (85%); a seguire, Somalia, Etiopia e Sudan.

Le patologie prevalentemente riscontrate durante le visite mediche sono state quelle dermatologiche (55-60%), soprattutto scabbia, pediculosi e impetigine. A seguire, le malattie del sistema respiratorio (13-20%), quali infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali, e le patologie dell'apparato digerente (8-9%), con diarrea, dolori addominali e gastriti (Tabella 2).

Tabella 2 – Distribuzione delle visite effettuate, per diagnosi o sospetto diagnostico. Anni 2014 e 2015.

Diagnosi ²	Anno 2014		Anno 2015	
	N	%	N	%
Condizioni generali/sistemiche	176	4,7	519	6,4
di cui <i>sintomi/disturbi</i>	113	3,0	256	3,2
<i>malattie infettive</i>	21	0,5	108	1,3
Sangue/organi emopoietici e sist. immunitario	3	0,1	10	0,1
Apparato digerente	329	8,8	641	7,9
Occhio	72	1,9	122	1,5
Orecchio	54	1,4	88	1,1
Sistema cardiocircolatorio	25	0,7	47	0,5
Apparato muscolo-scheletrico	93	2,5	301	3,7
Sistema nervoso	114	3,1	250	3,1
Problemi psicologici	5	0,1	8	0,1
Apparato respiratorio	734	19,6	1.040	12,8
di cui <i>sintomi/disturbi</i>	252	6,7	371	4,6
<i>infezioni</i>	468	12,5	643	7,9
Cute	2.038	54,5	4.912	60,4
di cui <i>infezioni</i>	1.341	35,9	3.894	47,9
<i>lesioni traumatiche</i>	236	6,3	432	5,3
Endocrino/metabolico/nutrizionale	34	0,9	94	1,2
Sistema urinario	22	0,6	27	0,3
Gravidanza/parto	19	0,5	34	0,4
Apparato genitale femminile	12	0,3	15	0,2
Apparato genitale maschile	7	0,2	24	0,3
Z-problemi sociali	2	0,1		
Totale*	3.739	100,0	8.132	100,0

*dati mancanti: 131 nel 2014 e 307 nel 2015.

Per quanto riguarda le malattie infettive sistemiche, nel 2014 sono state effettuate 21 segnalazioni (pari allo 0,5% della casistica totale) così distribuite: 7 persone con sospetta tubercolosi polmonare, per nessuna delle quali è stata poi confermata la diagnosi; 8 casi di malaria e 6 di varicella. Nel 2015

² Per la codifica delle diagnosi è stata utilizzata la Classificazione internazionale delle cure primarie ICPC-2R (traduzione italiana: <http://www.kith.uo/upload/2705/ICPC-2-Italian.pdf>), modificata dall'INMP.



le segnalazioni di sospetta malattia infettiva (in tutto 108) hanno riguardato prevalentemente casi di varicella (70) e malaria (27); i casi sospetti di tubercolosi sono stati 1 e solo per 2 di questi è stata confermata la diagnosi.

Questi dati non differiscono sostanzialmente da quelli della sorveglianza sindromica effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità tra maggio 2011 e giugno 2013. Tale sorveglianza, condotta su circa 5 mila ospiti di 139 centri di accoglienza in 13 regioni italiane, 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.

L'attività è ripresa anche nel 2016. In particolare, la nota congiunta del 13 giugno 2016 delle ASL Roma 1 e Roma 2 e dell'INMP ha disposto la riattivazione della rete territoriale di prossimità, prevedendo una rimodulazione delle modalità operative in funzione dell'evoluzione del fenomeno dei transienti. Sono stati evidenziati, infatti, alcuni aspetti di cambiamento rispetto a quanto osservato nei due anni precedenti: le persone provengono soprattutto dagli hotspot, sono in larga parte fotoseglate e tendono a rimanere più a lungo sul territorio nazionale, anche in considerazione dei cambiamenti intervenuti nella gestione del fenomeno migratorio a livello europeo e della minore permeabilità delle frontiere.

Per quanto riguarda gli aspetti di assistenza sanitaria, tale popolazione continua a essere al di fuori dei programmi di accoglienza per richiedenti asilo, pertanto non beneficia delle coperture previste. E tuttavia, proprio in ragione della più lunga permanenza dei migranti sul territorio cittadino, si rendono oggi attuabili iniziative di orientamento all'utilizzo dei presidi territoriali e percorsi di presa in carico (presso i centri di via del Frantoio e di via Casilina vecchia), a integrazione dei programmi di offerta attiva che stanno continuando presso l'insediamento spontaneo di via Cupa (ex-Baobab).

L'esperienza maturata a Roma con i migranti in transito assume una particolare rilevanza nel panorama nazionale, sia per l'assistenza sociosanitaria garantita ai migranti, sia per il modello di sanità pubblica che viene sperimentato e consolidato, nell'ottica di assicurare ampia copertura territoriale e tempestività di risposta. Caratteristiche salienti del modello sono l'offerta proattiva e la rete, in cui emerge la centralità del Sistema sanitario pubblico nel governare le azioni di tutela della salute delle persone e il ruolo determinante delle associazioni del privato sociale nel rendere accessibili i percorsi di presa in carico, anche in situazioni di particolare marginalità e distanza dai servizi.



E.3 La Ricerca

La ricerca è una delle colonne portanti dell'Istituto ed è rivolta alla promozione della salute delle popolazioni migranti e al contrasto delle malattie della povertà.

Per l'anno 2016 sono stati sinora pubblicati su riviste indicizzate nazionali e internazionali 27 articoli scientifici che hanno trattato tematiche di sanità pubblica e di epidemiologia (6), l'area traslazionale e di ricerca clinica (12), la salute mentale (7) e l'antropologia medica (2).

Nell'anno 2015, gli articoli indicizzati pubblicati sono stati 24 e hanno riguardato l'area di sanità pubblica e di epidemiologia (5), l'area traslazionale e di ricerca clinica (7), l'area di salute mentale (10) e l'area antropologica (2).

Nel primo semestre del 2016 si è avviata una importante riorganizzazione dei laboratori di ricerca dell'INMP, con l'acquisizione di strumentazione d'avanguardia che permetterà, a partire dal 2017 la conduzione di studi *in vitro*, tesi a identificare i meccanismi patogenetici che sottendono le malattie della povertà, e a individuare marcatori predittivi di malattia e marcatori biologici di risposta terapeutica. Nel complesso, il laboratorio di ricerca comprende:

- un laboratorio di biologia cellulare, dotato di cappe *biohazard* a flusso laminare, incubatore a CO₂ per colture cellulari primarie, sistemi per la crio-conservazione del materiale biologico, e un citofluorimetro per l'analisi fenotipica e funzionale di cellule solate a fresco da sangue e/o tessuto;
- strumentazione per gli studi di biochimica e biologia molecolare;
- strumentazione per l'analisi microscopica di tessuti, inclusi un microscopio elettronico e un microscopio confocale.

Contemporaneamente, è stata avviata la formazione del personale tecnico e sanitario che condurranno il piano di ricerca dell'Istituto.

Riguardo alla ricerca qualitativa, nel corso del 2016, l'attività di ricerca in campo antropologico si è focalizzata sugli aspetti socio-culturali, storici, economici e religiosi delle migrazioni forzate asiatiche e dell'Africa Sub-Sahariana, sulla violenza di genere messa in atto su donne e minori non accompagnati, e sui fenomeni di tratta internazionale subita dalla popolazione femminile, prevalentemente africana.



E.4 La Formazione

La formazione, insieme alla ricerca e all'assistenza, contribuisce al raggiungimento degli obiettivi strategici istituzionali. Infatti tale attività è volta ad arricchire le conoscenze e le competenze utili a migliorare sia la qualità e l'efficacia delle cure sanitarie da erogare alle fasce deboli della popolazione sia la cultura scientifica in materia.

L'Istituto, difatti, nel rispetto del mandato istituzionale e in considerazione dell'esperienza maturata nella clinica e nella ricerca effettuata negli ambiti di competenza, promuove e organizza percorsi di formazione specialistica multidisciplinare, volti a sensibilizzare e formare gli operatori sanitari e socio-sanitari che operano su tutto il territorio nazionale e internazionale. Particolare attenzione, inoltre, viene posta ai percorsi formativi finalizzati all'acquisizione delle opportune conoscenze giuridico-normative per garantire la tutela del diritto alla salute della popolazione straniera. In tale ottica l'INMP progetta e attua programmi di formazione specialistica multidisciplinare, sia nell'ambito della propria attività corrente sia nell'ambito di specifici progetti finanziati da enti terzi, promuovendo la diffusione del proprio modello di presa in carico del paziente, basato su un approccio transculturale, olistico, centrato sulla persona e a bassa soglia di accesso.

In particolare, l'INMP risponde al mandato istituzionale attraverso due tipologie di formazione:

- 1) formazione istituzionale in ambito sanitario e socio-sanitario destinata a tutti gli operatori del settore impegnati in attività in materia di competenza dell'INMP, erogata anche attraverso finanziamenti esterni e finalizzata all'attuazione di specifici progetti;
- 2) formazione aziendale del personale, che include anche la formazione obbligatoria.

In entrambe le tipologie di formazione è inclusa quella accreditata ECM, che l'INMP è in grado di condurre autonomamente in qualità di provider standard dell'Educazione Continua in Medicina. Nell'ambito della formazione aziendale e istituzionale, le tipologie di formazione che vengono utilizzate sono:

- residenziale (RES) attraverso eventi in presenza;
- a distanza (FAD) attraverso la piattaforma e-Learning dell'Istituto;
- sul campo (FSC) ovvero on the job attraverso scambi formativi con professionisti della formazione, inviando il personale dell'INMP presso altre strutture ovvero ospitando presso l'Istituto esperti del settore;
- *blended* attraverso la compresenza di diverse tipologie di formazione.



E.4.1 Formazione Istituzionale

L'Istituto organizza l'attività di formazione come previsto dal Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'INMP, in conformità con la programmazione nazionale e regionale.

In particolare, relativamente all'anno 2016, l'Istituto, in qualità di provider, ha organizzato e svolto eventi formativi accreditati previsti nel Piano annuale ECM 2016 con le modalità previste dalla norma in materia di ECM, come di seguito indicati:

1. "Approccio transdisciplinare alla migrazione: servizi sanitari e centri di accoglienza in dialogo"
2. "Argomenti essenziali di medicina legale pratica"
3. "Salute nutrizionale del minore migrante: approccio transdisciplinare"
4. "Disuguaglianze e salute mentale"
5. "Mutilazioni genitali femminili: dall'antropologia alla medicina"
6. "Prevenzione e contrasto all'uso delle creme sbiancanti nella popolazione straniera"
7. "La gestione dei casi di violenza di genere"
8. "Argomenti di medicina transculturale e medicina delle migrazioni in età pediatrica"
9. "Medicina delle migrazioni e medicina transculturale".

Inoltre, tra le attività formative istituzionali, l'INMP ha erogato corsi di formazione nell'ambito di specifici progetti. In particolare, sono stati realizzati percorsi formativi orientati alla tutela della salute dei richiedenti protezione internazionale e, nello specifico, della popolazione straniera ospitata nei centri di accoglienza e negli *Hotspot*, nell'ambito del progetto europeo "CARE Common Approach for REFugees and other migrants' health" (Lampedusa, Trapani, Catania, Roma).

Rispondendo all'obiettivo generale del suddetto progetto, che prevedeva lo sviluppo di un approccio comune nella presa in carico dei migranti ospitati presso gli *Hotspot*, è stato co-progettato un pacchetto formativo "replicabile" dedicato al team multidisciplinare che opera a favore degli ospiti degli *Hotspot* nei diversi contesti internazionali, prestando particolare attenzione affinché il progetto formativo fosse "flessibile" e "adattabile" a tutte le realtà internazionali.

Sempre nell'ambito della Formazione Istituzionale, nel 2016 l'INMP, in qualità di Centro nazionale per la mediazione transculturale in ambito sanitario e nell'ambito degli obiettivi operativi del Progetto interregionale 2013 - 2015, ha avviato la progettazione di un percorso formativo istituzionale per la formazione di mediatori transculturali esperti in ambito sanitario.

Per tale iniziativa, partendo dall'esperienza maturata nel corso del 2015 nell'ambito del progetto FEI "ForMe - Percorso formativo per mediatori transculturali in ambito sanitario", si è provveduto ad effettuare uno studio di fattibilità, passando in rassegna sia l'offerta formativa presente su tutto il



territorio nazionale sia la normativa nazionale ed europea utile per il riconoscimento del titolo, al fine di progettare un percorso formativo riconosciuto anche giuridicamente.

Nello specifico, per la progettazione del percorso formativo è stata effettuata una mappatura delle performance attese dai mediatori culturali che operano presso il nostro Istituto, con l'intento di giungere alla definizione di un percorso formativo specifico per la figura del mediatore culturale in ambito sanitario.

