



Formazione Operatori di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica



in partenariato con

Società Italiana di Medicina delle Migrazioni

Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle Università Italiane

FORMAT DI DOCUMENTO PER L'ELABORAZIONE DI PIANI DI COORDINAMENTO REGIONALI/PROVINCIALI SULLA SALUTE DELLA POPOLAZIONE IMMIGRATA



Progetto co-finanziato
dall'Unione Europea



Ministero della Salute



FOOTPRINTS



**MINISTERO
DELL'INTERNO**

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE (FAMI) 2014-2020

INDICE

1. INTRODUZIONE.....	5
1.1. Finalità.....	5
1.2 Destinatari.....	6
1.3 Costruzione del Piano di coordinamento.....	6
2. CONTESTO.....	6
2.1 Descrizione del contesto di riferimento: inquadramento generale e descrizione del fenomeno migratorio nel contesto regionale/provinciale.....	6
2.2 Profilo di salute e bisogni di salute della popolazione immigrata.....	9
2.3 Riferimenti legislativi, linee guida e raccomandazioni nazionali e regionali/provinciali.....	11
3. GOVERNANCE REGIONALE/PROVINCIALE PER LA SALUTE DEI MIGRANTI.....	13
3.1 Attori competenti in Regione/Provincia autonoma, organi di coordinamento e tavoli di lavoro..	13
4. AMBITI DI INTERVENTO E OBIETTIVI GENERALI.....	13
5. MODALITÀ OPERATIVE: ATTUAZIONE DEL PIANO DI COORDINAMENTO.....	20
6. STRUMENTI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI COORDINAMENTO.....	22
6.1 Monitoraggio e valutazione dell'attuazione del Piano di Coordinamento.....	22
6.2 Formazione dei professionisti nel sistema dei servizi.....	22
6.3 Comunicazione e diffusione del Piano di Coordinamento nella rete dei servizi territoriali.....	23
6.4. Coinvolgimento della comunità e comunicazione in salute.....	23
RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI.....	26
ALLEGATI.....	28
Allegato 1 - Indicatori sui flussi correnti per l'elaborazione del profilo di salute.....	28
Allegato 2 - Riferimenti normativi regionali/provinciali.....	29
Allegato 3 - Scheda sintetica sui sistemi di <i>governance</i> regionali e provinciali.....	30

1. INTRODUZIONE

1.1. Finalità

In questo paragrafo, a seguito di una breve introduzione valida per tutti i contesti regionali/provinciali, vengono descritte le finalità del documento: il rafforzamento dei sistemi sanitari regionali e del coordinamento per la salute dei migranti; il superamento delle frammentazioni territoriali e l'omogeneità dell'applicazione della normativa; la costruzione di un approccio di sistema; il raggiungimento degli obiettivi di salute attraverso l'applicazione dei LEA; il contrasto alle disuguaglianze in salute e in assistenza.

Il format rappresenta un framework tecnico-politico condiviso a livello nazionale, nella realizzazione del quale si auspica ci possa essere il sostegno degli attori regionali/provinciali.

Il Ministero della salute si farà parte attiva, anche con il supporto dei referenti regionali e degli eventuali organismi di governance sulla salute dei migranti presenti a livello regionale, per promuovere il dialogo tra la Commissione salute e la Commissione speciale immigrazione e italiani all'estero della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome, per l'implementazione delle indicazioni nazionali e la loro declinazione operativa descritta nei Piani di coordinamento evidenziando, quando appropriato, l'interconnessione tra il tema salute e altri ambiti di discussione in materia di migranti, in un'ottica di "salute in tutte le politiche".

La migrazione è un fenomeno strutturale dei nostri tempi, e per questo la tutela della salute della popolazione straniera diventa un atto essenziale ed imprescindibile di salute pubblica, che deve essere garantito e deve realizzarsi in tutte le politiche sociosanitarie; questo non solo perché il diritto alla salute è un diritto fondamentale e inalienabile delle persone, ma anche e soprattutto perché difendere la salute dei migranti significa difendere quella dell'intera comunità. Il modo in cui viene organizzata ed erogata l'offerta sanitaria assume quindi un ruolo centrale, in quanto può essere allo stesso tempo veicolo di meccanismi che generano disuguaglianze e malattie, o essere parte di una soluzione (1).

La tutela della salute della popolazione immigrata rappresenta un ambito di lavoro caratterizzato da complessità e dinamicità, e necessita di strumenti multidisciplinari e integrati che si avvalgono degli approcci teorici dei determinanti sociali e della promozione della salute. Queste chiavi di lettura - all'interno della nostra cornice costituzionale - permettono di interpretare la relazione tra salute e migrazione come tutela dei diritti umani, estendendo l'ambito di azione in salute alle dimensioni sociale, economica e politica. Adottando questa prospettiva, la migrazione può rappresentare per il sistema sanitario una sfida aperta e un'opportunità, nelle quali è possibile e quanto mai necessario costruire nuovi strumenti per comprendere la persona nel suo insieme e all'interno del proprio contesto di vita, capaci di guidare l'analisi dei bisogni di salute, la gestione e l'organizzazione dei servizi (2, 3).

L'accesso alle cure per la popolazione immigrata in Italia è tutelato da una delle legislazioni più inclusive nel panorama europeo e mondiale. Nonostante questo, l'interpretazione e l'applicazione della normativa sull'accesso alle cure per le persone straniere sono altamente disomogenee sul territorio, sia a livello nazionale che all'interno delle stesse Regioni/Province autonome (4, 5, 6). Diventa quindi necessario riaffermare che i principi fondamentali del Servizio Sanitario Nazionale (universalità, globalità ed equità) sono alla base della realizzazione del diritto alla tutela della salute, tutelato dall'Art. 32 della Costituzione, e che i principi organizzativi definiti a livello nazionale (la centralità della persona, la responsabilità pubblica per la tutela della salute attraverso la realizzazione dei Livelli Essenziali di Assistenza - LEA, la collaborazione tra i livelli di governo del SSN, la valorizzazione della professionalità degli operatori e l'integrazione socio-sanitaria) devono orientare la programmazione sanitaria su tutti i livelli.

