



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Codice sito 4.10/2015/15

Presidenza del Consiglio dei Ministri
CSR 0000618 P-4.23.2.10
del 05/02/2015



10901153

Al Presidente della Conferenza delle Regioni e
delle Province autonome
c/o CINSEDO
conferenza@pec.regioni.it

All'Assessore della Regione Veneto
Coordinatore Commissione salute
protocollo.generale@pec.regione.veneto.it
statoregioni@pecveneto.it

All'Assessore della Regione Umbria
Coordinatore Vicario Commissione salute
conferenze.regione@postacert.umbria.it

Ai Presidenti delle Regioni e delle Province
autonome di Trento e Bolzano
(CSR PEC LISTA 3)

E p.c.

Al Ministero della salute
- Gabinetto
gab@postacert.sanita.it
- Direzione generale della
programmazione sanitaria
dqprog@postacert.sanita.it
- Direzione generale della vigilanza sugli
enti e della sicurezza delle cure
dgvesc@postacert.sanita.it

Al Ministero dell'economia e delle finanze
- Gabinetto
confgabmef@pec.mef.gov.it
- Dipartimento della Ragioneria generale
dello Stato - Coordinamento delle attività
dell'Ufficio del Ragioniere generale dello
Stato
- [rgs.ragionereregionale.coordinamento@pe
c.mef.gov.it](mailto:rgs.ragionereregionale.coordinamento@pec.mef.gov.it)



Presidenza del Consiglio dei Ministri

SEGRETERIA DELLA CONFERENZA PERMANENTE
PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI
E LE PROVINCE AUTONOME

Oggetto: Proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per l'approvazione del progetto interregionale dell'attività per l'anno 2014 dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

Approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'art. 14, co. 5, decreto legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge n. 189/2012.

Il Ministero della salute ha trasmesso, con nota del 3 febbraio 2015, la proposta indicata in oggetto, di concerto con il Ministero dell'economia.

Al riguardo, si chiede di acquisire dalla Regione Veneto, Coordinatrice della Commissione salute, l'assenso tecnico, ove non si registrassero osservazioni e si ritenesse di poter procedere senza un previo incontro tecnico. In caso si ritenesse necessario apportare eventuali modifiche, questo Ufficio di Segreteria convocherà un incontro per l'esame dello schema di decreto al fine dell'approvazione in questa Conferenza.

La suddetta documentazione è disponibile sul sito www.statoregioni.it con il codice 4.10/2015/15.

Il Direttore
Antonio Taddeo



Ministero della Salute

UFFICIO DI GABINETTO

Ministero della Salute

GAB

0000940-P-03/02/2015

I.4.d.a/2014/13



153639782

Allegati: n. 1

Oggetto:

Proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per l'approvazione del progetto interregionale dell'attività per l'anno 2014 dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

Approvazione da parte della Conferenza Stato-Regioni ai sensi dell'art. 14, co. 5, d.l. n. 158/2012, convertito, con modificazioni, dalla l. n.189/2012.

Si trasmette in allegato la proposta del Ministro della salute per l'approvazione del progetto interregionale dell'attività per l'anno 2014 dell'INMP, ai sensi dell'art. 14, co. 5, d.l. n. 158/2012, convertito, con modificazioni, dalla l. n.189/2012, con richiesta di sottoporla all'esame di codesta Conferenza, nella prima seduta utile, ai fini dell'espressione della prescritta approvazione.

Sulla proposta in oggetto è stato acquisito l'assenso tecnico del Ministero dell'economia e delle finanze in data 30.01 u.s.

Presidenza del Consiglio dei Ministri

CSR 0000563 A-4.23.2.10

del 03/02/2015



10885617

Il Capo di Gabinetto

(Cons. Giuseppe Chinè)

Proposta alla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano del progetto interregionale dell'attività per l'anno 2014 dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà.

Approvazione ai sensi dell'articolo 14, comma 5, del decreto-legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Sommario

A. RIFERIMENTI NORMATIVI	3
B. COMPITI DELL'ISTITUTO	4
C. CONTESTO DI SALUTE	5
C.1 Lo stato di salute della popolazione immigrata	5
C.2 La situazione dell'immigrazione in Italia nell'anno 2014	6
C.3 Le disuguaglianze di salute in Italia	7
D. L'ATTIVITÀ NEL 2014	10
D.1 L'assistenza sanitaria ambulatoriale	10
D.2 Piano di intervento sociosanitario in favore della popolazione migrante in transito	12
D.3 La Formazione	13
D.4 La ricerca scientifica in ambito clinico ed epidemiologico	14
D.5 I progetti finanziati con fondi esterni	15
D.5.1 Progetti finanziati dal Ministero della salute	16
D.5.2 Progetti finanziati dal Ministero degli Affari Esteri	17
D.5.3 Progetti finanziati dall'Unione Europea	17
D.6 Le attività svolte all'interno del programma interregionale 2013-2015	17
D.6.1 Rete degli studi longitudinali metropolitani	17
D.6.2 Sliding doors per l'accesso degli immigrati ai servizi sanitari	19
D.6.3 Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e sull'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (OENIP)	19
D.6.4 Core curriculum del mediatore transculturale	20
D.6.5 Lo stato di salute della popolazione afferente al poliambulatorio INMP	21
D.6.6 La Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà	22
D.6.7 Il network sud europeo sulle disuguaglianze di salute	23
D.6.8 Valorizzazione dei risultati del Libro Bianco ESS (Equità nella salute e nella sanità)	23
D.6.9 Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute	25
D.6.10 Fattori sociodemografici, stato di salute e ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera: le indagini multiscopo ISTAT sulle famiglie	25
E. PROPOSTA DI PROGETTO INTERREGIONALE	26
E.1 Osservatorio epidemiologico nazionale	27
E.2 Core Curriculum del mediatore transculturale	28
E.3 La Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà	28
E.4 Il network sud europeo sulle disuguaglianze di salute	29
E.5 Progetti di sanità pubblica	30

A. RIFERIMENTI NORMATIVI

L'articolo 14 del decreto - legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189 ha stabilito, al comma 2, che "(omissis...) Al fine di limitare gli oneri per il Servizio sanitario nazionale per l'erogazione delle prestazioni in favore delle popolazioni immigrate, l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) già costituito quale sperimentazione gestionale, è ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute, con il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrastare le malattie della povertà". Il medesimo articolo dispone che, per il finanziamento delle attività, si provvede annualmente nell'ambito di un apposito progetto interregionale, approvato dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per la cui realizzazione, sulle risorse finalizzate all'attuazione dell'articolo 1, comma 34, della legge 23 dicembre 1996, n. 662, e successive modificazioni, è vincolato l'importo pari a 5 milioni di euro per l'anno 2012 e 10 milioni di euro annui a decorrere dall'anno 2013, alla cui erogazione, a favore del medesimo Istituto, si provvede annualmente, a seguito dell'intesa espressa dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento del Servizio sanitario nazionale per l'anno di riferimento.

Il citato disposto normativo, al comma 3 dell'art. 14, assegna all'INMP il ruolo di centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché quello di Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario.

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

In ottemperanza all'art. 3, comma 1, del Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'INMP, pubblicato con Gazzetta Ufficiale n. 119 del 23 maggio 2013, che prevede che l'Istituto "svolge la sua attività sulla base di progetti annuali o pluriennali predisposti dal

direttore, in coerenza con gli indirizzi strategici e sentito il consiglio di indirizzo di cui all'articolo 8", la presente proposta progettuale si inquadra nella cornice della programmazione triennale 2013-2015, approvata dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ai sensi dell'articolo 14 del decreto - legge 13 settembre 2012, n.158, nel corso della seduta del 19 dicembre 2013. In essa vengono dichiarati gli obiettivi della seconda annualità (progetto interregionale 2014). I restanti obiettivi e le relative attività della programmazione triennale faranno parte della successiva proposta annuale (progetto interregionale 2015). Come per l'anno precedente, vale sottolineare che, anche per la presente proposta progettuale 2014, parte delle attività avrà svolgimento nel corso dell'anno successivo, in questo caso il 2015.

B. COMPITI DELL'ISTITUTO

La *mission* dell'INMP è quella di sviluppare sistemi e percorsi innovativi per contrastare le disuguaglianze nell'ambito della salute in Italia, rendere più agevole l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale per i gruppi sociali più svantaggiati, e assicurare un alto livello di qualità delle prestazioni fornite ai cittadini italiani e stranieri.

In particolare, l'Istituto eroga prestazioni sanitarie a beneficio delle popolazioni di riferimento (fasce povere e impoverite della popolazione, stranieri regolari e irregolari, vittime della violenza e della tratta, richiedenti protezione internazionale), attraverso l'applicazione del proprio modello olistico della presa in cura socio-sanitaria con approccio transculturale. Tale attività assistenziale, svolta nel 2014 prevalentemente nell'ambito del SSR del Lazio, assume una valenza certamente più ampia e non territorialmente confinata, in quanto rappresenta un momento privilegiato di relazione con le popolazioni target, di comprensione delle dinamiche di salute e degli scenari sempre nuovi che il fenomeno migratorio propone; esso rende, inoltre, possibile la ricerca clinica e la sperimentazione sul campo di modelli operativi, replicabili in diversi ambiti e contesti regionali.