Nell'ambito delle linee di attività della ReNIP, in continuazione con le attività del 2015, nel 2016 l'Istituto ha avviato le procedure per la rilevazione del fabbisogno formativo delle Regioni in materia di competenza.

In particolare, con i referenti regionali della ReNIP è stata condivisa la modalità per la costituzione di una comunità di pratica sulla formazione, con l'intento di effettuare una capillare rilevazione del fabbisogno formativo delle diverse Regioni. Da una prima riflessione effettuata con i rappresentanti regionali presso la Rete nazionale (ReNIP) è emerso il bisogno di incrementare i programmi formativi dedicati ai diversi attori che, a vario titolo, sono interessati ad approfondire le competenze per l'attuazione di politiche sanitarie e socio-sanitarie per la promozione della cultura dell'accoglienza e dell'integrazione con un particolare focus sulla medicina transculturale e sulla medicina sociale.

Infine, nel 2016, nell'ambito della Formazione Istituzionale, l'INMP ha ottenuto il riconoscimento presso l'Ordine Nazionale dei Giornalisti come soggetto terzo formatore in materia di competenza. L'Istituto, pertanto, sta provvedendo alla progettazione di un percorso formativo con l'obiettivo di rendere la comunicazione utilizzata dai mass-media sul fenomeno migratorio e della povertà sempre più corretta e appropriata.

E.4.2 Formazione aziendale

Relativamente alla formazione aziendale giova segnalare la rilevanza che essa riveste nel garantire il costante aggiornamento di tutte le figure professionali interne. Nell'ottimo della conclusione del processo di stabilizzazione del personale avviato dall'INMP, e nel rispetto degli obiettivi di performance della UOS Formazione ed ECM, si sta perfezionando il Piano di Formazione del personale 2017-2019. Parallelamente alla progettazione delle attività di formazione istituzionale per i mediatori transculturali in ambito sanitario, sono state realizzate attività formative aziendali per consolidare le competenze dei mediatori culturali che operano presso l'Istituto. In particolare, è stato organizzato un corso di aggiornamento professionale in medicina transculturale dal titolo: *"Aggiornamento Professionale in Medicina Transculturale: Aspetti teorici e pratici dell'attività di mediazione"*.



Sempre nell'ambito della formazione aziendale è stata realizzata la "formazione obbligatoria", per "Addetti antincendio", per il "Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza" (RLS) e per i Preposti e i dirigenti in materia di salute nei luoghi di lavoro. E' stata altresì svolta la Giornata per la "Trasparenza e Anticorruzione".

E.5 I progetti finanziati con fondi esterni

Diversi progetti sono stati eseguiti dall'Istituto con finanziamenti non derivanti dai Progetti Interregionali; di essi appare rilevante dare una sintetica descrizione, in quanto eseguiti ai sensi dell'art. 14, comma 6 del D.L. n. 158 del 2012, convertito, con modificazioni, dalla L. n. 189 del 2012, laddove recita che "Per il finanziamento dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (NMP), di cui al comma 2, si provvede...(omissis)... mediante...(omissis)... la partecipazione a progetti anche di ricerca nazionali ed internazionali". Si rimanda, pertanto, all'**Allegato III**.



F. PROPOSTA DI PROGETTO INTERREGIONALE ANNUALI

Nel quadro degli indirizzi strategici triennali in precedenza delineati, e alla luce delle attività svolte ed in corso, l'Istituto propone le seguenti linee di lavoro per l'anno 2017.

Si continuerà l'attuazione dei progetti avviati negli anni precedenti e non ancora conclusi e si approfondiranno, 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. Si proseguirà l'erogazione di assistenza sanitaria nei confronti delle popolazioni immigrate e/o economicamente svantaggiate, anche attraverso progetti in collaborazione con il Ministero della Salute. Si potenzierà l'erogazione di 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. L'Istituto condurrà, inoltre, la ricerca sulle tematiche della salute e dell'immigrazione e delle disuguaglianze saranno completati rilevanti progetti in ambito nazionale e internazionale, e promossi di nuovi, soprattutto nel campo della salute globale e nel campo della *preparedness* sanitaria nei confronti dei flussi migratori in stretta cooperazione con Istituzioni internazionali, nazionali e regionali.

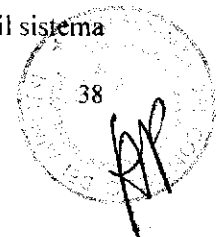
F.1 Osservatorio epidemiologico nazionale

L'INMP, nell'attuazione delle linee di azione del Progetto interregionale 2016, 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 basati su collaborazioni con istituzioni impegnate sui temi di interesse dell'Osservatorio medesimo.

Le attività dell'OENIP saranno articolate in 6 macro-linee di attività di seguito dettagliate.

F.1.1 Monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata

Il monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata si basa sul calcolo di un esteso sistema di indicatori basato sui sistemi informativi correnti e in grado di coprire le principali aree di salute, prevenzione e livelli di assistenza. Tale attività è svolta in collaborazione con i centri epidemiologici delle Regioni e costituisce un'attività di sistema dell'OENIP. La fase sperimentale dell'attività, avviata nel corso del 2016 con la partecipazione di 8 Regioni, sarà consolidata attraverso l'auspicabile incremento della copertura territoriale e dei livelli di assistenza coperti dagli indicatori. Obiettivo di tale monitoraggio è estendere il sistema di rilevazione in modo da garantire una crescente copertura informativa e territoriale. Sarà inoltre valutata la possibilità di integrare il sistema



di monitoraggio con indicatori ed evidenze provenienti da registri di patologia di particolare rilevanza e in grado di garantire un elevato livello di copertura nel territorio nazionale, quali i tumori o il diabete. Infine, saranno attivate valutazioni economiche sull'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata, in particolare attraverso le fonti informative correnti nazionali.

F.1.2 La rete degli studi longitudinali metropolitan

La rete degli studi longitudinali diventerà un'attività di sistema dell'OENIP, in collaborazione con tutte le unità operative partecipanti. La creazione di un archivio *pool* centralizzato, contenente i dati di tutti i comuni in forma longitudinale, consentirà di raggiungere la massima potenzialità di valutazione della salute degli immigrati e sarà a disposizione di tutti i centri partecipanti per attività di studio e valutazione utili alle finalità dell'OENIP. Ulteriori attività saranno svolte per la creazione delle coorti siciliane e l'apertura di coorti e covariate demografiche e socioeconomiche.

I principali obiettivi sono:

- Creazione di una base dati longitudinale con approccio di coorte aperta a copertura nazionale;
- Ingresso di nuovi centri nella rete;
- Consolidamento delle attività di valutazione e studio dello stato di salute della popolazione immigrata e delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute.

F.1.3 La collaborazione istituzionale con l'ISTAT

La collaborazione istituzionale con ISTAT sarà consolidata attraverso lo sviluppo di nuove fonti informative, soprattutto di carattere longitudinale e l'avvio di nuove linee di studio e approfondimento. Particolare attenzione sarà dedicata alla valutazione delle differenze di mortalità e di speranza di vita nel territorio nazionale, all'analisi delle modalità attraverso cui l'integrazione è associata alla salute, alle barriere all'accesso ai servizi sanitari e alla salute materno-infantile.

I principali obiettivi sono:

- Valorizzazione epidemiologica degli sviluppi longitudinali delle indagini multiscopo, attraverso l'interconnessione con il sistema informativo del SDO e del registro nazionale di mortalità;
- Consolidamento del sistema di osservazione longitudinali basato sul *record linkage* tra il censimento della popolazione e il registro di mortalità e conseguente studio sulla speranza di vita della popolazione immigrata;
- Attivazione di nuove linee di attività basate sulle fonti informative già attive: in particolare saranno approfonditi i temi della salute materno-infantile, dell'impatto dell'integrazione sulla salute degli immigrati e dell'associazione tra povertà e salute.



F.1.4 WHIP-Salute

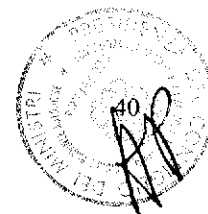
I lavoratori migranti, rispetto ai nativi, presentano più alti tassi di infortuni totali e mortali, legati alla concentrazione nelle mansioni più pericolose, alla transitorietà del lavoro, alla maggiore tolleranza del rischio presente (legata alla paura di rappresaglie in caso di richiesta di maggiori diritti e/o di segnalazione di infortuni), alle barriere linguistiche e culturali che riducono l'efficacia di eventuali azioni di formazione. L'impatto complessivo dell'immigrazione sulla salute tuttavia resta poco conosciuto: le poche revisioni disponibili infatti si focalizzano su specifici sottogruppi di popolazione e raramente comparano zone e gruppi diversi. Tra le aree in cui sono necessari maggiore ricerca e sviluppo vi è anche quella della sorveglianza.

Questa linea di attività viene svolta in collaborazione con la ASL TO3 e intende valorizzare dal punto di vista epidemiologico il sistema di osservazione *Work History Italian Panel* (WHIP-salute), che attraverso un complesso sistema di *record linkage* da fonti amministrative (Inps, Inail, Istat, Ministero della Salute), consente di descrivere gli effetti del lavoro sulla salute della popolazione. Sotto la titolarità del Ministero della Salute e l'approvazione dell'apposita scheda del Programma Statistico Nazionale viene sviluppato e mantenuto il relativo database longitudinale, che contiene informazioni sui lavoratori e sugli infortuni che li hanno coinvolti. L'ASL TO3 è il partner strumentale che ha il compito di integrare le diverse fonti di dati e di trasformarle per la valorizzazione epidemiologica del *dataset*, così come stabilito dalle schede PSN 2014-2016 (aggiornamenti 2015 e 2016) SAL-00054 WHIP-salute. L'archivio:

- copre le gestioni Inps dei lavoratori dipendenti del settore privato, i lavoratori autonomi e parasubordinati;
- permette di analizzare in dettaglio gli infortuni accaduti a lavoratori stranieri presenti in Italia e nelle diverse regioni con contratti regolari;
- è rappresentativo dell'intera realtà nazionale su base campionaria (è stato estratto il 7% della popolazione di lavoratori iscritti all'Inps sulla base di 24 date di compleanno dal 1985 al 2012) e comprende attualmente circa 1.200.000 episodi lavorativi per ogni anno di osservazione.

I principali obiettivi sono:

- acquisizione di conoscenze sul tema della sicurezza sul lavoro degli stranieri nell'ambito dell'OENIP;
- diffusione delle conoscenze agli *stakeholder* impegnati sulla scelta di priorità e sul disegno delle azioni di prevenzione nei Piani Regionali di Prevenzione e nel Piano Nazionale di Prevenzione;
- definizione di obiettivi, metodi e strumenti della valutazione economica in tale ambito per l'OENIP.



F.1.5 Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute

A seguito della pubblicazione del Libro Bianco sull'equità nella salute e nella società, è stato proposto, insieme al Ministero della Salute un programma di "ingaggio" dei principali *stakeholder* istituzionali, sociali e professionali per coinvolgerli e responsabilizzarli su temi inerenti il contrasto delle disuguaglianze di salute in Italia. Attraverso specifici progetti, coerentemente con gli obiettivi prefissati, si sono organizzate riunioni e prodotti materiali di comunicazione ad hoc per ognuno degli *stakeholder* interpellati.

Nello sforzo di orientare il Piano verso obiettivi di equità, sono state create specifiche comunità di pratica sull'equità nella prevenzione. A oggi si rende necessario coinvolgere tutte le altre categorie di *stakeholder* interpellate, affinché possano essere create nuove comunità di pratica sugli stessi temi. È quindi necessario da un lato estendere questo lavoro di personalizzazione degli strumenti di *Health Equity Assessment* – HEA - (griglie e policy brief) anche a tutte le altre categorie di *stakeholder* non sanitari che verranno reclutati prossimamente e, quindi, alimentare le relative comunità di pratica che stanno nascendo con un adeguato sistema di documentazione delle prove di efficacia e di buone pratiche.

Inoltre, c'è da sottolineare che il sito web www.disuguaglianzedisalute.it, creato nella prima fase del progetto "Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute", necessita di costanti aggiornamenti e manutenzioni, affinché possa essere efficace nei confronti degli *stakeholder* interessati. Continuerà quindi l'opera di aggiornamento sulle evidenze legate alle differenze socioeconomiche nella salute.

La collaborazione con la ASL TO3 prevede il consolidamento del sito web dell'INMP con una sezione del sito web www.disuguaglianzedisalute.it di documentazione riguardante i temi della povertà e della salute. L'area documentale del sito ospiterà in particolare articoli scientifici, divulgativi, report, libri e letteratura grigia sui determinanti socio-economici della povertà (l'assenza di lavoro, di forme di reddito continuative e di un'abitazione; l'esclusione sociale; le dipendenze da sostanze quali alcol, droghe e tabacco; le barriere economiche e normative che ostacolano la piena fruizione del diritto alla salute) e sull'associazione tra povertà (assoluta e relativa) e salute.

