



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 dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per il finanziamento dell'attività, per l'anno 2019, dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

Rep. Atti n. *(12) CSR* dell'8 ottobre 2020

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

Nella odierna seduta dell'8 ottobre 2020:

VISTO il decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n.189, recante "Disposizioni urgenti per promuovere lo sviluppo del Paese mediante un più alto livello di tutela della salute", ed in particolare l'articolo 14 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) 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;

VISTA la nota del 21 settembre 2020, diramata in pari data, con la quale il Ministero della salute ha inviato, ai fini della sua approvazione in sede di Conferenza Stato-Regioni, la proposta di progetto interregionale in epigrafe;

ACQUISITO, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, il positivo avviso delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano sul progetto interregionale in epigrafe;

APPROVA

il progetto interregionale dell'attività, per il triennio 2019-2021, dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà – anno finanziario 2019, Allegato sub A) parte integrante del presente atto.

Il Segretario
Cons. Elisa Grande



Il Presidente
On. Francesco Boccia

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

INMP



NIHMP

National Institute for Health
Migration and Poverty

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 il triennio 2019-2021 dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà - Anno Finanziario 2019

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.

Handwritten mark



6

INTRODUZIONE

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) è un ente del Servizio Sanitario Nazionale (SSN) con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute; compito dell'Istituto è promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti, e contrastare le malattie della povertà.

Per lo svolgimento delle funzioni dell'INMP, così come definite dal Decreto del Ministero della Salute n. 56 del 22 febbraio 2013, a decorrere dall'anno 2013 è vincolato un finanziamento pari a 10 milioni di euro; all'erogazione di tale finanziamento 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 dell'SSN 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, destinata a coprire i costi della produzione, in particolare quelli relativi al personale dipendente, alle attività clinico-assistenziali, alla ricerca e alla formazione, nonché al consolidamento delle attività dell'«Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e sull'impatto della Povertà sulla salute della popolazione» (OENES) e al funzionamento 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 dell'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 2019-2021. Come per i precedenti anni, vale sottolineare che l'attività del presente progetto interregionale si svolgerà nel corso dell'anno successivo: il 2020.

Le aree strategiche per il triennio di riferimento sono definite in coerenza e continuità con quelle del precedente Progetto Interregionale (2016-2018) e sono identificate a seguito di una loro attenta contestualizzazione e di un loro accorto orientamento alle nuove priorità programmatiche nazionali.

L'INMP continuerà a perseguire la propria *mission*, che è quella di rendere disponibili a tutti, nessuno escluso, servizi e assistenza sociosanitaria di provata 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. In tale ottica l'Istituto promuoverà il completamento della dotazione organica e il perfezionamento del proprio assetto organizzativo.

Il presente documento di programmazione si articola in quattro capitoli. Il capitolo A riporta i principali dati sul contesto di salute delle popolazioni svantaggiate; il capitolo B indica le linee strategiche per il triennio 2019-2021; il Capitolo C propone le attività per l'anno finanziario 2019; il capitolo D, infine, ricapitola le attività più rilevanti svolte nel precedente programma triennale.

Per la realizzazione di questo Progetto si riconosce il supporto e la lungimiranza delle istituzioni sanitarie – Ministero della Salute e Regioni e Province autonome – come pure di quelle con cui la collaborazione è stretta e continua – Ministero dell'Interno e Ministero degli Esteri – e delle altre istituzioni pubbliche e private che concorrono con l'INMP al raggiungimento di obiettivi condivisi.



Sommario

A. IL CONTESTO DI SALUTE	5
B. LINEE STRATEGICHE PER IL TRIENNIO 2019-2021	9
B.1 Le azioni dell'INMP	9
B.2 Strategia programmatica del triennio.....	10
B.3 Attività e programmi istituzionali.....	11
C.3.1 <i>Promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, da erogare a soggetti in particolare stato di fragilità socio economica e vulnerabili</i>	11
C.3.2 <i>Potenziamento della ricerca clinica, biomedica e qualitativa per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili</i>	12
C.3.3 <i>Formazione, informazione e sviluppo riguardo alle tematiche prioritarie dell'INMP, inclusa la formazione dei mediatori transculturali in sanità</i>	14
C.3.4 <i>L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES)</i>	14
C.3.5 <i>Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP)</i>	15
C.3.6 <i>La mediazione transculturale in campo sanitario</i>	16
C.3.7 <i>Azioni di internazionalizzazione, anche nel ruolo di Centro Collaboratore dell'OMS, e svolgimento di progetti di salute globale e di cooperazione sanitaria</i>	16
C. LA PROPOSTA PER IL 2019.....	16
C.1 <i>Promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria da erogare a soggetti con particolare fragilità socio-economica e vulnerabili</i>	16
C.2 <i>Potenziamento della ricerca clinica, biomedica e qualitativa per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili</i>	18
C.3 <i>Formazione, informazione e sviluppo riguardo alle tematiche prioritarie dell'INMP, inclusa la formazione dei mediatori transculturali in sanità</i>	19
C.4 <i>L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES)</i>	20
C.4.1 <i>Valutazione della mortalità dei residenti nelle Aree interne</i>	20
C.4.2 <i>Disuguaglianze socioeconomiche e mortalità per cause prevenibili in Italia</i>	21
C.4.3 <i>Disuguaglianze socioeconomiche e mortalità cardiovascolare.</i>	21
C.4.4 <i>Valutazione della mortalità dei cittadini stranieri residenti in Italia</i>	22
C.4.5 <i>Differenze socioeconomiche nella salute e nell'assistenza sanitaria in alcune aree metropolitane</i>	23
C.4.6 <i>Valutazione dello stato di salute dei lavoratori stranieri (progetto WHIP)</i>	24
C.4.7 <i>Revisioni sistematiche degli interventi efficaci di contrasto alle disuguaglianze socioeconomiche nella salute</i>	24
C.4.8 <i>Monitoraggio della salute degli immigrati</i>	25

C.4.9 La salute nelle carceri	25
C.5 Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP)	26
C.5.1 Il repertorio nazionale degli interventi di sanità pubblica volti all'equità nella salute (ReSPES)	26
C.5.2 Ampliamento della piattaforma WikINMP ai percorsi socio-sanitari	27
C.5.3 Interventi a sostegno delle ASL nella presa in cura di persone vulnerabili	28
C.6 La mediazione transculturale in campo sanitario.....	28
C.7 Azioni di internazionalizzazione, anche nel ruolo di Centro Collaboratore dell'OMS, e svolgimento di progetti di salute globale e di cooperazione sanitaria.....	29
C.8 Progetto Salute - Promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria di Rom, Sinti e Caminanti (RSC)	30
D. ATTIVITÀ SVOLTE NEL TRIENNIO 2016-2018	31
D.1 L'assistenza sanitaria.....	32
D.1.1. L'équipe multidisciplinare dell'INMP presso gli Hotspot di Lampedusa e di Trapani-Milo	38
D.1.2. Il dispositivo sanitario dell'INMP nei corridoi umanitari di evacuazione.....	41
D.1.3 Medicina di prossimità	41
D.2 La Ricerca.....	41
D.3 La Formazione.....	43
D.3.1 Formazione Istituzionale	44
D.3.2 Formazione del personale	46
D.4 L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES).....	47
D.5. La Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP)	50
D.5.1 Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti	50
D.5.2 Piattaforma WikINMP sui percorsi sanitari per gli stranieri e suo ampliamento ai percorsi socio-sanitari.....	51
D.5.3 Il repertorio nazionale degli interventi di sanità pubblica volti all'equità nella salute (ReSPES)	51
D.5.4 Il network sud europeo sulle diseguaglianze di salute	52
D.5.5 Progetti di sanità pubblica	52
D.6 La Mediazione transculturale	53
D.7 Le progettualità finanziate da fondi esterni	55
D.7.1 Progetti per la facilitazione dell'accesso ai servizi diagnostico-terapeutici.....	56
D.7.2 Progetti per lo studio e l'attuazione di modelli di presa in carico nel sistema di accoglienza	56



A. IL CONTESTO DI SALUTE

Il presente capitolo fornisce una descrizione sintetica delle principali e più recenti evidenze sulle disuguaglianze socioeconomiche nella salute in Italia. Per una lettura più analitica e dettagliata si rimanda al sito web dell'OENES (<https://www.inmp.it/ita/Osservatorio>), nel quale il lettore troverà ampia disponibilità di materiale scientifico sull'argomento.

In Italia, nonostante il progressivo miglioramento delle condizioni di salute osservato negli ultimi decenni e livelli di disuguaglianza tra classi sociali meno pronunciati rispetto agli altri Paesi europei, esistono differenze sistematiche: le persone più svantaggiate stanno peggio, si ammalano di più e vivono di meno. Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute e di assistenza sanitaria meno favorevoli. È ben noto che i determinanti sociali siano alla base delle differenze nella salute e, pertanto, sono suscettibili ad azioni che ne modifichino e attenuino gli effetti. Le disuguaglianze di salute osservate riguardano sia indicatori obiettivi di morbosità, disabilità e mortalità sia indicatori di salute auto-riferita.

È anche necessario considerare gli effetti della recente crisi economica globale, che ha ampliato le disuguaglianze socioeconomiche, contestualmente all'aumento della disoccupazione e alla riduzione del reddito disponibile, a sfavore dei gruppi più svantaggiati della popolazione. I dati Istat 2018 mostrano che il 7% delle famiglie, corrispondente a circa 5 milioni di persone, vivono in condizione di povertà assoluta. La povertà assoluta è più bassa tra le famiglie di soli italiani (5,3%), sale al 18,2% per quelle miste e raggiunge il 27,8% per le famiglie di soli stranieri. Negli ultimi dieci anni l'incidenza della povertà assoluta è rimasta stabile tra gli anziani (4,6%) mentre ha continuato a crescere nella popolazione tra i 18 e i 34 anni di età (10,3%) e in quella tra i 35 e i 64 anni (8%); da sottolineare come nel 2018 il 12,6% dei minori si trovi in una condizione di povertà assoluta. Le famiglie in condizioni di povertà relativa sono circa l'11,8%, per un totale di individui di quasi 9 milioni (Istat 2018 <https://www.istat.it/it/archivio/231263>). 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. In Italia, seppure gli effetti della crisi economica siano attenuati da un welfare di stampo universalistico, si è osservato tra il 2004 e il 2015 un aumento della prevalenza di persone che hanno rinunciato per qualsiasi motivo a visite mediche o trattamenti specialistici negli ultimi 12 mesi (6,6% nel 2004-2007, 6,7% nel 2008-2012, 7,4% nel 2013-2015), in particolare tra coloro che erano a rischio di povertà (9,8% nel 2004-2007, 11,0% nel 2008-2012, 14,1% nel 2013-2015) e avevano un basso livello di istruzione (8,9% nel 2004-2007, 9,2% nel 2008-2012, 12,2% nel 2013-2015). L'atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione, recentemente pubblicato e frutto di una importante col-

laborazione istituzionale tra l'INMP e l'Istat, consente per la prima volta in Italia di documentare in modo sistematico le disuguaglianze di salute in tutto il territorio italiano.

In Italia, le disuguaglianze sociali nella mortalità sono presenti in tutte le regioni, ma anche all'interno delle Regioni. Le persone meno istruite di sesso maschile rispetto alle più istruite mostrano in tutte le regioni una speranza di vita inferiore di tre anni (tra le donne un anno e mezzo), gap che si somma allo svantaggio delle regioni del Mezzogiorno dove i residenti perdono un ulteriore anno di speranza di vita, indipendentemente dal livello di istruzione. In particolare, in Campania si è osservata una speranza di vita alla nascita inferiore di due anni rispetto ai residenti nella maggior parte delle Regioni del centro-nord, sia tra gli uomini che tra le donne.

Le persone con basso titolo di studio hanno una probabilità di morte per tutte le cause superiore del 35% tra gli uomini e del 24% tra le donne. La quota di mortalità generale attribuibile a un basso titolo di studio, al netto della struttura per età della popolazione, è pari al 18% tra gli uomini e al 13% tra le donne. Questa tendenza generale varia nel territorio nazionale: le regioni in cui è più elevata la mortalità attribuibile a un basso livello di istruzione sono Liguria, Molise, Campania, Basilicata, Puglia e Sicilia tra le donne; Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia e Molise tra gli uomini.

Nel Paese ci sono aree in cui la mortalità generale è più elevata rispetto alla media nazionale fino al 26% tra gli uomini e al 30% tra le donne, a parità di distribuzione per età e per livello di istruzione.

Tali differenziali geografici sono maggiori per le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie e gli accidenti, mentre sono minori per i tumori in molte sedi. In particolare, la mortalità cardiovascolare è più elevata nel Mezzogiorno, indipendentemente dal livello di istruzione: una persona con alto titolo di studio residente in Campania ha una probabilità di morte per malattie cardiovascolari più elevata di una con basso livello di istruzione residente in molte aree del Nord. Al contrario, il gradiente di mortalità è crescente da Sud a Nord per i tumori nel loro insieme e per la maggior parte delle singole sedi tumorali. Di particolare interesse è l'inedita osservazione di un gradiente Est-Ovest, con maggiore mortalità nel Nord-Ovest e sulla costa tirrenica, per molte cause, soprattutto malattie cerebrovascolari e tumori nel loro insieme.

In generale, quindi, in Italia le disuguaglianze su base geografica si intrecciano con quelle sociali su base individuale, sebbene le seconde non spieghino completamente le prime: il dato sembra suggerire l'esistenza di fattori di contesto in grado di generare differenze geografiche al netto delle differenze socioeconomiche nella salute. Tra i fattori da valutare sono senz'altro compresi quelli riferiti all'assistenza sanitaria erogata, e in particolare quelli in ambito di prevenzione.

Le disuguaglianze di salute osservate richiamano quelle degli stili di vita e di alcuni fattori (attività fisica, fumo, sovrappeso/obesità) direttamente correlati ad alcune condizioni patologiche, prime fra tutte le malattie cardiovascolari. I risultati stimolano, però, la necessità di approfondimenti sui fatto-



ri di esposizione, ad esempio ambientali e occupazionali, per condizioni patologiche a più lunga latenza di insorgenza, come alcuni tumori, per i quali è più difficile osservare correlazioni ecologiche forti in senso causale.

Oltre alle disuguaglianze socioeconomiche nella salute, occorre prestare attenzione ad alcuni gruppi particolarmente vulnerabili e a rischio di peggiori condizioni di salute. Tra questi, costituiscono il gruppo più rilevante gli immigrati, la cui presenza in Italia si è stabilizzata negli ultimi anni intorno ai 5 milioni. Al 1° gennaio 2019 gli stranieri erano 5.255.503, con una prevalenza sul totale dei residenti dell'8,71%. Le prime collettività di residenti sono quelle provenienti da Romania (23,0%), Albania (8,4%), Marocco (8,0%), Cina (5,7%), Ucraina (4,6%). I principali indicatori demografici mostrano come le comunità straniere siano sempre più stabili e strutturalmente integrate, pur in presenza di un elevato grado di eterogeneità e dinamicità del fenomeno migratorio italiano. Nel 2017 le nuove acquisizioni di cittadinanza italiana sono state 146.000 e i nati da coppie straniere sono stati 68.000. 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 2017 il tasso di fecondità delle donne italiane è stato di 1,24 rispetto a 1,98 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".

Le evidenze epidemiologiche delineano il profilo di una popolazione estranea allo stereotipo del migrante "untore", pericolosa fonte di malattie, specie di tipo infettivo. Nel periodo 2015-2016 tra i 6188 stranieri sbarcati a Lampedusa e Trapani e visitati dai medici dell'INMP, sono stati diagnosticati la scabbia nel 58% dei pazienti, le infezioni della pelle nel 10,3%, il prurito nel 8,9%, la pediculosi nel 8,8% e una dermatite nel 7,5% dei casi (Di Meco et al. 2018). Nessuna di queste condizioni rappresenta un pericolo per la salute pubblica.

Nell'ultimo decennio, la crisi economica globale ha avuto effetti sullo stato di salute delle popolazioni svantaggiate dal punto di vista socioeconomico, soprattutto tra gli immigrati, in particolare uomini, maggiormente penalizzati in termini di perdita di occupazione. Il quadro epidemiologico che viene delineato è quello di una popolazione esposta alle insidie della marginalità, a seguito della continua esposizione a condizioni di vita deprivate, che determina il depauperamento, più o meno rapido, del patrimonio di salute in dotazione ai migranti, quale che sia al momento dell'arrivo.

I dati provenienti dal rapporto Osservasalute 2017 evidenziano che, pur permanendo 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 provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM), in particolare uomini, passata da 7,5 a 4,7 (*1000 residenti) tra il 2006 e il 2014. I tassi standardizzati di mortalità (età 18-64 anni) nel 2014 sono stati pari a 0,92 decessi (x 1000 residenti) tra gli stranieri PFPM (1,41 tra i maschi e 0,61 tra le femmine), mentre tra gli italiani 1,46 (1,88 tra i maschi, 1,05 tra le femmine). Analogamente, una riduzione della differenza tra italiani e stranieri PFPM, in particolare tra gli uomini, è stata osservata anche rispetto ai tassi standardizzati di ospedalizzazione per ricovero ordinario, passati, tra il 2009 e il 2016, da 42,9 a 26,3 ricoveri (x 1000 residenti). I tassi standardizzati di ospedalizzazione per ricovero ordinario nel 2016 sono stati pari, tra i maschi, a 75,9 ricoveri (x 1000 residenti) tra gli stranieri PFPM e a 102,2 ricoveri (x 1000 residenti) tra gli italiani; tra le femmine, sono stati pari a 92,5 ricoveri (x 1000 residenti) tra le straniere PFPM e a 106,7 ricoveri (x 1000 residenti) tra le italiane.

L'OENES monitora la salute degli immigrati, utilizzando i dati forniti dalle Regioni nell'ambito di un progetto che si basa sul sistema di indicatori di assistenza e di salute, sviluppati a partire da quelli individuati dai progetti CCM 2006 e 2009. I risultati sono stati pubblicati in una monografia nell'ambito della collana dei Quaderni di Epidemiologia dell'INMP, scaricabile dal sito OENES. Il tasso standardizzato di ospedalizzazione evitabile è risultato lievemente più elevato tra le persone straniere, probabilmente conseguenza di un minor ricorso all'assistenza sanitaria territoriale. In pronto soccorso per uno straniero è più frequente l'assegnazione di codice bianco o verde e per un italiano l'assegnazione di codice giallo o rosso.