Particolarmente ricco è il filone dei progetti di ricerca e formazione sulle tematiche della migrazione, della povertà e della salute globale, grazie al coinvolgimento delle Regioni e delle province autonome di Trento e Bolzano, attraverso meccanismi di ingaggio multilivello.

Tra le attività istituzionali, l'INMP ha avviato il processo per la definizione del curriculum di conoscenze e competenze abilitante alla mediazione transculturale in ambito socio-sanitario e clinico. Tale processo, condotto assieme agli attori istituzionali rilevanti, esiterà, nel medio periodo, nell'adozione del curriculum all'interno di piani di formazione a livello regionale e dei percorsi

formativi universitari, per il successivo rilascio del titolo nazionale ai fini del reclutamento della figura del mediatore transculturale nel SSN.

Sempre in sinergia con le Regioni, l'Istituto concorre, attraverso l'Osservatorio epidemiologico nazionale e la Rete nazionale per le problematiche socio-sanitarie legate ai migranti e alla povertà, alla composizione del quadro conoscitivo per la definizione delle politiche pubbliche nazionali, volte a dare risposta ai bisogni di salute emergenti e a contrastare le disuguaglianze, tutto ciò anche allo scopo del contenimento degli oneri a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

C. CONTESTO DI SALUTE

C.1 Lo stato di salute della popolazione immigrata

La popolazione straniera residente in Italia nel 2013 è stimata in 4.900.000 (8,2%)¹. Tra il 2003 e il 2009, la mortalità standardizzata per età (18-64 anni) è stata in calo e inferiore a quella della popolazione italiana, per tutte le principali cause tranne che per le cause esterne di morbosità e mortalità (che includono i decessi legati agli infortuni sul lavoro)².

La mortalità neonatale e infantile dei paesi africani e asiatici è superiore a quella degli italiani, più elevata nel Sud rispetto alla media nazionale³.

L'ospedalizzazione da parte degli stranieri provenienti da Paesi a forte pressione migratoria (PFPM) è inferiore rispetto alla popolazione italiana, specialmente tra gli uomini. Fanno eccezione i ricoveri per malattie infettive parassitarie e i ricoveri per complicazioni della gravidanza, parto e puerperio. Particolare rilevanza rivestono anche i traumatismi in regime ordinario tra gli uomini, pari a circa 1/5 di tutti ricoveri effettuati da cittadini stranieri in Italia⁴.

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

Le donne straniere hanno peggiori indicatori di assistenza in gravidanza e maggiori difficoltà a proseguire con l'allattamento al seno⁵.

¹ Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre". Sito: www.demo.istat.it

² Bruzzone S, Mignolli N. Mortalità per causa tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2012. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex Ed 2013: 234-41.

³ Bruzzone S, Mignolli N. Mortalità infantile e neonatale tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2012, *op. cit.*, pp.242-47.

⁴ Pugliese A, Burgio S, Geraci S, Baglio G. Ospedalizzazione tra gli stranieri. In: Rapporto Osservasalute 2012, *op. cit.*, pp. 226-33.

⁵ Lauria L, Andreozzi S (a cura di). Percorso nascita e immigrazione in Italia: le indagini del 2009. Rapporti Istituzionali 11/12.

Un terzo delle IVG nel 2011 ha riguardato cittadine straniere (34mila); i tassi di abortività sono 3-4 volte superiori a quelli delle italiane⁶.

L'incidenza di tumori attraverso i dati di registri locali (Toscana e Piemonte) evidenzia valori più bassi tra gli stranieri provenienti da PFPM rispetto agli italiani e agli stranieri provenienti da Paesi a sviluppo avanzato (PSA), per quasi tutte le sedi tumorali, tranne che per i tumori di origine virale (fegato e cervice uterina)⁷.

Non si evidenziano differenze rilevanti per quanto riguarda l'attività fisica, l'obesità, l'alimentazione, l'abitudine al fumo, il consumo di alcol. La salute percepita risulta migliore tra gli stranieri: il 77% fornisce una valutazione positiva contro il 68% degli italiani. Risulta invece più alta tra gli stranieri la percezione di subire un infortunio sul lavoro (32% vs 26% tra gli italiani). Si osservano livelli più bassi di copertura tra gli stranieri per gli screening cervicali, mammografici e per la diagnosi precoce dei tumori del colon-retto, principalmente per i test al di fuori delle campagne di screening organizzato (Fonte: indagine PASSI)⁸.

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

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

C.2 La situazione dell'immigrazione in Italia nell'anno 2014

I cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti in Italia al 1° gennaio 2014 sono pari a 3.874.726, con un incremento di circa 110.000 unità, pari al 3%. I Paesi di cittadinanza più rappresentati sono Marocco (524.775), Cina (320.794), Ucraina (233.726) e Filippine (165.783). Il numero di permessi di soggiorno rilasciati durante il 2013 sono stati 255.646, il 3,2% in meno rispetto al 2012⁹. Nel corso del 2012, sono state esaminate dalle Commissioni Territoriali 29.969 istanze di protezione internazionale. Per 6.545 persone, pari al 21,8% dei richiedenti, è stata riconosciuta una delle forme di protezione internazionale. Complessivamente, sono stati rilasciati 15.486

⁶ D'Errigo A, Loghi M, Spinelli A. Abortività volontaria delle donne straniere. In: Rapporto Osservasalute 2012, *op. cit.*, pp.219-23.

⁷ Manneschi G, Crocetti E, Puliti D, et al. L'incidenza dei tumori in cittadini nati in Italia e in immigrati di prima generazione. *E&P* 2011; 35 (5-6): 292-6.

⁸ Sorveglianza Passi. Sito: <http://www.epicentro.iss.it/passi/>

⁹ Istat. Geo-demo "Demografia in Cifre".

(51,6%) permessi di soggiorno per motivi umanitari¹⁰.

Tuttavia, il fenomeno della protezione internazionale è in netto incremento: secondo fonti del Ministero dell'Interno, "dal primo gennaio al 17 settembre 2014 sono sbarcati in Italia 125.876 migranti, di cui 9820 minori non accompagnati. Aumentano le richieste di protezione internazionale, passate dalle circa 23mila di tutto il 2013 alle 38mila registrate finora nel 2014".

Il Rapporto del Consiglio Italiano per i Rifugiati sull'Asilo in Europa evidenzia che nei primi 8 mesi del 2014 "sono state presentate oltre 36.000 domande d'asilo, un numero, da un lato, elevato rispetto al totale delle richieste ricevute nell'intero anno precedente (27.930), dall'altro molto basso se comparato con le 106.000 persone giunte via mare dall'inizio dell'anno fino ad agosto 2014. La maggioranza delle persone sbarcate è composta da famiglie e bambini. Durante i primi sette mesi di quest'anno sono arrivati in Italia 17.700 bambini, di cui circa 9.700, per lo più eritrei, sono minori non accompagnati. L'arrivo di decine di migliaia di persone via mare, rappresenta un'enorme sfida operativa e umanitaria per l'Italia, che ha fin qui aumentato il numero dei posti in accoglienza e adibito nuove strutture temporanee. Come risultato, attualmente sono ospitate in Italia circa 60.000 persone. Tuttavia, gli standard ricettivi italiani non sono omogenei sul territorio e i Centri d'accoglienza sono pressoché al collasso. Il sud Italia sta ospitando circa il 55% dei richiedenti asilo; solo la regione Siciliana più del 25%. La deficienza del sistema ricettivo italiano, tuttavia, colpisce maggiormente le persone alle quali è stata già riconosciuta una qualche forma di protezione rispetto a coloro appena giunti. I rifugiati che non riescono ad accedere al sistema d'accoglienza, si ritrovano di fatto senza alcun supporto e molti cercano di raggiungere altri Paesi europei alla ricerca di migliori condizioni di vita e prospettive di integrazione"¹¹.

C.3 Le disuguaglianze di salute in Italia

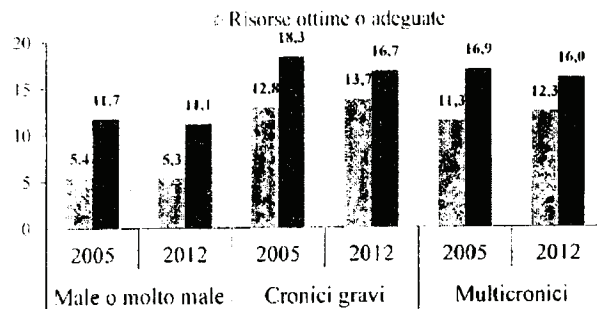
In Italia si osservano disuguaglianze nella salute che riguardano l'incidenza e la prevalenza delle malattie, come pure la mortalità in rapporto alle dimensioni della posizione socioeconomica. Le disuguaglianze osservate riguardano sia indicatori obiettivi di morbosità, disabilità e mortalità sia indicatori di salute autoriferita. Tutti i risultati vanno nella stessa direzione ed evidenziano salute peggiore per le fasce di popolazione più svantaggiate. I dati desumibili dalle indagini Multiscopo sulla salute dell'Istat evidenziano un'insoddisfazione per il proprio stato di salute crescente per livelli inferiori di risorse economiche dichiarate (rispettivamente nel 2005 e 2012, l'11,7% e 11,1%

¹⁰ SPRAR. Rapporto annuale del Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati. Atlante SPRAR 2012/2013. Sito web: <http://www.serviziocentrale.it/file/server/file/SPRAR-rapporto%202012defmg.pdf>

¹¹ AIDA-Asylum Information Database. Mind the gap. Annual report 2013/2014. Sito web: http://www.cir-onlus.org/images/pdf/2014_09%20AIDA%20Annual%20Report%202013-2014.pdf

dichiara di star male o molto male tra chi ha risorse economiche scarse o insufficienti, contro il 5,4% e il 5,3% di chi riferisce di godere di risorse ottime o adeguate, Grafico 1).