Sul sito dell'INMP, nel 2017, verrà realizzata, in collegamento con tale sito web, una speciale sezione dedicata a documenti e pubblicazioni riguardanti le relazioni tra la povertà (estrema, assoluta e relativa) e le condizioni di salute di sottogruppi di popolazione che vivono nei paesi a sviluppo avanzato e in particolare in Italia.



I principali obiettivi sono:

- sviluppare e mantenere il sito dedicato alle disuguaglianze di salute integrando in particolare le aree dedicate a immigrazione e povertà assoluta e creare un'adeguata sezione collegata sul sito INMP;
- completare il processo di ingaggio di tutte le categorie di *stakeholder* identificate affinché si impegnino in comunità di pratica diventando così potenziali interlocutori della rete INMP;
- elaborare nuovi *policy brief* per la documentazione di prove di efficacia e raccomandazioni per gli *stakeholder* delle potenziali comunità di pratica;
- sviluppare a regime il sistema di documentazione delle buone pratiche di cui si fanno interpreti le comunità di pratica via via attivate.

F.1.6 La salute nelle carceri

In Italia non esiste un sistema di monitoraggio dello stato di salute nelle carceri. I flussi informativi correnti, la cui qualità e copertura devono essere attentamente valutati, avrebbero la possibilità di rilevare le prestazioni sanitarie erogate ai soggetti detenuti, ma non il bisogno di salute.

L'esperienza più importante è quella condotta dal progetto CCM 2012, coordinato dalla Agenzia Regionale di Sanità (ARS) della Toscana, che ha rilevato le condizioni di salute di tutti i detenuti in 6 Regioni italiane con una indagine trasversale.

Il monitoraggio della salute della popolazione carceraria dovrebbe essere basato sull'attivazione di una cartella clinica. Tale obiettivo, già in discussione da molti anni, non risulta tuttavia perseguibile nel breve periodo. Si farà ricorso a strumenti osservazionali complementari tra loro e attivabili in fasi successive:

- valutazione della qualità informativa dei dati provenienti dai flussi informativi sanitari correnti, in particolare quello della specialistica ambulatoriale e quello della farmaceutica territoriale, dapprima su un sottoinsieme di Regioni, ed eventualmente, in una fase successiva, su tutte le Regioni. In seguito, dovrebbero essere individuate delle azioni mirate al miglioramento della qualità di tali flussi ed eventualmente all'integrazione con almeno una variabile di bisogno, ad esempio la diagnosi;
- valutazione di fattibilità di uno studio campionario longitudinale su un campione rappresentativo di carceri italiane, che sia in grado di misurare periodicamente, nel rispetto della privacy, le informazioni sociodemografiche, gli stili di vita e le condizioni di salute attraverso un set minimo di variabili, come ad esempio quelle già sperimentate nel progetto CCM. A queste variabili dovrebbero tuttavia essere affiancate informazioni essenziali riguardanti la durata della permanenza in carcere e il tipo di pena, forti predittori di esiti di salute negativi. L'approccio



longitudinale, pur presentando criticità nella possibilità di osservare i soggetti nei loro spostamenti di struttura, presenterebbe la massima potenza di misurazione epidemiologica;

- estensione progressiva dello strumento di rilevazione informatizzato sviluppato dalla Regione Toscana per il progetto CCM nelle carceri italiane. Questo strumento ha mostrato la possibilità di raccogliere informazioni su genere, età, cittadinanza, titolo di studio, abitudine al fumo, numero di sigarette fumate al giorno, indice di massa corporea (BMI), provenienza al momento della detenzione, presenza di patologie (codificato attraverso ICDIX CM), trattamento farmacologico associato ad ognuna patologia rilevata, autolesione nell'ultimo anno di detenzione, tentata auto soppressione nell'ultimo anno di detenzione.

Costituiscono obiettivi prioritari la valutazione dei dati provenienti da fonti informative correnti e la stesura di un progetto per l'estensione dello strumento di rilevazione toscano ad altre carceri del territorio nazionale.

F.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, il progetto prevede di proseguire la concertazione e co-progettazione istituzionale per il completamento del *core curriculum* del mediatore transculturale e realizzare una formazione specifica sulla mediazione in ambito sociosanitario in modo strutturale. A tal fine 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). Si prevede di proseguire e completare l'attività del Progetto Sistema di gestione delle performance del mediatore (SGPM, estesamente descritto nell'allegato 2) al fine di individuare il profilo specialistico del mediatore in sanità. In particolare, si concluderà la descrizione delle competenze, abilità e conoscenze: rispetto alle 6 unità di competenza individuate, saranno completate le ultime due. Successivamente tali competenza, già testate in ambito ambulatoriale, saranno verificate anche in ambito di pronto soccorso e di ricovero ospedaliero presso strutture del SSN.

Inoltre, si intende procedere all'attivazione, presso l'INMP, di un corso sulla salute transculturale, a programmazione annuale, rivolto a mediatori che possano operare in ambito sociosanitario. A tale scopo, l'offerta formativa riguarderà, coerentemente con quanto appena detto in merito al profilo del mediatore, anche contesti di intervento rilevanti per il SSN, quali l'emergenza e la degenza ospedaliera.

Si procederà, a tal fine, a stipulare accordi e convenzioni con strutture sanitarie e ospedaliere presenti nelle diverse Regioni italiane: Il ruolo specifico dell'INMP sarà quello di co-partecipare alla



progettazione dei contenuti e del metodo, e di supervisionare e monitorare l'andamento del periodo di tirocinio, garantendo la rispondenza dell'erogazione agli standard condivisi con il tavolo tecnico di lavoro. Nel triennio, si prevede che le strutture regionali interessate confluiscono funzionalmente per la tematica in una rete settoriale per la formazione coordinata dall'INMP ai fini di una certificazione di qualità del corso.

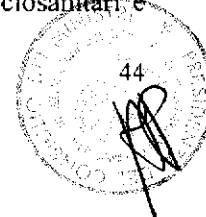
F.3 Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP)

Le attività avviate già con il progetto interregionale 2015 proseguiranno nell'ambito delle seguenti aree tematiche:

- 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 Migrazione;
- monitoraggio e analisi delle politiche regionali 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;
- 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: 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.

F.3.1 Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti

Nell'ambito delle attività relative al Programma nazionale linee guida sulla salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti, sarà completata la stesura del documento di indirizzo "I controlli alla frontiera, la frontiera dei controlli: linea guida sui controlli sanitari all'arrivo e i percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza". L'elaborazione del documento segue il percorso *evidence-based* che, a partire dalla formulazione dei quesiti clinico-organizzativi, prevede una revisione sistematica della letteratura scientifica, la selezione degli articoli pertinenti, la valutazione critica dei testi da parte di valutatori addestrati e la formulazione delle raccomandazioni da parte del panel sulla base delle evidenze emerse. Al termine della prima stesura, il documento verrà sottoposto a revisione aperta, mediante consultazione pubblica via *web*, al fine di favorire un confronto trasparente, partecipato e costruttivo tra gli *stakeholder* e gli operatori sociosanitari e



costruire un ampio consenso intorno alle raccomandazioni, e che agevoli la successiva fase implementativa.

F.3.2 Monitoraggio e analisi delle politiche regionali e degli stakeholder nel campo della promozione e della tutela della salute degli immigrati

Sarà sviluppato il progetto di monitoraggio e analisi delle politiche regionali per la promozione e la tutela della salute degli immigrati, a partire da un consolidato di atti normativi regionali identificati e classificati su piattaforma *Wiki*. Si prevedono, in particolare, quattro specifiche linee di attività: a) realizzazione di un osservatorio permanente sulla normativa e sulle politiche sanitarie, in grado di fornire un quadro completo delle disposizioni e delle iniziative formali che ogni singola Regione e Provincia Autonoma ha prodotto sul tema; b) monitoraggio del reale stato di attuazione della normativa, con particolare riferimento all'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012; c) analisi comparativa degli atti e delle politiche sanitarie regionali, in un'ottica *Health Impact Assessment*; d) rappresentazione dinamica quali/quantitativa delle relazioni sociali della rete degli *stakeholder* rilevanti.

Il progetto utilizzerà approcci metodologici multipli, che includono:

- raccolta sistematica della normativa rilevante in materia di migrazione e salute e ricognizione delle informazioni più importanti sulle esperienze maggiormente significative in ambito di sanità pubblica, mediante piattaforma *wiki* che ne renda possibile il continuo aggiornamento;
- sviluppo di griglie concettuali per la classificazione e la valutazione, mediante opportuni indicatori, della qualità delle politiche;
- analisi della normativa regionale e valutazione dell'impatto sulla salute mediante correlazione dei rispettivi indicatori.
- tenuta di una piattaforma on-line per la Social Network Analysis degli attori rilevanti sul territorio nazionale e regionale, che permetta la profilazione delle ricerche sulla base di elementi quali/quantitativi delle relazioni di specifico interesse per gli utenti.

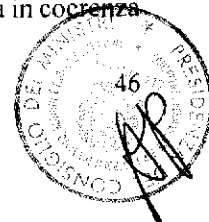
F.3.3 Interventi sociosanitari di prossimità in favore di gruppi hard-to-reach

Verranno realizzati interventi sociosanitari "di prossimità" in favore dei migranti stabilmente presenti presso insediamenti ed edifici occupati della Capitale, individuati dalle ASL territorialmente competenti. L'obiettivo è quello di fornire alla popolazione residente informazioni sul diritto alla salute e le modalità di accesso e fruizione dei servizi, nonché elementi di educazione sanitaria su alcune tematiche rilevanti; creare percorsi di orientamento alle strutture sanitarie territoriali, in



relazione a specifici bisogni di salute: formare gli operatori all'accoglienza e alla relazione transculturale, in un'ottica di mediazione di sistema. Saranno preliminarmente contattati i Comitati di gestione degli edifici, in qualità di organi di rappresentanza delle popolazioni ivi soggiornanti, per una condivisione degli obiettivi del piano e l'acquisizione di informazioni relative al contesto e alle caratteristiche della popolazione presente. In questa fase sarà possibile concordare con i Comitati le modalità più idonee e la tempistica degli interventi sanitari. Il piano di intervento prevede una fase di verifica dell'attuale assetto organizzativo dei servizi, anche attraverso rilevazioni *ad hoc*, al fine di evidenziare eventuali criticità nell'assistenza alla popolazione immigrata e riorientare l'offerta in funzione di un'utenza multietnica. Verrà, inoltre, predisposto del materiale informativo, in forma di mappe territoriali di fruibilità, centrate su ciascuno degli insediamenti oggetto dell'intervento e contenenti indicazioni semplici e fruibili sui principali servizi sanitari territoriali. Saranno successivamente organizzate delle "giornate per l'accessibilità". Tali giornate rientrano nelle strategie di avvicinamento della popolazione target e sono finalizzate a creare delle occasioni di incontro tra gli operatori e le persone all'interno degli edifici. Il primo incontro sarà di tipo generale e informativo ad ampio spettro, e riguarderà il diritto alla salute, l'organizzazione e il funzionamento del SSN, le modalità di accesso alle prestazioni sociosanitarie e un'attenta rilevazione di specifici bisogni sanitari emergenti. Seguiranno tre ulteriori incontri tematici su patologie croniche, in particolare ipertensione e diabete; salute della donna, con particolare riferimento agli screening femminili e ai controlli in gravidanza; salute del bambino, con specifica attenzione ai problemi di accrescimento e sviluppo, nonché alle vaccinazioni. Inoltre, per facilitare l'incontro e creare un *setting* favorevole all'intervento sanitario, si prevede l'offerta attiva di prestazioni minime con l'aiuto di unità mobili adibite ad ambulatorio.

Un'altra iniziativa di medicina di prossimità riguarda l'attivazione di un piano di intervento socio-sanitario in favore delle popolazioni rom e sinte presenti in alcuni insediamenti caratterizzati da elevata criticità e identificati dalle aziende sanitarie territorialmente competenti come *setting* prioritari di intervento. Tale piano è stato presentato dal GrIS-Lazio alla Direzione Generale Salute e Politiche Sociali della Regione Lazio, con l'obiettivo di migliorare lo stato di salute delle persone che vivono nei campi in condizioni di grave marginalità, mediante attività di *outreach*. In particolare, saranno organizzate delle "giornate per la salute" su temi rilevanti, finalizzate a creare occasioni di incontro tra i professionisti della salute e le persone presenti, offrire visite pediatriche, vaccinazioni e visite dermatologiche, creare percorsi sanitari per patologie complesse, fornire informazioni in merito ai servizi sanitari di zona, individuare difficoltà di apprendimento nei bambini e eventuali situazioni di disagio psico-sociale e proporre interventi di educazione alla salute. Tale piano si sviluppa in coerenza



con le iniziative dell'Assessorato alle Politiche Sociali Sport e Sicurezza della Regione Lazio, che ha istituito un tavolo tematico per l'attuazione del "Piano d'azione salute per e con le comunità rom sinti e camminanti" del Ministero della Salute.