Ulteriori analisi sullo stato di salute della popolazione immigrata sono state condotte nell'ambito delle attività dell'OENES, 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. In particolare, rispetto al 2005, nel 2013 tra gli immigrati si sono osservati un più alto rischio di peggior salute mentale (maschi: PR=1.19, femmine: PR= 1.17) e nessuna differenza di rischio di peggior salute fisica (maschi: PR=1.03, femmine: PR=1.00). Tra il 2001 e il 2013 gli immigrati hanno mostrato un minore rischio di morte rispetto agli italiani (maschi: MRR = 0.82, IC: 0.75-0.90; femmine: MRR = 0.71, IC: 0.63-0.81) (Pacelli et al. 2016).

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. Nel 2013 il 12,1% delle italiane e il 9,2% delle straniere fra i 28 e i 64 anni hanno effettuato il Pap-test con la frequenza raccomandata di 3 anni. È stata invece effettuata la mammografia con la fre-

quenza raccomandata dei 2 anni dal 41,7% delle italiane e dal 25,0% delle straniere tra i 52 e i 69 anni (Giorgi Rossi et al. 2019).

Riguardo alle vaccinazioni, un recente studio collaborativo condotto dall'ISS, con la partecipazione dell'INMP, ha mostrato coperture vaccinali per tetano, morbillo e meningococco C significativamente più basse per i figli di donne immigrate provenienti da PFPM (Fabiani et al. 2019).

L'OENES monitora la salute dei lavoratori stranieri residenti sulla base delle informazioni raccolte dal database longitudinale WHIP-Salute, che integra i dati di Ministero della Salute, INPS, INAIL e Istat. I risultati sono stati raccolti in un volume monografico appartenente alla collana dei Quaderni di Epidemiologia dell'INMP, scaricabile dal sito OENES. In sintesi, i dati analizzati confermano che anche in Italia i lavoratori stranieri sono esposti a un rischio di infortunio più elevato, soprattutto se riferito a quelli particolarmente gravi e come tali anche a minor rischio di sottonotifica. Le differenze osservate in relazione alle dimensioni aziendali sembrano suggerire che un'organizzazione del lavoro più attenta alla sicurezza dei lavoratori sia fondamentale nel contrastare il fenomeno, tanto più che gli stranieri restano esposti ai rischi legati a mansioni più pericolose e faticose anche quando sono più in avanti con l'età, a differenza di quanto generalmente si verifica tra i lavoratori italiani.

B. LINEE STRATEGICHE PER IL TRIENNIO 2019-2021

B.1 Le azioni dell'INMP

Le presenti linee strategiche si sviluppano su attività e servizi che sono finanziati con i fondi del Progetto Interregionale e con le entrate di progetti che godono di finanziamento esterno, così come con i rimborsi del valore delle prestazioni erogate per il SSN. Tutte le attività sono coerenti e funzionali con la *mission* dell'Istituto e con gli obiettivi assegnati dalla legge istitutiva e dalle norme derivanti.

Nel perseguire la propria missione, l'INMP promuove attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà e sviluppa conoscenze e sistemi innovativi per contribuire a perseguire l'equità nella salute in Italia; a tali fini, adotta un approccio di presa in carico transculturale e orientato alla persona, con modalità operative multidisciplinari, finalizzate a fare rete e a dare concreta e specifica attuazione al principio dell'universalismo della prevenzione e delle cure.

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

All'interno di tale cornice, la povertà e le migrazioni sono aspetti strettamente connessi e talvolta interdipendenti, sia rispetto ai determinanti sociali di salute (le cause), sia rispetto alle azioni da realizzare (gli strumenti per contrastarle) in ambito sanitario e a livello trans-settoriale.

Sul versante delle diseguaglianze e della povertà, le presenti linee strategiche si ispirano alle indicazioni europee e nazionali, tra cui gli obiettivi dell'Agenda 2030, le disposizioni normative della legge di stabilità 2018 in materia di lotta alla povertà e 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 diseguaglianze, e del Piano Nazionale della Cronicità che identifica nella popolazione anziana affetta da comorbidità il target privilegiato per interventi di presa in carico assistita e coordinata.

Sul versante della tutela della salute dei migranti, si fa riferimento alla normativa nazionale e, in particolare, al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, così come modificato e integrato, e all'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012. Indicazioni di vasta portata provengono poi dalla 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 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, attraverso un approccio basato sui diritti umani.

B.2 Strategia programmatica del triennio

Coerentemente con i principi guida elencati, la strategia dell'Istituto per il triennio 2019-2021 si sviluppa nelle linee di attività di seguito descritte:

- promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria da erogare a soggetti con particolare fragilità socio-economica e vulnerabili;
- potenziamento della ricerca clinica, biomedica e qualitativa per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili;
- formazione, informazione e sviluppo riguardo alle tematiche prioritarie dell'INMP, inclusa la formazione dei mediatori transculturali in sanità;
- estensione e rafforzamento delle attività di Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES) dell'INMP;

- 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) e valutazione degli stessi in termini di efficacia, sostenibilità e trasferibilità (EST);
- azioni di internazionalizzazione, anche nel ruolo di Centro Collaboratore dell'OMS, e svolgimento di progetti di salute globale e di cooperazione sanitaria;

B.3 Attività e programmi istituzionali

B.3.1 Promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, da erogare a soggetti in particolare stato di fragilità socio economica e vulnerabili

L'Istituto si caratterizza, nel quadro del SSN, per l'assistenza sanitaria primaria e specialistica, nonché sociosanitaria, per rispondere ai principali bisogni derivanti o connessi alle migrazioni, alla povertà e alla fragilità sociale.

Il modello assistenziale è improntato all'approccio bio-psicosociale e orientato a una presa in carico globale e integrata della persona, considerata unitariamente e nel suo ambiente di vita familiare e sociale.

Ne deriva una modalità di prevenzione e di cura sanitaria e 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, e come sempre, in accordo con i principi di umanità e qualità. Alla qualità fanno riferimenti i concetti chiave dell'*appropriatezza* clinico-organizzativa, dell'*efficacia* nel raggiungere i migliori risultati possibili e dell'*efficienza*, per ottimizzare le risorse umane, finanziarie, tecnologiche, strutturali e materiali. Tale attività assistenziale rappresenta un momento privilegiato di relazione con le popolazioni target, utile alla 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 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. Particolare importanza verrà riservata ai nuovi bisogni rappresentati da una popolazione che invecchia e che esprime patologie croniche, talvolta con polimorbosità. Tali persone necessitano, secondo il Piano Nazionale della cronicità, di percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali definiti e multispecialistici per rispondere alla necessaria complessità

di cure. Sarà data priorità alla definizione, per tali pazienti cronici polimorbosi, di piani assistenziali individuali, da gestire con il contributo di *case manager* volta per volta indentificati. Con tali soluzioni organizzative ci si attende una più completa presa in carico dei problemi di salute, con una migliore *compliance* alle cure ed esiti di salute più favorevoli nel breve-medio periodo. Sarà ulteriormente potenziata la cooperazione in corso tra INMP e territorio, specie laddove si rilevano condizioni di particolare emergenza sanitaria oppure è necessario estendere all'esterno i PDTA; in particolare, il privato-sociale verrà coinvolto per le iniziative di sanità pubblica di prossimità, 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. Si prevede di proseguire nella programmazione di interventi esterni per fronteggiare emergenze nazionali o in 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 (gruppi *hard-to-reach*). Tali esperienze saranno organizzate e svolte con modalità che producano anche indicazioni utili ai decisori per la programmazione sanitaria. Inoltre, l'INMP continuerà a fornire il proprio contributo nella presa in carico della salute di popolazioni straniere in specifici contesti, quali i centri di prima accoglienza gestiti dal Ministero dell'interno; proseguirà altresì nel sostenere l'azione di Aziende sanitarie locali che riscontrino, sul proprio territorio di competenza, elementi critici rispetto all'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei programmi di prevenzione. Aree di speciale investimento saranno quelle della salute delle persone anziane, 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 come pure sostenere la diagnosi e il trattamento di malattie tropicali neglette. Infine, si potrà intervenire nel potenziamento delle capacità di presa in cura nell'ambito del nuovo sistema dell'accoglienza SIPROIMI, con una particolare attenzione alle persone minori, grazie alla collaborazione istituzionale con il Ministero dell'Interno.

B.3.2 Potenziamento della ricerca clinica, biomedica e qualitativa per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili

Nel triennio 2019-2021, l'Istituto intende potenziare le attività di ricerca clinica, biomedica, epidemiologica e qualitativa, rivolte alla promozione della salute delle fasce più fragili della popolazione. L'attività di ricerca è condotta nell'ambito di progetti promossi da enti nazionali e internazionali nei settori della biomedicina e della sanità pubblica, anche attraverso collaborazioni scientifiche con Istituti italiani e stranieri. La riorganizzazione del laboratorio di ricerca dell'Istituto, iniziata a parti-



re dall'anno 2016 e proseguita nel biennio successivo, insieme alla formazione tecnico-scientifica del personale dedicato alla ricerca biomedica, garantiscono la piena operatività del laboratorio di ricerca che, nel prossimo triennio, si propone due obiettivi strategici: i) supportare la ricerca clinica dell'Istituto; ii) promuovere ricerche biomediche tese ad identificare meccanismi patogenetici, *marker* predittivi di malattia e percorsi diagnostico-terapeutici innovativi per le patologie che più frequentemente interessano le fasce più fragili della popolazione italiana e straniera.

I progetti di ricerca riguarderanno principalmente due tematiche: le malattie infettive e le patologie cronico-degenerative. Nell'ambito delle malattie infettive, la ricerca si focalizzerà principalmente sullo studio delle malattie tropicali neglette, in collaborazione con il Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali e Microbiologia (DITM) dell'IRCCS Ospedale Classificato Equiparato Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar, e della tubercolosi latente, in collaborazione con l'Istituto di Biologia e Patologia Molecolare del CNR.

La ricerca nell'ambito delle malattie croniche infiammatorie/degenerative riguarderà lo studio di principi attivi in grado di influenzare la riparazione delle ferite croniche, ulcere cutanee in particolare, e uno studio del ruolo dei *transient receptor potential channels*, recettori che mediano lo stimolo del prurito, nei pazienti allergopatici.

La ricerca qualitativa dell'Istituto in ambito antropologico verterà sullo studio degli aspetti socio-culturali, economici, geopolitici, giuridici e ambientali che incidono sulla salute della popolazione sudamericana presente in Italia, nel contesto di un progetto di screening delle malattie tropicali neglette e, parallelamente, quella delle giovani donne migranti potenziali vittime di tratta.

Nella visione di multidisciplinarietà e della stretta collaborazione fra ricerca medica, biomedica/traslazionale e qualitativa, sono state definite, nell'ambito delle tematiche prima richiamate, specifiche linee di ricerca prioritarie per il triennio 2019-2021.

Infine, in linea con il mandato istituzionale dell'INMP, quale Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale, si svilupperà un progetto che ha l'obiettivo di monitorare e aggiornare le competenze del mediatore transculturale che opera nell'ambito del Pronto Soccorso e della Degenza Ordinaria. Tali competenze, già individuate per il *setting* ambulatoriale, verranno sottoposte a costante aggiornamento e approfondimento secondo esigenze specifiche. Inoltre, l'attività di revisione critica della letteratura scientifica relativamente alla transculturalità e alla mediazione in ambito socio-sanitario, unita all'esperienza pluriennale maturata dal nostro Istituto, consentirà di delineare un modello di presa in carico con approccio transculturale del paziente straniero.

B.3.3. Formazione, informazione e sviluppo riguardo alle tematiche prioritarie dell'INMP, inclusa la formazione dei mediatori transculturali in sanità

L'Istituto intende proseguire le attività avviate nel precedente triennio, dando ulteriore impulso alla diffusione della cultura della tutela della salute delle popolazioni più vulnerabili. In considerazione delle esigenze formative rappresentate dagli interlocutori istituzionali, l'INMP si adopererà per trasmettere agli operatori del settore le buone prassi consolidate nella propria attività di ricerca, formazione e assistenza.

In qualità di ente formatore e provider di Educazione Continua in Medicina (ECM) e anche attraverso il consolidamento dell'impegno con università italiane e internazionali, e altri enti interessati, si propone di sostenere specifici programmi formativi nel campo della sanità pubblica, della medicina della migrazione, della mediazione transculturale in ambito sanitario e socio-sanitario, della salute delle persone detenute e delle popolazioni Rom.

Inoltre, in qualità di ente terzo formatore autorizzato dall'Ordine Nazionale dei Giornalisti, l'INMP organizzerà specifici interventi formativi rivolti ai giornalisti, con l'intento di offrire un contributo affinché la comunicazione veicolata dai mass-media sul fenomeno migratorio e sulle disuguaglianze di salute sia più coerente e in linea con le evidenze scientifiche e capace di ridurre il rischio di stereotipi e allarmismi.

B.3.4 L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES)

In coerenza con quanto previsto nella legge istitutiva dell'INMP e nel D.M. del 22 febbraio 2013, n. 56, emanato ai sensi della legge 23 agosto 1988, n. 400, l'INMP rafforzerà le proprie attività epidemiologiche dell'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES). Tali attività sono finalizzate per rispondere al bisogno conoscitivo in tema di disuguaglianze sociali nella salute, inclusa la salute degli immigrati. In particolare, si consolideranno le attività di monitoraggio e valutazione già avviate con diverse Regioni italiane, valorizzandone la portata all'interno di una cornice unica nazionale. L'OENES 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. Sui temi della salute dei lavoratori proseguirà l'attività di collaborazione con le istituzioni titolari del sistema informativo WHIP-salute. È inoltre attivo un progetto per la sperimentazione di un sistema informativo mirato alla conoscenza del profilo di salute delle persone detenute, al fine di meglio orientare l'offerta da parte del SSN, che prevedrà la formazione degli operatori del sistema penitenziario.

Infine, saranno sviluppate linee di attività relative alla sintesi delle evidenze (attraverso gli strumenti propri delle revisioni sistematiche), alla promozione e alla valutazione degli interventi e delle buone pratiche già esistenti per il contrasto delle disuguaglianze di salute.

B.3.5 Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (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 delle Regioni nella gestione di alcuni strumenti per il lavoro cooperativo e di rete. La ReNIP verrà ampliata nella componente di competenza sociale, a integrazione della competenza sanitaria già presente, per rispondere al meglio alle sfide rappresentate dall'equo accesso alla salute e dalla lotta alle disuguaglianze sociali di salute. Gli strumenti messi in campo da INMP su cui si richiede la diretta collaborazione delle Regioni 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 e sociosanitari - 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. Inoltre, sarà attivato da INMP, con la collaborazione delle Regioni e delle Province Autonome, un inventario su piattaforma informatica degli interventi di sanità pubblica per l'equità nella salute condotti a livello regionale, valutati secondo criteri di efficacia, sostenibilità e trasferibilità (EST), allo scopo di disporre di evidenze sui molti progetti e attività finanziati dalle Regioni italiane e/o da finanziare che interessano tale tematica.

I soggetti della ReNIP verranno, quindi, coinvolti, sempre con modalità di lavoro cooperativo, nel monitoraggio delle politiche regionali per la promozione e la tutela della salute degli immigrati e delle fasce svantaggiate della popolazione, nonché nella valorizzazione sul territorio di competenza, delle azioni e dei progetti valutati positivamente secondo la metodica EST, a beneficio delle comunità di pratica e per lo sviluppo di network scientifici. Avranno, inoltre, un ruolo importante nel sostenere la costituzione di una rete per la mediazione transculturale in campo sanitario 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 sociosanitaria alle popolazioni migranti.

B.3.6 La mediazione transculturale in campo sanitario

Uno degli obiettivi strategici del progetto interregionale è quello di istituire un elenco nazionale dei mediatori transculturali formati in ambito sociosanitario dall'INMP, secondo standard coerenti con i fabbisogni del SSN, all'interno delle attività proprie del Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in sanità. A tal proposito, nel prossimo triennio saranno organizzati corsi di formazione per i mediatori provenienti dalle diverse Regioni sulle tematiche relative alla presa in carico del paziente straniero con approccio transculturale. L'attività di formazione sarà integrata con l'attività di ricerca già menzionata nel paragrafo B.3.2.

B.3.7 Azioni di internazionalizzazione, anche nel ruolo di Centro Collaboratore dell'OMS, e svolgimento di progetti di salute globale e di cooperazione sanitaria

Tale area di attività è strategica per l'Istituto, in quanto contribuisce in maniera diretta e indiretta al consolidamento del posizionamento internazionale dell'ente, con guadagno della reputazione tecnico-scientifica e valorizzazione del *brand*. Essa si svilupperà, anche per il triennio di specie, con la collaborazione con l'OMS-Europa sulle tematiche della salute e delle migrazioni, in quanto Centro Collaboratore per l'evidenza e il *capacity building* sulla salute dei migranti, ma anche con il Centro OMS di Venezia per gli investimenti per la salute e lo sviluppo in tema di disuguaglianze di salute, così come 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. LA PROPOSTA PER IL 2019

C.1 Promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria da erogare a soggetti con particolare fragilità socio-economica e vulnerabili

Nel corso dell'anno finanziario 2019, e a valere sulle attività del 2020, l'Istituto continuerà il proprio impegno di presa in cura efficace delle popolazioni assistite.

In particolare, i servizi sanitari e socio-sanitari opereranno con un approccio di medicina d'iniziativa, attenti alla complessità dei bisogni espressi attraverso la personalizzazione e la precisione delle soluzioni proposte.