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

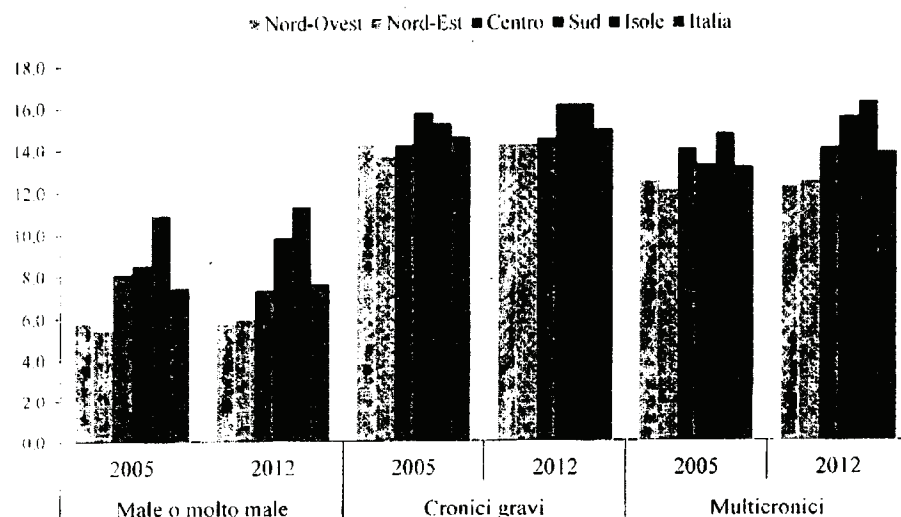


Fonte: Istat, Indagine multiscopo sulle famiglie, Condizioni di salute e ricorso ai servizi sanitari. Anni 2005 e 2012

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

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

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



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

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

Per quanto riguarda la mortalità, i dati dello studio longitudinale basato sull'indagine ISTAT sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 1999-2000, su una coorte di 128.818 residenti, seguita fino al 2007 con *follow up* di mortalità a partire dalla data dell'intervista (effettuata tra settembre 1999 ad agosto 2000), evidenziano un gradiente geografico nella mortalità generale¹²; sia tra gli uomini che tra le donne si osservano tassi di mortalità più elevati al sud e più bassi al centro (tassi di mortalità standardizzati per età pari, rispettivamente, a 796.5, 761.0 e 829.9 per 100,000 uomini al nord, centro e sud e, rispettivamente, pari a 449.2, 422.5 e 455.3 donne del nord, centro e sud). I rischi di mortalità per tutte le cause presentano un gradiente inverso rispetto al livello di istruzione e risultano significativamente più elevati tra le persone con bassa istruzione rispetto ai più istruiti, sia negli uomini che nelle donne: gli uomini con istruzione elementare presentano un rischio di morte di circa l'80% superiore a quello dei più istruiti; tra le donne tale eccesso è di minore entità ma comunque superiore al 60%.

Tabella 3. *Mortalità generale per livello di istruzione (Deceduti, tassi grezzi e RR aggiustati per età e area geografica). Età compresa tra 25 e 74 anni.*

	Livello d'istruzione	n. deceduti	Tassi grezzi	RR	IC al 95%	
Uomini	Laurea	98	393.19	1		
	Diploma superiore	354	376.00	1.16	0.88	1.54
	Lic. media inferiore	506	509.04	1.46	1.12	1.91
	Lic. elementare o meno	1588	1858.98	1.79	1.39	2.32
	<i>p=0,01 per trend lineare</i>					
Donne	Laurea	42	169.00	1		
	Diploma superiore	169	181.95	1.12	0.70	1.80
	Lic. media inferiore	208	241.11	1.22	0.77	1.94
	Lic. elementare o meno	1.149	960.40	1.63	1.05	2.54
	<i>p=0,06 per trend lineare</i>					

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

Le cause che maggiormente contribuiscono al gradiente sociale sono le malattie del sistema circolatorio e i tumori. Sia gli uomini che le donne evidenziano un incremento regolare della mortalità per tutti i tumori al decrescere del livello d'istruzione: le donne con istruzione elementare presen-

¹² Marinacci C et al. Social inequalities in total and cause-specific mortality of a sample of the Italian population, from 1999 to 2007. Eur J Public Health 2013; 23(4): 582-7.

tano un rischio di morire, per tale causa, pari a circa il doppio di quello delle più istruite; anche le donne con livello d'istruzione medio mostrano un rischio di decesso superiore a quello delle più avvantaggiate.

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

Secondo il Rapporto Istat 2014, infatti, "nel 2013, il 12,6% delle famiglie è stato in condizione di povertà relativa (per un totale di 3 milioni 230 mila) e il 7,9% lo è in termini assoluti (2 milioni 28 mila). Le persone in povertà relativa sono il 16,6% della popolazione (10 milioni 48 mila persone), quelle in povertà assoluta il 9,9% (6 milioni 20 mila). L'incidenza di povertà assoluta è aumentata dal 6,8% al 7,9% (per effetto dell'aumento nel Mezzogiorno, dal 9,8 al 12,6%), coinvolgendo circa 303 mila famiglie e 1 milione 206 mila persone in più rispetto al 2012. Peggiora la condizione delle coppie con figli: dal 5,9 al 7,5% se il figlio è uno solo, dal 7,8 al 10,9% se sono due e dal 16,2 al 21,3% se i figli sono tre o più, soprattutto se almeno un figlio è minore. Nel 2013, 1 milione 434 mila minori sono poveri in termini assoluti (erano 1 milione 58 mila nel 2012). L'incidenza della povertà assoluta cresce tra le famiglie con persona di riferimento con titolo di studio medio-basso (dal 9,3 all'11,1% se con licenza media inferiore, dal 10 al 12,1% se con al massimo la licenza elementare), operaia (dal 9,4 all'11,8%) o in cerca di occupazione (dal 23,6 al 28%); aumenta anche tra le coppie di anziani (dal 4 al 6,1%) e tra le famiglie con almeno due anziani (dal 5,1 al 7,4%); i poveri assoluti tra gli ultrasessantacinquenni sono 888 mila (erano 728 mila nel 2012).

Nel Mezzogiorno, all'aumento dell'incidenza della povertà assoluta (circa 725 mila poveri in più, arrivando a 3 milioni 72 mila persone), si accompagna un aumento dell'intensità della povertà relativa, dal 21,4 al 23,5%.

Le dinamiche della povertà relativa confermano alcuni dei peggioramenti osservati per la povertà assoluta: peggiora la condizione delle famiglie con quattro (dal 18,1 al 21,7%) e cinque o più componenti (dal 30,2 al 34,6%), in particolare quella delle coppie con due figli (dal 17,4 al 20,4%), soprattutto se minori (dal 20,1 al 23,1%).¹³

D. L'ATTIVITÀ NEL 2014

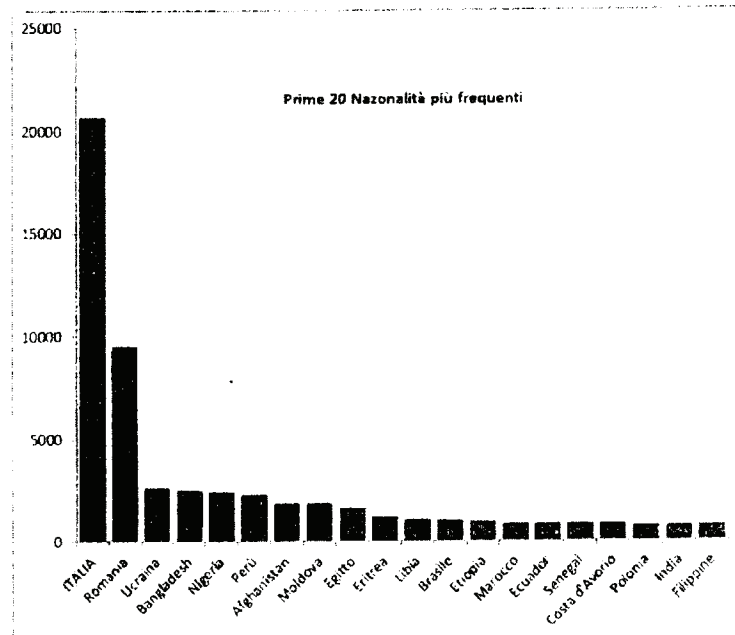
D.1 L'assistenza sanitaria ambulatoriale

L'ambulatorio polispecialistico dell'INMP eroga visite e prestazioni nelle discipline della dermatologia, infettivologia, oculistica, chirurgia plastica, cardiologia, otorinolaringoiatria, ginecologia, odontoiatria, psichiatria e psicologia.