L'INMP intende perseguire i propri obiettivi del piano triennale anche coordinando progetti specifici su priorità annuali di sanità pubblica. Nel fare ciò si avvarrà, mediante indicazione di bandi pubblici appositamente finanziati, della partnership di soggetti pubblici particolarmente specializzati e titolati sulle tematiche prioritarie, i quali contribuiranno anche al processo di arricchimento del patrimonio di competenze della ReNIP.

F.4 Ricerca

Le attività di ricerca verteranno su tre tematiche di interesse per la salute delle popolazioni migranti e delle fasce più deboli della popolazione, quali a) le malattie croniche infiammatorie e degenerative, b) le patologie infettive, c) la salute mentale:

Nell'ambito delle malattie cronico-degenerative e infiammatorie le principali attività di ricerca riguarderanno:

- Identificazione delle condizioni morbose associate alle steatoepatiti non alcoliche e dei marcatori prognostici di evoluzione in fibrosi epatica;
- Studio delle alterazioni fisiopatologiche e dei mediatori dell'infiammazione nel prurito sine materia;
- Influenza del *counselling* nutrizionale culturalmente orientato sull'efficacia della presa in carico dei pazienti diabetici e prediabetici del Bangladesh e di origine nord africana;
- Monitoraggio retinico con OCT e angio-OCT nella popolazione diabetica;
- Analisi clinico-biologica delle protesi dentarie ad appoggio mucoso e misto versus protesi dentarie impianto-supportate.

Nell'ambito delle malattie infettive le principali attività di ricerca riguarderanno:

- Valutazione dell'efficacia del trattamento antiparassitario ad ampio spettro e della accuratezza delle diverse metodiche diagnostiche nelle principali malattie tropicali neglette e studio dell'assetto immunitario nei pazienti affetti da schistosomiasi;
- Approcci diagnostici e terapeutici innovativi nelle malattie parassitarie cutanee e studio della interazione fra parassita e sistema immunitario cutaneo.

Le principali attività di ricerca riguardo la salute mentale nei migranti e nei pazienti in condizioni di povertà saranno focalizzate su:

- Individuazione dei determinanti sociali e psicopatologia in ambito transculturale;



- Caratterizzazione psicopatologica in etnopsichiatria e studio delle interazioni tra variabili psicopatologiche e patologie somatiche;
- Valutazione del rischio di condotte autolesive attraverso l'impiego di test per la valutazione di ideazione suicidaria.

Inoltre, in linea con gli obiettivi strategici, proseguiranno gli studi antropologici sulla popolazione migrante tesi a determinare gli aspetti socio-culturali e ambientali che incidono sullo stato di salute delle popolazioni straniere affette da condizioni infiammatorie croniche ed infettive, nonché quelli legati alla prevenzione della salute riproduttiva nella popolazione femminile straniera che accede al poliambulatorio INMP.

Infine, in linea con il mandato istituzionale dell'INMP, quale centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale, si prevede di svolgere uno studio osservazionale delle attività del mediatore culturale in ambito socio-sanitario e una valutazione dell'efficacia della mediazione transculturale in specifici *setting*.

F.5 L'internazionalizzazione

L'INMP proseguirà la propria opera di coordinamento del SEN. 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 *policy* 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.

Inoltre, verrà sviluppata una collaborazione con l'OMS-Europa sulle tematiche della salute e delle migrazioni nonché la partecipazione a progettazioni sulle stesse tematiche con finanziamento comunitario. In campo internazionale verrà, inoltre, condotta una collaborazione con attori internazionali su argomenti di salute globale.

F.6 Creazione di una rete di comunicazione per la diffusione delle conoscenze delle politiche, dei programmi e delle attività riguardo la salute delle popolazioni migranti e dei gruppi più vulnerabili.

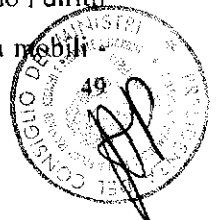
L'INMP realizzerà un'analisi del contesto nazionale, europeo e internazionale al fine di individuare tra i soggetti (*stakeholder*), a vario titolo interessati alle politiche, ai programmi e alle attività che



riguardano la salute delle popolazioni migranti e dei gruppi svantaggiati, i destinatari della propria comunicazione istituzionale.

A tal fine, saranno prese in considerazione le seguenti categorie di *stakeholder* per ciascuno dei quali si ipotizzano vari strumenti e prodotti di comunicazione:

1. enti e istituzioni, pubbliche e private, che si occupano della materia a livello nazionale, europeo e internazionale ai quali indirizzare, nel tempo, appropriati prodotti di comunicazione: report, *fact sheet multilingue*, incontri, conferenze oltre al sito web, che sarà almeno bilingue, aggiornato e reso sempre più efficace e *friendly user*;
2. organizzazioni, istituti, università, centri di ricerca, pubblici e privati, professionisti, che operano a livello nazionale, europeo e internazionale, ai quali indirizza e la comunicazione scientifica e programmatica tramite articoli pubblicati in qualificate riviste nazionali, europee e internazionali, meeting, convegni, una pubblicazione istituzionale, e una sezione del web dedicata alla comunicazione più prettamente scientifica;
3. i mass media, soprattutto nazionali, perché sempre di più possono diventare veicoli di buona comunicazione in un settore così sensibile, come quello dei diritti alla salute di tutti, incluso i migranti e i gruppi svantaggiati, nell'ottica di promuovere il contrasto alle disuguaglianze e di evitare una comunicazione non oggettiva che riguarda soprattutto la salute degli stranieri presenti nel nostro territorio, non supportata da dati e informazioni scientificamente fondate. Al contrario, qualora vi fosse tale necessità, i mass media, attraverso una comunicazione efficace e tempestiva, sono vitali nell'allertare la popolazione generale per evitare eventuali emergenze imminenti. Per questo, l'INMP, in qualità di ente terzo di formazione per i giornalisti iscritti all'Ordine nazionale e regionale, oltre alla formazione dei giornalisti stessi in fase di avvio, intensificherà la comunicazione con i mass media tramite comunicati stampa, incontri e quanto altro sia necessario a fornire le giuste informazioni da comunicare alle popolazioni nelle diverse situazioni;
4. la popolazione tutta, che deve ricevere informazioni veritiere, aggiornate e chiare su salute, migranti e povertà attraverso i mass media ma anche attraverso il sito dell'INMP e altre attività mirate, realizzate tramite i vari canali di comunicazione sociale, incluso spot, interviste e programmi dedicati;
5. i migranti e le persone svantaggiate, che ricevono informazioni direttamente presso l'Istituto attraverso gli operatori e i mediatori transculturali, ma anche tramite brochure ed altri prodotti stampati multilingue. Inoltre, per comunicare in maniera più rapida ed efficace, l'INMP si propone di rendere disponibile le informazioni più rilevanti e aggiornate che riguardano i diritti e i doveri delle popolazioni migranti anche su dispositivi di informazione digitale sia mobili



tramite apposite *app* consultabili ovunque - sia attraverso l'utilizzo di *totem* interattivi posizionati in aree di aggregazione pubblica, particolarmente dove è più forte la presenza di cittadini stranieri.

Una volta conclusa l'analisi del contesto, si creerà una banca dati, che verrà costantemente aggiornata e, contestualmente, si identificherà per ciascun macro-gruppo di *stakeholder* i prodotti di comunicazione più pertinenti ed efficaci da sviluppare, testare, validare e diffondere entro la fine del 2017.

Il sito web dell'Istituto sarà oggetto di revisione e di sviluppo, in coerenza con i requisiti di accessibilità e di fruibilità, con particolare attenzione all'utenza straniera.

Sarà avviata, infine, l'integrazione del sito con canali *social* (quali *twitter*, *facebook*, *youtube*, ecc.).

Alle attività descritte per l'anno finanziario 2016 sotto il capitolo F è dedicata una quota pari a 1.900.000 Euro, a valere sul finanziamento previsto per la stessa annualità, di cui al D.L. 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.



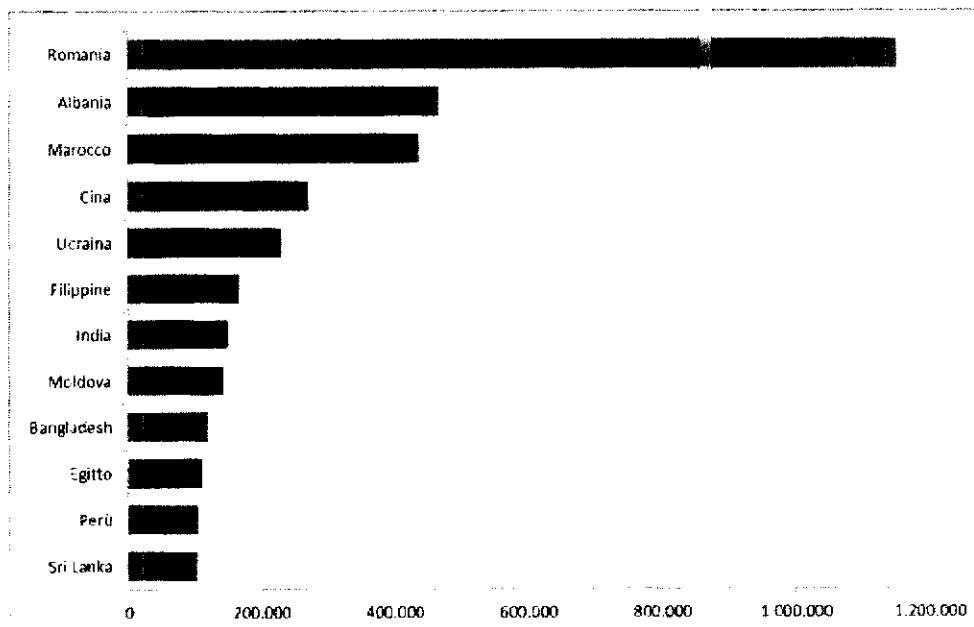
ALLEGATO I – IL CONTESTO DI SALUTE

I.1 Il fenomeno migratorio in Italia

La presenza di immigrati in Italia si è stabilizzata negli ultimi anni in torno ai 5 milioni. Al 1° gennaio 2016 gli stranieri erano 5.026.153, con un'incidenza sul totale dei residenti dell'8,3%. Le prime collettività di residenti (Fig. 1) sono quelle provenienti da Romania (22,9%), Albania (9,3%), Marocco (8,7%), Cina (5,4%), Ucraina (4,6%). I principali indicatori demografici mostrano come le comunità straniere siano sempre più stabili e strutturalmente integrate e, pur in presenza di un elevato grado di eterogeneità e dinamicità del fenomeno migratorio italiano. Le nuove acquisizioni di cittadinanza italiana sono state 178 mila e i nati da coppie straniere sono stati 72 mila. Si tratta di dati rilevanti soprattutto in considerazione dell'involuzione demografica in atto da lungo tempo nella popolazione italiana. I dati Istat evidenziano che nel 2014 il tasso di fecondità delle donne italiane è stato di 1,29 rispetto a 1,97 delle immigrate: l'apporto di quest'ultime risulta dunque determinante, benché non sufficiente a invertire il trend demografico.

Circa quattro residenti su cinque vivono inseriti all'interno di un contesto familiare e questo accade più frequentemente per la componente femminile, processo che lascia intravedere una transizione nelle caratteristiche dei migranti da mera "forza lavoro" a vera e propria "popolazione".

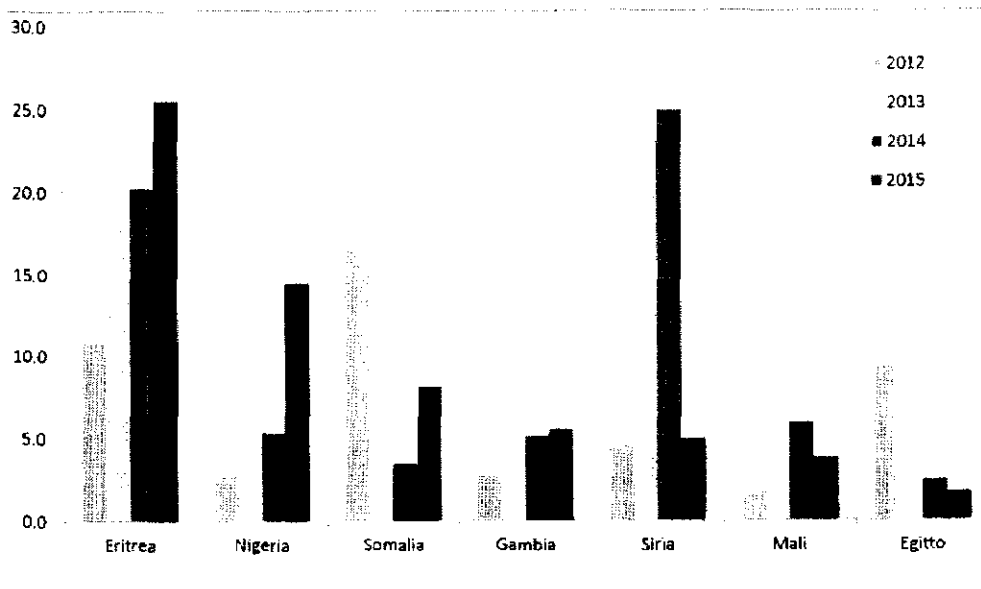
Fig. 1: Nazionalità più frequenti dei cittadini stranieri residenti in Italia al 1 gennaio 2016. Fonte: ISTAT, 2016



Accanto alla realtà degli immigrati stabilmente soggiornanti, che si muovono spinti da motivazioni generalmente economiche, bisogna considerare il fenomeno relativamente nuovo dei profughi e dei migranti in transito, contenuto nei numeri ma rilevante in termini di impatto sull'opinione pubblica. A partire dal 2014, in un contesto internazionale segnato dall'acuirsi delle crisi in molti paesi dell'Africa e nell'area medio-orientale, notevole rilevanza ha assunto il fenomeno degli sbarchi. Secondo i dati del Ministero dell'Interno, circa 170 mila persone sono sbarcate sulle coste italiane nel corso del 2014. Tale numero è superiore alla somma dei tre anni precedenti e quasi triplo rispetto al 2011, anno dell'emergenza in Nord Africa seguita alle "primavere arabe".