In considerazione del cambiamento demografico in atto e, conseguentemente, di quello dei bisogni di salute della popolazione italiana, l'offerta dei servizi dovrà tendere a individuare sul territorio le

persone o i gruppi di persone da raggiungere. Tale prima azione "attiva" da parte dei servizi sanitari è fondamentale per rispondere all'imperativo etico della sanità pubblica che consiste nel non lasciare alcuno indietro, nel rispetto della natura universalistica del SSN. Tale prima fase, di *outreaching*, può essere condotta in collaborazione con le organizzazioni del privato sociale che hanno una conoscenza puntuale del bisogno sul territorio, allo scopo di definire una mappatura che caratterizzi il rischio per la salute dei soggetti censiti. Al riguardo, una prospettiva di interesse è quello per l'ambito della cronicità polimorbosa, condizione di maggiore rischio per la sopravvivenza e di maggiore compromissione della qualità della vita residua. Tali persone, una volta mappate e caratterizzate, verranno prese in cura dal Poliambulatorio dell'INMP, secondo modalità di appropriatezza e di personalizzazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria. In particolare, verranno utilizzati e promossi Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) sulle principali cronicità trattate in Istituto, la cui gestione è assicurata, oltre che dal medico specialista curante, anche dal case manager, infermiere con compito gestionale del processo. Tale modalità produrrà l'effetto di un'aumentata *compliance* alla terapia farmacologica e alla offerta diagnostica, con migliori *outcome* attesi di salute e della qualità della vita percepita.

Sarà importante anche l'azione di *health literacy* che il personale curante eserciterà sui soggetti interessati e sulle famiglie di tali soggetti, affinché si rafforzi la rete di sostegno contribuendo all'efficacia delle cure.

L'*outreaching* verrà utilizzato anche per intercettare in modo occasionale persone che vivono in insediamenti temporanei del comune di Roma le quali non accedono spontaneamente ai servizi sanitari territoriali e che utilizzano, in modo non appropriato, i canali di accesso dell'emergenza-urgenza allorquando le condizioni di salute necessitino un intervento di tipo sanitario.

Tali persone, oltre a essere straniere, talvolta sono anche italiane, non consapevoli del loro diritto di fruire di un medico di medicina generale e dell'opportunità dei programmi di prevenzione regionali, inclusi quelli vaccinali. Sono, per tali motivi, persone con un basso capitale di salute spendibile e, pertanto, maggiormente fragili.

Tutte le attività sopra elencate sono tese alla elaborazione di modelli di intervento replicabili sul territorio.

Verrà potenziata la definizione di PDTA, come nel caso delle lesioni oncologiche della cute. A tal riguardo, verrà data piena attuazione, nel corso dell'anno, al PDTA ideato assieme alla struttura ospedaliera dell'Istituto San Gallicano, specializzata nella chirurgia oncodermatologica.

La qualità dell'offerta sanitaria terrà conto anche dell'erogazione di dispositivi protesici personalizzati all'interno di alcuni percorsi di medicina sociale, sostenuti dal Ministero della salute.

L'assistenza sanitaria verrà erogata ancora in collaborazione con il Ministero dell'interno nel quadro dei corridoi umanitari di evacuazione dalla Libia, attività che l'Istituto assicura da alcuni anni e che fornisce l'opportunità di valutare e curare soggetti immigrati alla prima occasione di sbarco sul nostro Paese. Tale esperienza consolidata contribuisce al rafforzamento del quadro dei bisogni di salute delle persone appena giunte in Italia, che conferma il quadro epidemiologico già fornito da INMP e dalle maggiori evidenze in letteratura riguardo a tale tipologia di popolazione.

C.2 Potenziamento della ricerca clinica, biomedica e qualitativa per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili

In coerenza con il piano della ricerca dell'INMP, le attività verteranno su tre tematiche principali:

- a) le malattie croniche infiammatorie e degenerative, con progetti, già iniziati nell'anno 2019 e riguardanti gli aspetti immunologici del processo di riparazione tissutale e lo studio dell'attività anti-infiammatoria di "small molecules" che interagiscono con *pathways* intracellulari in cellule dell'immunità innata ed adattativa. L'obiettivo del primo progetto è di studiare la capacità di derivati piastrinici di influenzare la capacità riparativa di diverse sottopopolazioni leucocitarie (linfociti T, monociti/macrofagi e cellule dendritiche) implicate nel processo di guarigione delle ferite croniche. Il secondo progetto, condotto in collaborazione con il laboratorio di Immunologia Sperimentale dell'IDI-IRCCS, è teso ad identificare la capacità di inibitori specifici della molecola PI3K di influenzare l'attività pro-infiammatoria di cheratinociti, cellule dendritiche e linfociti;
- b) le malattie infettive, con studi rivolti alla definizione del percorso diagnostico e marcatori immunologici di prognosi nei pazienti affetti da schistosomiasi e tubercolosi latente. In particolare, nell'ambito di un progetto di medicina sociale condotto in collaborazione con il Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali e Microbiologia (DITM) dell'IRCCS Ospedale Classificato Equiparato Sacro Cuore - Don Calabria di Negrar Cuore - Don Calabria di Negrar, che ha come obiettivo l'identificazione precoce e la presa in carico di pazienti affetti da malattie tropicali neglette, verrà investigata la risposta immunitaria dell'ospite verso antigeni di schistosoma, al fine di identificare marcatori prognostici di progressione della malattia. Inoltre, sarà messa a punto una metodica basata sull'identificazione del DNA circolante di schistosoma sia a fini diagnostici che per il monitoraggio dell'efficacia terapeutica. Il secondo progetto focalizzato sulle malattie infettive ha l'obiettivo di identificare marcatori di rischio di evoluzione della tubercolosi latente nella forma attiva di malattia basandosi sulle caratteristiche della risposta immunitaria e utilizzando una metodica innovativa di isolamento dei linfociti circolanti che rispondono in tempo reale a diversi antigeni tubercolari. Il progetto sarà svolto in collaborazione con l'Istituto di Biologia e Patologia Molecolare del CNR di Roma;

c) salute mentale, con uno studio che si pone l'obiettivo di valutare la gestione dello stress e la capacità ideativa nei pazienti con diagnosi clinica di PTSD e nei pazienti con diagnosi di Disturbo dell'Adattamento. La ricerca qualitativa antropologica si focalizzerà sull'analisi antropologica dei processi di costruzione socio-culturale e biopolitica delle malattie neglette e su un'analisi socio-culturale delle donne immigrate potenziali vittime di tratta.

Infine, in linea con il mandato istituzionale dell'INMP, quale Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale, si condurrà un progetto che ha l'obiettivo di monitorare e attualizzare le competenze del mediatore transculturale che opera nell'ambito del Pronto Soccorso (PS) e della Degenza Ordinaria (DO). Le attività progettuali prevedono l'identificazione di buone pratiche ed esperienze organizzative presso il PS e la DO di strutture sanitarie pubbliche e private rilevabili dalla letteratura e/o dall'osservazione diretta, nonché la loro classificazione secondo criteri di omogeneità descrittiva con analisi dei fattori di forza e debolezza e, infine, un loro adattamento nel contesto del servizio fornito dal SSN.

Saranno, inoltre, sostenute attività di ricerca riguardanti la revisione della letteratura scientifica sui temi relativi alla transculturalità e alla mediazione in ambito sociosanitario e allo studio del rapporto tra il ruolo dell'antropologia e quello della mediazione all'interno della clinica, anche attraverso la pubblicazione di articoli scientifici di settore.

C.3 Formazione, informazione e sviluppo riguardo alle tematiche prioritarie dell'INMP, inclusa la formazione dei mediatori transculturali in sanità

L'INMP intende proseguire con le attività formative già avviate nel 2019, dando un maggiore impulso alla diffusione della cultura dell'equità e della tutela del diritto alla salute delle popolazioni fragili, prevedendo percorsi in ambito sanitario (anche accreditati ECM), giuridico, amministrativo e socio-sanitario.

Proseguirà l'attiva formativa rivolta specificatamente ai giornalisti iscritti all'Ordine Nazionale dei Giornalisti e verrà organizzata la II edizione della "*Winter School* sull'equità nella salute" in collaborazione con UCL - *Institute of Health Equity* (IHE).

L'Istituto continuerà a garantire la formazione del proprio personale, sia obbligatoria che complementare.

La formazione erogata dall'INMP include quella accreditata ECM che l'Istituto è in grado di condurre autonomamente in qualità di provider standard dell'Educazione Continua in Medicina.

L'INMP continuerà a promuovere la metodologia del *problem based learning* (PBL), utilizzando le esperienze maturate, sia in sede che sul territorio, sotto forma di buone pratiche, per rendere la formazione più funzionale ai bisogni emergenti. Metodologie interattive ed esperienziali, quali *lear-*

ning by sharing, verranno ulteriormente implementate per una formazione sempre più efficace, efficiente e innovativa. Considerate le diverse istanze rappresentate, l'Istituto intende dare ulteriore impulso alla formazione finalizzata all'approfondimento delle tematiche relative a:

1. diseguaglianze di salute;
2. violenza di genere;
3. medicina delle migrazioni, con particolare attenzione al diritto alla salute e alla presa in carico con modello transculturale;
4. aggiornamento, sulla diagnosi e terapia in ambito dermatologico, con particolare riguardo alla dermatologia su cute scura.

Infine, in merito alla formazione aziendale, nel 2020 si darà seguito all'aggiornamento professionale secondo le priorità stabilite dalla Direzione strategica e dai bisogni emergenti.

C.4 L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES)

L'INMP, nell'attuazione delle linee di azione del Progetto interregionale 2019, svolgerà azioni di ricerca attraverso l'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES), 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'OENES medesimo.

Le attività dell'OENES saranno articolate nelle linee di attività di seguito dettagliate.

C.4.1 Valutazione della mortalità dei residenti nelle Aree interne

Le aree interne del territorio italiano (alpine e appenniniche) presentano spesso situazioni di potenziale rischio per la salute, a causa della forte vulnerabilità dovuta alle conseguenze dello sviluppo economico italiano, ma anche alle criticità geologiche di molte zone, che hanno determinato lo spopolamento, il conseguente invecchiamento della popolazione e la forte riduzione di offerta di servizi sociali e sanitari.

L'individuazione delle Aree Interne del Paese parte da una lettura policentrica del territorio Italiano, cioè un territorio caratterizzato da una rete di comuni o aggregazioni di comuni (centri di offerta di servizi) attorno ai quali gravitano aree caratterizzate da diversi livelli di perifericità spaziale. Secondo la metodologia proposta dall'Agenzia per la Coesione Territoriale, i comuni sono suddivisi in 6 tipologie di area territoriale:

- 2 poli: polo e polo intercomunale secondo un criterio di capacità di offerta di alcuni servizi essenziali;

- 4 categorie di aree interne: aree peri-urbane (cintura); aree intermedie; aree periferiche e aree ultra-periferiche, in base alle distanze dai poli misurate in tempi di percorrenza.

L'obiettivo della ricerca è di valutare differenze di mortalità generale, per alcuni grandi raggruppamenti di cause e per alcune cause specifiche sensibili all'offerta di assistenza sanitaria nel territorio, per ciascuna delle 6 categorie di area territoriale e per le aree interne vs poli. Infine, si confronteranno le singole aree interne.

Ulteriori approfondimenti potrebbero tener conto di alcuni indicatori sociali, in particolare quello di vulnerabilità materiale e sociale.

Progetto in collaborazione con Istat.

Fonte dati: archivio delle cause di morte

C.4.2 Disuguaglianze socioeconomiche e mortalità per cause prevenibili in Italia

La relazione inversa tra stato socioeconomico e mortalità si conferma indipendentemente da quando e dove venga misurata. Lo stato socioeconomico può essere considerato una "causa fondamentale" della mortalità, poiché descrive la disponibilità individuale di mezzi e risorse necessaria per essere in buona salute. Di conseguenza, ci si aspetta che questa relazione sia più forte quando la mortalità deriva da cause prevenibili.

L'attività, che sarà condotta in collaborazione con l'ISTAT, è tesa a valutare le disuguaglianze sociali nella mortalità prevenibile in Italia. L'obiettivo è di analizzare l'associazione tra posizione socioeconomica e mortalità per causa, distinguendo tra cause prevenibili e non prevenibili, per genere e per area geografica¹.

C.4.3 Disuguaglianze socioeconomiche e mortalità cardiovascolare.

I fattori comportamentali per la salute, in particolar modo il fumo, il consumo di alcool, la cattiva alimentazione e una scarsa attività fisica contribuiscono alla spiegazione delle disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità per molte cause, in particolare per quella cardiovascolare. Il ruolo specifico di ciascun fattore in relazione agli altri è stato valutato in ambito internazionale, ma non ancora analizzato a livello nazionale in Italia. L'obiettivo è di valutare, in collaborazione con Istat, l'effetto di mediazione dei fattori di rischio comportamentali (sovrappeso/obesità, fumo, attività fi-

¹ Fonte dati: studio longitudinale su dati ISTAT basato sul *record linkage* tra il Censimento della popolazione e l'indagine su Decessi e Cause di morte.

sica), singolarmente e nel loro insieme, sulle disuguaglianze socioeconomiche nei ricoveri e sulla mortalità cardiovascolare².

C.4.4 Valutazione della mortalità dei cittadini stranieri residenti in Italia

Molti studi internazionali hanno dimostrato un vantaggio iniziale di salute della popolazione straniera rispetto a quella ospitante (effetto "migrante sano"). È noto, tuttavia, che gli immigrati tendono, in maniera direttamente proporzionale alla durata della loro permanenza, ad adottare stili di vita assimilabili a quelli degli strati socialmente ed economicamente più poveri del Paese, caratterizzati da un maggiore livello di deprivazione rispetto alla popolazione generale, determinando situazioni atte a generare problemi di salute, depauperando il loro vantaggio iniziale ("migrante esausto"). Tuttavia, in uno studio longitudinale condotto in Italia sugli stranieri residenti a Torino e Reggio Emilia, è stato osservato come la mortalità complessiva della popolazione immigrata sia ancora inferiore a quella degli italiani, in particolare per gli over 40. Questo vantaggio potrebbe essere in parte spiegato con il *salmon bias*, il fenomeno in base al quale, con l'arrivo della vecchiaia, soprattutto in caso di malattia, i migranti tenderebbero a tornare nel loro Paese di origine, dove poi morirebbero, il che determinerebbe una sottostima della mortalità registrata in Italia. Su questo comportamento, le evidenze sono poche e ambivalenti a livello internazionale, mentre quasi del tutto assenti per il contesto italiano. Manca anche in Italia una descrizione della mortalità per causa della popolazione straniera.

Obiettivi del progetto, in collaborazione con Istat, sono: 1) analizzare la mortalità della popolazione straniera per sottogruppi di cause individuati a partire dalle 86 cause attualmente disponibili; 2) valutare l'effetto dei decessi avvenuti fuori dall'Italia nella mortalità degli stranieri; 3) stimare la quota di mortalità degli stranieri residenti in Italia non registrata attribuibile al *salmon bias*, eventualmente valutando il fenomeno per cittadinanza³.

² Fonte dati: Studio longitudinale italiano 2001 e 2005

³ Fonti dati: - 15° Censimento della popolazione e delle abitazioni; - Indagine su Decessi e Cause di morte: decessi popolazione presente, quindi residenti o non residenti, cittadinanza italiana o straniera, deceduti in Italia; - Iscrizioni e cancellazioni all'anagrafe per trasferimento di residenza; - Flusso informativo P5: decessi di Popolazione residente da fonte anagrafica. Include i decessi che possono essere riferiti a soggetti con cittadinanza italiana o straniera e deceduti in Italia o fuori.

C.4.5 Differenze socioeconomiche nella salute e nell'assistenza sanitaria in alcune aree metropolitane

Progetto collaborativo con la rete degli Studi Longitudinali Metropolitan (SLM), mirato all'armonizzazione dei database degli Studi partecipanti alla rete, per studiare e monitorare le diseguaglianze socioeconomiche nella salute e la salute della popolazione immigrata. Tale sistema offre, infatti, la possibilità di fornire evidenze sugli effetti dei recenti cambiamenti socio-demografici attraverso l'accesso ai dati relativi a persone ed eventi e stimando con precisione il tempo-persona di esposizione ai rischi per la salute. Lo studio avrà un disegno longitudinale retrospettivo di coorte aperta. Saranno inclusi nello studio tutti gli individui residenti al 1° gennaio 2001 o successivamente nati o immigrati fino alla data di ultima disponibilità dell'informazione di emigrazione o di esito nelle città di Torino, Reggio-Emilia, Modena, Bologna, Venezia, Prato, Pisa e Siracusa per un totale di 3.205.537 residenti.

Obiettivo generale del progetto è di valutare le diseguaglianze socioeconomiche sulla salute, con particolare attenzione alle categorie più vulnerabili come gli immigrati.

Gli obiettivi specifici sono: 1. Valutare le differenze di mortalità per tutte le cause e causa-specifica per livello socioeconomico e per cittadinanza; 2. Analizzare le differenze di ospedalizzazione per tutte le cause e causa-specifica per livello socioeconomico e per cittadinanza; 3. Valutare le differenze sul percorso assistenziale e sugli esiti neonatali per livello socio-economico e per cittadinanza; 4. Valutare le differenze di ospedalizzazione evitabile per livello socio-economico e per cittadinanza; 5. Valutare le differenze di prevalenza di condizioni morbose croniche (diabete, patologie cardiovascolari, malattie neurologiche e psichiatriche) rilevabili dai sistemi informativi correnti dell'assistenza farmaceutica, dell'assistenza specialistica, sistema informativo delle malattie infettive, esenzioni per livello socio-economico e per cittadinanza; 6. Valutare le differenze di incidenza e di prevalenza per patologie identificabili da registri di patologia (registri tumori, registri diabete) per livello socio-economico e per cittadinanza.

La realizzazione del progetto sarà vincolata alla disponibilità dei centri titolari dei dati delle singole coorti metropolitane alla condivisione dei database, secondo le linee guida risultanti dal precedente progetto collaborativo⁴.