¹³ Report Istat "La povertà in Italia – anno 2013". Roma, 14 luglio 2014. www.istat.it/it/archivio/128371

Da settembre 2007 a giugno 2014 sono stati accolti circa 70.000 pazienti (di cui il 6% minori), per un totale di circa 240.000 accessi. La distribuzione per genere è quasi paritaria. La domanda di assistenza è costantemente in crescita, a partire dai 19.473 accessi del 2008 fino ai 44.421 del 2013, con un incremento progressivo di presenze maschili, che passano dal 45% del 2008 al 53% del 2013. Da un'iniziale composizione di pazienti del 93% di stranieri / 7% italiani, si è arrivati nel 2013 a una presenza di italiani pari al 39%, di cui gran parte esenti per basso reddito (v. paragrafo D.6.5). Può essere ragionevole ipotizzare che una parte rilevante di tale modificazione sia dovuta alla generazione di nuove povertà, principalmente per effetto della crisi economica. In linea con i dati nazionali, la principale presenza straniera è quella romena, seguita da Ucraina, Bangladesh e Nigeria (Grafico 4).

Grafico 4. Distribuzione dei pazienti INMP per paese di provenienza



I principali problemi di salute per i quali l'INMP ha erogato assistenza sono le malattie della cute e del tessuto sottocutaneo (n=18.530), le malattie del sistema nervoso e degli organi dei sensi (n=16.215), in particolare dell'occhio e dell'orecchio, le malattie infettive e parassitarie (n=11.261), in particolare da virus clamidia, e malattie dell'apparato digerente (n=8.258), in particolare malattie della cavità orale, delle ghiandole e delle mascelle.

6.247 persone con una richiesta di protezione internazionale in corso hanno avuto assistenza sanitaria presso il poliambulatorio INMP, provenienti principalmente da Nigeria, Afghanistan, Eritrea, Costa D'avorio, Somalia, Ghana e Turchia. L'83% sono uomini, il 55% nella fascia di età 25-34, con

una presenza di minori pari a 154. Di queste 2.366 hanno avuto accesso al servizio di assistenza psicologica della clinica transdisciplinare, tra cui 1.651 hanno avanzato richiesta di protezione internazionale attraverso INMP. I richiedenti protezione internazionale hanno prodotto 36.944 accessi, con un numero medio di accessi pro-capite pari a 5,9 e superiore rispetto alla casistica generale di INMP, evidenziando quindi un bisogno assistenziale più elevato (Fonte: Sistema Informativo INMP).

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

A seguito dell'intensificarsi degli arrivi nell'ambito dell'operazione umanitaria "Mare Nostrum", si è registrato a partire da aprile 2014 un cospicuo aumento delle presenze immigrate all'interno di insediamenti spontanei o edifici in stato di abbandono, localizzati nell'area metropolitana di Roma. Questo nuovo fenomeno vede coinvolti prevalentemente immigrati in transito, che non godono di copertura sanitaria (in quanto non inseriti nei programmi di accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati) e quasi mai si rivolgono spontaneamente ai servizi preposti all'assistenza per gli STP. L'urgenza del bisogno di salute, da un lato, e la condizione di transitanti dall'altro, rendono inapplicabili i modelli di orientamento ai servizi e di presa in carico generalmente utilizzati nei confronti della popolazione immigrata stanziale.

Considerata la portata nazionale del fenomeno, l'INMP, in quanto Centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche sociosanitarie legate alle popolazioni migranti e alla povertà, ha sperimentato, in collaborazione con la ASL RMB e altre istituzioni del privato sociale (CRI, MEDU, Associazione Cittadini del Mondo, Caritas diocesana di Roma) una specifica modalità di intervento in favore di queste persone in transito, basata sull'attivazione di una rete territoriale di prossimità per l'offerta attiva e la presa in carico.

In considerazione delle caratteristiche della popolazione in transito e degli elementi di contesto, il modello di intervento si è basato sull'offerta proattiva di prestazioni sociosanitarie di primo livello alla popolazione target direttamente negli insediamenti individuati (mediante utilizzo di unità mobili), con possibilità di invio alla rete territoriale dei servizi per approfondimenti diagnostici e *videat* specialistici, nonché al livello ospedaliero per i trattamenti urgenti mediante attivazione del Ares 118.

Questo modello è stato ripreso nelle indicazioni che la Regione Lazio con nota dell'8 agosto 2014 ha fornito alle proprie ASL per l'organizzazione delle attività di carattere sanitario a tutela della salute dei migranti in transito.

Analisi preliminare dell'attività

Nei primi mesi di attività sono state effettuate complessivamente 30 uscite nei tre insediamenti, per un totale di circa 2.000 visite.

D.3 La Formazione

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

Inoltre, in ottemperanza a quanto previsto dal decreto istitutivo dell'INMP che identifica l'Istituto quale Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario, l'attività di mediazione transculturale ricopre una valenza centrale nei percorsi formativi, che da un lato sono orientati alla sensibilizzazione degli operatori e delle strutture sanitarie nei confronti di questa nuova figura e delle sue specificità, competenze e potenzialità, e dall'altro sono volti alla formazione specialistica in ambito sanitario del mediatore culturale stesso.

Oltre alla mediazione transculturale, che costituisce una delle principali macroaree di riferimento per le attività formative dell'INMP, ambiti formativi d'interesse dell'Istituto sono la medicina transculturale e delle migrazioni, l'accesso ai servizi socio-sanitari e i percorsi di assistenza e cura transdisciplinare, l'assistenza di base e il materno-infantile, la *governance* e le politiche sanitarie, la cooperazione internazionale e la *Global Health*.

In particolare, gli interventi formativi dell'INMP sono volti alla promozione di un modello olistico di accoglienza e cura basato su un *setting* transdisciplinare che prevedere, nel percorso di cura, la compresenza di figure professionali diverse: medico, infermiere, psicologo, antropologo e mediatore culturale, le cui competenze si uniscono e si integrano al fine di offrire un'assistenza più completa.

Nel rispetto delle procedure di processo emesse nel Sistema di Gestione della Qualità, l'Istituto ha provveduto alla progettazione di eventi formativi svolti nell'ambito di attività istituzionale e di progetti finanziati da enti terzi, nonché all'attivazione delle procedure per l'acquisito di formazione dedicata al personale interno.

Inoltre, nel quadro delle attività previste, il personale della UO della formazione ha contribuito all'ideazione di progetti formativi inclusi in proposte progettuali presentate dall'Istituto.

Nell'ambito delle attività formative, l'INMP si avvale anche della piattaforma WBT attraverso la quale eroga specifici corsi di formazione, anche accreditati ECM, e offre un supporto ai corsi residenziali, attraverso la messa a disposizione del materiale in-formativo utilizzato in aula o integrativo degli interventi e, nell'ambito di specifici progetti, la piattaforma viene utilizzata anche come spazio di scambio, confronto e supporto su argomenti specifici.

In qualità di provider nazionale di formazione accreditata ECM, nel 2013, nell'ambito degli eventi ECM su progetti finanziati da enti terzi, sono stati erogati per la prima volta corsi di formazione a distanza (FAD) tramite piattaforma WBT, attraverso la quale è stato possibile raggiungere un maggior numero di discenti ai quali è stata veicolata, oltre alle conoscenze specifiche del corso, l'importanza dell'approccio transdisciplinare e transculturale.

Infine, nell'anno di specie, sono stati programmati 15 eventi formativi, di cui 7 già svolti e i restanti 8 da tenersi entro l'anno. Tra gli argomenti trattati, si citano, ad esempio, le vaccinazioni per le popolazioni Rom, sinti e camminanti, l'accoglienza e la presa in carico del bambino migrante, la prevenzione della TBC in ambiente sanitario, il diritto alla salute nella popolazione straniera, l'audit clinico, ecc.

D.4 La ricerca scientifica in ambito clinico ed epidemiologico

Lo sviluppo della ricerca scientifica rappresenta uno dei pilastri dell'INMP (Decreto Min. Sal. n. 56 22 febbraio 2013). Per quanto riguarda l'epidemiologia sono attive diverse linee di ricerca interregionale, sui temi delle disuguaglianze sociali nella salute e nell'assistenza sanitaria, che saranno descritte in dettaglio nel capitolo D.6. L'INMP sta individuando i progetti di ricerca clinica da attivare nel 2015, promuovendo la partecipazione a progetti collaborativi in partnership con altre istituzioni impegnate nelle aree di maggior interesse, che al momento risultano le epatiti virali, le malattie sessualmente trasmissibili, la dermatologia, l'odontoiatria e l'antropologia medica.

Inoltre sono attive o in via di definizione, le seguenti linee di ricerca clinica, nell'ambito dei progetti di medicina sociale, descritti di seguito nel dettaglio:

- *Studio sulla insorgenza di antibiotico-resistenza alla terapia standard contro l'infezione da H. Pylori*". Gli obiettivi sono 1) stimare la proporzione e il tipo di antibiotico-resistenza in immigrati HP positivi provenienti da diverse aree geografiche e trattati con due diversi schemi terapeutici di prima linea (secondo le linee guida internazionali), quali la terapia sequenziale e la triplice terapia contenente claritromicina; 2) valutare l'efficacia di schemi terapeutici di seconda linea, costituiti da terapie individualizzate sulla base del test di sensibilità antibiotica,

attraverso il confronto con l'efficacia descritta in letteratura di terapie basate solo su stime di probabilità di resistenza antibiotica.