Il fenomeno degli sbarchi è continuato nel 2015. Gli arrivi segnalati dal Ministero dell'Interno sono stati 153.842, in leggera flessione rispetto al 2014 (circa il 10% in meno) e con un significativo cambiamento di popolazione, dovuto a una modifica della rotta di fuga da parte dei siriani (direttamente dalla Turchia in Grecia e poi, attraverso la penisola balcanica, verso il centro-nord Europa). Non a caso, nel 2015 l'Eritrea è risultata al primo posto tra i Paesi di provenienza (con il 27% del totale), seguita dalla Nigeria (14%) e dalla Somalia (8%), mentre la Siria (primo Paese nel 2014) era presente con circa il 5% delle persone (Fig. 2).

Fig. 2: Migranti sbarcati in Italia per nazionalità dichiarata al momento dello sbarco. Anni 2012-2015 (% sul totale dei migranti sbarcati in Italia). Fonte: ISMU su dati Ministero dell'Interno (2015)



Nello stesso periodo sono state inoltrate 84.085 richieste di protezione internazionale, di cui sono state accolte il 41.5% (su 71.345 esaminate). La semplice differenza tra il numero degli sbarchi e quello delle richieste di protezione rende evidente la consistenza del fenomeno dei transitanti in Italia: uomini, donne e minori hanno attraversato il nostro Paese diretti altrove. Si è trattato prevalentemente di profughi provenienti da Siria, Afghanistan, Somalia, Eritrea, Etiopia e, più in generale, da Paesi africani e del Medio Oriente. Molte delle persone giunte in Italia hanno voluto rendersi invisibili non facendosi identificare, per non restare intrappolati nella condizione di cosiddetti "dublinanti", che comporta il rimpatrio nel primo Paese di area Schengen in cui è avvenuta l'identificazione.

Un aspetto specifico e di grande rilevanza di questo complesso fenomeno è rappresentato dai minori non accompagnati: secondo i dati del Dipartimento di Pubblica Sicurezza, nel 2014 sono stati 13.026, pari al 50% di tutti i minori sbarcati (in totale 26.122). Nel 2015, il numero complessivo dei minori si è ridotto a 16.478 presenze (circa 10.000 unità in meno rispetto all'anno precedente), per via della diminuzione della componente siriana (che è tipicamente una migrazione familiare); è invece cresciuta proporzionalmente la quota di minori non accompagnati (oltre il 73% del totale dei minori soccorsi).

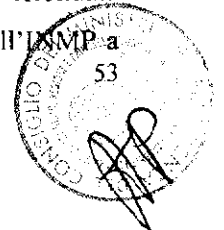
Al 22 novembre 2016, risultano 168.544 migranti sbarcati in Italia. Comparando tali dati con quelli riferiti allo stesso periodo del 2015 e del 2014, siamo a +17,28 rispetto all'anno 2015 e a +4,02 rispetto al 2014. I minori stranieri non accompagnati sbarcati sono 22.712 (dato al 31/10/2016) (fonte: Ministero dell'Interno).

L.2 Lo stato di salute della popolazione immigrata: inquadramento del fenomeno

Il quadro epidemiologico relativo alla popolazione immigrata appare fortemente condizionato da una serie di fattori che operano in stretta interazione tra loro, chiamando in causa specifiche dinamiche di selezione, soprattutto nelle fasi iniziali e finali del progetto migratorio, oltre che processi di integrazione sociale e di relazione con i servizi sanitari.

Una prima considerazione è che molti immigrati, al momento del loro arrivo in Italia, presentano buone condizioni di salute. È il cosiddetto "effetto migrante sano" che, ancora oggi, si dimostra un potente meccanismo di selezione naturale e che ha come controprova epidemiologica la bassa prevalenza di patologie infettive di importazione (i cui rischi di trasmissione alla popolazione ospite rimangono a tutt'oggi trascurabili, in assenza di vettori specifici e/o delle condizioni socioeconomiche favorevoli alla loro diffusione).

Vi sono, peraltro, evidenze che "l'effetto migrante sano" sia presente anche tra i profughi che sbarcano sulle coste italiane, come confermano i dati della sorveglianza sindromica effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e di altre rilevazioni epidemiologiche condotte dall'ISMP a

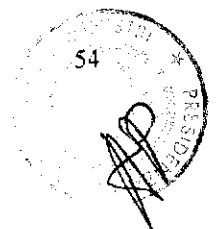


Lampedusa e a Roma sui migranti in transito. In particolare, i dati della sorveglianza sindromica effettuata dall'ISS su circa 5 mila ospiti di centri di accoglienza, tra maggio 2011 e giugno 2013, hanno evidenziato solo 20 "allerte statistiche", tra cui 8 casi di scabbia, 5 sindromi respiratorie febbrili, 6 gastroenteriti e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare. Analogamente, l'esperienza maturata dall'INMP a Lampedusa non ha evidenziato gravi malattie infettive e diffuse, ma comuni affezioni dermatologiche facilmente curabili, quali scabbia, pediculosi, impetigine e dermatite da contatto. Infine, altre rilevazioni epidemiologiche condotte nel 2014 e nel 2015 a Roma, nell'ambito di un piano di assistenza sanitaria su profughi in transito verso Paesi nordeuropei, messo in atto dall'INMP e dalle ASL Roma A e Roma B in collaborazione con diverse organizzazioni del privato sociale, confermano i dati della sorveglianza sindromica dell'ISS. Le équipe sanitarie hanno raggiunto circa 12 mila persone, in prevalenza maschi (88%) e giovani (età media 22 anni), provenienti da Eritrea e Somalia. Sono state riscontrate in prevalenza patologie dermatologiche (soprattutto scabbia, foruncolosi e impetigine), nonché comuni infezioni delle prime vie aeree e sindromi influenzali.

Le evidenze epidemiologiche, pertanto, concorrono a delineare il profilo di una popolazione del tutto estranea agli "esotismi sanitari". La "Sindrome di Salgari", ossia lo stereotipo del migrante "untore", pericolosa fonte di malattie, specie di tipo infettivo, non è supportata da evidenze epidemiologiche che invece concorrono a delineare il quadro di una popolazione esposta alle insidie della marginalità. È il cosiddetto "effetto migrante esausto" che comporta il depauperamento, più o meno rapido, del patrimonio di salute in dotazione ai migranti, quale che sia al momento dell'arrivo, a seguito della continua esposizione ai fattori di rischio della povertà. Tale effetto può determinarsi già durante il viaggio, come nel caso dei profughi, o nel Paese ospite, quando i processi di integrazione e le misure di tutela tardano ad attivarsi, e la relazione con i servizi diviene particolarmente problematica.

Benché l'accesso ai servizi sociosanitari sia garantito alla popolazione immigrata da una legislazione complessivamente favorevole e dalla presenza di un sistema sanitario nazionale di stampo universalistico, permangono a tutt'oggi forti squilibri e disomogeneità territoriali nel garantire i livelli essenziali di assistenza. Si segnala, inoltre, la persistenza di barriere burocratiche all'utilizzo dei servizi: i dati Istat rivelano che 12 stranieri su 100, in età superiore ai 14 anni, hanno difficoltà nello svolgimento delle pratiche necessarie per accedere alle prestazioni mediche.

Infine, permangono importanti difficoltà sul piano comunicativo-relazionale: tra gli stranieri con più di 14 anni, il 14% dichiara di avere difficoltà a spiegare al medico i sintomi del proprio malessere. Quest'ultimo dato assume una rilevanza particolare, nella prospettiva di un auspicabile inserimento della figura del mediatore culturale tra quelle riconosciute nell'ambito del SSN.



I.3 Lo stato di salute della popolazione immigrata: i dati epidemiologici

Le più recenti informazioni epidemiologiche disponibili sulle condizioni di salute degli immigrati in Italia e sul loro accesso ai servizi sanitari sono il frutto di una collaborazione tra INMP e ISTAT, che ha permesso di analizzare i dati derivati dalle indagini ISTAT sulla "Salute" (2005 e 2013) e sulla "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri" (2011-2012). Le indagini sulla "Salute", condotte su circa 60 mila famiglie e 120 mila individui, hanno consentito di valutare lo stato di salute confrontando i due periodi studiati (2005 e 2013), oltre che i due gruppi di popolazione, straniera e italiana. Inoltre, l'indagine su "Condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri", condotta su un campione nazionale di circa 10 mila famiglie con almeno un cittadino straniero residente (per un totale di oltre 20 mila cittadini stranieri), ha fornito, per la prima volta in Italia, numerose informazioni sulle condizioni di salute e sull'accessibilità ai servizi sanitari.

I risultati principali degli studi condotti nell'ambito di tale collaborazione sono stati presentati il 5 maggio 2016 presso la sede dell'INMP, nel corso del Convegno "Epidemiologia della salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopi ISTAT".

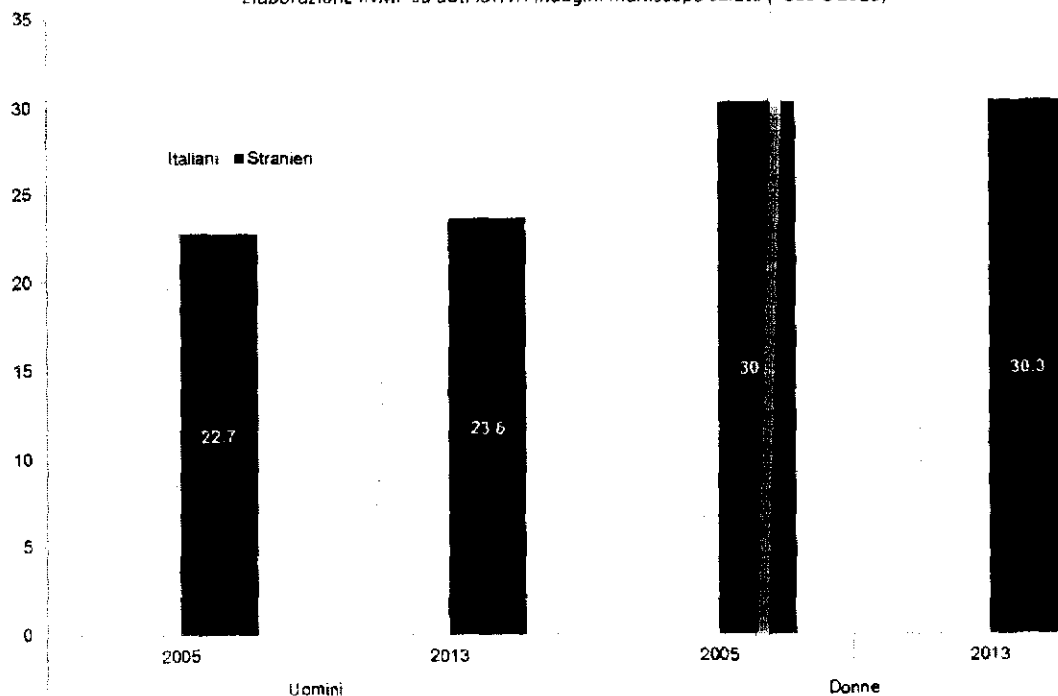
Mediante il confronto fra le indagini "Salute" 2005 e 2012/2013, è stato possibile effettuare una valutazione della salute della popolazione immigrata, prima e dopo l'inizio della grande crisi economica. I dati suggeriscono che la crisi economica ha colpito di più gli stranieri - che tra il 2008 e il 2013 hanno subito una riduzione di occupazione del 9% rispetto al 2,5% degli italiani - determinando una loro maggiore esposizione alla deprivazione socioeconomica. In Italia il fenomeno dell'immigrazione per motivi economici è recente, pertanto è breve il periodo di osservazione analizzato; comunque, i risultati dello studio sembrano mostrare come il vantaggio di salute degli immigrati al momento dell'arrivo rispetto alla popolazione italiana sia diminuito, probabilmente anche a causa della crisi economica.