Di fronte alla disomogeneità esistente sul piano nazionale e regionale nella realizzazione del diritto alla salute della popolazione immigrata, il **Progetto FOOTPRINTS** "FOrmazione OperaTORi di sanità pubblica per la definizione di Piani Regionali di coordinamento per la Salute dei migranti e la realizzazione di comunità di pratica" di cui il Ministero della Salute è capofila, in partenariato con la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) e l'Associazione della Conferenza Permanente dei Presidenti di Consiglio di Corso di Laurea Magistrale in Medicina e Chirurgia delle

Università Italiane(ACPPCCLMM&C), nasce con l'obiettivo di superare la frammentazione delle esperienze locali e regionali, per giungere alla definizione di modalità operative uniformi per il coordinamento regionale/provinciale nell'ambito di salute e migrazione. Nel contesto del Progetto FOOTPRINTS tale obiettivo è perseguito attraverso la formazione dei professionisti socio-sanitari, la costruzione di comunità di pratica volta al confronto tra referenti territoriali, il supporto ai processi locali di implementazione delle linee guida e raccomandazioni nazionali e il rafforzamento dei sistemi di governance regionali/provinciali. Secondo l'approccio adottato dal Progetto FOOTPRINTS, nella realizzazione di tale processo risultano significativi la valorizzazione degli attori presenti nel territorio e il rafforzamento della collaborazione tra le istituzioni locali e le organizzazioni che operano per la salute dei migranti, per esempio i Gruppi Immigrazione e Salute (GrIS), articolazioni territoriali della SIMM, al fine di sostenere l'alleanza tra il settore pubblico istituzionale, che deve svolgere il proprio ruolo di governance a garanzia dell'universalità del diritto alla salute, e la società civile impegnata per la tutela della salute della popolazione immigrata, che rappresenta una risorsa sul territorio e un osservatorio privilegiato sulla realizzazione del diritto alla salute (7).

1.2 Destinatari

In questo paragrafo va indicato a chi è rivolto il documento di coordinamento.

Il Piano di Coordinamento è rivolto a tutti gli attori, istituzionali e non, che si occupano direttamente o indirettamente della salute delle popolazioni migranti, in modo da esplicitare le linee di intervento da mettere in atto nel territorio regionale, gli attori coinvolti e le relative responsabilità, gli obiettivi prefissati e gli strumenti di verifica, nell'ottica dell'armonizzazione delle azioni e dell'*accountability*.

1.3 Costruzione del Piano di Coordinamento

Il paragrafo descrive il processo attraverso il quale si è costruito il Piano di Coordinamento: tale documento si basa sul format di documento di coordinamento elaborato nel contesto del Progetto FOOTPRINTS, che rappresenta uno strumento volto alla costruzione di modalità operative uniformi per il coordinamento, a sostegno dell'implementazione delle politiche per la salute dei migranti.

Il paragrafo è inoltre volto a valorizzare il ruolo degli attori regionali coinvolti nella stesura del documento.

2. CONTESTO

2.1 Descrizione del contesto di riferimento: inquadramento generale e descrizione del fenomeno migratorio nel contesto regionale / provinciale

Il paragrafo offre una descrizione del contesto nazionale e vengono presentati gli aspetti principali di interesse per ciascun contesto regionale / provinciale.

A livello nazionale nel 2018 i cittadini stranieri residenti in Italia ammontavano a circa 5.255.500, con un'incidenza del 8,7% sulla popolazione totale¹ (8). A questo numero si aggiungono le presenze irregolari, in aumento a causa del primo "Decreto sicurezza": si stima che queste possano arrivare a circa 670.000 nel 2020. L'immigrazione è un fenomeno che negli ultimi quattro anni ha assunto una certa stabilità, nonostante permanga una narrazione focalizzata sugli ingressi irregolari via mare: ai numeri ormai marginali di questi ultimi, si aggiunge infatti la sostanziale chiusura, da diversi anni, dei canali regolari di ingresso per i non comunitari che intendano venire a

¹ I dati presentati in questa sezione sono tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2019, a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS. I dati andranno aggiornati in base all'anno di elaborazione del Piano di Coordinamento.

lavorare in Italia. Ad oggi circa i due terzi dei soggiornanti non comunitari hanno un permesso di soggiorno di durata illimitata, a dimostrazione del grado di radicamento che segna la popolazione immigrata in Italia: tra i rimanenti, il 46,9% ha un permesso di soggiorno per famiglia, il 29,7% per lavoro, mentre i permessi di soggiorno legati alla protezione internazionale ammontano al 16,9%. In tabella sono riportati i principali dati sulla presenza straniera in Italia nel periodo 2016-2018.

Tabella 1. I principali dati sulla presenza straniera in Italia, valori assoluti e percentuali (2016-18).

	2016	2017	2018
Popolazione residente totale	60.589.445	60.483.973	60.359.546
di cui popolazione straniera	5.047.028	5.144.440	5.255.503
Stranieri sul totale (%)	8,3	8,5	8,7
Donne sul totale stranieri (%)	52,4	52,0	51,7
Nati stranieri nell'anno	69.379	67.933	65.444
Minori sul totale dei residenti (%)	20,6	20,2	20,2
Iscritti a scuola	826.091	841.719	n.d.
Acquisizioni di cittadinanza	201.591	146.605	112.523
Presenza regolare complessiva	5.359.000	5.333.000	5.365.000

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione 2019, a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS.

Il contesto regionale/provinciale

Questa sezione può essere introdotta da una parte narrativa che identifichi le tendenze in atto all'interno della Regione/Provincia autonoma in termini di:

- *caratteristiche della presenza straniera;*
- *economia e lavoro;*
- *aspetti di integrazione sociale;*
- *sfide emergenti.*

La fonte di riferimento può essere il Dossier Statistico Immigrazione a cura del Centro Studi e Ricerche IDOS, che affronta regolarmente questi temi in schede regionali.