- *Valutazione della correlazione tra isolamento colturale di Candida spp e assetto immunitario dell'epitelio orale nei portatori di protesi dentaria ad appoggio mucoso e misto.* In particolare, viene indagato il ruolo dei PRR (pattern recognition receptors) e il loro meccanismo di trasduzione del segnale su cellule epiteliali orali in presenza di *Candida spp* al fine di approfondire il ruolo di tali molecole nell'immunità innata.
- *Il corpo migrante: rappresentazioni sociali della malattia in una popolazione di richiedenti asilo e rifugiati.* L'obiettivo principale è individuare e analizzare vissuti e significati associati al corteo di sintomi, siano essi riscontrati da un punto di vista organico o meno. Nello studio delle rappresentazioni, si indagheranno le componenti cognitive, emotive e comportamentali assieme alle memorie individuali e condivise alle quali tali rappresentazioni si ancorano.
- *Studio di farmacogenomica sulle varianti genetiche dell'IL28B in pazienti immigrati e italiani con diagnosi di infezione cronica da HCV.*
- *Bisogni di salute e aspetti sociosanitari del minore immigrato con particolare attenzione alle malattie infettive e/o da disagio sociale, degrado, disuguaglianza.*
- *Valutazione microbiologica, immunologica e morfologica della carie-biofilm stabile complesso nei soggetti immigrati rispetto alla popolazione pediatrica italiana.*
- *Ricerca di papillomavirus e poliomavirus in campioni clinici dermatologici e modulazione dei miRna cellulari.*

Altre linee di ricerca sono in svolgimento in campo oculistico e otorinolaringoiatrico.

D.5 I progetti finanziati con fondi esterni

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

D.5.1 Progetti finanziati dal Ministero della salute

Mirando a costituire un modello assistenziale indirizzato alle persone in condizione di fragilità socio-economica, che maggiormente incontrano barriere all'accesso ai servizi, l'INMP è al terzo anno di realizzazione di un vero e proprio «percorso di medicina sociale», avviato nel 2011 e finanziato dal Ministero della Salute per l'attuazione di progetti di valutazione clinica e socio-assistenziale dei dispositivi medici rivolti alle fasce deboli della popolazione.

Il paziente arruolato nei progetti di medicina sociale può accedere a uno qualsiasi dei servizi previsti da ciascun progetto: in campo infettivologico, dermatologico, gastroenterologico, odontoiatrico, gineco-urologico, audiologico e oculistico, previa indicazione del medico dell'équipe transdisciplinare, dove è eventualmente assistito, in tutto il percorso di cura, dal mediatore transculturale.

Nell'anno in corso, si sono conclusi quattro progetti di medicina sociale e contestualmente ne sono stati avviati altri cinque, come di seguito riportato.

Con l'obiettivo di migliorare, attraverso l'attuazione di un modello operativo in telemedicina, l'interazione funzionale tra i vari percorsi diagnostico-terapeutici territoriali a favore delle popolazioni svantaggiate, favorendo la messa in rete di strutture del territorio, ovvero Medici di Medicina Generale (MMG) e Pediatri di Libera Scelta (PLS), con strutture ad alta complessità delle 4 Regioni partecipanti (Emilia-Romagna, Lazio, Puglia, Sicilia), è stato sviluppato un progetto CCM.

Ancora, nell'intento di promuovere le vaccinazioni pediatriche presso le popolazioni Rom, Sinti e Camminanti (RSC) e, più in generale, di fornire un contributo al programma di interventi per facilitare l'accesso di fasce fragili della popolazione al Servizio Sanitario Nazionale, un apposito progetto dell'Istituto si inserisce nel contesto della Strategia Nazionale di inclusione di Rom, Sinti e Camminanti, in particolare per quanto riguarda l'asse prioritario della salute.

Per il suo tramite si è ottenuto l'incremento dei livelli di protezione dei bambini RSC da malattie infettive prevenibili con vaccinazione, sia attraverso il miglioramento della consapevolezza nelle comunità RSC – in particolare delle mamme – dell'importanza della profilassi vaccinale, sia attraverso la valorizzazione di un modello di intervento condiviso tra i partner di progetto (AgeNas, ASL Milano, ASL Brescia, AUSL Reggio Emilia, ASL Roma B, ASL Napoli 1 Centro, ASP Palermo).

Un altro progetto CCM mira a sostenere il sistema delle Piccole e Medie Imprese (PMI) del settore edile per una migliore presa in carico della salute del lavoratore straniero.

A tal fine l'INMP, in partenariato con l'INAIL e la Commissione nazionale per la prevenzione infortuni, l'igiene e l'ambiente di lavoro (CNCPT), è impegnato nella definizione di un modello replicabile di azione formativa diretta ai lavoratori stranieri del comparto edile, incentrato sulla elaborazione, sperimentazione e valutazione di un specifico modulo formativo che verrà erogato nelle re-

gioni Lazio, Lombardia e Veneto, in collaborazione con i locali Comitati Paritetici Territoriali.

D.5.2 Progetti finanziati dal Ministero degli Affari Esteri

Finanziato dalla Direzione Generale per la Cooperazione allo Sviluppo del Ministero degli Affari Esteri e della Cooperazione Internazionale, l'Istituto, in partenariato con il Ministero della Salute di Gibuti ed altri enti pubblici e privati locali, conduce un'azione volta a rafforzare le competenze e le capacità di Istituzioni e personale sanitario gibutiano e di accrescere la consapevolezza della comunità sulla salute della donna, con particolare attenzione alla salute riproduttiva, materno-infantile e alle complicanze derivanti dalle differenti tipologie di mutilazioni genitali femminili.

D.5.3 Progetti finanziati dall'Unione Europea

Nel quadro del Fondo Europeo per l'Integrazione dei cittadini di Paesi Terzi (FEI), l'INMP conduce un progetto volto a definire il core curriculum del mediatore transculturale in ambito sanitario: figura che contribuisce sensibilmente all'aumento dell'accesso ai servizi sanitari pubblici da parte dei cittadini stranieri e al miglioramento qualitativo degli stessi, nel rispetto del principio di garanzia del diritto alla tutela della salute e di un'appropriata erogazione dei livelli essenziali di assistenza, sul territorio nazionale.

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

D.6 Le attività svolte all'interno del programma interregionale 2013-2015

D.6.1 Rete degli studi longitudinali metropolitani

I dati degli Studi Longitudinali metropolitani (SLM), associati a quelli dei principali flussi informativi correnti, potendo contare su denominatori di popolazione reali (anche se limitati ai residenti), costituiscono strumenti di osservazione efficaci per il monitoraggio di morbosità, mortalità, e uso dei servizi in relazione alle condizioni socio-demografiche e per la popolazione immigrata e possono consentire di programmare più efficacemente le necessarie azioni di prevenzione e assistenza. I dataset di analisi derivano dal collegamento tra archivi di dati statistici e "sanitari correnti": censimento, anagrafe comunale, registro di mortalità e archivio delle schede di dimissione ospedaliera. Le città della Rete SLM incluse nel progetto INMP 2012, sono: Torino, Venezia, Reggio Emilia, Fi-

renze, Roma. Sono in corso di svolgimento analisi di coorte stratificate per centro. Le coorti sono composte dai soggetti residenti al Censimento generale della popolazione 2001 o successivamente immigrate, in un approccio di coorte "aperta".

Stato di avanzamento

È stata creata la rete degli studi metropolitani longitudinali, che attualmente include Torino, Venezia, Reggio Emilia, Firenze, Roma. I *dataset* di analisi derivano dal collegamento tra archivi di dati statistici e "sanitari correnti": censimento, anagrafe comunale, registro di mortalità e archivio delle schede di dimissione ospedaliera, e consentono, potendo contare su denominatori di popolazione reali (anche se limitati ai residenti), strumenti di osservazione efficaci per il monitoraggio di morbosità, mortalità, e uso dei servizi in relazione alle condizioni socio-demografiche e per la popolazione immigrata, e possono consentire di programmare più efficacemente le necessarie azioni di prevenzione e assistenza.

Per ogni indicatore di *outcome* (mortalità e ospedalizzazione) sono stati calcolati i tassi standardizzati. I risultati, seppur preliminari, evidenziano che la mortalità è inferiore tra gli immigrati in quote variabili tra le città, che oscillano tra un vantaggio minimo del 25% a Reggio Emilia e massimo del 40% a Venezia. I rischi standardizzati diretti di ospedalizzazione (medi annui) per gli italiani e gli stranieri sono pari a: 134 e 107 (per 1000) a Torino, 100 e 87 a Reggio Emilia, 95 e 83 a Venezia; 136 e 94 a Roma.

La rete degli SLM sarà incardinata in modo strutturale nell'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e l'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (vedi punto D.6.3), e sarà progressivamente estesa con i centri che nel tempo si attrezzeranno dal punto di vista tecnico e amministrativo per entrarne a far parte.

Il progetto sarà presente all'interno del convegno annuale dell'Associazione Italiana di Epidemiologia del 2014 con 3 presentazioni orali e 1 poster, all'interno di una sessione dedicata alle disuguaglianze sociali nella salute, moderata da INMP.