⁴ Fonte dati: i dataset dei centri partecipanti alla rete degli studi longitudinali metropolitani (SLM)



C.4.6 Valutazione dello stato di salute dei lavoratori stranieri (progetto WHIP)

L'impatto dell'immigrazione sulla salute e sicurezza nei luoghi di lavoro è poco conosciuto. Gli studi disponibili a livello internazionale sono molto eterogenei, sia per disegno sia per popolazioni considerate; per la maggior parte evidenziano che, rispetto ai nativi, gli immigrati presentano un maggior rischio di infortuni e malattie professionali. Gli studi condotti in Italia non sono molti ed evidenziano un rischio infortunistico più elevato tra gli stranieri rispetto agli italiani.

Il database WHIP-Salute è un sistema di sorveglianza sulla storia lavorativa, sui problemi di salute e di sicurezza dei lavoratori, basato sull'integrazione di fonti informative correnti. In particolare, deriva da dati amministrativi estratti dagli archivi gestionali dell'Istituto Nazionale della Previdenza Sociale (INPS), dell'Istituto Nazionale per l'Assicurazione degli infortuni sul lavoro (INAIL), del Ministero della Salute e dell'Istituto Nazionale di statistica (ISTAT).

L'obiettivo generale della ricerca, condotta in collaborazione con la ASL TO3, è quello di descrivere l'incidenza di infortuni sul lavoro, malattie professionali e dei loro esiti tra i lavoratori stranieri, analizzandola secondo le principali caratteristiche individuali e lavorative, attraverso il confronto sistematico tra lavoratori PFPM e PSA; poiché gli italiani costituiscono la quasi totalità dei lavoratori PSA, tale confronto è sostanzialmente da considerare come *proxy* di quello con gli stranieri.

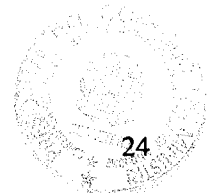
La ricerca, già iniziata negli anni precedenti, prevede l'aggiornamento delle analisi sugli infortuni lavorativi, l'analisi dei ricoveri ospedalieri e delle malattie professionali dei lavoratori stranieri presenti sul territorio italiano e sarà realizzata in collaborazione con la ASL TO3 Piemonte.

Fonte dei dati: sistema informativo WHIP-Salute.

C.4.7 Revisioni sistematiche degli interventi efficaci di contrasto alle diseguaglianze socioeconomiche nella salute

L'attività prevede la produzione di una serie di revisioni sistematiche della letteratura sugli interventi tesi a contrastare le diseguaglianze di salute, per specifico *setting* di vita (scuola, lavoro, comunità, quartiere). Sarà inoltre realizzata una revisione sistematica sugli effetti della crisi economica globale nei comportamenti a rischio e negli stili di vita nei paesi del sud Europa che ne sono stati maggiormente colpiti (Italia, Portogallo, Spagna, Grecia)⁵.

⁵ Fonte dati: Pubmed, Embase, Cochrane Library



A handwritten signature or mark, possibly a stylized letter 'S' or a similar symbol, located at the bottom right of the page.

C.4.8 Monitoraggio della salute degli immigrati

Il Decreto del Ministero della Salute n. 56/2013 ha attribuito all'INMP l'incarico di provvedere alla raccolta di dati epidemiologici e statistici, alla loro elaborazione e diffusione, anche al fine di verificare l'efficacia degli interventi diagnostici e terapeutici effettuati, coinvolgendo centri regionali di riferimento. Inoltre, la programmazione triennale INMP 2013-2015 e il progetto interregionale INMP 2014, approvati dalla Conferenza Stato Regioni, prevedono nell'ambito delle attività di Osservatorio, l'attivazione di un sistema di indicatori che consenta un monitoraggio sistematico e tempestivo dello stato di salute e dell'assistenza sanitaria della popolazione immigrata. A partire dall'esperienza maturata attraverso 2 progetti CCM 2006 e 2009, nel 2015, l'INMP ha attivato un sistema di monitoraggio individuando 78 indicatori sociodemografici e sanitari, su base regionale. Attualmente partecipano al sistema di monitoraggio 9 Regioni e Province Autonome (Piemonte, Trento, Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata, Sicilia), attraverso centri epidemiologici o statistici formalmente incaricati dai propri Assessorati alla Salute regionali. I centri regionali calcolano i singoli indicatori disponibili, a partire dai flussi informativi sanitari correnti (ISTAT, SDO, CEDAP, IVG); tali dati vengono inviati all'INMP e successivamente rielaborati dalla UOS Epidemiologia per produrre tabelle e grafici di sintesi e presentazione.

Lo studio ha già prodotto un volume monografico pubblicato nell'ambito della collana Quaderni di Epidemiologia dell'INMP, nel quale sono stati presentati i risultati basati sui dati relativi al 2016.

L'attività mira ad ampliare la copertura del territorio Italiano, auspicabilmente attraverso l'accesso ai dati dei flussi informativi del Nuovo Sistema Informativo Sanitario (NSIS).

C.4.9 La salute nelle carceri

La tutela della salute della popolazione detenuta rappresenta un aspetto particolarmente rilevante per la sanità pubblica. Con il DPCM 1/4/2008, la competenza in merito alla tutela della salute dei detenuti e all'assistenza sanitaria erogata negli istituti penitenziari è transitata dal Ministero della Giustizia al Sistema Sanitario Nazionale (SSN). A fronte della frammentarietà dei dati sullo stato di salute dei detenuti e sull'assistenza sanitaria erogata negli istituti penitenziari, e dell'eterogeneità degli strumenti informativi attualmente in uso nelle diverse realtà territoriali italiane, è emersa la necessità di pianificare e implementare modalità di rilevazione sistematica che siano standardizzate a livello nazionale, di semplice applicazione e sostenibili nel lungo periodo.

In data 11 aprile 2017, è stato siglato un protocollo d'intesa tra il Ministero della Salute, il Ministero della Giustizia e l'INMP, con l'obiettivo di avviare azioni congiunte volte a *“una migliore cono-*

scienza dello stato di salute delle persone detenute, anche prevedendo l'uso di strumenti per lo scambio di informazioni sanitarie del paziente tra soggetti del SSN coinvolti nelle cure" e alla promozione di iniziative di formazione del personale operante negli istituti penitenziari italiani.

All'interno di tale cornice, è stato sviluppato il Progetto "Salute & Carcere – Sperimentazione di un sistema informativo per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari italiani", finanziato e coordinato dall'INMP, con il coinvolgimento del Dipartimento dell'Amministrazione Penitenziaria del Ministero della Giustizia, della Società Italiana di Medicina e Sanità Penitenziaria, e di Aziende sanitarie territoriali in 5 regioni italiane.

Il progetto intende sperimentare un modello di rete informativa in grado di collegare gli istituti penitenziari italiani, e di monitorare lo stato di salute e l'assistenza sanitaria erogata alla popolazione detenuta. Tale rete informativa permetterà di rilevare, secondo modalità omogenee e pertanto confrontabili, informazioni su un ambito assistenziale a tutt'oggi scarsamente coperto dai flussi informativi sanitari correnti. In particolare, obiettivi del progetto sono: la messa a punto degli strumenti per la realizzazione del sistema informativo (scheda di raccolta dati e software di archiviazione e analisi); e la sperimentazione del modello di *data flow* per validare le procedure e verificarne la sostenibilità nella pratica.

I singoli output e l'esperienza complessiva del progetto saranno condivisi con gli *stakeholder*, nell'ambito di specifici momenti di consultazione finalizzati a una discussione partecipata dei risultati raggiunti e allo sviluppo di strategie implementative del sistema informativo su scala nazionale.

C.5 Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP)

C.5.1 Il repertorio nazionale degli interventi di sanità pubblica volti all'equità nella salute (ReSPES)

L'INMP, quale centro di riferimento della "Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà" (ReNIP), ha accolto l'istanza dei rappresentanti regionali di disporre di un repertorio di interventi di sanità pubblica volti alla promozione dell'equità nella salute, che abbiano dato prova di essere efficaci e che possano, pertanto, costituire patrimonio condiviso per lo sviluppo e l'investimento sui territori.

È stato definito e avviato un progetto per la realizzazione del citato repertorio degli interventi in sanità pubblica e le prime attività sono state eseguite nel corso del precedente triennio (cfr cap. D.5.3).

Il progetto prevede, per l'anno in questione, il lancio e la gestione della *call for submission* nazionale rivolta alle Regioni e alle Province italiane con la quale si chiederà di inviare le loro azioni mi-

giori che intendano sottoporre alla valutazione del Comitato di Esperti Valutatori (CEV). La valutazione restituirà i risultati attraverso l'inserimento degli interventi nelle apposite sezioni del repertorio, sulla base di graduazione di rilevanza.

Il suddetto repertorio vuole essere uno strumento utile soprattutto per i decisori politici e altri stakeholder, coinvolti a vario titolo nello sviluppo di politiche e di programmi per la promozione dell'equità nella salute, ma anche per progettisti e responsabili dell'attuazione di interventi di sanità pubblica volti alla promozione dell'equità.

Il progetto è realizzato con il contributo metodologico del Dipartimento di Medicina Traslazionale (DIMET) dell'Università degli Studi del Piemonte Orientale "Amedeo Avogadro", altamente qualificato nel campo della sanità pubblica e dell'equità nella salute, sia a livello di produzione di evidenze, sia di revisione sistematica di letteratura e di costruzione di strumenti di disseminazione nell'ambito degli interventi di sanità pubblica, nonché nella valutazione EST degli interventi medesimi.

C.5.2 Ampliamento della piattaforma WikINMP ai percorsi socio-sanitari

L'INMP ha elaborato, in stretta sinergia con i referenti regionali della ReNIP, l'ipertesto WikINMP, un servizio che mette a sistema normative nazionali e regionali relative all'accesso al SSN da parte della popolazione straniera.

Il progetto si basa sull'integrazione delle informazioni attualmente disponibili, prevalentemente sotto forma di percorsi di accesso, con quelle relative alla dimensione sociosanitaria, con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle cure e ai servizi socio-sanitari da parte dei cittadini italiani e stranieri in condizioni di vulnerabilità, in un'ottica di determinanti sociali di salute.

L'ipertesto è rivolto primariamente al personale socio-sanitario preposto all'orientamento e all'erogazione di servizi. Target secondario sono gli esperti del settore e i cittadini stranieri (UE ed extra-UE).

Per l'attuazione del progetto, che si inserisce nell'ambito delle attività della ReNIP, con il coinvolgimento diretto dei referenti regionali, è costituito presso l'INMP un gruppo di lavoro per la progettazione dell'albero dei contenuti, con particolare riferimento alle sezioni da ampliare (servizi socio-sanitari) rispetto a quelle già esistenti e per la realizzazione tecnica di tali nuove sezioni, partendo dall'analisi della normativa vigente e dalla definizione condivisa degli obiettivi.

Oltre all'ampliamento dei contenuti, è prevista l'attivazione di un servizio di risoluzione di quesiti, prevalentemente a supporto degli operatori, e l'erogazione di un percorso formativo in modalità FAD sull'utilizzo della piattaforma, così come l'implementazione di una modalità di navigazione

facilitata dedicata ai cittadini. Per la realizzazione di queste attività, nel periodo di riferimento, è in corso l'analisi dei fabbisogni informatici e tecnologici.

C.5.3 Interventi a sostegno delle ASL nella presa in cura di persone vulnerabili

L'INMP propone, per l'anno specie, di promuovere e sostenere il miglioramento delle modalità organizzative e delle competenze dei servizi socio-sanitari territoriali nel prendersi cura delle persone socialmente vulnerabili. Tali modalità riguarderanno: a) l'identificazione, grazie alla collaborazione dei referenti della ReNIP, di alcune aree del territorio italiano (nord – centro – sud) che esprimono indici elevati di deprivazione socio-economica; b) il disegno di modelli organizzativi adattati al contesto locale (quali-quantificazione dei bisogni di salute, quali-quantificazione dell'offerta di salute, risultati dell'*Health Equity Audit*) in grado di corrispondere all'obiettivo posto; c) il sostegno operativo dei servizi sanitari territoriali che ricadono nelle aree identificate, in termini di *know-how*, contributi aggiuntivi per il personale aziendale coinvolto, disponibilità in loco e/o a distanza di mediazione transculturale in sanità, condivisione di procedure, linee guida e formazione del personale aziendale. Il monitoraggio e la valutazione dei risultati saranno utilizzati per l'adattamento in itinere delle attività e dei modelli operativi così come nella scelta, per le successive annualità, della tipologia dell'intervento anche su altri territori.

C.6 La mediazione transculturale in campo sanitario

Nell'ottica di valorizzare i risultati ottenuti e consolidare le relazioni istituzionali con le amministrazioni regionali e centrali, si intende procedere alla creazione di un elenco nazionale dei mediatori transculturali formati in ambito sociosanitario dall'INMP secondo standard coerenti con i fabbisogni del SSN. L'elenco potrà essere periodicamente aggiornato attraverso l'iscrizione di mediatori formati nell'ambito di corsi su tematiche relative alla presa in carico del paziente straniero con approccio transculturale.

Si prevede di aggiornare l'attività del Progetto "Sistema di Gestione delle *Performance* del Mediatore transculturale esperto in ambito sociosanitario (SGPM)", le cui competenze, già individuate per il *setting* ambulatoriale, verranno sottoposte a costante approfondimento secondo esigenze specifiche.

Il SGPM, piattaforma metodologica attraverso la quale è possibile codificare il profilo specialistico del mediatore in ambito socio-sanitario, permette infatti di profilare la relativa offerta formativa professionalizzante. A tal riguardo, verranno attivati gruppi di studio per l'analisi del ruolo del mediatore nell'ambito del *setting* di salute mentale presso l'INMP e verrà ampliata l'analisi della per-

formance del mediatore anche a realtà extra-ambulatoriali, quali il Pronto Soccorso e la Degenza Ordinaria.

Verrà contestualmente portata avanti la co-progettazione istituzionale del *core curriculum* del mediatore transculturale esperto in ambito socio-sanitario anche alla luce del nuovo panorama sociale. L'offerta formativa riguarderà, quindi, 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.

Proseguiranno le attività legate allo studio di percorsi di salute culturalmente orientati e dedicati alle persone straniere accolte presso il poliambulatorio INMP, con particolare riguardo alla tutela della salute materno infantile.

È, infine, prevista un'attività di formazione *on the job* per i mediatori dell'Istituto sullo studio delle tematiche legate alla Comunicazione efficace e all'Intelligenza emotiva.

C.7 Azioni di internazionalizzazione, anche nel ruolo di Centro Collaboratore dell'OMS, e svolgimento di progetti di salute globale e di cooperazione sanitaria

Proseguirà l'azione di rafforzamento della reputazione internazionale dell'INMP sull'evidenza scientifica e il *capacity building* per quanto riguarda le tematiche afferenti alla salute delle popolazioni migranti e al contrasto delle malattie della povertà. L'Istituto condurrà, nel periodo in esame, alcune attività ricomprese nel Work Plan sottoscritto con l'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS), in qualità di Centro Collaboratore sull'evidenza scientifica e il *capacity building* per la salute dei migranti. In particolare, si lavorerà alla produzione, con l'OMS, di un documento di policy europeo relativo a *Technical Guidances* sui controlli alla frontiera, documento fortemente atteso dall'OMS, che tiene conto delle raccomandazioni elaborate all'interno dell'omonima Linea guida nazionale. La stesura di tale documento richiederà un impegno da parte di INMP su base pluriennale, in quanto esso dovrà tener conto dei sistemi di accoglienza e dei sistemi sanitari in essere presso 53 Paesi membri.

Sempre all'interno della collaborazione strategica con OMS-Europa, l'INMP parteciperà alla produzione di un rapporto scientifico, basato sui risultati di una *scoping review* a cui l'INMP contribuirà in qualità di Centro Collaboratore, sugli effetti del cambiamento climatico sulla salute dei migranti. Tale tematica, affrontata anche a livello dei governi della scorsa presidenza francese del G7, è argomento al centro della attuale agenda politica e scientifica, e l'Istituto intende contribuire al corpus delle evidenze fornendo il proprio *know-how*.

Sempre in campo internazionale, proseguirà il contributo dell'INMP nella realizzazione della *Joint Action on Health Equity Europe – Jahee*, finanziata nell'ambito del Terzo Programma Salute (2014-

2020) dell'Unione Europea, con un partenariato di 25 Stati europei. In particolare, nel periodo in esame, l'INMP continuerà a coordinare le azioni in Italia del *Work Package 7* "Migration and Health", volto a promuovere l'adozione delle buone pratiche e degli strumenti sviluppati a livello europeo per il superamento dei *gap* esistenti nelle politiche per l'integrazione dei migranti a breve, medio e lungo termine, e, parallelamente, prenderà parte alle iniziative congiunte della stessa Joint Action.

Sulla tematica delle disuguaglianze nella salute, l'INMP avvierà una collaborazione nel campo della ricerca con l'Ufficio dell'OMS di Venezia per gli investimenti per la salute e lo sviluppo, che è competente per l'equità nella salute. Ancora, l'INMP continuerà a dare attuazione al Memorandum di collaborazione con l'*Institute for Health Equity* di Londra per la ricerca nel campo dell'epidemiologia e della sanità pubblica in materia di disuguaglianze di salute.

C.8 Progetto Salute - Promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria di Rom, Sinti e Caminanti (RSC)

Nell'ambito del Progetto Inclusione Soggetti Vulnerabili, avviato dall'Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali (UNAR) per favorire l'inclusione socio-lavorativa di determinati target a rischio di discriminazione, con riferimento all'azione 9.5.3 del PON-Inclusione "*Sperimentazione e sviluppo dei servizi di prevenzione sanitaria e dell'accessibilità*", è prevista la diffusione del "Piano d'azione salute per e con le comunità Rom, Sinti e Caminanti". Tale Piano, sviluppato nel 2015 dal Tavolo nazionale Salute presso il Ministero della Salute in riferimento alla Strategia Nazionale di inclusione RSC, invita le Regioni e le istituzioni del SSN ad attuare interventi di promozione della salute, da sviluppare nell'ambito di tre macroaree di azione: formazione del personale; conoscenza e accesso ai presidi sociosanitari; servizi di prevenzione, diagnosi e cura.