Una valutazione sullo stato di salute fisica e mentale è stata effettuata a partire dalla distribuzione dei punteggi degli indici di salute fisica (PCS) e mentale (MCS), ricavati dal questionario SF12, che rileva la salute percepita attraverso una batteria di 12 quesiti. Abbiamo assunto come valore soglia per definire uno stato di salute fisica e mentale peggiore il I quartile delle distribuzioni di PCS e MCS rispettivamente.

Per quanto riguarda la salute fisica, effettuando un confronto con gli italiani si è osservato che, mentre nel 2005 gli stranieri presentavano uno stato di salute percepito migliore, nel 2013 le differenze si sono ridotte o addirittura annullate: tra gli uomini stranieri, nel 2005 il 22,7% dichiarava salute peggiore, valore salito al 23,6% nel 2013; invece tra gli italiani le percentuali erano 24,9% nel 2005 e 24% nel 2013 (Fig. 3).



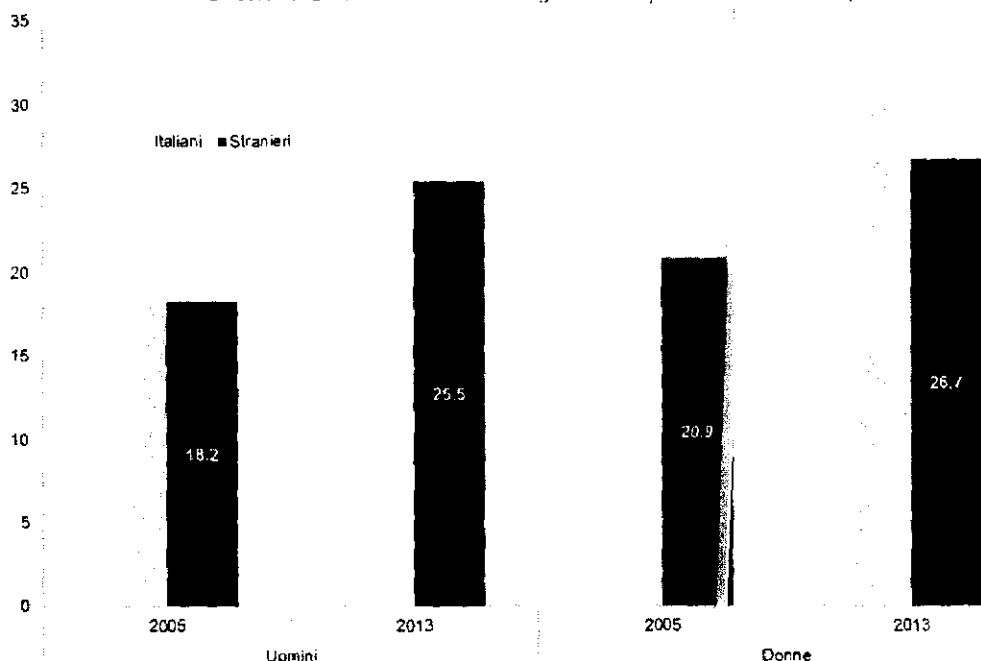
Fig. 3: Prevalenza standardizzata per età (%) di peggiore salute fisica percepita (1° quintile PCS), per genere e cittadinanza.
Elaborazione INMP su dati ISTAT. Indagini multiscopo salute (2005 e 2013)



Inoltre, nello stesso periodo è aumentata la quota di persone che dichiarano peggiore salute mentale, in misura maggiore tra gli stranieri, soprattutto tra le donne, che passano dal 20,9% al 26,7%. Tuttavia, le donne straniere mantengono un vantaggio relativamente alla salute mentale: 26,7% di peggiore salute mentale percepita tra le straniere nel 2013 rispetto al 32,9% delle italiane (Fig. 4). Inoltre, i dati del 2013 evidenziano che gli stranieri residenti in Italia da oltre 10 anni hanno una probabilità superiore del 20% di dichiarare peggiore salute percepita, rispetto a chi risiede in Italia da meno tempo.



Fig. 4: Prevalenza standardizzata per età (%) di peggiore salute mentale percepita (1° q artile MCS), per genere e cittadinanza.
Elaborazione INMP su dati ISTAT. Indagini multiscopo salute 2005 e 2013)

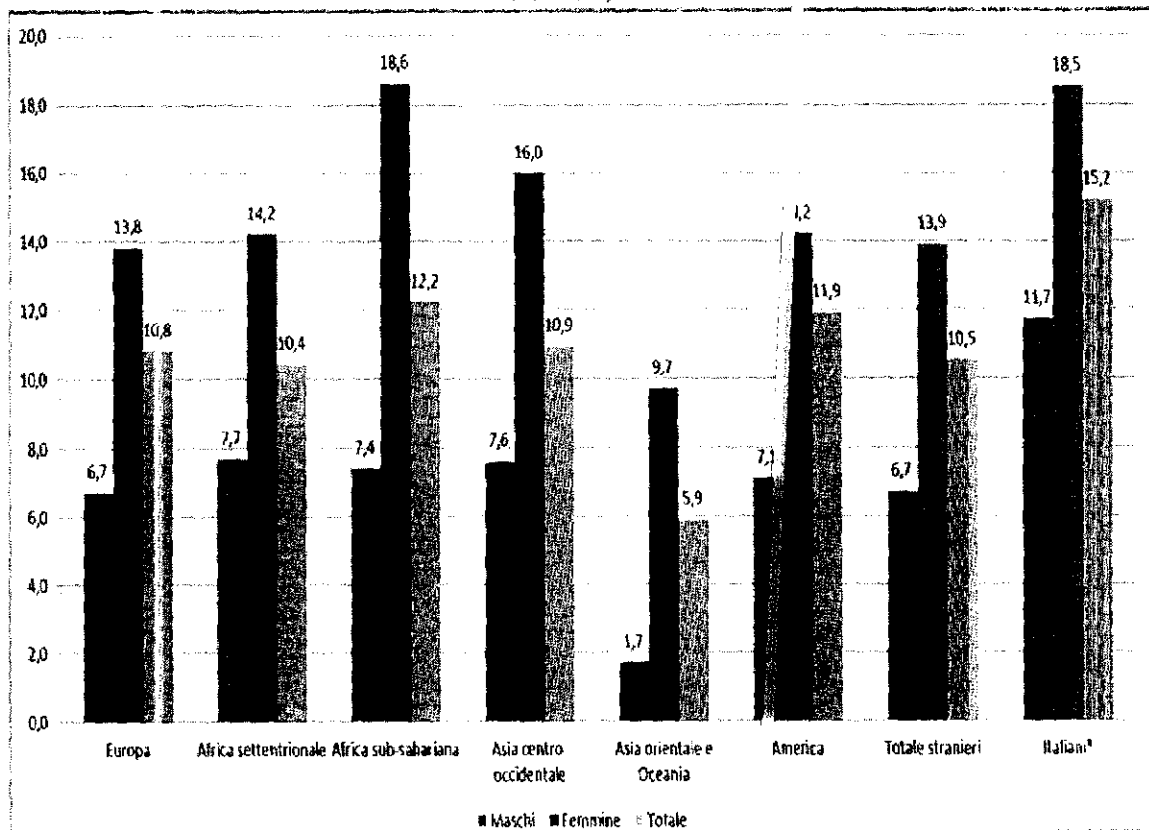


L'esposizione a condizioni di maggiore deprivazione socioeconomica da parte degli stranieri ha avuto effetti negativi soprattutto negli ambiti della prevenzione primaria (vaccinazioni o adozione di stili di vita salubri) e secondaria (screening), con un quadro peggiore rispetto alla popolazione italiana.

Un primo esempio è dato dall'osservazione che il 10.5% della popolazione straniera residente, in età 18-64 anni, ha effettuato almeno una visita medica in assenza di disturbi o sintomi (mediamente in un mese), prevalenza più bassa che fra gli italiani (15%). Come accade tra gli italiani, si osservano evidenti differenze di genere anche tra i cittadini stranieri, con prevalenze pressoché doppie tra le donne (13,9%) rispetto agli uomini (6,7%).



Fig. 5: Cittadini stranieri (18-64) che hanno effettuato visite mediche in assenza di disturbi/ sintomi per genere e area di provenienza.
Fonte: ISTAT, 2013



Si è rilevata una certa omogeneità di comportamento tra le diverse comunità straniere analizzate per macro area di provenienza (Fig. 5), fatta eccezione per alcune comunità dell'Asia. Si osservano, infatti, prevalenze mediamente più basse per gli stranieri provenienti dalle Filippine (8,2%), dall'India (6,8%) e dalla Cina (3,6%). Avere un titolo di studio elevato (+10%) così come vivere in famiglia con italiani (+30%) si confermano fattori che favoriscono la propensione ad effettuare visite mediche in assenza di disturbi o sintomi da parte degli immigrati. Un maggior ricorso a visite preventive sembra emergere anche tra gli stranieri che vivono nelle aree metropolitane del Nord-Est, rispetto a quelli che vivono in quelle del Nord-Ovest.

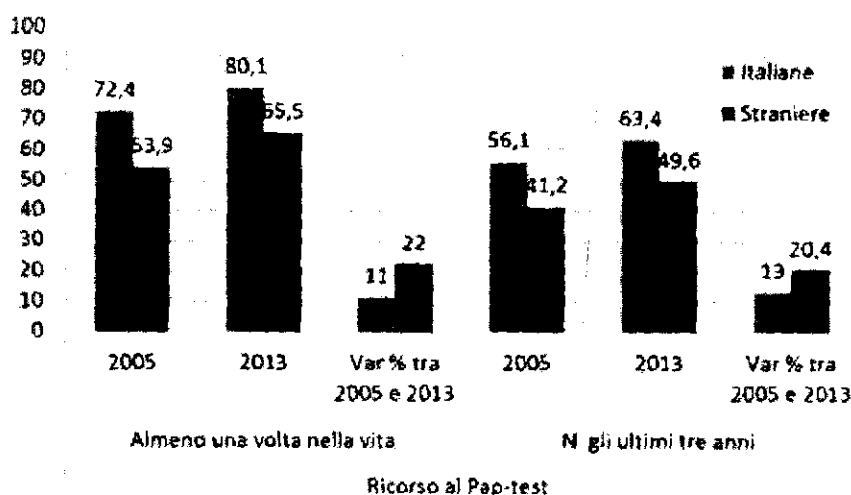
Altro motivo di attenzione è rappresentato dal ricorso alla prevenzione femminile (Pap-test e mammografia) che nel 2013 è risultato essere più elevato tra le donne italiane rispetto alle straniere, anche se le differenze sono diminuite in confronto al 2005, specialmente per il Pap-test. Infatti, nel 2005 il 72,4% delle italiane e il 53,9% delle straniere dichiarava di aver effettuato almeno una volta nella vita il Pap-test, nel 2013 i valori erano rispettivamente l'80,1% per le italiane e il 65,5% per le straniere. La differenza passa quindi da 18,5 punti percentuali nel 2005 a 14,6 nel 2013. Anche per le donne che dichiarano di aver effettuato il Pap-test almeno una volta negli ultimi tre anni, la differenza di copertura per le straniere si riduce, seppur in maniera lieve, passando dal 14,9% nel 2005 al 13,8%

nel 2013 (Fig. 6). Inoltre, per il Pap-test negli ultimi tre anni si è osservato un forte incremento della copertura per le straniere al Nord (+11,8% nel Nord-Ovest, +16,7% nel Nord-Est) e al Centro (+11,2%), e un incremento modesto nel Mezzogiorno (+2,7%), inferiore a quello delle italiane. Ne derivano differenze fra italiane e straniere in generale diminuzione, ma non nel Mezzogiorno, dove invece si ampliano.

Si è riscontrato che la copertura "nel corso della vita" e negli ultimi tre/due anni, per entrambi i test di screening, è più elevata tra le donne che provengono da paesi sviluppati (ad esempio dall'Europa occidentale). Elevata anche la copertura per le donne americane che, per la gran parte, sono provenienti dal Sud America (95,4%). Debole invece la prevenzione tra le donne di provenienza africana, delle quali il 68,9% proviene da paesi nordafricani: solo il 39% ha effettuato un Pap-test negli ultimi 3 anni. Dopo aver tenuto conto delle differenze per fattori sociodemografici, sanitari e stili di vita, si è osservato che la copertura del Pap-test è associata all'area di provenienza (si conferma una bassa copertura per le donne africane rispetto alle americane), alla situazione familiare (maggiore copertura per le coppie miste), ai comportamenti preventivi generali della donna, all'età (maggiore accesso per le giovani), alla soddisfazione per le proprie risorse economiche e all'istruzione (la probabilità di aver effettuato un Pap-test è quasi doppia per le donne con titolo di studio elevato).