Si suggerisce di integrare queste informazioni con la presentazione di dati statistici regionali relativi a:

Tabella 2. Inquadramento del fenomeno migratorio nel contesto della Regione/Provincia Autonoma

REGIONE (dati al.....)	
Popolazione residente nella Regione; di cui stranieri*	
Incidenza stranieri sul totale residenti (%)*	
Residenti stranieri per provincia: numero; percentuale regionale; percentuale sul totale dei residenti; variazione percentuale rispetto all'anno precedente; percentuale donne; nuovi nati*	
Soggiornanti non comunitari per provincia: numero; percentuale di lungosoggiornanti; principali motivi dei permessi a termine.*	
Residenti stranieri nella Regione: primi 10 paesi di cittadinanza (numero e percentuale).*	
Studenti nell'ultimo anno scolastico: primi 10 paesi di cittadinanza (numero e percentuale)*	
Mercato del lavoro regionale:	
Occupati (Italiani/Stranieri); di cui donne (%)*	
Disoccupati (Italiani/Stranieri); di cui donne (%)*	
Tasso di disoccupazione (Italiani/Stranieri) (%)*	
Sovraistruiti (Italiani/Stranieri) (%)*	
Retribuzione media mensile in euro (Italiani/Stranieri)*	

Settori: Agricoltura; Industria; Costruzioni; Servizi; Lavoro domestico (Italiani/Stranieri) (%)*	
Professioni: Non qualificate; Operai e artigiani; Impiegati; Qualificate (Italiani/Stranieri) (%)*	
Sistema di accoglienza regionale:	
Stranieri presenti negli hotspot della Regione**	
Stranieri presenti nei centri di accoglienza della Regione**	
Stranieri presenti nei centri SIPROIMI della Regione**	
Totale stranieri in accoglienza nella Regione**	
Minori stranieri non accompagnati in accoglienza nella Regione ***	

Fonte: Dossier Statistico Immigrazione 2019, a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS

* Dati tratti dal Dossier Statistico Immigrazione 2019 a cura di Centro Studi e Ricerche IDOS.

** Dati tratti dal Cruscotto statistico giornaliero a cura del Dipartimento per e Libertà Civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno.

*** Dati tratti dal Report mensile Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) in Italia, a cura della Direzione generale dell'immigrazione e delle politiche di integrazione del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali.

2.2 Profilo di salute e bisogni di salute della popolazione immigrata

In questo paragrafo viene fornito il livello minimo di indicazioni e di strumenti per la costruzione del profilo di salute (metodologia per la rilevazione dei bisogni di salute, flussi informativi, indicatori), in modo da supportare i contesti regionali in questo ambito, laddove necessario. Possono essere allegati dei documenti di riferimento come esempio.

Il profilo di salute è la descrizione dello stato di salute di una determinata popolazione, definita in una data area geografica in un momento temporale. Poiché la salute è un concetto complesso, multidimensionale e multifattoriale, che si definisce nell'intersecarsi di fattori sociali, politici ed economici, la costruzione del profilo di salute deve avvalersi di un approccio interdisciplinare. **La costruzione del profilo di salute ha la finalità di acquisire le informazioni sullo stato di salute della popolazione, di identificare i bisogni di salute, col fine di individuare le criticità e le aree prioritarie di intervento per l'organizzazione dei servizi e la programmazione sanitaria, di fornire informazioni di base per la valutazione successiva delle azioni intraprese.**

La costruzione del profilo di salute pone delle questioni concettuali e metodologiche su diversi livelli, quali l'integrazione di strumenti di ricerca quantitativa e qualitativa, l'adozione di un

approccio fondato sui determinanti sociali della salute, l'analisi dell'impatto delle barriere di accesso ai servizi sanitari, il ruolo della comunità nella definizione dei bisogni di salute. La conoscenza del contesto di riferimento, inclusa l'articolazione territoriale dei servizi socio-sanitari a cui accede la popolazione immigrata, è di fondamentale importanza e deve guidare la costruzione del profilo di salute, la lettura e l'interpretazione dei dati.

Vengono qui presentati alcuni strumenti articolati su diversi livelli di complessità, attraverso l'utilizzo di indicatori quantitativi di domanda e offerta di assistenza sanitaria, di variabili socio-economiche. Le Regioni/Province autonome sono invitate a elaborare gli indicatori compatibilmente con la disponibilità dei loro flussi informativi correnti e integrando metodologie di ricerca quantitative e qualitative, dando priorità alle esigenze territoriali e adottando un approccio multidisciplinare, multidimensionale e processuale.

*Innanzitutto è necessario **definire la popolazione immigrata** e le variabili che possono essere utilizzate (paese di nascita, cittadinanza, nazionalità, ecc.) consapevoli dei limiti di ciascuna di esse². Per descrivere la complessità del fenomeno, si suggerisce di stratificare la popolazione immigrata con altre variabili quali età, genere, condizioni sociali ed economiche, status giuridico, paese di provenienza, anni dall'arrivo in Italia, etc.*

*Dal 2007 diversi progetti nazionali³ hanno sviluppato una metodologia per la costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata a partire da **indicatori basati sui flussi informativi correnti**. Grazie alla presenza di variabili relative alla cittadinanza o al paese di nascita nei dati sanitari correnti, questa metodologia ha elaborato indicatori di salute della popolazione immigrata sulla base degli accessi ai servizi sanitari e degli infortuni sul lavoro (9, 10, 11).*

In Allegato 1 vengono presentati in modo sommario gli ambiti di indagine documentabili attraverso indicatori sui flussi correnti attualmente in uso nel progetto coordinato da INMP, la cui lista completa e la formula di calcolo sono consultabili nei relativi documenti. Tali indicatori, in particolare se letti in modo integrato, possono fornire importanti informazioni sull'organizzazione e l'accessibilità dei servizi di salute⁴. Va sottolineato che i flussi di dati sanitari correnti sono in grado di documentare i casi in cui la domanda di salute incontra l'offerta dei servizi, mentre non forniscono informazioni sui bisogni di salute che non arrivano o non trovano risposta all'interno dei servizi. A questo proposito, si sottolinea che le banche dati in uso si basano sui cittadini residenti, escludendo così dall'analisi delle fasce di popolazione che potenzialmente vivono in condizioni di vulnerabilità, e che spesso rappresentano un target fondamentale di Sanità pubblica (gruppi 'hard to reach').