A due anni di distanza dall'emanazione del Piano d'azione salute RSC, il Ministero della Salute ha finanziato, nell'ambito delle azioni centrali del Programma CCM 2017, uno specifico progetto per la ricognizione degli interventi realizzati nei diversi contesti regionali e locali, in attuazione o comunque in coerenza con il suddetto Piano, a supporto della sua implementazione. Il progetto ha fatto emergere una marcata disomogeneità nelle attività dedicate alle popolazioni RSC sul territorio nazionale e, più in generale, la necessità di sostenere la capillare diffusione di strategie di sanità pubblica specificamente orientate ai gruppi *hard-to-reach*.

A partire da tali premesse, su mandato dell'UNAR in qualità di amministrazione beneficiaria, l'INMP ha avviato come ente attuatore il Progetto Salute - *Promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria di Rom, Sinti e Caminanti*. Tale progetto è finalizzato a favorire l'acquisizione da parte delle Aziende sanitarie territoriali di conoscenze e competenze a sostegno dell'implementazione del Piano d'azione salute RSC, in un'ottica di equità nell'accesso alle opportunità di prevenzione e di cura offerte dal SSN.

Il progetto si articola su diverse linee di attività, sviluppate a livello nazionale e locale. In particolare, tali attività prevedono:

- sviluppo di strumenti digitali per la realizzazione di “mappe di fruibilità” georeferenziate dei servizi sociosanitari, con informazioni su orari, prestazioni e modalità di accesso;
- raccolta, catalogazione e disponibilità online di materiali per attività di educazione alla salute da utilizzare nell'ambito di programmi di Sanità Pubblica di Prossimità (SPP);
- messa a punto di un percorso formativo per mediatori/facilitatori RSC in sanità, appartenenti ad associazioni e organizzazioni non-profit con specifica esperienza;
- formazione rivolta agli operatori del SSN sul Piano d'azione salute RSC, e sui principi e i metodi della SPP;
- analisi e sperimentazione sul campo di interventi basati sul coinvolgimento attivo delle comunità RSC, a sostegno di una relazione stabile e continuativa con i servizi sociosanitari;
- conoscenza e analisi dei contesti locali, con particolare riferimento alle condizioni abitative e ai bisogni sociosanitari delle comunità RSC presenti;
- mappatura dei servizi socio-sanitari e ricognizione degli stakeholder, per il consolidamento delle reti sociosanitarie locali e la realizzazione di piani di intervento *community-based*;
- elaborazione di protocolli aziendali per l'implementazione del Piano d'azione salute RSC attraverso l'utilizzo di metodologie partecipative.

È previsto il coinvolgimento delle aziende sanitarie presenti nelle aree urbane interessate dal PON Città Metropolitane 2014-2020.

D. ATTIVITÀ SVOLTE NEL TRIENNIO 2016-2018

Innanzitutto vale richiamare che, per una caratteristica relativa alla tempistica della prima approvazione del finanziamento del progetto interregionale del 2012, le attività riferite ad una specifica annualità sono tecnicamente svolte nel corso del successivo anno solare. Pertanto, anche nel caso delle attività ascrivibili al finanziamento degli anni 2016-2018 descritte nel presente capitolo, esse sono state realmente svolte nel corso del triennio 2017-2019.

D.1 L'assistenza sanitaria

L'Istituto eroga assistenza sanitaria all'interno del Servizio Sanitario Nazionale, con particolare focus sulle popolazioni svantaggiate dal punto di vista socio-economico, tra cui quelle straniere. Lo fa regolarmente presso il proprio poliambulatorio di Roma, ma eroga prestazioni anche presso diversi luoghi del territorio della regione Lazio - mediante ambulatorio mobile - all'interno di iniziative di medicina di prossimità così come, in collaborazioni con le ASL sul territorio nazionale, nel quadro del supporto metodologico per i modelli di presa in carico assistenziale e nel quadro degli interventi di salute globale. Infine, nell'ambito di accordi di collaborazione con il Ministero dell'Interno, presta le proprie attività sanitarie presso luoghi di primissima accoglienza.

Prendendo in osservazione l'attività cumulativamente esercitata nel periodo solare 2008-2019 (per il 2019, si considerano i primi 10 mesi), presso il Poliambulatorio sono stati effettuati 497.124 accessi, prendendo in carico complessivamente 120.289 persone (*grafico 1*).

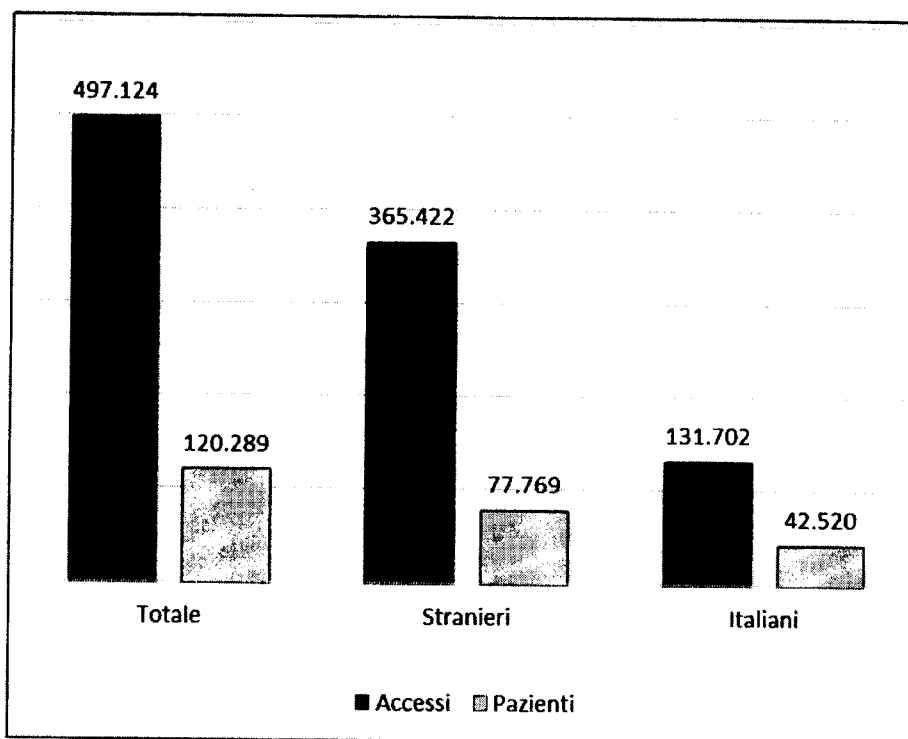


Grafico 1 Pazienti ed accessi presso l'ambulatorio INMP dal 1° gennaio 2008 al 31 ottobre 2019 Fonte dati: INMP

Si è registrato un progressivo aumento dei pazienti italiani, passati da soli 496 del 2008 a 7.891 nel 2019; il numero di pazienti stranieri mostra una crescita meno intensa, da 7.667 dell'anno 2008 a 9.893 nel 2019 (*grafico 2*).

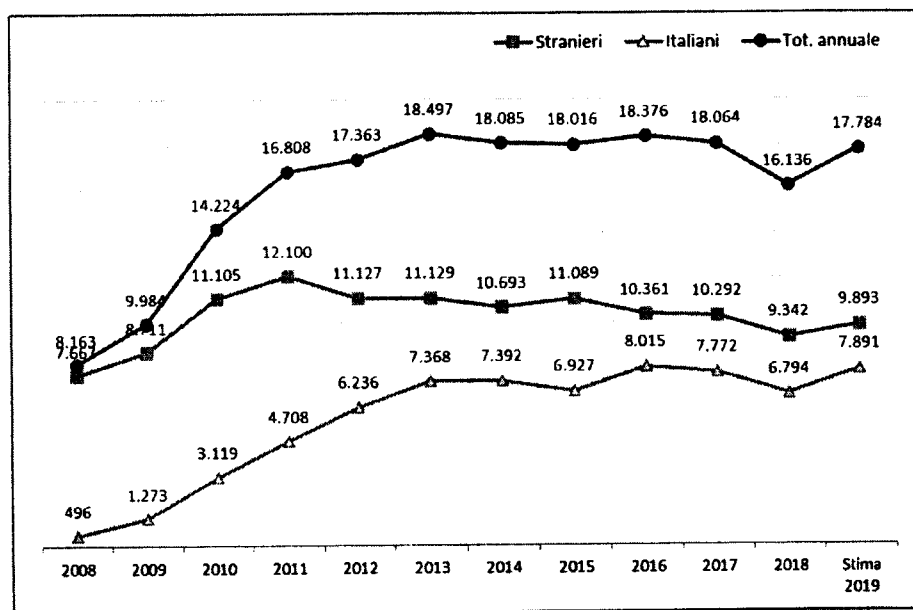


Grafico 2 Pazienti stranieri e italiani afferenti al poliambulatorio INMP dal 1° gennaio 2008 al 31 dicembre 2019 – valore stimato. Fonte dati: INMP

In termini relativi, da un'iniziale composizione dei pazienti pari al 94% di stranieri e per il 6% italiani (anno 2008), si è giunti a una percentuale di italiani pari al 42%.

È da evidenziare che tra gli italiani, circa il 73% appartiene a fasce sociali deboli esenti dalla compartecipazione alla spesa per motivi di reddito. 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 che ha esaurito, dopo 11 anni, la resilienza di tali tipi di soggetti.

Prendendo in considerazione i 9 Paesi stranieri (grafico 3) da cui proviene il maggior numero di pazienti, si evidenzia il dimezzamento degli utenti della Romania, passati da 2.090 nell'anno 2012 a 828 nel 2018.

Nel *grafico 3* è riportata la percentuale complessiva di pazienti stranieri per Paese di provenienza afferiti al Poliambulatorio dal 2008 al 31 ottobre 2019.

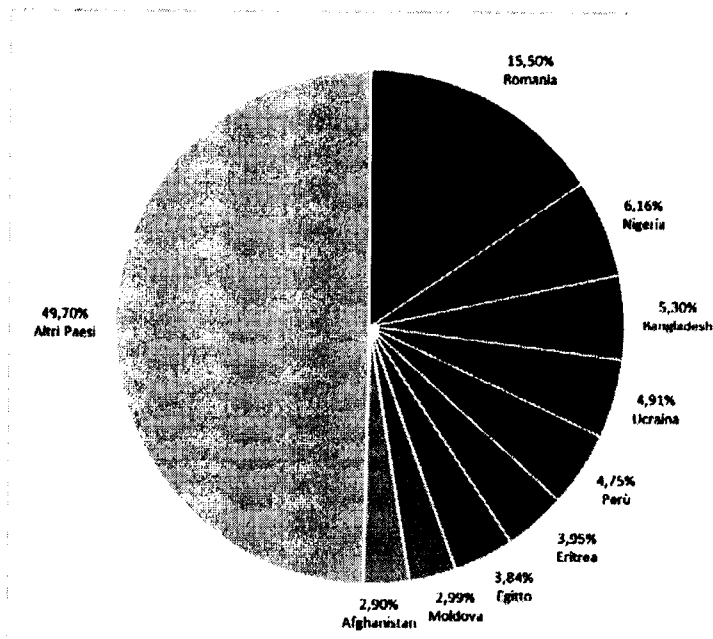


Grafico 3 Percentuale di pazienti stranieri dal 2008 al 31 ottobre 2019 per Paese di provenienza. Fonte dati: INMP

Con riferimento al grado di istruzione, il 39% dei pazienti stranieri risulta avere conseguito un titolo di studio di scuola media secondaria e il 17,6% una laurea (*grafico 4*).

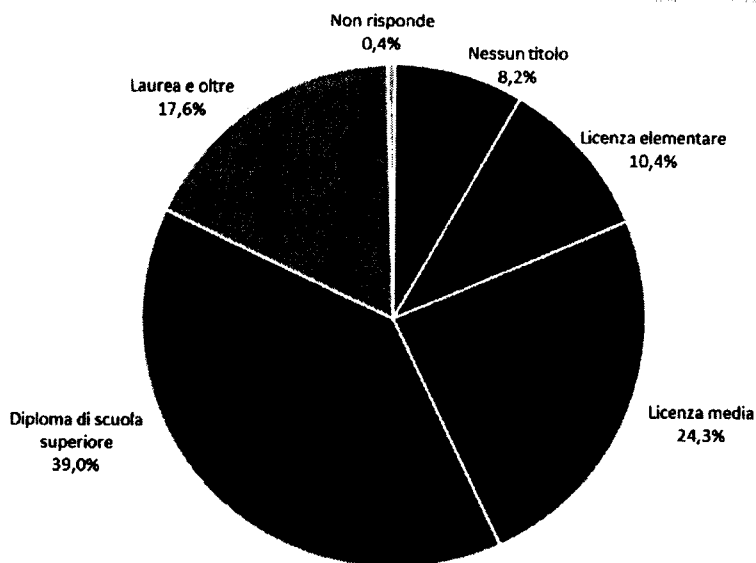


Grafico 4 Distribuzione dei pazienti per titolo di studio dal 1° gennaio 2008 al 31 ottobre 2019. Fonte dati: INMP

Quanto al genere dei pazienti, le presenze di sesso maschile passano dal 47,7% nell'anno 2008 al 53% nel 2019.

Nel corso dell'anno 2019, a fronte di una lieve flessione dei nuovi pazienti⁶ 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 2019, in coerenza con il dato storico, sono quella giovanile 18 – 34 anni (27,1%) e adulta 34-54 anni (30,9%). Nel 2019 si registra una flessione dei pazienti minori di 18 anni (5% nel 2019 rispetto al 9,0% medio dal 2008 al 2019) e un incremento dei pazienti con età maggiore di 65 anni, che raggiunge il 23,8%, rispetto al valore medio di 13,3% del periodo 2008 - 2019.

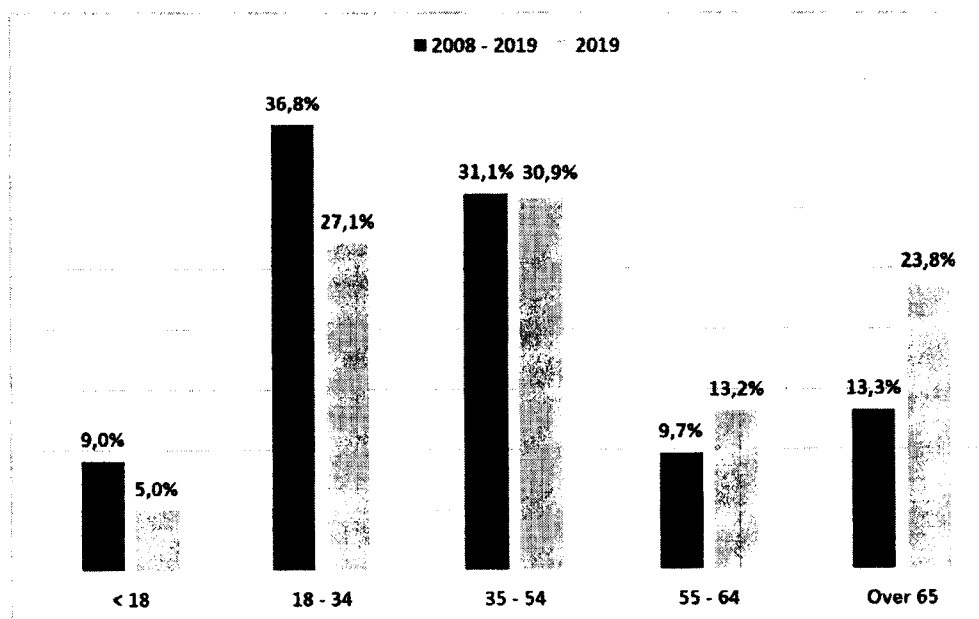


Grafico 5 Distribuzione dei pazienti per fasce d'età. Fonte dati: INMP

Circa lo status giuridico degli stranieri assistiti nel 2019, il 54,6% ha un regolare permesso di soggiorno, mentre il 44,8% è in condizione di irregolarità (grafico 6); gli stranieri irregolari ottengono assistenza dall'Istituto mediante il rilascio del codice STP, come previsto dalla legge.

⁶ Con "nuovo paziente" si intende la persona che ha effettuato per la prima volta un accesso presso l'Istituto nell'anno preso in considerazione.

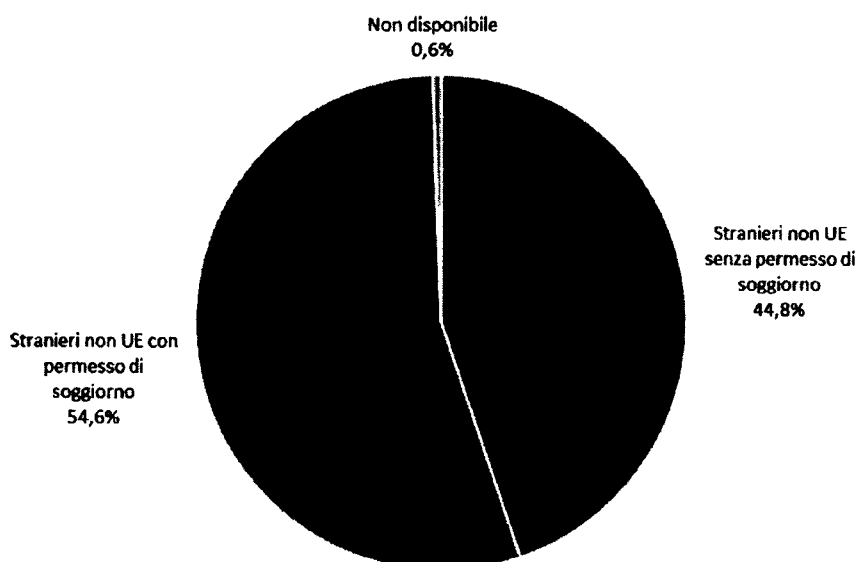


Grafico 6 Condizione legale dei pazienti stranieri - periodo gennaio ottobre 2019. Fonte dati: INMP
(Non disponibile: dato non fornito dall'interessato)

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

I minori stranieri visitati nell'ultimo triennio sono stati **1.636**, di cui il 38% di sesso femminile. Le cittadinanze più frequenti tra tali minori sono relative ai seguenti Paesi: Ecuador (17,2%), Egitto (11,3%), Perù (9,4%), Albania (7,6%). Il 47% ha meno di 12 anni, il 18% tra 12 e 15 anni, il 36% tra 16 e 17 anni.