Fig. 6: Cittadine italiane e straniere di 25-64 anni che in assenza di sintomi o disturbi dichiarano di aver fatto ricorso al pap-test (%).

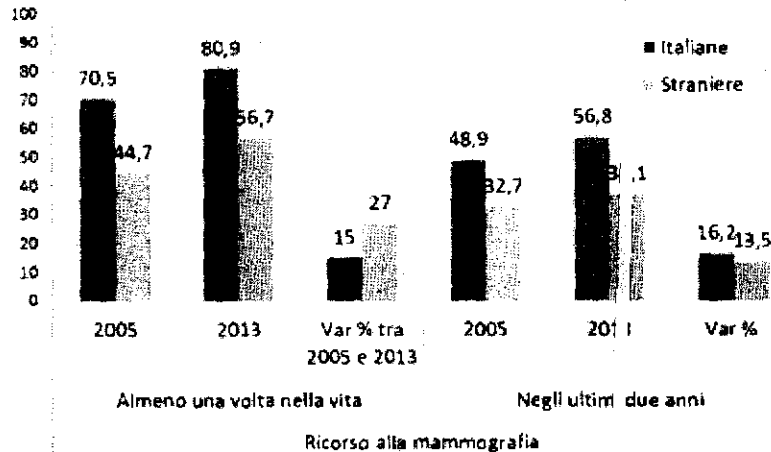
Prevalenze standardizzate per età. Fonte: ISTAT. Indagini multisecolare sulla salute (2005 e 2013).



Per la mammografia le differenze di copertura tra italiane e straniere si riducono tra il 2005 e il 2013, ma solo per chi ha effettuato un test una volta nella vita e non per chi l'ha effettuato negli ultimi due anni (Fig. 7). Le aree di provenienza con la più bassa copertura sono l'Asia (31,6%) e l'Europa Orientale (35,6%). La copertura risulta associata all'età (minore accesso dopo i 60 anni),

all'istruzione (più del doppio per chi ha un titolo di studio elevato), alla soddisfazione per le proprie risorse economiche e alla propensione a fare prevenzione.

Fig. 7: Cittadine italiane e straniere di 50-69 anni che in assenza di sintomi o disturbi dichiarano di aver fatto ricorso alla mammografia (%). Prevalenze standardizzate per età. Fonte: ISTAT, Indagini multiscope salute (2005 e 2013)

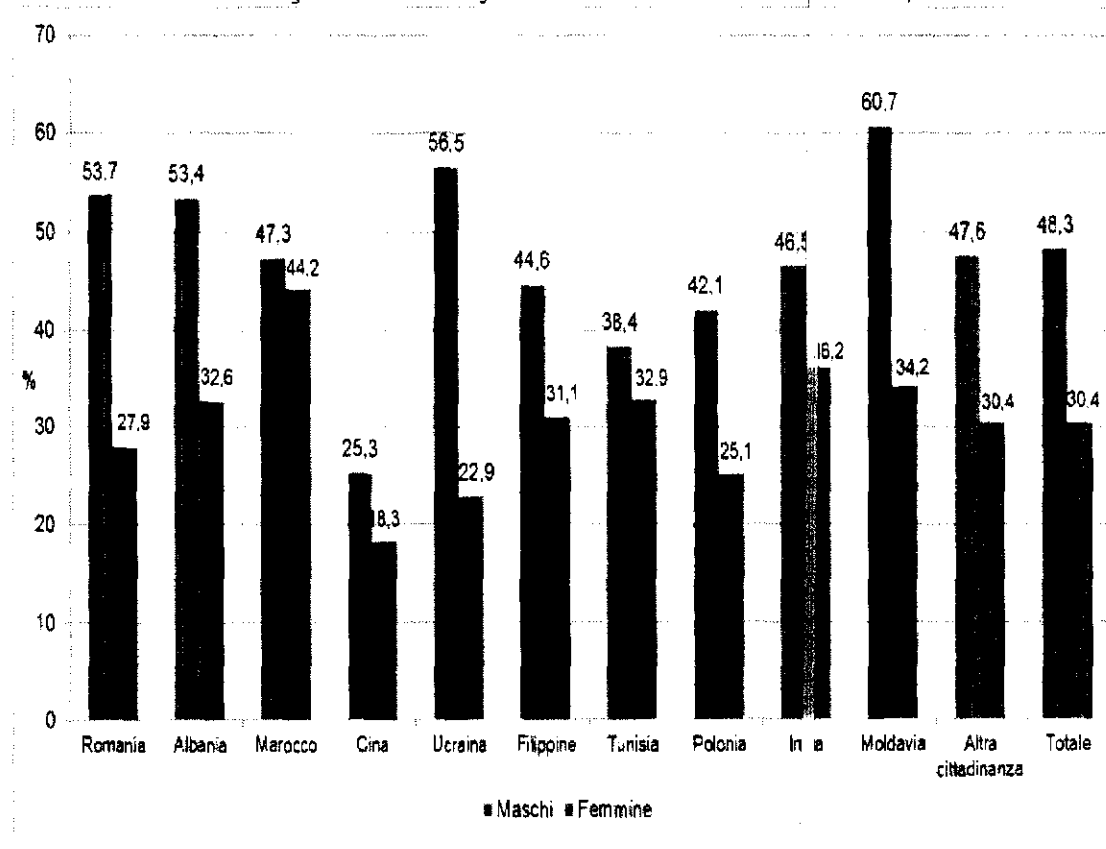


Secondo i dati dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, ogni anno circa 2,8 milioni di decessi nel mondo sono attribuibili all'obesità e al sovrappeso, condizioni che costituiscono il terzo fattore di rischio per mortalità attribuibile nei paesi ad alto e medio reddito. Nel 2014, quasi 2 miliardi di persone di 18 anni e più erano in sovrappeso, di queste 600 milioni erano obese. Nel 2013, 42 milioni di bambini di età inferiore a 15 anni erano in sovrappeso o obesi. Questo fattore di rischio per la salute ha raggiunto una prevalenza del 40% nella popolazione italiana, valore analogo a quello che si osserva tra gli immigrati. Secondo le stime ISTAT disponibili dall'indagine "Condizione e integrazione dei cittadini stranieri" (2011-2012), i cittadini stranieri tra i 18 e i 64 anni in sovrappeso sono il 30,9% e in condizioni di obesità il 7,8%. Le prevalenze sono mediamente più alte tra gli uomini: quasi la metà degli stranieri (48,3%) sono in sovrappeso/obesità, mentre la percentuale tra le donne è molto più bassa (30,4%). Si osserva forte eterogeneità geografica per area di provenienza: prevalenze superiori alla media soprattutto tra gli uomini dei Paesi dell'Est Europa (Romania, Albania, Ucraina e Moldavia); tra le donne, prevalenze più alte tra marocchine, indiane, moldave e albanesi (Fig. 8). L'avanzare dell'età, soprattutto tra le donne, e la permanenza in Italia sembrano fattori associati alla condizione di sovrappeso/obesità tra gli immigrati. La permanenza in Italia determina un rischio superiore specialmente tra gli immigrati più giovani (18-35 anni di età). Il rischio è più elevato tra chi si trova in condizioni socio-economiche più svantaggiate, mentre è più basso per gli stranieri che vivono in famiglia con italiani. La prevalenza di sovrappeso/obesità tra gli stranieri residenti in Italia è maggiore tra i maschi (eccetto che per chi proviene dall'Africa sub-sahariana) e tra le persone che



vivono in una famiglia composta da soli stranieri.

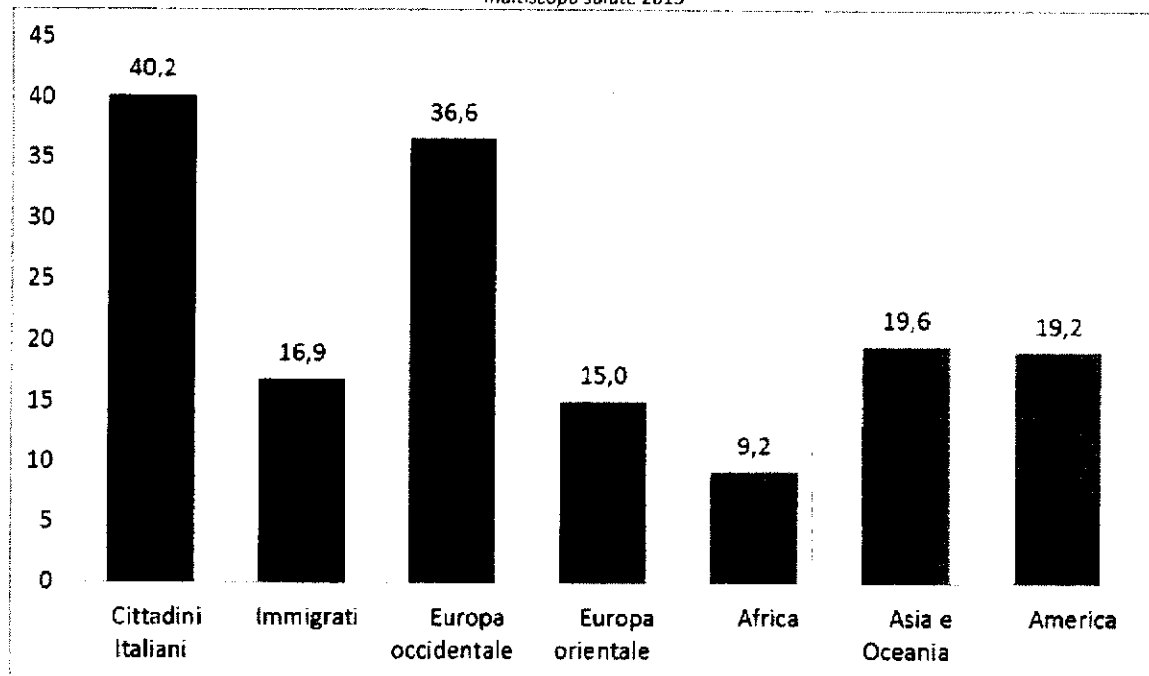
Fig. 8: Cittadini stranieri (18-64 anni) in sovrappeso/obesità per cittadinanza e genere (%). Fonte: Elaborazione INMP su dati Istat. Indagine condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri (2011-2012)



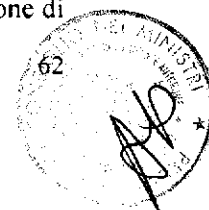
Un altro esempio è dato dall'osservazione che nel 2012-2013 la copertura vaccinale anti-influenzale tra gli immigrati a rischio di complicanze (anziani e individui affetti da determinate patologie croniche) è risultata pari al 16,9%, inferiore al 40,2% stimato tra i cittadini italiani (Fig. 9). Tenendo conto delle differenze demografiche, socio-economiche e del livello generale di utilizzo dei servizi sanitari, la ridotta copertura vaccinale rispetto ai cittadini italiani appare spiegata da differenze demografiche, socio-economiche e dal livello generale di utilizzo dei servizi sanitari, per la maggior parte degli immigrati in Italia da 10 o più anni. Al contrario, questa differenza, continua ad apparire significativa per gli immigrati più recenti, con una probabilità di sotto-copertura del 42%, in particolare per quelli provenienti dall'Africa (copertura inferiore del 20% rispetto agli italiani) e dall'Europa orientale (copertura inferiore del 38% rispetto agli italiani). I risultati suggeriscono che la copertura vaccinale anti-influenzale in questi due sottogruppi sia influenzata da altre barriere informali, quali quelle culturali e linguistiche, che dovrebbero essere indagate approfonditamente per promuovere efficaci strategie di accesso alla vaccinazione.