*L'integrazione di un **approccio di determinanti sociali** e contrasto alle disuguaglianze può fornire un quadro più articolato, che mette in evidenza non solo l'accesso ai servizi ma la relazione tra indicatori di salute e variabili di condizioni socio-economiche, che indaga l'esposizione differenziale ai fattori di rischio per insorgenza di problemi di salute e gli esiti diseguali di malattia, disabilità e morte in base alla posizione sociale e al contesto socio-economico delle persone⁵ (12, 13). Tuttavia, i dati sulle condizioni socio-economiche sono raramente disponibili nei flussi sanitari*

2 Ad esempio, il criterio adottato da Istat, principale banca dati a disposizione, è basato sulla cittadinanza: sono definiti "immigrati" i cittadini stranieri che provengono da Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), provenienti sia da Paesi dell'Unione Europea (UE) che extra-UE. L'adozione di tale definizione porta con sé diverse criticità: viene in questo modo esclusa la quota di immigrati che acquisiscono la cittadinanza italiana; non è adeguatamente contemplata la permeabilità tra condizione di regolarità e irregolarità giuridica caratteristica dell'attuale fenomeno migratorio; non vi è una distinzione per le categorie specifiche come i migranti forzati, richiedenti protezione internazionale, vittime di tratta e categorie con specifici bisogni di salute.

3 Dal 2007, con il progetto *Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia*, realizzato nell'ambito del programma CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il Controllo delle Malattie) si è creato un gruppo di lavoro nazionale coordinato dall'Osservatorio sulle Disuguaglianze in Salute della Regione Marche per definire un set di indicatori comuni a tutte le Regioni/PA che permettessero un confronto su alcuni aspetti della salute della popolazione immigrata (9). In continuità con questo lavoro, nel 2013 è stato pubblicato il documento finale del progetto *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali* (10). Nel 2015 è stato istituito, sotto la guida dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), l'Osservatorio epidemiologico nazionale sull'immigrazione e l'impatto della povertà sulla salute, che ha ampliato gli indicatori utilizzati nei precedenti progetti col fine di consolidare il sistema di monitoraggio e proseguire la sperimentazione sulla costruzione del profilo di salute. La rete, tuttora operativa, ha pubblicato nel 2019 i risultati nell'indagine (11).

4 Per esempio, un maggiore accesso in Pronto Soccorso e una maggiore proporzione di ricoveri ripetuti nella popolazione immigrata suggeriscono una inefficace o tardiva risposta dei servizi territoriali ai bisogni di salute: la lettura integrata dei dati può dunque mettere in luce gli ambiti su cui intensificare gli interventi e le politiche pubbliche.

correnti⁶. Gli aspetti che non sono sistematicamente rilevati dai flussi correnti possono essere integrati ai dati disponibili con metodologie differenti⁷. Di seguito se ne elencano alcuni esempi:

- le indagini campionarie, come le indagini multiscopo Istat “Condizioni di salute e uso dei servizi sanitari” (14), il sistema di sorveglianza PASSI sui Progressi delle Aziende sanitarie per la salute, Okkio alla Salute offrono uno sguardo sulla salute percepita, sulle condizioni socio-economiche, sulle abitudini e sui fattori di rischio della popolazione, sui sintomi depressivi, sulla adesione ai programmi di prevenzione (screening e vaccinazioni) leggibili anche come indicatori di accesso ai servizi di salute pubblica e di prevenzione più in generale e alla promozione di corretti stili di vita da parte dei medici e degli operatori sanitari, ma non consentono un’osservazione continuativa nel tempo;
- gli studi longitudinali metropolitani, inseriti nel Piano statistico nazionale, permettono di correlare le variabili socio-economiche e sanitarie a livello individuale, e in questo caso, il censimento Istat e le anagrafi sanitarie rappresentano delle buone fonti di dati demografici e di condizione socio-economica (titolo di studio, reddito, occupazione, abitazione, composizione del nucleo familiare);
- in assenza di studi appositamente disegnati e nel caso in cui non siano disponibili dati su base individuale, è possibile ricorrere a indicatori di condizioni socio-economiche relative al contesto, cioè a un aggregato appropriato per il contesto socio-economico che si vuole descrivere, da utilizzare come proxy di variabili individuali (13, 15).

Quando i dati non sono inclusi in un’unica fonte informativa, è necessario attingere da più fonti, integrando dati anagrafici e statistici per far dialogare gli esiti in salute con le variabili socio-economiche. Laddove non sia possibile trovare fonti adeguate si può evidenziare la necessità di sviluppare nuovi flussi e indicatori di salute.

Si sottolinea che la costruzione del profilo di salute deve contemplare **l’integrazione di metodologie di ricerca quantitativa e qualitativa**, la quale è in grado di produrre informazioni soggettive (percezioni, emozioni, posizioni radicate nell’interiorità) che non sono indagate dalle comuni banche di dati e che è possibile integrare con dati quantitativi, con lo scopo di avere una conoscenza più profonda e trasversale dei contesti di riferimento.

2.3 Riferimenti legislativi, linee guida e raccomandazioni nazionali e regionali/provinciali

Il paragrafo offre uno sguardo generale sugli elementi fondamentali del quadro normativo per la salute della popolazione immigrata in Italia (Accordo Stato Regioni 281 del 2012, Linee guida e indicazioni nazionali) e in Regione/PA (Leggi regionali/provinciali e riferimenti principali). La descrizione generale sarà accompagnata da un’appendice finale costituita da una scheda di raccolta dei riferimenti normativi regionali/provinciali.

È auspicabile menzionare, nei limiti del possibile, i riferimenti ai piani nazionali e agli atti di programmazione regionale/provinciale già esistenti e che includono azioni (in modo diretto o indiretto) sulla popolazione immigrata, con l’obiettivo di evidenziare le possibili convergenze e la sostenibilità degli interventi del Piano di Coordinamento.