Quanto ai richiedenti protezione internazionale, nel 2019 sono state svolte **1.573** valutazioni per l'accoglimento delle richieste, 363 delle quali per donne (23,1%) e 1.210 per uomini (76,9%), per un totale di **6.383** accessi allo sportello (media di 4,1 accessi per paziente). I richiedenti sono provenienti, per il 75,4%, dai Paesi africani, (grafico 7), per il 17,2% dai Paesi asiatici (grafico 8), e per il 5,3% dalle Americhe e da altri paesi europei (2%).

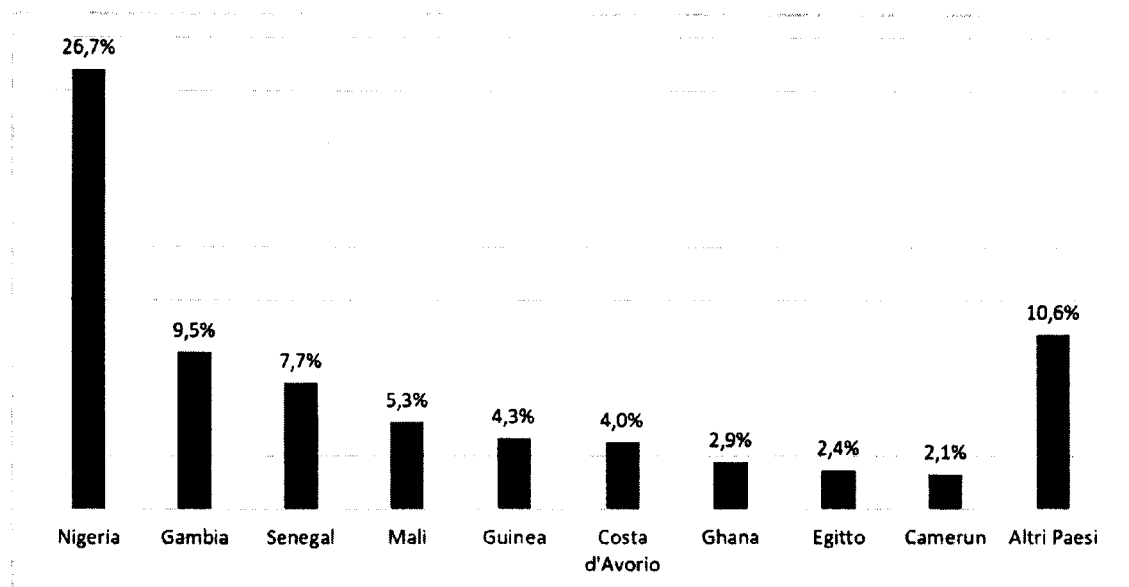


Grafico 7 N. richiedenti asilo politico tramite l'INMP provenienti dai paesi africani. Fonte dati: INMP

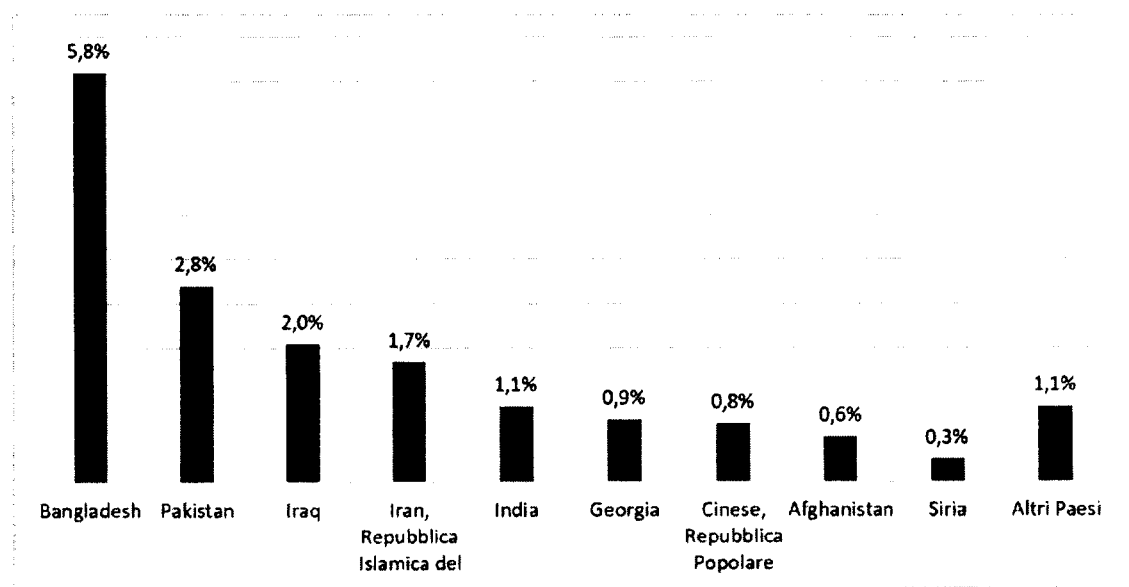
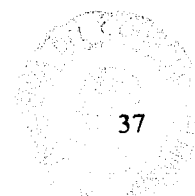


Grafico 8 N. richiedenti asilo politico tramite l'INMP provenienti dai paesi asiatici. Fonte dati: INMP

Prendendo in esame il periodo 2008-2019, i richiedenti protezione internazionale afferenti allo sportello dell'INMP sono stati **13.968**, di cui l'81,2% maschi e il 67,4% ricadente nella fascia di età 18-34, con una presenza di minori pari a 1.900. Tra tali pazienti, 3.825 hanno avuto accesso al servizio di assistenza psicologica. Gli accessi complessivi sono stati 85.571, con un numero medio di accessi pro-capite pari a 6,1. Si osserva, nell'ultimo anno, una diminuzione di accessi per singola valutazione, segno di un processo più efficiente della presa in carico.



6

Nel corso del 2019 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 (*grafico 9*), in particolare dell'occhio e dell'orecchio (n. 4.344), malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (n. 3.078), malattie dell'apparato digerente, in particolare della cavità orale, delle ghiandole e delle mascelle (n. 1.453), e le malattie del sistema circolatorio (n. 1.394).

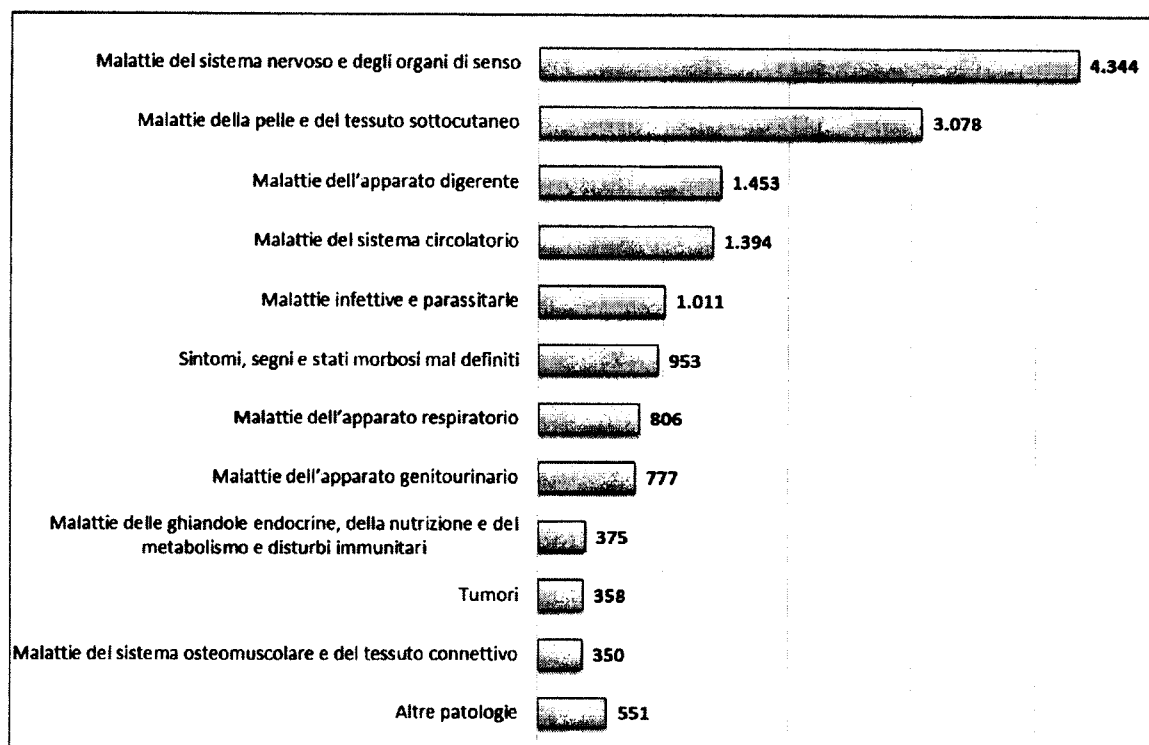


Grafico 9 Principali diagnosi effettuate, per classi gennaio - ottobre 2019. Fonte dati: INMP

Riguardo al triage dei migranti all'arrivo, l'Istituto, conformemente alle proprie Linee Guida dei Controlli alle frontiere e in linea alle indicazioni dell'OMS in materia, non esegue screening, poiché tali interventi sono richiesti nella seconda accoglienza e non vi è evidenza di benefici se eseguiti all'arrivo. Si eseguono, invece, controlli di salute mirati e evidenziare segni e sintomi evocativi di patologie potenzialmente pericolose e diffuse tra la popolazione.

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

L'Istituto ha sottoscritto 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.

6

Al 31 ottobre 2017 i *team* INMP hanno effettuato 9.833 visite mediche specialistiche (4.623 a Lampedusa e 5.210 a Trapani), 1.924 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 (83,9%), 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 sono, nell'ordine, Nigeria, Eritrea, Guinea, Costa D'Avorio e Gambia.

Le condizioni cliniche trattate dai medici non hanno mostrato 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 o di malaria sono stati individuati e trasferiti in ospedali siciliani.

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 (3.315 casi), malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (1.327 casi), tra le quali spiccano per frequenza la scabbia, la pediculosi del capo, l'impetigine e la dermatite da contatto e altri eczemi, segni e stati morbosi mal definiti (194 casi), le malattie dell'apparato respiratorio (172 casi) e traumatismi e avvelenamenti (n. 155) (grafico 10).

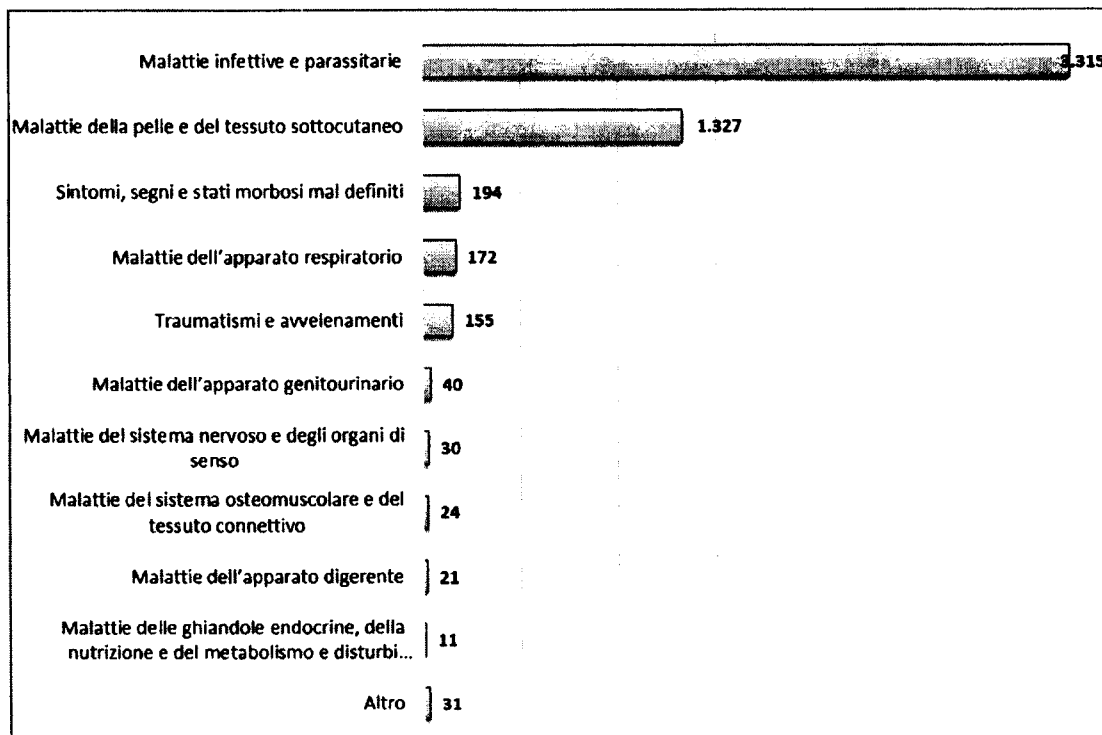


Grafico 10 - Principali patologie riscontrate presso gli hotspot di Lampedusa e Trapani, aprile 2016 - ottobre 2017. Fonte dati: INMP

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

Nel grafico seguente (*grafico 11*) 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 2016 – ottobre 2017.

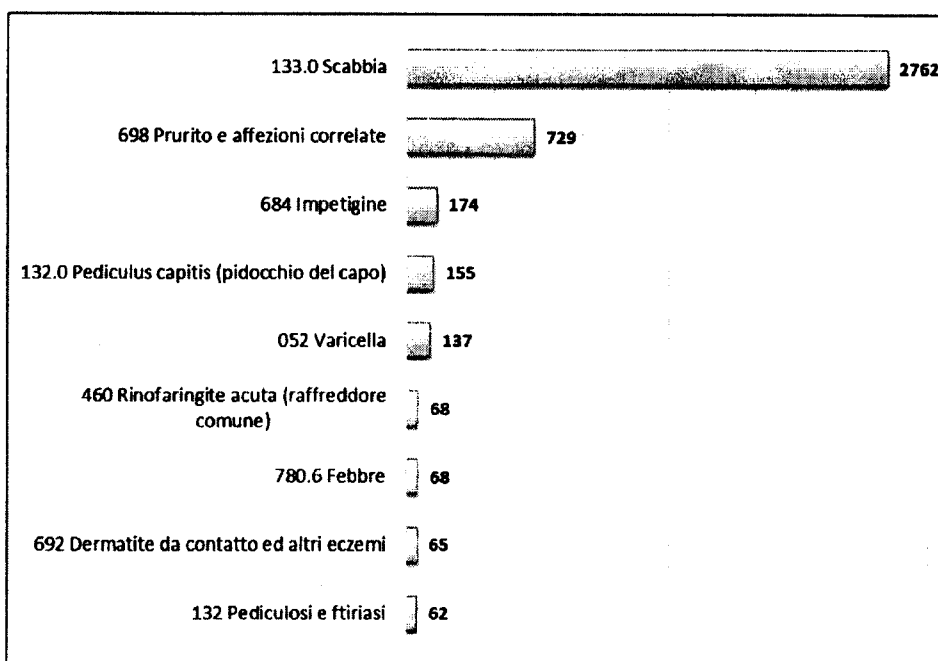


Grafico 11 Principali diagnosi mediche (esclusi i codici V) riscontrate presso gli hotspot di Lampedusa e Trapani – aprile 2016 - ottobre 2017. Fonte dati: INMP

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 evidenziano come 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 bagni 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.

D.1.2 Il dispositivo sanitario dell'INMP nei corridoi umanitari di evacuazione

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.

Da dicembre 2017 l'Istituto, su richiesta del Ministero dell'Interno ha prestato anche attività di primissima accoglienza sanitaria presso gli aeroporti di Pratica di Mare e di Fiumicino ai migranti giunti in Italia con i corridoi umanitari mettendo a disposizione della macchina ministeriale un'equipe multidisciplinare composta ogni volta in media da circa 20 professionisti tra medici mediatori ed infermieri.

I volumi di attività svolta sono stati:

- 2017 erogate 162 visite specialistiche,
- 2018 erogate 264 visite specialistiche,
- primi 10 mesi del 2019 erogate 799 visite.

D.1.3 Medicina di prossimità

Le visite effettuate dalle équipe sanitarie in interventi di *outreaching* sono state 319 nel 2017, 475 nel 2018 e 258 nel 2019. Si è trattato in gran parte di primi contatti di tipo sanitario (intorno al 90%), seguiti da un numero limitato di visite di controllo.

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.