D.6.2 Sliding doors per l'accesso degli immigrati ai servizi sanitari

Nel quadro della consolidata esperienza di collaborazione tra l'INMP e l'ASP di Palermo per la promozione della salute delle popolazioni migranti, il progetto, all'interno del piano sanitario nazionale della Regione Siciliana e cofinanziato dall'INMP, è volto a sostenere e potenziare il servizio di mediazione transculturale offerto agli utenti stranieri nei punti di accesso ai servizi sanitari territoriali (PTA, Poliambulatori), nei consultori e nei punti nascita e IVG. A tal fine, l'INMP sta affiancando l'ASP di Palermo attraverso la definizione della metodologia d'intervento, l'individuazione giuridico-amministrativa della tipologia di bando, la definizione del capitolato di servizi, la selezione delle aziende partecipanti, la formazione specialistica personalizzata delle risorse umane che garantiranno i servizi di mediazione a favore dell'utenza straniera.

Alla luce dell'esperienza maturata, sono previste ulteriori iniziative di sostegno e di collaborazione con altre ASP della Regione Siciliana e di altre Regioni italiane, con particolare attenzione a quelle con maggiore impatto del fenomeno migratorio.

Stato di avanzamento

Al momento, a seguito delle missioni effettuate e definito il criterio di selezione che è alla base del capitolato tecnico, è in via di pubblicazione da parte dell'ASP di Palermo il relativo bando.

D.6.3 Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e sull'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (OENIP)

L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale sull'Immigrazione e l'impatto della Povertà sulla salute della popolazione (OENIP) con l'obiettivo di rilevare le disuguaglianze di salute, individuare le migliori pratiche per il loro contrasto e supportare le Regioni nella loro implementazione, al fine di identificare e sostenere politiche di promozione della salute a favore delle persone più fragili. Si prevede quindi l'attivazione di un sistema di ricerca e monitoraggio sulla salute, i suoi determinanti e le azioni di promozione e assistenza relative alla popolazione immigrata e alle disuguaglianze di salute in Italia. Le attività saranno svolte in collaborazione con i gruppi, che, sul territorio nazionale, hanno sviluppato maggiore esperienza su questi temi, attraverso lo sviluppo di progetti di ricerca e di un relativo sistema informativo. I gruppi individuati avranno una potenziale pluralità di compiti, tra cui: a) essere il punto di rilevazione sul territorio regionale delle conoscenze necessarie per l'osservatorio epidemiologico nazionale; b) funzionare da centro di riferimento sovra regionale per la produzione di particolari conoscenze per le quali tale funzione esperta possiede competenze specialistiche già acquisite e sviluppate non disponibili nel resto della rete; c) partecipare a progetti collaborativi promossi da INMP per la produzione di conoscenze specifiche sui temi di interesse.

L'OENIP può contare sull'asset della rete di esperti e sui risultati prodotti dai progetti CCM 2006 e 2009, coordinati da AgeNAS, con cui è stato concordato un sostegno a INMP nella costituzione dell'Osservatorio epidemiologico nazionale; in tal senso le attività di INMP costituiscono la naturale prosecuzione dei lavori già svolti.

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

Stato di avanzamento

- È stato individuato un primo insieme di gruppi di esperti in ambito nazionale, selezionato nei centri che hanno maturato esperienza sul tema, che entrerà in modo strutturale nella rete interregionale per lo studio della salute connessa ai flussi migratori e alle disuguaglianze. La rete avrà una struttura dinamica, e sarà progressivamente estesa agli enti tecnici e scientifici nazionali di supporto (ISTAT, AgeNAS, ISS, INAIL, ecc.), oltreché ad altre figure di provenienza interregionale.
- È stata definita la metodologia per lo studio di fattibilità dell'OENIP, che sarà concluso entro la fine del 2014. Tale studio prevede, per ogni area tematica di interesse (stato di salute, prevenzione, stili vita, assistenza sanitaria, disuguaglianze socioeconomiche), l'individuazione di un set di indicatori e delle azioni da intraprendere per la loro misurazione.

D.6.4 Core curriculum del mediatore transculturale

Il progetto intende perseguire l'obiettivo generale di rafforzare i modelli di promozione dell'accesso ai servizi sociosanitari delle popolazioni immigrate e svantaggiate in generale, anche attraverso la progettazione e condivisione, a livello nazionale, del core curriculum del mediatore transculturale esperto in campo sanitario. Ciò avverrà attraverso lo studio e l'inserimento, nei percorsi formativi universitari già esistenti, di almeno un modulo/esame dedicato alla mediazione transculturale in ambito sanitario.

Per quanto riguarda l'alta formazione (livello universitario), che è lo specifico ambito di operatività del progetto, si rileva che sono stati già attivati percorsi universitari dedicati alla mediazione interculturale in diversi atenei. Guardando alla natura di tali percorsi accademici, si riscontra, tuttavia, una generale tendenza alla loro attivazione all'interno di strutture dedicate alle discipline letterarie e linguistiche. Raramente i corsi sono attivati all'interno di strutture dedicate a discipline di carattere non umanistico o letterario-linguistico: è quest'ultimo il caso di Regioni come il Veneto (scuola di Economia, lingue e imprenditorialità per gli scambi internazionali), l'Emilia Romagna

(dipartimento di Medicina Diagnostica, Clinica e di Sanità Pubblica), le Marche (dipartimento di Economia, società e politica).

Si intende, quindi, identificare e progettare almeno 30 CFU (o gli interi 60 CFU annuali) del terzo anno dei percorsi di laurea già esistenti nell'ambito della mediazione culturale dedicati allo studio e approfondimento delle aree tematiche prioritarie della mediazione transculturale in contesti socio-sanitari e clinici, nonché all'acquisizione delle relative competenze.

Il percorso metodologico verrà condiviso a livello nazionale attraverso l'istituzione di un tavolo tecnico a cui parteciperanno referenti regionali e delle amministrazioni centrali competenti per materia. La figura professionale del mediatore transculturale in campo sanitario, citata per la prima volta con la legge 8 novembre 2012, n. 158, non è, infatti, prevista nel SSN e la stessa legge affida all'INMP su questo argomento il ruolo di Centro nazionale.

Stato di avanzamento

È in corso di predisposizione un insieme di strumenti di indagine quali-quantitativa (questionario, interviste in profondità, analisi documentale, ecc.) per la rilevazione e l'analisi dei curricula universitari esistenti e della necessità di addestramento e tirocinio da svolgersi nelle strutture sanitarie che maggiormente impiegano l'analoga figura del mediatore.

La metodologia di identificazione e di coinvolgimento degli *stakeholder* a livello nazionale e regionale è mirata a far emergere le istanze in grado di facilitare il processo di policy making e di progettazione della proposta formativa. Tale consultazione si prevede venga avviata entro l'anno, rafforzando e arricchendo la portata generale della proposta INMP.

D.6.5 Lo stato di salute della popolazione afferente al poliambulatorio INMP

Il progetto si pone l'obiettivo di descrivere le caratteristiche socio-demografiche e i bisogni di salute della popolazione afferente all'ambulatorio specialistico dell'INMP.

Stato di avanzamento

Il sistema informativo dell'INMP raccoglie informazioni analitiche sulle caratteristiche sociodemografiche e sanitarie sui pazienti che afferiscono presso il poliambulatorio. In particolare sono disponibili indicatori clinici specifici sullo stato di salute dei pazienti, la diagnosi, e un limitato set di covariate socioeconomiche. Sono stati analizzati i pazienti che hanno avuto almeno un accesso all'ambulatorio INMP nel periodo compreso tra il 1 ottobre 2007 e il 30 giugno 2014. In particolare sono state analizzate le differenze tra le caratteristiche cliniche dei pazienti, per Paese di provenienza e condizione socio-economica. Nel corso delle attività sono state evidenziate le criticità del sistema informativo INMP ed individuati dei criteri generali per la reingegnerizzazione. È in fase di

redazione un report conclusivo, i cui risultati saranno presentati al convegno AIE 2014. Un primo risultato di particolare rilevanza è l'incremento progressivo tra il 2011 e il 2013 della quota di pazienti con cittadinanza italiana con esenzione per motivi di reddito, a testimonianza dell'acuirsi della crisi economico-sociale. Nell'anno 2013, oltre il 90% degli accessi alla struttura è stato effettuato da pazienti stranieri e da pazienti italiani con esenzione per motivi di reddito.

D.6.6 La Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà

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

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

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

Stato di avanzamento

Il piano di sviluppo della rete ha previsto in prima battuta l'identificazione, con successiva nomina da parte delle Regioni, dei referenti incaricati di sostenere e promuovere a livello locale le attività della rete. Tale processo, a tutt'oggi, è in via di finalizzazione. Entro il 2014 si concluderà l'esercizio di definizione delle tematiche emergenti, delle relazioni funzionali tra i soggetti coinvolti e delle modalità operative adottabili.