5 La posizione sociale (definita in base al grado di controllo che l’individuo esercita sulle risorse) e il contesto sociale, politico ed economico, determinano l’esposizione differenziale ai fattori di rischio, come le condizioni di vita e lavoro, gli stili di vita, l’accessibilità ai servizi. In letteratura, gli indicatori di salute maggiormente correlati alle variabili socio-economiche sono relativi alla mortalità, al Diabete Mellito, all’Ictus, all’Infarto Miocardico Acuto, a tutti i tumori, all’adesione agli screening oncologici, all’accesso al PS e ai ricoveri.

6 Attualmente CedAP, SDO e registro delle cause di morte sono gli unici flussi correnti che includono variabili sulle condizioni socio-economiche, con livelli diversi di completezza dell’informazione a seconda di quando le variabili sono state introdotte nei flussi informativi regionali.

7 Un esempio di costruzione del profilo di salute secondo l’approccio dei determinanti sociali della salute è rappresentato dal lavoro dell’AUSL della Romagna (2018), consultabile in <https://www.auslromagna.it/organizzazione/dipartimenti/dipsan/prevenzione/salute-romagna/a-profilo-di-salute>

Riferimenti normativi nazionali

Il 20 dicembre 2012, in seno della Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano (Conferenza Stato-Regioni e PA), è stato sancito un Accordo che recepisce il documento “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane” elaborato da un tavolo tecnico della Commissione salute della Conferenza delle Regioni e Province autonome⁸.

Tra le indicazioni di maggiore interesse e rilevanza contenute nell'Accordo si evidenziano in particolare:

- l'iscrizione obbligatoria al SSN dei minori stranieri anche in assenza del permesso di soggiorno dei loro genitori;
- l'iscrizione obbligatoria al SSN delle persone in attesa di permesso di soggiorno;
- l'iscrizione obbligatoria al SSN anche in fase di rilascio (attesa) del primo permesso di soggiorno per uno dei motivi che danno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN;
- l'iscrizione volontaria al SSR per gli over 65enni con tariffe attuali;
- la garanzia agli STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo alla possibile risoluzione dell'evento morboso, compresi anche eventuali trapianti;
- il rilascio preventivo del codice STP per facilitare l'accesso alle cure;
- la definizione del codice di esenzione X01 per gli STP;
- l'iscrizione obbligatoria di genitore comunitario di minori italiani; l'iscrizione volontaria per i comunitari residenti;
- l'iscrizione volontaria per studenti comunitari con il solo domicilio; l'equiparazione dei livelli assistenziali ed organizzativi del codice STP al codice ENI (Europei Non Iscritti).

Rispetto al fenomeno delle migrazioni forzate e con l'obiettivo di adottare pratiche di Sanità pubblica e a modalità assistenziali basate sulle migliori evidenze scientifiche disponibili e improntate all'appropriatezza, all'efficienza e all'equità, a partire dal 2016 sono state prodotte le seguenti Linee Guida e indicazioni nazionali:

- le Linee Guida nazionali **“I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”**, nell'ambito del Programma nazionale ‘Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti’, sviluppato dall'INMP in collaborazione con l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), approvate in Conferenza Stato Regioni del 10 maggio 2018 (16);
- le **“Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”**; tale documento, prodotto dal Ministero della Salute, ha fornito raccomandazioni per assicurare un'assistenza sanitaria in linea con la necessità di tutelare i diritti di tali soggetti vulnerabili, ed è stato approvato in Conferenza Stato Regioni e PA il 30 marzo 2017 (17);
- il **“Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati”**, prodotto dal Ministero della Salute e trasmesso alle Regioni e PA dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri servizio Sanità, Lavoro e Politiche Sociali in data 04.06.2019 (18).

⁸ CONFERENZA PERMANENTE PER I RAPPORTI TRA LO STATO LE REGIONI E LE PROVINCE AUTONOME DI TRENTO E BOLZANO. Accordo del 20 dicembre 2012, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: «Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome». Disponibile in <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2013/02/07/13A00918/sg>

Riferimenti normativi regionali/provinciali

Il paragrafo presenta i riferimenti normativi principali di interesse per ciascun contesto regionale/provinciale. Si suggerisce di presentare brevemente i principali documenti legislativi di riferimento sul territorio e di allegare un documento esaustivo che comprenda la lista delle fonti normative (Allegato 2).

3. GOVERNANCE REGIONALE / PROVINCIALE PER LA SALUTE DEI MIGRANTI

3.1 Attori competenti in Regione / Provincia autonoma, organi di coordinamento e tavoli di lavoro

Il paragrafo descrive sinteticamente il quadro esistente in Regione/PA degli attori competenti, delle figure di riferimento, dell'articolazione degli organi di coordinamento e dei tavoli di lavoro laddove presenti, con particolare riferimento al coordinamento tra il livello regionale/provinciale e le Aziende Sanitarie. Possono essere descritte in questo paragrafo le collaborazioni interistituzionali e gli organismi / meccanismi di consultazione e di partecipazione comunitaria, laddove presenti.

La declinazione dettagliata dei ruoli dei singoli attori/organi e delle modalità di collaborazione viene descritta nella sezione 5. Strategia e piano operativo.

Si ritiene utile allegare al paragrafo una scheda sintetica di descrizione del modello di governance regionale/provinciale elaborata nel corso delle attività del Progetto FOOTPRINTS (Allegato 3).

4. AMBITI DI INTERVENTO E OBIETTIVI GENERALI

La sezione si costituisce di una parte introduttiva che sottolinea l'obiettivo generale degli assi d'intervento del documento di coordinamento regionale, che è l'omogeneità dell'applicazione delle indicazioni nazionali per garantire il diritto alla salute su tutto il territorio nazionale, il contrasto alle disuguaglianze in salute e assistenza e il rafforzamento dei sistemi sanitari e del coordinamento per la salute dei migranti.

La descrizione dettagliata degli ambiti di intervento, della relativa popolazione destinataria e degli obiettivi viene presentata in forma sintetica all'interno di una tabella.