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

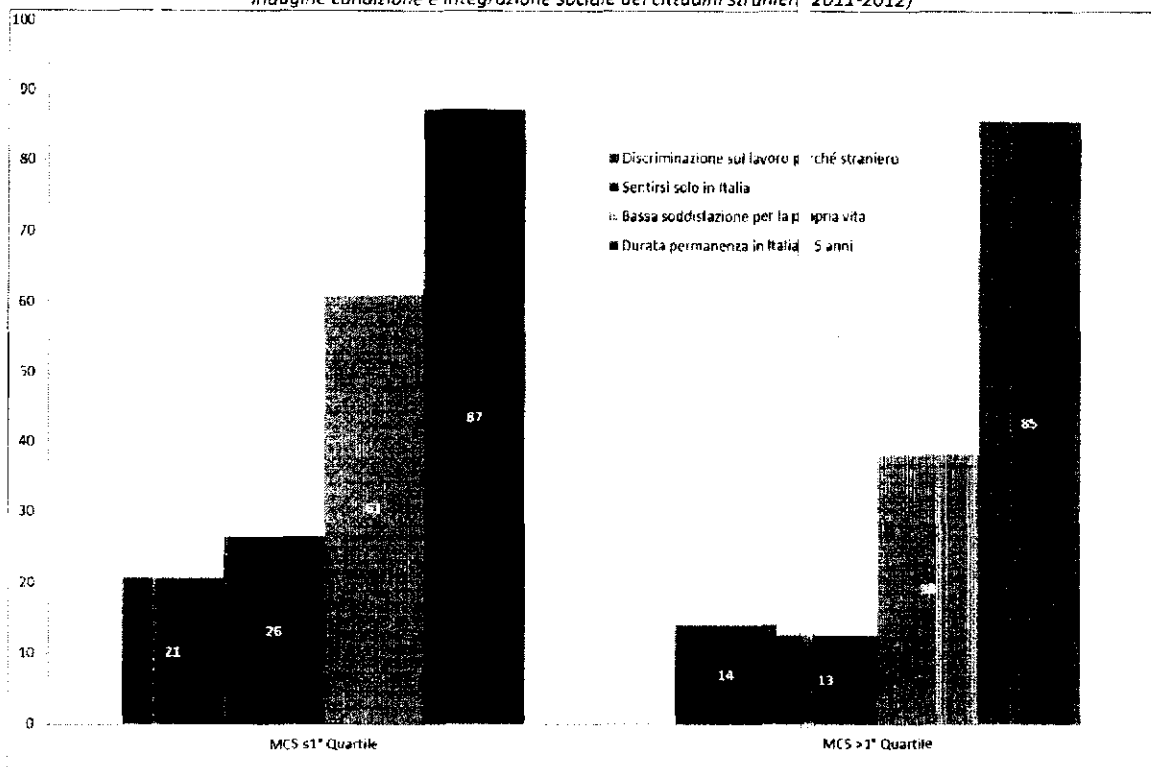


Un'altra delle conseguenze della crisi è stata l'accentuazione della competitività interna del mercato del lavoro, con rischi di discriminazione e disegualianze soprattutto per i lavoratori stranieri, più spesso impiegati in lavori precari e informali, con minori tutele e reti di protezione sociale. 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

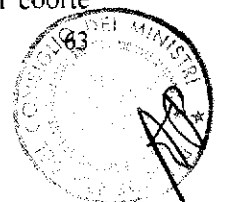


discriminazione incrementando la propria identificazione con il gruppo di provenienza; questo potrebbe spiegare il minor senso di solitudine e di insoddisfazione dichiarato, nonostante la discriminazione subita. Da rilevare, inoltre, come lo stato di salute mentale sia influenzato dalla durata della 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)

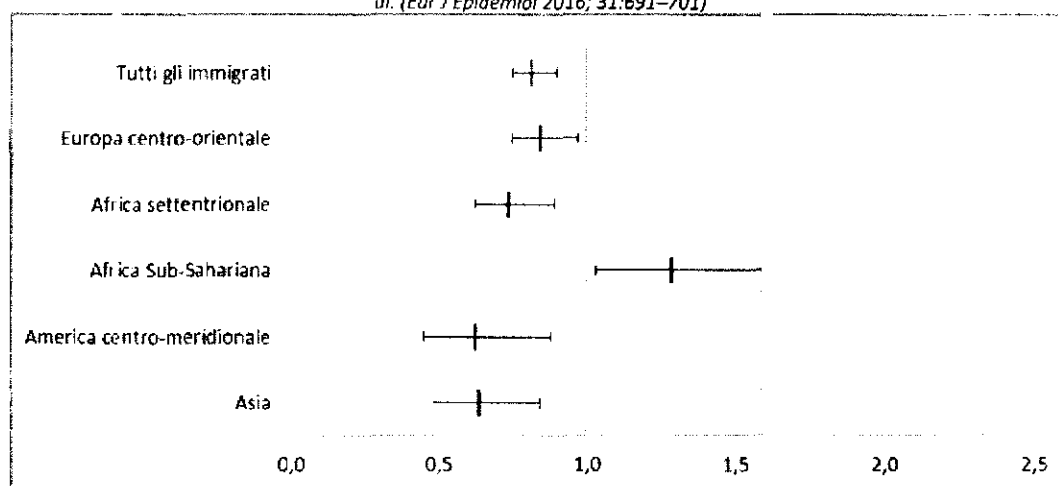
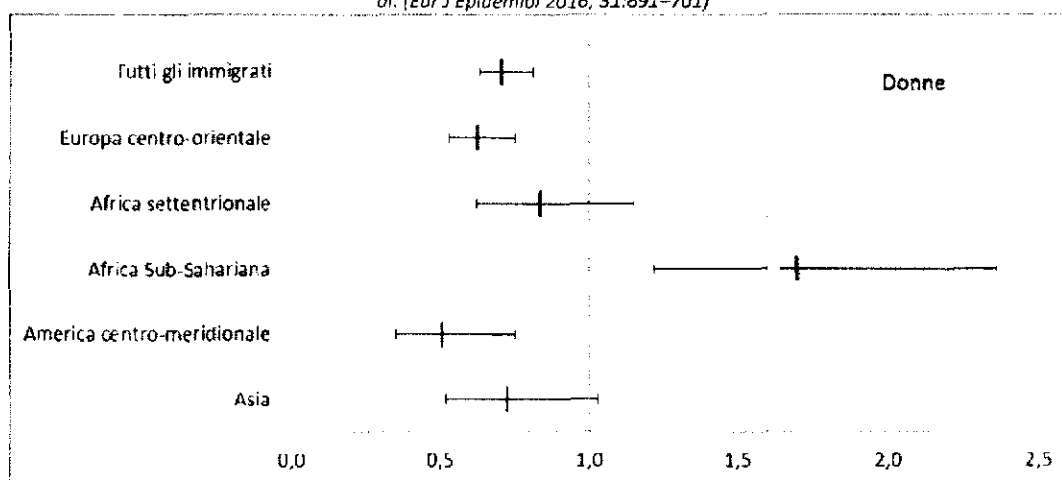


Fig. 11b: Mortalità per tutte le cause 2001-2013: Mortality Rate Ratios (MRR) con intervalli di confidenza al 95%, per area di provenienza (età:1-64), donne. Fonte: Studi longitudinali metropolitani (Torino e Reggio Emilia). Rielaborazione INMP da Pacelli et al. (Eur J Epidemiol 2016; 31:691-701)



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: italiana e stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), uomini. Fonte: Osservasalute (2015)

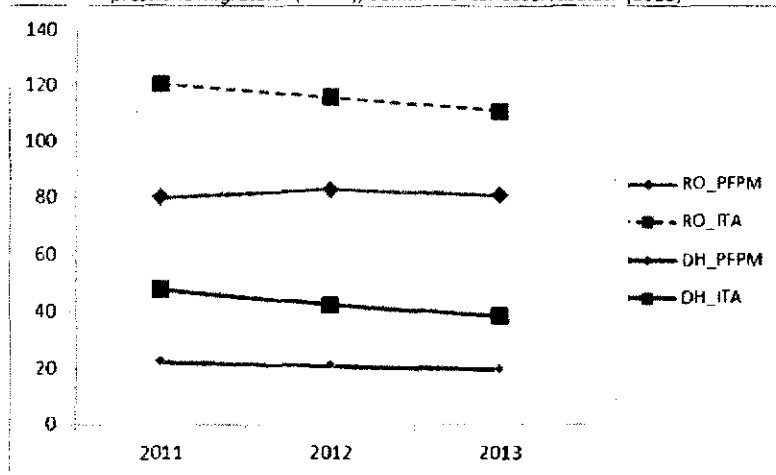


Fig. 12b: tassi di ospedalizzazione ordinaria e DH (*1.000 residenti) per cittadinanza: italiana e stranieri provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), donne. Fonte: Osservasalute (2015)



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)

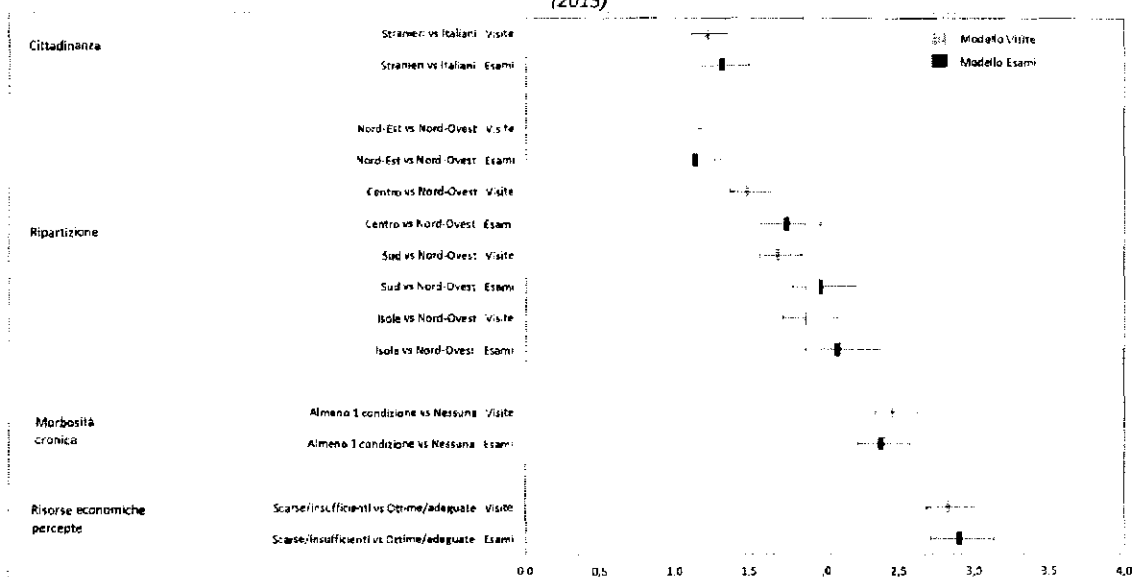
LIVELLO DI ISTRUZIONE	Maschi					Femmine				
	0 anni	25 anni	45 anni	65 anni	80 anni	0 anni	25 anni	45 anni	65 anni	80 anni
SPERANZA DI VITA										
Nessun titolo o licenza elementare	77,2	52,8	34,2	17,8	7,8	83,2	58,7	39,6	21,6	9,7
Licenza media inferiore	79,4	55,0	36,0	18,8	8,1	84,6	60,1	40,5	22,1	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 sui dati ISTAT. Indagine multiscopo salute (2013)

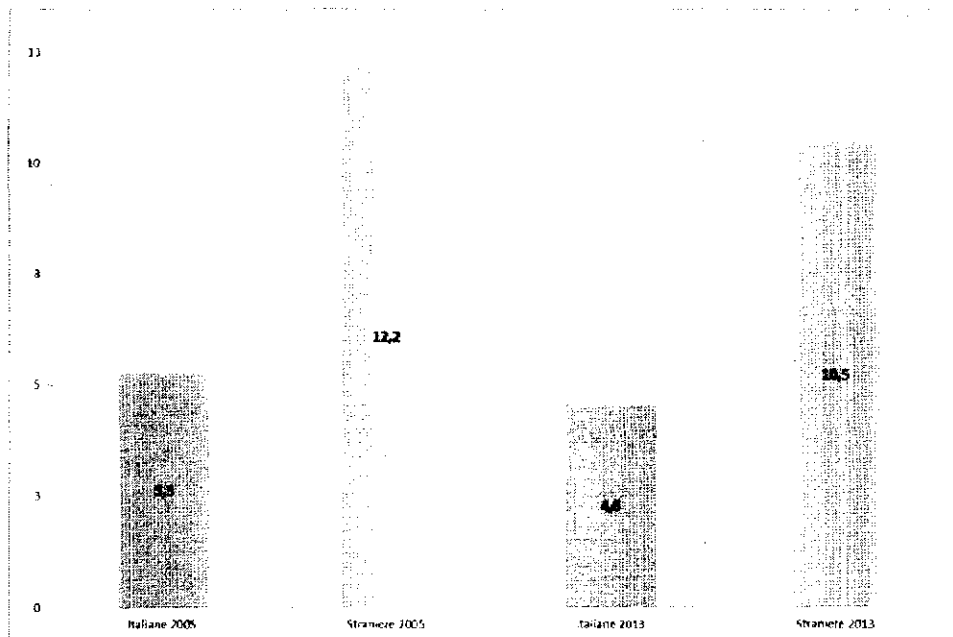


In un altro studio condotto dall'INMP analizzando i dati ISTAT 2005 e 2013 delle indagini "Multiscopo sulle famiglie - Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari", si sono valutati i fattori associati al rischio di ritardo della prima visita ginecologica in gravidanza che dovrebbe avvenire entro 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.

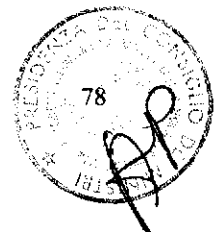
Sempre nell'ambito degli interventi sociosanitari "di prossimità", l'INMP e le ASL RMA e RMB hanno formalizzato, in data 28 maggio 2015, la realizzazione di un piano di intervento sociosanitario rivolto ai migranti stabilmente presenti sul territorio cittadino, che vivono presso insediamenti ed edifici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