D.2 La Ricerca

Nell'ambito della ricerca biomedica, nel triennio di riferimento l'Istituto ha completato la riorganizzazione del laboratorio di ricerca e la formazione del personale dedicato alla ricerca. È stato inoltre

disegnato il piano triennale della ricerca, che viene aggiornato annualmente, nel quale si delineano tre principali filoni prioritari per l'Istituto: i) lo studio delle malattie infettive, ii) la ricerca sulle malattie cronico-degenerative e iii) i progetti di salute mentale. Le attività del laboratorio di ricerca si sono principalmente focalizzate su uno studio delle alterazioni fisiopatologiche e dei mediatori dell'infiammazione nel prurito sine materia e sugli effetti dei preparati di lisati piastrinici nel processo di guarigione delle ferite. Riguardo la salute mentale, è stato condotto uno studio sulla caratterizzazione psicopatologica in etnopsichiatria, con l'obiettivo di valutare il rischio di condotte autolesive e i correlati psicopatologici. 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, infine, sulla condizione dei migranti cinesi richiedenti protezione internazionale vittime di persecuzione religiosa. Nel triennio 2017-2019 sono stati pubblicati 80 articoli scientifici e divulgati - spesso in modalità *open access* (che assicura una maggiore fruizione e incrementa la visibilità e la diffusione dei contenuti scientifici oggetto di pubblicazione) - su riviste indicizzate internazionali tra le più autorevoli in ambiti pertinenti alle tematiche trattate dall'INMP, come la salute degli immigrati e dei gruppi minoritari, la salute pubblica e l'epidemiologia. Nel corso del triennio, 4 diversi progetti di medicina sociale hanno ricevuto il parere positivo del Comitato Etico dell'Istituto Superiore di Sanità, che opera in qualità di organismo guida e di valutazione sotto il profilo etico per le ricerche e per le sperimentazioni dell'Istituto. Attraverso l'applicazione degli studi approvati dal Comitato Etico, sono state integrate e ampliate ulteriormente le attività cliniche-assistenziali routinarie, in particolare grazie agli studi e alle ricerche sperimentali rivolte a pazienti appartenenti alle fasce più deboli della popolazione. Infine, sono stati organizzati complessivamente 14 incontri di *dataclub* per la condivisione e discussione dei risultati dei principali progetti clinici e biomedici dell'Istituto. A titolo di esempio, nell'ambito di un progetto teso alla presa in carico di persone affette da ulcere cutanee e appartenenti alle fasce deboli di popolazione, è in via di ultimazione una ricerca che ha l'obiettivo di analizzare gli effetti dei derivati piastrinici sulla riparazione delle ferite croniche. Nella prima parte dell'attività progettuale è stato analizzato l'effetto dei derivati piastrinici sui linfociti T che intervengono nel processo riparativo tissutale. Una seconda attività progettuale, tuttora in corso, riguarda lo studio di recettori coinvolti nel dolore neuropatico e nel prurito, i *transient receptor potential channels* (TRP). I risultati dello studio dimostrano una diversa distribuzione dei recettori TRPV1 e TRPA1 nei cheratinociti ottenuti da pazienti affetti da prurito idiopatico di cute scura rispetto a controlli, suggerendo quindi un ruolo di tali recettori nell'insorgenza del prurito che affligge frequentemente persone migranti di cute scura. In collaborazione con il laboratorio di Immuno-

logia Sperimentale dell'IDI-IRCCS, abbiamo inoltre studiato gli effetti di inibitori della molecola PI3K, un potenziale preparato antinfiammatorio, sulla funzione delle cellule dendritiche e dei linfociti T.

Nell'ambito della ricerca qualitativa, si è completato lo studio sulla popolazione cinese migrata in Italia e vittima di persecuzione religiosa, esitato in due pubblicazioni scientifiche (1 pubblicato sul *Journal of womens health and safety research* ed 1 sottomesso in attesa di revisione).

Nell'ottica di assicurare e migliorare la comunicazione scientifica dell'Istituto, è stata inoltre incentivata la produzione e la divulgazione di pubblicazioni scientifiche su riviste e piattaforme internazionali, attraverso un costante supporto sia a livello di contenuti, sia nei diversi passaggi inerenti alla sottomissione degli articoli, nei contatti e le comunicazioni con i diversi editori internazionali. Sono stati attivati gli abbonamenti alle maggiori riviste internazionali del settore di interesse dell'INMP.

D.3 La Formazione

La formazione, insieme alla ricerca e all'assistenza, contribuisce al raggiungimento degli obiettivi strategici istituzionali. Tale attività è volta ad arricchire le conoscenze e le competenze utili a migliorare la qualità e l'efficacia delle cure erogate 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 nell'assistenza e nella ricerca, promuove e organizza corsi di formazione specialistica multidisciplinare, volti a sensibilizzare e formare gli operatori che a vario titolo operano nel settore sanitario a livello 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 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 della persona fragile, 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 del personale, che include anche la formazione obbligatoria.

In entrambe le tipologie di formazione è inclusa quella accreditata ECM, che l'INMP organizza 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*, occasionalmente, attraverso la compresenza di diverse tipologie di formazione.

D.3.1 Formazione Istituzionale

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

- In particolare, nel corso del triennio l'INMP ha provveduto a progettare e organizzare eventi formativi, accreditati ECM e non, anche nell'ambito dei progetti gestiti dall'Istituto, destinati alle diverse professioni d'aiuto (medici chirurghi, psicologi, infermieri, assistenti sociali, mediatori transculturali, ecc.) che, a vario titolo, partecipano alla presa in carico della persona fragile. In particolare, per quanto concerne le attività condotte in qualità di provider standard di Educazione Continua in Medicina, sono stati realizzati nel periodo di riferimento 35 percorsi formativi ECM sia previsti nei rispettivi Piani annuali ECM, sia percorsi formativi extra piano ECM con la partecipazione di 1102 iscritti.

Al fine di contribuire alla diffusione di una corretta cultura e informazione pubblica in favore delle popolazioni fragili e migranti, l'INMP è stato riconosciuto come Ente formatore dei giornalisti presso l'Ordine dei Giornalisti.

Per il raggiungimento degli obiettivi istituzionali, l'INMP ha provveduto all'analisi della documentazione relativa al *core curriculum* formativo del mediatore transculturale in ambito sanitario e ha avviato le procedure per lo studio di un percorso formativo finalizzato alla formazione specialistica dei mediatori interculturali in sanità. Ciò tenendo conto e valorizzando le esperienze pregresse, con particolare riguardo al progetto "FORME - Percorso formativo per i mediatori transculturali in ambito sanitario" e all'analisi delle *performance* del mediatore.

In questo ambito, inoltre, nel corso del triennio è stata avviata un'iniziativa finalizzata a fornire aggiornamenti teorico-pratici utili per incrementare la qualità delle attività di Mediazione Transculturale previste nell'ambito dei servizi resi alle persone che si rivolgono al poliambulatorio.

Per quanto concerne la formazione finanziata dai progetti esterni dell'Istituto, nel 2018 è stato organizzato il percorso formativo "*Strategie e procedure per il miglioramento dell'assistenza sanitaria ai MSNA nell'ambito dei progetti FAMI*", in due Edizioni, nell'ambito del progetto "*Tutela della salute dei Minori Stranieri Non Accompagnati accolti nel sistema di prima accoglienza*".

Nel 2017 è stato realizzato il Corso di formazione "on the job" per i mediatori transculturali in ambito sanitario, attraverso l'organizzazione di gruppi di lavoro, a cadenza mensile, finalizzati all'acquisizione di conoscenze e competenze relative alle implicazioni emotive presenti nella relazione di aiuto che i mediatori prestano per i pazienti afferenti all'ambulatorio. È stato, inoltre, realizzato il percorso di addestramento per il personale amministrativo "*La gestione del personale sotto il profilo economico-giuridico con particolare riferimento alla sua corretta implementazione nell'ambito del sistema in uso*". Per quanto riguarda la formazione destinata al personale interno, sono stati realizzati due corsi di formazione BLS (Basic Life Support - early Defibrillation), uno di training ed uno di re-training.

Nel corso del 2018, relativamente alla formazione destinata agli esterni, l'Istituto ha organizzato il corso "*Orientare i cittadini stranieri nell'accesso al SSN*" rivolto agli operatori impegnati in ambito socio-sanitario. L'Istituto ha anche collaborato con la *Link Campus University* erogando una giornata di studio nell'ambito dei Master di II Livello, "*Governo dei flussi migratori: nuove politiche e modelli di accoglienza*" e "*Governance innovativa dei sistemi urbani multietnici: come programmare e governare la città del futuro*".

Coerentemente con la normativa in materia di formazione del personale delle pubbliche amministrazioni, la UOS Formazione ed ECM ha provveduto alla progettazione e realizzazione di corsi di formazione, anche obbligatoria, specificatamente dedicati al personale interno. Le formazioni in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, nonché trasparenza e anticorruzione sono stati erogate ogni anno, e nel 2018 sono state erogate ulteriori attività formative destinate ad alcune categorie di personale sui temi "Orientamento dei cittadini stranieri al SSN", "Gruppi Balint per l'ottimizzazione del servizio di mediazione transculturale", corsi di medicina transculturale e corsi su JSIPE-sistema amministrativo contabile in uso presso INMP.

Per quanto concerne la formazione continua rivolta ai giornalisti iscritti all'Ordine dei Giornalisti, è stato organizzato l'evento dal titolo "*Comunicare il fenomeno delle diseguaglianze di salute: opinioni a confronto*". Tale corso è stato realizzato con un approccio interattivo volto allo scambio di prospettive tra i diversi giornalisti partecipanti. Specificatamente, è stata realizzata una palestra

formativa di “tiro al segno” attraverso la quale i giornalisti partecipanti traducevano in notizie le evidenze scientifiche sulla salute dei gruppi più vulnerabili, poveri e migranti. L’obiettivo era quello di centrare la notizia e di comunicarla senza creare falsi allarmismi o senza interpretazioni fuorvianti.

Inoltre, nel corso dell’ultimo anno del triennio, è stata avviata l’organizzazione in collaborazione con UCL - Institute of Health Equity (IHE) la I *Winter School* sull’equità nella salute, dal titolo “*The Quest for Health equity in the Mediterranean context: focusing on migrants and on the poor*”, che si terrà dal 16 al 20 dicembre 2019. Il programma della *Winter School* è complementare a quello accademico della *Summer School* organizzato dell’UCL-IHE a Londra nel periodo estivo. Il percorso formativo della durata di una settimana, mira a fornire conoscenze applicate sulle disuguaglianze di salute e sulle attuali strategie per l’equità nella salute, anche attraverso l’applicazione di metodologie didattiche interattive, quali il *Problem Solving*, la discussione in piccoli gruppi e l’analisi di buone pratiche. Il corso si terrà in lingua inglese e ai partecipanti verranno forniti strumenti specifici per comprendere le cause delle disuguaglianze. Inoltre, attraverso un approccio esperienziale e partecipativo, saranno analizzate alcune buone pratiche per l’equità della salute intraprese in vari contesti nazionali e internazionali.

Ulteriore tipologia di formazione rivolta a professionisti del settore è stata la “Formazione sulla normativa di accesso al SSN da parte della popolazione migrante” e, nell’ambito delle attività progettuali e istituzionali quali Centro nazionale per la mediazione transculturale in ambito sanitario, la progettazione di percorsi formativi dedicati ai mediatori RSC (Rom, Sinti e Caminanti) e agli operatori del SSN nell’ambito del Progetto “Salute” (Cod. PCM_19_01 CUP J81E17000500006).

D.3.2 Formazione del personale

Nel rispetto della normativa in materia, la formazione del personale gioca un ruolo fondamentale nel garantire il costante aggiornamento di tutte le figure professionali operanti in Istituto.

Nell’ambito della formazione aziendale è stata avviata la realizzazione della “formazione obbligatoria”, da una parte in materia di salute e la sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D. Lgs. 81/2008, dall’altra sulla nuova normativa europea sulla *Privacy* e la trasparenza e l’anticorruzione. Inoltre, è stata attivata la formazione complementare in diverse aree, tra cui:

- “*L’ausilio della microscopia ottica nella diagnosi delle lesioni muco-cutanee*” (corso ECM)
- Il Ciclo di incontri di cross fertilization tra i mediatori transculturali, il personale sanitario e gli antropologi dell’INMP attraverso un approccio di learning by sharing – “*Aggiornamento in medicina transculturale: aspetti teorici e pratici dell’attività di mediazione. Fase III*”

- *“Comunicazione efficace e strumenti per la gestione delle dinamiche relazionali”*.
- Prosecuzione del percorso formativo *“Training on the job - JSIPE”*, destinato al personale della U.O.S. Gestione del personale ed Affari Amministrativi, erogato da un ente esterno (CONSIG) presso INMP

Nell'ambito della formazione complementare del personale, come previsto dalla normativa, l'INMP si avvale prioritariamente delle Scuole del Sistema unico per gli ambiti di competenza coperti da tali scuole. Tra queste, la Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA), istituzione deputata a selezionare, reclutare e formare i funzionari e i dirigenti pubblici, costituisce il punto centrale del Sistema unico del reclutamento e della formazione pubblica. L'INMP è infatti accreditato per usufruire della formazione SNA, per cui è stato possibile, attraverso il portale dell'Ente, accedere a corsi formativi, in relazione a specifiche richieste espresse, o programmare percorsi di studio futuri.

D.4 L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES)

Le attività di Osservatorio Epidemiologico nazionale per l'Equità nella Salute (OENES), coordinate dalla UOS Epidemiologia (OENES) dell'INMP, (già OENIP), hanno l'obiettivo di rilevare le disuguaglianze di salute, individuare le migliori pratiche per il loro contrasto e supportare le Regioni nella loro attuazione, al fine di identificare e sostenere politiche di promozione della salute a favore delle persone più fragili. Le attività sono state svolte in collaborazione con gli istituti nazionali e i centri di Epidemiologia regionali 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. Le attività hanno prodotto diffusione di conoscenze originali derivanti da specifici progetti basati su collaborazioni con istituzioni impegnate sui temi di interesse dell'Osservatorio medesimo.

Esse nel triennio 2016-2018 si sono declinate nelle seguenti linee:

1) Analisi e valutazione delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute (in collaborazione con Istat)

Sono state condotte le seguenti linee di attività, incluse nel protocollo di ricerca INMP-Istat, basate sulle basi dati relative al follow-up dell'indagine salute 2005 e al record-linkage tra censimento e mortalità:

- valutazione delle differenze di mortalità e speranza di vita per livello di istruzione;
- atlante provinciale delle disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità;
- valutazione delle differenze di ospedalizzazione per livello di istruzione e status migratorio;

- valutazione dell'impatto della povertà sulla rinuncia alle cure.

Nel corso del triennio 2016-2018 è stato realizzato l'atlante nazionale delle disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità. Sono state discusse e approvate dal tavolo di coordinamento nuove linee di attività, sulle quali è stato rinnovato il protocollo di ricerca: 1) valutazione delle differenze di mortalità nelle aree interne italiane; 2) analisi delle differenze socioeconomiche nella mortalità prevenibile; 3) il ruolo degli stili di vita comportamentali nell'associazione tra livello socioeconomico e mortalità; 4) la mortalità tra gli immigrati in Italia.

Sono inoltre stati prodotti diversi articoli scientifici pubblicati su riviste italiane e internazionali con *impact factor*.

2) Monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata

E' stato consolidato il sistema di indicatori sullo stato di salute e assistenza sanitaria alla popolazione immigrata, basato sull'integrazione dei risultati di progetti CCM 2006 e 2009, che è stato precedentemente discusso e approvato con un gruppo di esperti provenienti dai centri epidemiologici regionali diffusi sul territorio nazionale. La UOS Epidemiologia si è fatta carico della produzione dei materiali di supporto al calcolo degli indicatori (codici SAS e tabelle in formato excel con formule di calcolo, in particolare di tassi grezzi e standardizzati per età), che sono calcolati da 8 Regioni, attualmente coinvolte in forma ufficiale su mandato dei rispettivi Assessorati alla Salute. È stato di recente in fase di pubblicato un volume monografico contenente i risultati delle attività del 2018.

3) La rete degli studi longitudinali metropolitani (SLM) per le disuguaglianze socioeconomiche nella salute e per la valutazione dei profili di assistenza alla popolazione immigrata

Sono state realizzate le attività del secondo ciclo progettuale, incluso nel progetto interregionale 2014, e che è stato articolato in 8 *Work Packages*, di cui la UOS Epidemiologia ha avuto il coordinamento nazionale e la responsabilità del WP1, che ha avuto l'obiettivo di valutare la fattibilità della creazione di una coorte nazionale longitudinale attraverso l'armonizzazione delle basi dati dei centri partecipanti. Il progetto ha prodotto diversi contributi scientifici, sia comunicazioni in congressi nazionali e internazionali, sia articoli scientifici pubblicati o in corso di pubblicazione su riviste internazionali indicizzate. E' stato quindi redatto un progetto per la creazione e valorizzazione della coorte nazionale per il monitoraggio delle disuguaglianze nella salute, che è stato presentato e approvato dal comitato etico dell'ISS. Il progetto si basa sulla popolazione residente in 8 Comuni, con una copertura di 3.200.000 di abitanti. È in fase di pubblicazione un lavoro monografico con i risultati scientifici raggiunti nelle due annualità del progetto. I contributi costituiranno capitoli di un volume monografico, che sarà pubblicato come

supplemento monografico della rivista scientifica indicizzata con *impact factor* *Epidemiologia & Prevenzione*. Si prevede inoltre la stesura di un nuovo progetto coordinato dall'INMP, che valorizzi la base dati nazionale (*pooled*), realizzato nell'ambito delle precedenti annualità. I 5 anni di attività del progetto di collaborazione tra l'INMP e i centri aderenti alla rete degli SLM sulle tematiche delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute hanno avuto come importante risultato la produzione di una monografia di prossima pubblicazione su E&P.

4) *WHIP Salute*

È stato realizzato e pubblicato un report contenente i risultati delle attività svolte in collaborazione con la ASL TO3, per valorizzare dal punto di vista epidemiologico il sistema di osservazione *Work History Italian Panel* (WHIP-salute), oltre che attraverso un complesso sistema di record-linkage da fonti amministrative (Inps, Inail, Istat, Ministero della salute). Il sistema informativo consente di descrivere gli effetti del lavoro sulla salute della popolazione. Il relativo database longitudinale contiene informazioni sui lavoratori e sugli infortuni che li hanno coinvolti. Il principale obiettivo è stato la valutazione dei rischi per la sicurezza nella forza lavoro immigrata per tipologie di paesi di provenienza. E' in fase di approvazione un nuovo progetto, che consentirà la valutazione di dimensioni ancora non indagate, quali le malattie professionali e i ricoveri ospedalieri, oltre a un aggiornamento delle analisi con i dati più recenti che si renderanno disponibili.

5) *Revisione sistematica degli interventi efficaci di contrasto alle disuguaglianze nella salute.*

Tra le attività dell'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute, riveste particolare importanza la ricerca e la sintesi delle evidenze presenti nella letteratura. In particolare nel corso del 2018 è stato avviato un piano di sviluppo per la revisione sistematica degli interventi efficaci di contrasto alle disuguaglianze nella salute, che approfondirà nel corso dei prossimi anni le diverse dimensioni di interesse: lavoro, scuola, ambienti di vita (casa, quartiere, ambiente), comunità.

6) *La salute della popolazione in stato di detenzione*

È stata sviluppata una proposta progettuale, che intende sperimentare un modello di rete informativa in grado di collegare gli istituti penitenziari italiani, e di monitorare lo stato di salute e l'assistenza sanitaria erogata alla popolazione detenuta. Tale rete informativa permetterà di rilevare, secondo modalità omogenee e standardizzate – e pertanto confrontabili – informazioni su un ambito assistenziale a tutt'oggi scarsamente coperto dai flussi informativi sanitari correnti. In particolare,

obiettivi del progetto sono: la messa a punto degli strumenti per la realizzazione del sistema informativo (scheda di raccolta dati e software di archiviazione e analisi); e la sperimentazione del modello di data flow per validare le procedure e verificarne la sostenibilità nella pratica.