Si ritiene opportuno fornire alle Regioni / PA delle indicazioni nazionali rispetto alle popolazioni destinatarie e agli assi di intervento, che rappresenteranno il livello minimo di realizzazione di interventi per la salute dei migranti secondo gli obiettivi dei LEA e le indicazioni nazionali già esistenti.

La sezione viene personalizzata da ciascuna Regione / PA, ma vengono presentati di seguito alcuni ambiti di intervento di rilievo generale. Gli obiettivi non devono considerarsi esaustivi, ma comunque imprescindibili.

Tabella 3. Descrizione delle finalità e degli ambiti di intervento del Piano di Coordinamento

Finalità del Piano di Coordinamento

- **Garantire l'omogeneità nell'applicazione delle indicazioni nazionali e regionali sulla salute della popolazione immigrata in tutto il territorio**
- **Integrare a pieno titolo la popolazione immigrata nel sistema pubblico di cure**
- **Migliorare l'accessibilità e la fruibilità dei servizi preventivi, di diagnosi e cura, riabilitativi per la popolazione immigrata**

- **Migliorare la fruibilità e la responsività dei servizi socio-sanitari attraverso il rafforzamento della competenza culturale nel sistema dei servizi**
- **Sostenere l'intersectorialità, la collaborazione tra gli attori, rafforzare l'integrazione sociale e sanitaria nei percorsi di prevenzione, presa in carico e riabilitazione**
- **Adottare un approccio basato sui determinanti sociali della salute, la promozione della salute e dell'equità**
- **Contrastare le disuguaglianze in salute e in assistenza legate a cittadinanza, status giuridico, genere, condizioni sociali, economiche, culturali, religiose, orientamento sessuale o politico**

Ambito di intervento 1

Diritto alla salute e accessibilità dei servizi sanitari

Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)

Tutta la popolazione immigrata senza distinzione di condizione giuridica e di grado di integrazione sul territorio (incluse le persone prive di regolare permesso di soggiorno, senza fissa dimora, Europei Non Iscritti) con particolare attenzione alle persone in condizione di marginalità e vittime di processi di esclusione e discriminazione.

Obiettivi generali

1. Tutelare il diritto alla salute e l'accesso ai servizi sanitari per la popolazione straniera attraverso la corretta applicazione della normativa, prestando particolare attenzione alle criticità del territorio (ad es.: iscrizione al SSR dei minori figli di genitori privi di permesso di soggiorno; rilascio preventivo STP; equiparazione ENI/STP; validità del permesso di soggiorno nelle more del rinnovo; validità dell'effettiva dimora per iscrizione al SSR; accesso ai servizi/ presidi in assenza del requisito della residenza)
2. Garantire l'accesso ai servizi di medicina di base alle persone non iscrivibili al SSR, rafforzando il ruolo di coordinamento del settore pubblico e la collaborazione con le strutture del privato sociale impegnate nel settore
3. Rimuovere le barriere di accesso ai servizi socio-sanitari di tipo: amministrativo, economico, giuridico, culturale e organizzativo, migliorando la comunicazione tra Enti pubblici (e tra questi e le organizzazioni competenti del Privato sociale) per garantire l'ottenimento dei requisiti necessari all'iscrizione al SSR, assicurando l'assegnazione dei codici di esenzione senza discriminazione (anche a persone con codice STP/ENI), adottando modalità organizzative flessibili
4. Implementare/ potenziare un sistema di rilevazione dei casi di mancato accesso ai servizi e delle difficoltà esistenti per la popolazione immigrata, con riferimento aziendale e in collegamento con il governo regionale

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali)
- ASL (Direzione Generale, Sanitaria e Amministrativa, Cure Primarie, Anagrafi sanitarie, Dipartimento di Prevenzione)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Questure
- Agenzia delle Entrate (Direzioni regionali/uffici territoriali)
- Privato sociale (volontariato e organizzazioni)
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza

Ambito di intervento 2

Fruibilità e responsività dei servizi socio-sanitari

Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)

Tutta la popolazione immigrata senza distinzione di condizione giuridica e di grado di integrazione sul territorio (includere le persone prive di regolare permesso di soggiorno, senza fissa dimora, Europei Non Iscritti) con particolare attenzione alle persone in condizione di marginalità e vittime di processi di esclusione e discriminazione.

Obiettivi generali

1. Promuovere l'integrazione degli immigrati nel sistema pubblico di cure nel pieno rispetto della diversità, della dignità della persona e senza discriminazione
2. Ampliare la capacità del SSR di rilevazione e presa in carico dei bisogni di salute, potenziando l'accesso al servizio di mediazione linguistico-culturale, aumentando le competenze dei professionisti sanitari e sociali, adottando approcci multidisciplinari, promuovendo il lavoro in équipe e rafforzando la competenza culturale dei sistemi di cura
3. Riorientare i servizi di cura nell'ottica della mediazione di sistema, adottando un approccio *migrant-friendly* basato sulla partecipazione della comunità e integrato nella programmazione dei servizi e nelle politiche pubbliche
4. Rafforzare le conoscenze della popolazione immigrata sull'organizzazione e il funzionamento dei servizi socio-sanitari, attraverso interventi formativi, informativi, all'interno dei servizi e in contesti di comunità

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali)
- ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Dipartimento di Prevenzione)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Mediatori linguistico-culturali
- Figure professionali di ambito umanistico (sociologia, antropologia)
- Comuni
- Servizi sociali ed educativi
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza
- Università
- Enti di formazione specifica
- Privato sociale (volontariato e organizzazioni)

Ambito di intervento 3

Prevenzione individuale e collettiva, tutela e promozione della salute

Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)

Tutta la popolazione immigrata senza distinzione di condizione giuridica e di grado di integrazione sul territorio (incluse le persone prive di regolare permesso di soggiorno, senza fissa dimora, Europei Non Iscritti) con particolare attenzione alle persone in condizione di marginalità e vittime di processi di esclusione e discriminazione.