D.6.7 Il network sud europeo sulle disuguaglianze di salute

L'avvio del Network sud europeo (SEU) sui determinanti sociali, dopo la prima riunione di valutazione di fattibilità tenutasi a giugno 2013 nell'ambito del progetto Mattone Internazionale del CCM, sarà rilanciata nel prossimo incontro, previsto a Firenze il 12 dicembre 2014. I paesi partecipanti sono Spagna Portogallo Grecia Malta Cipro, Francia, e l'istituto londinese Health Equity Institute del Prof. Michael Marmot (partner dell'iniziativa). Le ricadute positive per la rete INMP sono:

- a) visibilità nel semestre italiano di presidenza europea (tra l'altro la presidenza greca ha già sollecitato iniziative in questo senso);
- b) potenzialità di collaborazione con paesi che condividono problemi e sensibilità simili a quelle italiane su questi temi;
- c) possibilità di coalizioni utili per partecipare ai bandi di ricerca finalizzata e a quelli dei programmi di sanità pubblica.

Stato di avanzamento

Nel prossimo incontro del network, previsto a Firenze il 12 dicembre 2014 in occasione della riunione del progetto "Mattone internazionale", verranno stabilite le modalità di coordinamento e gestione del network e saranno definite le attività per il prossimo anno.

D.6.8 Valorizzazione dei risultati del Libro Bianco ESS (Equità nella salute e nella sanità)

Nel 2011 la Commissione Salute ha istituito il gruppo di lavoro Equità nella Salute e nella Sanità (ESS). Oltre alla Regione Piemonte, che fa da capofila, altre 11 regioni aderiscono al gruppo di lavoro (Piemonte, Lombardia, Valle d'Aosta, Liguria, Provincia Autonoma di Trento, Veneto, Friuli, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Marche, Campania, Puglia). Nel 2012-2013 il Gruppo ESS ha lavorato al compito, anche commissionando analisi secondarie di dati e ricerche bibliografiche ai centri di riferimento nazionali e regionali dei progetti sul tema già finanziati e in opera (INMP 2011 e CCM 2012) e ha realizzato un Libro Bianco sulle disuguaglianze di salute in Italia, sotto la responsabilità degli autori a cui era stata commissionata la revisione. Il volume è in pubblicazione con l'editore Franco Angeli. Il libro contiene un primo capitolo di sintesi e implicazioni per le politiche elaborato dal gruppo di lavoro ESS sulla base dei dati del Libro Bianco e una serie di raccomandazioni per la programmazione sanitaria che è stata sottomessa alla discussione e approvazione della Commissione Salute. Nel frattempo sono stati coinvolte le direzioni del Ministero della Salute (programmazione, prevenzione, internazionale) informandole di questo lavoro. Le regioni Piemonte, Veneto e AgeNAS hanno partecipato ad una Joint Action europea con l'obiettivo di sensibi-

lizzare e comunicare l'agenda europea e italiana sulle disuguaglianze di salute ai principali portatori di interesse, proprio partendo dai risultati preliminari del Libro.

Lo scopo del progetto è quello di sviluppare e rendere disponibile ai portatori di interesse rilevanti uno strumento informativo/consultivo derivato dal libro bianco, finalizzato al contrasto degli svantaggi di salute della popolazione immigrata e povera. Il Libro Bianco contiene conoscenze da comunicare che sono già sufficienti sia per riconoscere priorità e target, sia per scegliere le azioni più efficaci; sarà quindi il primo prodotto che l'osservatorio dell'INMP mette a disposizione della rete nazionale, per costruire quel circuito virtuoso di orientamento dei processi di policy making nazionale, regionale e locale desiderati verso gli obiettivi di miglioramento degli standard di prevenzione e assistenza per poveri e migranti.

Stato di avanzamento

1. La disseminazione del Libro Bianco si sta effettuando attraverso:
 - o la pubblicazione e distribuzione del rapporto;
 - o l'elaborazione di documentazione divulgativa (*factsheet* e *storytelling* mirati a singoli temi ed interlocutori), con tecniche di comunicazione adeguate sia per il pubblico sia per ogni soggetto consultato;
2. La consultazione sui risultati del Libro Bianco con i soggetti della rete, al fine di suscitare impegni concreti da parte di ogni soggetto di come esso possa contribuire al contrasto delle disuguaglianze di salute, e in questo modo ottenere suggerimenti per l'aggiornamento dinamico del Libro Bianco. In particolare sono in corso consultazioni con:
 - le Regioni, mirate a valutare in quale misura i progetti promossi da ogni Regione al fine di rispondere all'obiettivo prioritario di cui alle intese per il fondo sanitario vincolato al PSN 2012 e 2013 siano in linea con le priorità e le raccomandazioni del Libro Bianco e identificare quali azioni del SSR possano essere ricalibrate per una maggiore coerenza;
 - i Ministeri non sanitari, mirate a sensibilizzare i ministeri coinvolti nella piattaforma Guadagnare Salute e i Ministeri coinvolti nella programmazione dei fondi strutturali con particolare riguardo agli assi delle città e delle aree interne;
 - gli ordini e i collegi professionali per concordare come contribuire a diminuire le disuguaglianze di salute, sulla scia di quanto già fatto dai medici inglesi con un proprio documento;
 - le forze economiche e sociali (industria, sindacato, terzo settore), e rappresentanti della società civile per identificare il contributo di questi diversi soggetti ad una strategia nazionale di contrasto delle disuguaglianze di salute.

D.6.9 Elaborazione di adeguata documentazione scientifica sull'efficacia delle azioni di contrasto delle disuguaglianze di salute

Il progetto intende accompagnare l'osservatorio epidemiologico INMP e la rete nazionale con un modello di documentazione sulle soluzioni da adottare per le azioni di moderazione degli effetti sfavorevoli sulla salute delle esperienze di povertà e migrazione, in modo che esse siano di provata efficacia (dal punto di vista scientifico) e adeguate da applicare nei contesti specifici (dal punto di vista di chi le deve adottare), affinché ogni attore possa contribuire a far crescere questa documentazione con i risultati delle esperienze condotte, e di sperimentarle in due comunità di pratica.

I risultati attesi da questo obiettivo sono:

- un arricchimento delle conoscenze per la rete nazionale sulle azioni più efficaci per il contrasto delle disuguaglianze e il miglioramento dell'assistenza degli immigrati;
- l'avvio di una raccolta di buone pratiche con cui far conoscere le esperienze valutate più promettenti a tutti gli altri soggetti della rete;
- l'orientamento all'equità di almeno due progetti regionali nei Piani Regionali di Prevenzione a seguito di approvazione del nuovo PNP, uno sull'immigrazione e uno sulle disuguaglianze, e di un progetto di politica non sanitaria;
- un aumento della visibilità dell'intera rete, grazie alla titolarità di conoscenze utili per la pianificazione e l'implementazione di interventi efficaci di contrasto alle disuguaglianze.

Stato di avanzamento

Un'attività di revisione e aggiornamento della documentazione disponibile, sia per via di revisioni bibliografiche sia attraverso reti di esperti, è stata avviata sulla base della seconda parte del Libro Bianco, disseminato all'OENIP e alla Rete nazionale; le revisioni delle azioni meno studiate verranno affidate a esperti di politiche settoriali anche valorizzando le esperienze dei diversi attori disponibili nella rete nazionale.

D.6.10 Fattori sociodemografici, stato di salute e ricorso ai servizi sanitari da parte della popolazione straniera: le indagini multiscopo ISTAT sulle famiglie

Valorizzare le indagini multiscopo ISTAT:

- sulla condizione e integrazione sociale dei cittadini stranieri, indagine su un campione di 12.000 famiglie straniere residenti in Italia. Rappresenta la fonte campionaria più importante a livello nazionale per lo studio delle caratteristiche sociali e sanitarie della popolazione immigrata. Le analisi descrittive e multivariate che esploreranno l'associazione tra fattori sociodemografici, relazionali e antropologici, lo stile di vita, con lo stato di salute e il ricorso ai servizi

sanitari consentiranno di evidenziare in modo originale e approfondito la situazione sanitaria della popolazione immigrata.

sulla salute e il ricorso ai servizi sanitari, che viene condotta ogni cinque anni e nelle ultime due edizioni è stata oggetto di un accordo del Ministero della Salute e delle Regioni con l'ISTAT, accordo che ne ha arricchito sia i contenuti sia la dimensione campionaria, grazie ad un investimento ad hoc da parte del finanziamento legato al piano sanitario. Nell'ultima edizione l'indagine ha intervistato poco meno di 60.000 famiglie per un totale di 130.000 soggetti. Si tratta della più grande indagine di questo tipo mai eseguita in Europa: la sua dimensione campionaria è stata voluta dalle Regioni per consentire la produzione di stime affidabili anche al livello regionale e di area vasta. L'indagine esplora tre dimensioni essenziali per le politiche di salute e sanità:

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

Stato di avanzamento

Dopo alcune riunioni interlocutorie, in cui sono stati definiti gli accordi di massima e gli impegni reciproci di INMP e ISTAT, è stato recentemente redatto e sottoscritto dalle parti un protocollo di intesa con ISTAT per la condivisione dei microdati delle indagini multiscopo, che di fatto ha dato il via alle attività. Solo poche settimane fa è stato rilasciato il file standard dell'indagine sulla salute 2012, per il quale sono in fase di elaborazione le analisi statistiche sui temi di interesse sopracitati, mentre si è ancora in attesa del rilascio dei dati dell'indagine sugli stranieri.