D.5. La 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 e la 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 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 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 reperi 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.

D.5.1 Programma nazionale linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti

Tra le attività svolte in virtù dell'Accordo di collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina della Migrazioni (SIMM), nato nell'ambito del Programma nazio-

nale linee guida salute migranti, sono state completate le linee guida “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”, così come le linee guida “Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia”. La prima linea guida è stata approvata anche dalla Conferenza Permanente per i Rapporti Tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome, divenendo un documento ufficiale per il SSN.

D.5.2 Piattaforma WikINMP sui percorsi sanitari per gli stranieri e suo ampliamento ai percorsi socio-sanitari

L’INMP, quale centro di riferimento della “Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà” (ReNIP), ha elaborato, in stretta sinergia con i referenti regionali, l’ipertesto WikINMP, un servizio che mette a sistema normative nazionali e regionali relative all’accesso al SSN da parte della popolazione straniera e vulnerabile.

La piattaforma, attiva da diversi anni, propone la legislazione nazionale e regionale relativa all’accesso degli stranieri al SSN, costantemente aggiornata con cadenza trimestrale dai referenti della ReNIP. In aggiunta, si è proceduto con una nuova progettualità che prevede l’ampliamento dei contenuti della piattaforma alla componente socio-sanitaria, nel quadro concettuale dei determinanti sociali si salute, con l’obiettivo di migliorare l’accesso alle cure e ai servizi socio-sanitari.

Partendo dalla ricerca e dall’analisi delle principali normative nazionali, sono state avviate le attività di definizione degli specifici servizi da includere e della macrostruttura della nuova sezione socio-sanitaria. Inoltre, è stata avviata l’analisi dei bisogni per l’attuazione tecnologica del sistema della nuova sezione sulla piattaforma esistente.

D.5.3 Il repertorio nazionale degli interventi di sanità pubblica volti all’equità nella salute (ReSPES)

A novembre 2018 l’INMP, al fine di realizzare il repertorio nazionale di interventi di sanità pubblica volti alla promozione dell’equità nella salute, ha avviato, con i referenti regionali della ReNIP, una rilevazione pilota delle pratiche e delle azioni a beneficio dei gruppi più vulnerabili, che ha visto la ricezione di 26 proposte. Inoltre, è stata condotta un’analisi della letteratura in materia, dalla quale è emersa l’importanza dell’adozione congiunta di due approcci di valutazione degli interventi, che inseriscono le buone pratiche nel dominio sia della *evidence-based practice* (Perleth et al; 2001, Cameron et al; 1999, Sahay et al; 1999) sia in una cornice teorica processuale (Kahan et al, 200; Centre for health promotion, 2015).

Per tali considerazioni, è stato progettato e avviato lo sviluppo di un repertorio di interventi di sanità pubblica Efficaci Sostenibili e Trasferibili (EST) volti alla promozione dell'equità nella salute, consultabile *on-line*, che classifichi tali interventi su una scala di rilevanza.

A tal fine, è stato costituito un panel di esperti (Comitato degli Esperti Valutatori – CEV) nei diversi ambiti di competenza, con il compito di elaborare e applicare, insieme all'INMP, un sistema di valutazione degli interventi di sanità pubblica, basato sulla valorizzazione degli elementi di efficacia, trasferibilità e sostenibilità.

D.5.4 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 i 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 artecipante al *network*. È stata effettuata inoltre una ricognizione e raccolta sistematizzata della letteratura sulle disuguaglianze nei Paesi partecipanti al *network*.

D.5.5 Progetti di sanità pubblica

L'INMP ha gestito l'implementazione dei progetti selezionati con bando pubblico 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.

Essi sono:

1. Titolo: Il servizio sanitario si prende cura di te

Obiettivo generale: Promuovere l'accesso della popolazione immigrata e delle categorie vulnerabili agli screening oncologici nelle Regioni Marche, Emilia Romagna, Campania e Liguria.

Partenariato/UO:

- Agenzia Regionale Sanitaria Marche/Osservatorio sulle Disuguaglianze
- AUSL Reggio Emilia
- UOD 4 Assistenza territoriale - REGIONE CAMPANIA
- A.Li.Sa Agenzia Regionale Sanitaria - REGIONE LIGURIA
- Associazione Senza Confini/ONLUS – Gruppo Uman

2. Titolo: Identificazione e intervento su bambini a rischio di disturbi del linguaggio e/o del neuro-sviluppo, figli di migranti.

Obiettivo generale : Screening rivolto a bambini figli di migranti per individuare situazioni di rischio di disturbi di linguaggio e del neuro sviluppo e attivazione di percorsi di accoglienza delle loro famiglie all'interno dei servizi territoriali per l'infanzia.

Partenariato/UO:

- CNR ISTC
- Fondazione Fatebenefratelli
- AUSL Parma
- ATS Val Padana (Mantova)

3. Titolo: Percorso integrato di cura per la prevenzione e la gestione di sovrappeso e obesità in famiglie che appartengono a popolazioni migranti o in svantaggio socio-economico.

Obiettivo generale: Promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica in famiglie di migranti o in svantaggio socio-economico attraverso un modello di intervento.

Partenariato/UO:

- S.C. Pediatria, Ospedale S. Chiara di Trento - APSS Trento
- Azienda Sanitaria dell'Alto Adige - U.O. di Pediatria, Ospedale di Bolzano
- Azienda Ospedaliera Universitaria Integrata di Verona
- Dipartimento alla Salute e Solidarietà Sociale della Provincia Autonoma di Trento
- Fondazione Bruno Kessler
- UISP-Comitato del Trentino
- Fondazione Ca' Foscari

D.6 La Mediazione transculturale

L'Istituto, in qualità di Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in sanità, è impegnato a rafforzare l'assistenza socio-sanitaria primaria e i modelli di promozione dell'accesso ai servizi socio-sanitari delle popolazioni immigrate e, più in generale, dei gruppi particolarmente svantaggiati, anche attraverso la progettazione e condivisione del core curriculum del mediatore transculturale esperto in campo sanitario.

A tal proposito, al fine di contribuire alla definizione di un modello di presa in carico con approccio transculturale per la tutela della salute del paziente straniero, negli anni di riferimento sono stati attuati diversi momenti formativi, di discussione e di riflessione, con lo scopo di aggiornare le cono-

scenze relative alla legislazione sulla migrazione e sull'assistenza sanitaria nei confronti delle varie tipologie di migranti, sono state adeguate le competenze socio-assistenziali dei mediatori alle esigenze espresse o inesprese dalla popolazione *target* oggetto della mediazione e forniti strumenti psicologici utili ad arricchire le capacità relazionali del mediatore, contribuendo a sviluppare una maggiore identità professionale individuale e di gruppo, sebbene la figura professionale del mediatore transculturale in campo sanitario, citata per la prima volta con la legge 8 novembre 2012, n. 158, non sia al momento prevista dal CCNL della Sanità.

Nel 2017 è stato avviato un tavolo di lavoro e confronto sulla *transculturata* composto da un nucleo di collaboratori dell'INMP che a vario titolo si occupano della tematica. L'obiettivo consisteva nell'incentivare la riflessione intorno al tema di interesse, al fine di stimolare l'auto-riflessività nell'approccio adottato quotidianamente nell'attività clinica e di definire la direzione metodologica cui l'INMP coralmente aspira esportare, cioè l'applicazione di un approccio transculturale condiviso all'interno del SSN.

Tra le attività messe in opera nel corso del triennio dall'INMP, proseguendo i lavori avviati nell'ambito del progetto ForMe nel 2015, vi è stata la realizzazione e successivamente l'aggiornamento del *Sistema di gestione delle performance del mediatore* (SGPM), una piattaforma metodologica che permette di codificare il profilo specialistico del mediatore in ambito socio-sanitario e la relativa offerta formativa professionalizzante. A partire dalla revisione di una delle *performance* gestite attraverso il sistema SGPM, nello specifico quella di "orientare l'assistito all'esercizio del diritto alla salute", è stata realizzata una formazione sperimentale rivolta ai mediatori dell'Istituto con valutazione d'impatto sulla *performance* lavorativa. Attraverso il potenziamento della capacità dei mediatori di gestire i casi complessi, è stato posto l'obiettivo di migliorare l'efficienza dell'erogazione dei servizi propedeutici all'esercizio del diritto alla salute, quale il rilascio dei codici STP/ENI e l'orientamento del paziente all'iscrizione al SSN e all'ottenimento di esenzioni dal pagamento del *ticket*. La progettazione del corso è stata pianificata in collegamento con il citato WikINMP "il diritto alla salute e il suo esercizio".

È stata avviata, inoltre, un'attività di *cross-fertilization* tra i mediatori transculturali, il personale sanitario e gli antropologi dell'Istituto, con l'obiettivo di migliorare le conoscenze reciproche relative ai servizi resi ai pazienti e, in tal modo, migliorarne la qualità, nel rispetto della pratica clinica corrente e delle diverse sensibilità culturali. Lo studio della terminologia e delle modalità di intervento clinico o metodologico di più largo uso nell'attività ambulatoriale quotidiana aveva l'obiettivo di favorire la trasmissione di significati e conoscenze che il mediatore porta all'interno dei diversi *setting* in maniera più consapevole. Contestualmente, anche le competenze e le conoscenze dei mediatori scaturite dalla propria esperienza lavorativa sono state condivise con lo *staff* sanitario e con gli

antropologi. Durante l'interscambio, sono state rappresentate le maggiori criticità riscontrate nella presa in carico del paziente straniero e, quindi, proposte possibili risposte risolutive in un lavoro corale tra le diverse professionalità. Le discipline interessate nel primo ciclo di incontri sono state la dermatologia, la ginecologia, l'infettivologia e la cardiologia e nel secondo ciclo la medicina interna, la gastroenterologia e la scienza dell'alimentazione. Le ricadute per l'Istituto sono state/saranno l'ottimizzazione dell'attività di mediazione nei *setting* clinici, la valorizzazione del ruolo attivo del mediatore e la condivisione delle conoscenze tecnico-sanitarie di base per una reale presa in cura transculturale.

Grazie a questa continuità nell'aggiornamento continuo e nel confronto multidisciplinare, l'Istituto si fa promotore di *best practice* esportabili ad altre realtà del territorio, mantenendo alta la qualità dei servizi socio-sanitari erogati con il coinvolgimento attivo della mediazione transculturale.

Nel corso del triennio, infine, è stata elaborata una proposta di disciplinare che regolamenti l'istituzione di un elenco dei mediatori transculturali formati dall'INMP e esperti in ambito socio-sanitario. Tale elenco è pensato per essere gestito attraverso una piattaforma on-line di inserimento dati, con la quale sarà possibile raccogliere l'autocandidatura del mediatore operante in Sanità, acquisendo contestualmente un set di informazioni di base del candidato. Parallelamente, si è lavorato per mettere a punto una proposta di bando per il corso di formazione in ambito sociosanitario rivolto specificatamente a mediatori culturali provenienti dalle diverse regioni italiane. Tale proposta sarà arricchita dall'analisi della *performance* del mediatore che opera in realtà extra-ambulatoriali, quali il pronto soccorso e la degenza ospedaliera nonché da un tirocinio puntuale scaturito dallo studio della normativa alla luce del panorama sociale attuale nazionale e internazionale e dall'approfondimento del ruolo del mediatore nei *setting* delle diverse specialità cliniche presenti nel poliambulatorio INMP, quali esempi di modello da esportare.

D.7 Le progettualità finanziate da fondi esterni

In attuazione della L. n. 189 del 2012 che recita "Per il finanziamento dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), di cui al comma 2, si provvede...(omissis)... mediante...(omissis)... la partecipazione a progetti anche di ricerca nazionali ed internazionali", l'Istituto persegue finalità di salute pubblica di rilevanza istituzionale anche grazie a progetti finanziati da soggetti esterni. Nel triennio in questione, sono stati finanziati progetti dedicati essenzialmente alla facilitazione dell'accesso ai servizi diagnostico-terapeutici e progetti per lo studio e l'attuazione di modelli di presa in carico nel sistema di accoglienza per gli immigrati.

D.7.1 Progetti per la facilitazione dell'accesso ai servizi diagnostico-terapeutici

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 da anni, grazie ai contributi del Ministero della salute, realizza percorsi di medicina sociale. Il paziente può accedere a uno dei percorsi attivati, eventualmente assistito dalla figura del mediatore transculturale e, qualora se ne evidenziasse la necessità clinica all'interno di una condizione di bisogno economico, può fruire gratuitamente di dispositivi medici e protesi resi appositamente disponibili grazie al citato finanziamento.

I progetti sono condotti:

- in campo odontoiatrico, con l'obiettivo di miglioramento le condizioni temporo-mandibolari di individui appartenenti alle fasce deboli della popolazione, erogando i dispositivi protesici odontoiatrici adeguati (dentiere mobili su misura totali o parziali);
- in campo audiologico, con l'obiettivo di 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; 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, con l'obiettivo di aumentare l'efficacia visiva di individui appartenenti alle fasce deboli della popolazione; a tali individui arruolati sono state fornite lenti correttive per i vizi di rifrazione, glaucoma, degenerazione maculare e patologie dell'interfaccia vitreo-retinica;
- in campo ginecologico, con l'obiettivo di valutazione la *compliance* della terapia anticoncezionale proposta, in termini di accettabilità e di riduzione del flusso mestruale;
- in campo diabetologico, per una gestione efficace di specifici gruppi etnici nel centro Italia;
- in campo dermatologico, al fine di valutare le cause e la terapia del prurito sine materia;
- in campo di malattie neglette trasmissibili, per il potenziamento della lotta attraverso diagnosi precoce e terapia gratuita.

D.7.2 Progetti per lo studio e l'attuazione di modelli di presa in carico nel sistema di accoglienza

All'inizio del triennio, sono proseguite le attività sanitarie all'interno degli Hotspot di Lampedusa e Trapani Milo. Durante i mesi di attività di progetto, l'INMP ha continuato ad offrire le proprie competenze specifiche specialistiche relative alla diagnosi e al trattamento delle patologie tipiche dei Paesi a forte pressione migratoria, attraverso un team multidisciplinare. Inoltre, sono proseguite le attività legate alla sperimentazione del Protocollo multidisciplinare per l'accertamento dell'età.

Come previsto dal DPCM 234/2016 e dalla Legge 47/2017 (cd Legge Zampa), l'INMP ha costituito équipe multidisciplinari (psicologi dell'età evolutiva, pediatri e mediatori culturali esperti) che hanno erogato la loro attività socio-sanitaria all'interno, al fine di completare, in un contesto con scarsa possibilità di accesso ai servizi specialistici, il processo di miglioramento della presa in carico appropriata ed efficiente degli ospiti stranieri, con una particolare attenzione per i minori stranieri non accompagnati.

È stato avviato, su richiesta del Ministero dell'interno, il progetto "Tutela della salute dei minori stranieri non accompagnati (MSNA) accolti nel sistema di prima accoglienza", ultimato alla fine del triennio, finanziato dal Ministero dell'Interno a valere sul Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione 2014-2020 (FAMI) dell'Unione europea. Il progetto mirava a potenziare il sistema nazionale di prima accoglienza a favore dei minori stranieri non accompagnati (MSNA), fornendo supporto agli attori coinvolti (Centri di accoglienza, Asl e strutture sanitarie competenti, realtà del privato sociale), per promuovere una migliore presa in carico della salute del minore e ottenere condizioni funzionali favorevoli a un cambiamento strutturale in questo ambito. L'intervento agiva lungo due direttrici principali: da una parte mirava al rafforzamento delle competenze delle équipe multidisciplinari dei Centri di prima accoglienza per MSNA presenti sul territorio nazionale, dall'altra alla creazione e alla promozione di un'azione di sistema, sostenibile e replicabile su tutto il territorio nazionale, mettendo in rete i Centri di prima accoglienza per MSNA principalmente con le strutture sanitarie di riferimento, e anche con gli altri attori presenti sul territorio e operanti nel settore. Tra i risultati, importanti il Documento di sintesi sull'identificazione dei bisogni formativi e organizzativi delle strutture per MSNA finanziate dal FAMI e il Grafo della *Social Network Analysis* (SNA) applicata alle reti di relazioni territoriali delle Strutture di prima accoglienza per MSNA finanziate dal FAMI, attraverso i quali l'INMP è riuscito a rispondere all'obiettivo generale del progetto e a supportare il Ministero dell'interno, quale Autorità responsabile del Fondo migrazioni per l'Italia, nelle azioni locali.

Inoltre, è stato avviato il progetto SAVE - *Support Actions for Vulnerability Emergence*, finanziato dalla Direzione generale Migrazione e affari interni della Commissione Europea, in partenariato con il Ministero dell'Interno, il Ministero della Salute, la Regione Puglia, la Regione Calabria, la Regione Siciliana, e la Fondazione nazionale degli assistenti sociali, con l'obiettivo di potenziare le capacità dei sistemi di prima assistenza nell'individuare e inserire in percorsi adeguati i migranti portatori di alcune specifiche vulnerabilità (quali minori, vittime di tratta, tortura, violenza) nonché nell'accertare la minore età dei MSNA nei casi dubbi che giungono negli *Hotspot* attivi.

Tra gli obiettivi specifici, proseguendo le attività del progetto CARE, c'era quello di attivare strumenti informatici per la registrazione del dato sanitario e sociale del migrante assicurando, così, la continuità delle cure erogate dal SSN nei diversi passaggi del processo di accoglienza, e per la registrazione delle attività connesse all'individuazione precoce di vulnerabilità e accertamento dell'età dei MSNA nei casi dubbi sviluppare le capacità di emersione precoce delle vulnerabilità all'interno degli Hotspot italiani presenti su quei territori regionali, sostenendo azioni di prima assistenza.

Alle attività descritte per l'anno finanziario 2019 sotto il capitolo C 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.