Obiettivi generali

1. Rafforzare gli interventi pubblici intersettoriali volti al contrasto delle disuguaglianze, all'integrazione della popolazione immigrata e al contrasto delle pratiche discriminatorie
2. Promuovere l'*empowerment* delle persone attraverso interventi partecipativi in ambito sociale, educativo, lavorativo, sanitario
3. Migliorare i percorsi di tutela, prevenzione individuale e collettiva e presa in carico precoce per i nuovi ingressi attraverso l'applicazione delle Linee guida "I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli"
4. Ridurre il carico di morbosità, mortalità e disabilità delle malattie croniche non trasmissibili attraverso interventi intersettoriali sui determinanti della salute, sui fattori di rischio modificabili (fumo, alcool, sedentarietà, alimentazione), sui fattori di rischio intermedi (sovrappeso/obesità, ipertensione, dislipidemie, iperglicemia, lesioni precancerose)
5. Ridurre la diffusione delle malattie infettive attraverso interventi volti a: migliorare le condizioni di vita individuali e della collettività; migliorare l'immunizzazione in particolare dei gruppi a rischio; rafforzare i comportamenti individuali e collettivi volti alla prevenzione della trasmissione
6. Migliorare l'adesione ai programmi di medicina preventiva (vaccinazioni, screening oncologici) facilitando l'accesso e potenziando l'offerta attiva per le popolazioni *hard-to reach*

7. Prevenire le dipendenze da sostanze e comportamentali attraverso interventi intersettoriali sui determinanti della salute, sulla percezione del rischio, sul processo di *empowerment* individuale
8. Promuovere la salute nei luoghi di lavoro, prevenire gli infortuni e le malattie professionali attraverso interventi intersettoriali volti alla tutela dei lavoratori e al contrasto dello sfruttamento lavorativo e delle discriminazioni

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali, Politiche per il Lavoro, Scuola ed Educazione)
- ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Poliambulatori specialistici, Dipartimento di Prevenzione, Consultori, Servizi per le Dipendenze- SerD)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Servizi sociali ed educativi
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza
- Scuola e Università
- Privato sociale (volontariato e organizzazioni)
- Enti di accoglienza
- Inail
- Enti ed organizzazioni lavorative
- Organizzazioni per la tutela dei diritti dei lavoratori

Ambito di intervento 4

Tutela della salute per le persone in condizioni di vulnerabilità

Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)

Tutte le persone in condizione di vulnerabilità e vittime di processi di esclusione, discriminazione e oppressione (vittime di tortura, vittime di tratta, *sex-workers*, LGBTQ, persone con condizione di sofferenza psicologica e sociale, persone senza fissa dimora, persone con problemi di dipendenza, persone che vivono in condizione di detenzione o privazione della libertà)

Obiettivi generali

1. Rafforzare la capacità di riconoscere precocemente le condizioni di vulnerabilità in ambito sanitario e sociale, potenziando la formazione degli operatori e il lavoro in équipe con approccio multidisciplinare
2. Potenziare gli interventi volti al riconoscimento, alla presa in carico e alla riabilitazione delle vittime di violenza intenzionale, sulla base delle *“Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale”*
3. Ampliare la capacità del sistema dei servizi di tutelare le vittime di tratta attraverso il potenziamento dei servizi e l’implementazione di interventi intersettoriali volti alla prevenzione, al riconoscimento e alla presa in carico delle persone vulnerabili, integrando

strategie in ambiti di comunità e percorsi individuali di supporto e protezione in un'ottica di tutela ed *empowerment*

4. Rafforzare i percorsi di riconoscimento e presa in carico delle persone con condizioni di sofferenza psicologica e psichiatrica, promuovendo il lavoro in équipe multidisciplinare con competenza nell'ambito della salute mentale in riferimento al processo migratorio, migliorando l'accesso ai servizi territoriali, rafforzando l'integrazione del settore sanitario con i settori sociale ed educativo per implementare percorsi riabilitativi
5. Potenziare i percorsi di tutela della salute delle persone senza fissa dimora attraverso l'implementazione di politiche pubbliche intersettoriali volte al miglioramento delle condizioni di vita e lavoro delle persone in condizioni di marginalità sociale e volte alla loro piena inclusione nei servizi di cura
6. Migliorare il riconoscimento e la presa in carico delle persone con problemi di dipendenza, adottando un approccio multidisciplinare e implementando interventi intersettoriali nelle politiche pubbliche e nei contesti di comunità
7. Migliorare gli interventi volti alla tutela della salute nei luoghi di detenzione, privazione e riduzione delle libertà, garantendo la tutela dei diritti delle persone, la piena accessibilità ai servizi sociali e sanitari, l'emersione dei bisogni di salute e la loro presa in carico

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali)
- ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Poliambulatori specialistici, Dipartimento di Prevenzione, Consultori, Centri di Salute Mentale, Servizi per le persone detenute, Servizi per le Dipendenze- SerD)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Servizi sociali ed educativi
- Privato sociale (organizzazioni e volontariato)
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza
- Enti di accoglienza
- Centri anti-violenza
- Unità anti-tratta
- Sistema penitenziario

Ambito di intervento 5 Tutela della salute della donna

Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)

Tutte le donne immigrate senza distinzione di condizione giuridica e del grado di integrazione sul territorio, con particolare attenzione alle persone in condizione di marginalità e vulnerabilità sociale

Obiettivi generali

1. Rafforzare gli interventi educativi, sociali e sanitari volti alla promozione della salute e prevenzione nell'ambito della salute sessuale e riproduttiva, attraverso interventi intersettoriali

di sostegno ai percorsi di *empowerment* individuale e di comunità, di informazione, di rafforzamento dei servizi territoriali deputati e di miglioramento della loro accessibilità