E. PROPOSTA DI PROGETTO INTERREGIONALE

Tenuto conto di tale stato di avanzamento della programmazione triennale, l'INMP continuerà l'attuazione di progetti avviati nel 2014 ma non ancora entrati nel vivo della loro esecuzione, approfondirà, arricchendoli con nuove attività, i progetti longitudinali essenziali e strategici per la sua *mission* così come avvierà nuove progettualità. In particolare, proseguirà a erogare l'assistenza sanitaria nei confronti delle popolazioni immigrate ed economicamente svantaggiate, a fornire formazione ai soggetti sanitari sul territorio nazionale e a condurre la ricerca sulle tematiche della salute e dell'immigrazione e delle disuguaglianze. Inoltre, continuerà a condurre rilevanti progetti e ad attivarne dei nuovi, anche avvalendosi di soggetti specializzati nelle Regioni italiane, come di seguito riportato.

E.1 Osservatorio epidemiologico nazionale

In termini generali, l'OENIP si impegna a contribuire lavorando a colmare le carenze sul tema, attraverso la produzione e la disseminazione di conoscenze originali derivanti da specifici progetti di ricerca basati:

1. su collaborazioni con istituzioni impegnate sui temi di interesse dell'Osservatorio, sviluppando di progetti di ricerca, per i quali tutti i referenti dell'Osservatorio saranno stimolati a proporre idee, che saranno valutate dall'INMP, privilegiando le proposte di maggiore originalità, più robusto impianto metodologico e che avranno la capacità di coinvolgere un numero ampio di Regioni;
2. sull'estensione e il consolidamento del sistema di monitoraggio dello stato di salute della popolazione immigrata basato sulla rete degli studi longitudinali metropolitani, già avviato con il progetto interregionale 2012, secondo quanto descritto di seguito;
3. sulla valorizzazione statistico-epidemiologica dei dati del nuovo sistema informativo nazionale (NSIS) e di altri flussi informativi correnti ed indagini ad hoc. A tal fine, coerentemente con il progetto interregionale approvato dalla conferenza Stato-Regioni del 19 dicembre 2013, è prevista la creazione di un sistema informativo che consenta di tracciare i profili di salute della popolazione immigrata attraverso l'interconnessione tra le basi dati di NSIS (SDO; specialistica ambulatoriale, farmaceutica territoriale e ospedaliera, pronto soccorso, ecc.) e le anagrafi sanitarie regionali. Il processo di interconnessione avverrà in fasi successive, in accordo con la normativa sulla tutela della privacy e con i necessari passaggi d'adeguamento del sistema. Le modalità e i tempi di acquisizione delle basi dati dovranno essere condivise con le Regioni, e rappresentano un output a medio termine.

Attività

Nello specifico si possono individuare i seguenti obiettivi:

- Produzione di un primo report sulla salute degli immigrati basato sul set di indicatori che sarà individuato dallo studio di fattibilità, anche attraverso la valorizzazione epidemiologica dei sistemi informativi già "cantierabili" (ISTAT, NSIS aggregato e altre banche dati)
- SLM: ingresso delle coorti di Palermo e Catania, creazione di un *data base pooled*, sviluppo di analisi su covariate socioeconomiche, aggiornamento degli esiti di mortalità e ospedalizzazione e individuazione di nuovi indicatori
- Individuazione, redazione e avvio di 2 progetti cooperativi INMP-Regioni da finanziare.

E.2 Core Curriculum del mediatore transculturale

È la continuazione del progetto già attivato sulla precedente annualità. Verranno avviate le macroattività di coinvolgimento/ingaggio sul tavolo tecnico dei referenti rilevanti, di analisi dell'offerta formativa esistente, della definizione del fabbisogno puntuale e della progettazione di massima del relativo curriculum. In tale processo risulta necessario coinvolgere, fin dall'inizio, l'Università, che è beneficiaria strumentale del presente progetto. In parallelo, nell'anno 2015 verranno potenziate le capacità e le disponibilità di mediazione culturale in campo sanitario presso le aziende sanitarie italiane maggiormente interessate dal fenomeno migratorio, proprio utilizzando i contenuti del predetto *core curriculum* per la formazione dei mediatori.

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

È la prosecuzione del progetto avviato con il progetto interregionale 2013. Gli ambiti di sviluppo della rete nazionale sono:

- Individuazione e mappatura degli *stakeholder*, con particolare riferimento alla ricognizione e alla sistematizzazione delle esperienze maturate nei diversi contesti regionali e locali, anche al fine di agevolare percorsi di condivisione e/o collaborazione tra istituzioni pubbliche, organizzazioni scientifiche e dell'associazionismo. Questa linea di attività è basilare e strategica, in quanto restituisce una rappresentazione dinamica delle reti esistenti, anche attraverso modelli di analisi spaziale e *network analysis*, mappa le criticità e individua gli ambiti di potenziale sviluppo del sistema.
- Produzione e disseminazione di linee guida cliniche e documenti di indirizzo, rivolti sia ai decisori (a supporto della programmazione sanitaria) sia agli operatori sociosanitari (sotto forma di indicazioni di buona pratica).
- Scambio di informazioni e conoscenze di tipo epidemiologico, in stretta connessione con il nascente Osservatorio Epidemiologico Nazionale e con specifica attenzione alle modalità di diffusione/divulgazione dei risultati.
- Sviluppo e sperimentazione di modelli organizzativi e percorsi clinico-assistenziali per la gestione di casi complessi, nell'ottica della "mediazione di sistema" e della medicina interculturale, e a sostegno di una maggiore accessibilità dei servizi da parte della popolazione immigrata.
- Monitoraggio dello stato di attuazione delle normative a tutela della salute della popolazione immigrata, con particolare riferimento agli squilibri e alle disomogeneità nel garantire i livelli essenziali di assistenza sul territorio nazionale e all'impatto delle politiche sul profilo di salute e sull'accesso ai servizi.

- Sviluppo di reti territoriali "di prossimità" e supporto a interventi sociosanitari in favore di gruppi di popolazione *hard-to-reach*, ivi comprese le attività di supporto e di raccordo ai percorsi di tutela esistenti per le donne e i minori anche non accompagnati, attraverso modalità di offerta proattiva di prestazioni, attività di teleconsulto e programmi di formazione a distanza.
- Sostegno ad azioni di tutela e *advocacy*, facilitazione dei rapporti tra attori istituzionali e coinvolgimento dei professionisti.

Attività

Per l'anno 2015, si prevedono le seguenti attività:

1. Sviluppo e potenziamento della banca dati degli *stakeholder*, con particolare riguardo agli aspetti classificatori e di tipizzazione delle esperienze, e alla costruzione di una "metrica" per la quantificazione e la rappresentazione delle interazioni e degli scambi esistenti.
2. Messa a punto di un programma biennale per la realizzazione di linee guida e documenti di indirizzo su specifiche aree critiche per la salute della popolazione immigrata e l'accesso ai servizi sociosanitari, in collaborazione con il Sistema Nazionale Linee Guida dell'Istituto Superiore di Sanità. In particolare, per il primo anno si prevede la produzione di almeno una linea guida e due documenti di indirizzo *evidence-based* su temi di interesse prioritario.
3. Monitoraggio dello stato di attuazione dell'Accordo Stato-Regioni 20 dicembre 2012, anche in riferimento al possibile impatto sulla salute della popolazione immigrata e sull'accessibilità dei servizi, in collaborazione con la Caritas diocesana di Roma e il Coordinamento GrIS-SIMM.
4. Sviluppo di un modello di rete territorio-ospedale per la prevenzione, la diagnosi e la presa in carico precoce dei pazienti con tubercolosi, con particolare attenzione agli ospiti delle strutture residenziali e dei centri di accoglienza. Tale modello potrà rappresentare la base su cui sperimentare modalità di intervento e organizzazione dei servizi in diversi contesti territoriali.
5. Collaborazione con i Tavoli tecnici interregionali afferenti alla Conferenza Stato-Regioni sulle tematiche migratorie.
6. Supporto a interventi sociosanitari "di prossimità" su gruppi di popolazione *hard-to-reach*, con particolare riferimento alla salute materno-infantile e alle problematiche connesse ai minori non accompagnati, anche attraverso l'impiego di *équipe* sanitarie mobili e l'eventuale attivazione di programmi di teleconsulto e formazione sul campo.

E.4 Il network sud europeo sulle disuguaglianze di salute

È la prosecuzione del progetto avviato con il progetto interregionale 2013.

Le attività previste nel corso del 2015 consistono in un'opera di coordinamento e di segretariato attivo indirizzato ai componenti del Network, culminante in una riunione annuale nel corso della quale verranno discusse le maggiori tematiche e evidenze scientifiche relative alle disuguaglianze, nonché gli effetti delle *policies* adottate dagli Stati Membri sulla salute della popolazione.

E.5 Progetti di sanità pubblica

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

Alle attività descritte per l'anno 2014 è dedicata una quota finanziaria pari a 1.900.000 Euro, a valere sul finanziamento previsto per la stessa annualità, di cui al decreto-legge 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189.

Per quanto attiene alle spese di funzionamento dell'Istituto, esse sono quantificate in 8.100.000 Euro, importo nei limiti di quanto accordato in sede di approvazione del Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'INMP, pubblicato con Gazzetta Ufficiale n. 119 del 23 maggio 2013.