2. Migliorare l'accessibilità e la fruibilità dell'assistenza sanitaria nel corso della gravidanza, del parto e del post-parto, rafforzando l'offerta dedicata alle donne immigrate con interventi socio-sanitari volti all'equità e alla piena inclusione delle donne più difficili da raggiungere
3. Garantire la tutela della maternità consapevole, assicurando la massima fruibilità dei servizi deputati, favorendo la conoscenza e la piena accessibilità dei metodi contraccettivi, garantendo l'accesso all'Interruzione Volontaria di Gravidanza
4. Migliorare l'adesione agli screening oncologici e prevenzione dell'HPV potenziando l'informazione l'offerta attiva dei servizi e rafforzando le conoscenze sulla prevenzione delle patologie oncologiche
5. Rafforzare gli interventi volti al contrasto della violenza sulle donne attraverso l'implementazione di politiche intersettoriali nel segno della tutela dei diritti, dell'equità e dell'inclusione in tutti i livelli di organizzazione sociale (ambito abitativo, famiglia, comunità, scuola, contesto di lavoro, a livello istituzionale); il potenziamento della rete dei servizi deputati al riconoscimento precoce e alla tutela delle persone vittima di violenza; il sostegno a percorsi di *empowerment* individuale e di comunità come strategia di contrasto della disuguaglianza di potere
6. Potenziare gli interventi multidisciplinari e intersettoriali volti al riconoscimento e alla presa in carico delle mutilazioni genitali femminili sulla base delle Linee guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali)
- ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Poliambulatori specialistici, Dipartimento di Prevenzione, Consultori, Centri di Salute Mentale)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Servizi sociali ed educativi
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza
- Privato sociale (organizzazioni e volontariato)
- Enti di accoglienza
- Centri anti-violenza

Ambito di intervento 6 Tutela della salute dei minori

Popolazione destinataria (gruppo/i beneficiario prioritario)

Tutti i minori presenti sul territorio senza distinzione di condizione giuridica e del grado di integrazione sul territorio, con particolare attenzione rivolta ai Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA) e in condizioni di vulnerabilità

Obiettivi generali

1. Rafforzare gli interventi volti alla promozione della salute nei primi 1.000 giorni di vita dei bambini favorendo politiche intersettoriali volte a contrastare le disuguaglianze in salute e in assistenza
2. Rafforzare la tutela dei MSNA attraverso l'implementazione di politiche intersettoriali volte alla tutela dei diritti, dell'equità e dell'inclusione in tutti i livelli di organizzazione sociale (comunità, ambito abitativo, scuola, contesto di lavoro, a livello istituzionale)
3. Implementare le procedure per l'accertamento dell'età dei MSNA applicando le indicazioni del Protocollo nazionale
4. Promuovere la salute e il benessere sociale, psicologico e relazionale nei bambini, adolescenti e giovani potenziando interventi intersettoriali nei contesti di famiglia, di comunità, in ambito scolastico, in ambito lavorativo, sostenendone l'inserimento nel rispetto della tutela del minore
5. Tutelare i minori con disabilità fisica e psichica, ritardi cognitivi, disturbi dell'apprendimento o dello spettro autistico contrastando possibili disuguaglianze rispetto ai bambini autoctoni

Principali attori coinvolti

- Regione (Politiche per la Salute, Welfare e Politiche Sociali)
- ASL (Direzione Generale e Sanitaria, Cure Primarie, Sanità Pubblica, Consultori, SerD, Servizi di Tutela della Salute Mentale e Riabilitazione nell'Età Evolutiva-TSMREE)
- Medici di medicina generale
- Pediatri di libera scelta
- Comuni
- Servizi sociali ed educativi
- Comunità territoriali e gruppi di appartenenza
- Scuole ed enti di formazione
- Privato sociale (organizzazioni e volontariato)
- Enti di accoglienza

5. MODALITÀ OPERATIVE: ATTUAZIONE DEL PIANO DI COORDINAMENTO

Il paragrafo descrive in forma sintetica, per ogni ambito d'intervento: gli obiettivi specifici, le attività principali da attuare e le modalità operative per la sua realizzazione, specificando gli attori competenti coinvolti, le collaborazioni e gli organi di coordinamento (tavoli di lavoro) previsti, il metodo di lavoro e, laddove ritenuto indicato, la temporalità delle azioni da porre in essere.

Tabella 4. Descrizione delle modalità operative di realizzazione per l'Ambito di intervento 1

Ambito d'intervento 1						
Obiettivi specifici	Azioni/Attività principali	Attori competenti, collaborazioni e organi di coordinamento*	Metodo di lavoro*	Indicatori di processo e di esito*	Data inizio**	Data fine**
Obiettivo specifico 1	Azione/i n.					

Obiettivo specifico 2	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 3	Azione/i n.					

* Le colonne possono essere unificate per ogni obiettivo specifico/azione, se attori, metodo di lavoro e indicatori di processo e di esito sono gli stessi per le diverse azioni all'interno dello stesso ambito d'intervento.

** Laddove si ritiene opportuno, possono essere indicate le date di inizio e di fine delle specifiche azioni previste.

Può essere inserita, per ogni ambito d'intervento, una nota che metta in evidenza eventuali criticità e rischi per la realizzazione dell'intervento stesso, e laddove possibile, le azioni di mitigazione dei rischi.

Tabella 5. Descrizione delle modalità operative di realizzazione per l'Ambito di intervento 2

Ambito d'intervento 2						
Obiettivi specifici	Azioni/Attività principali	Attori competenti, collaborazioni e organi di coordinamento*	Metodo di lavoro*	Indicatori di processo e di esito*	Data inizio**	Data fine**
Obiettivo specifico 1	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 2	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 3	Azione/i n.					

Tabella 6. Descrizione delle modalità operative di realizzazione per l'Ambito di intervento 3

Ambito d'intervento 3						
Obiettivi specifici	Azioni/Attività principali	Attori competenti, collaborazioni e organi di coordinamento*	Metodo di lavoro*	Indicatori di processo e di esito*	Data inizio**	Data fine**
Obiettivo specifico 1	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 2	Azione/i n.					
Obiettivo specifico 3	Azione/i n.					

6. STRUMENTI PER L'IMPLEMENTAZIONE DEL PIANO DI COORDINAMENTO

6.1 Monitoraggio e valutazione dell'attuazione del Piano di Coordinamento

Il paragrafo intende evidenziare l'importanza delle azioni di monitoraggio e valutazione per sostenere l'implementazione del Piano di Coordinamento. Nei precedenti paragrafi vengono indicati gli specifici indicatori relativi alle azioni riportate nel Piano ed utili alla verifica del raggiungimento degli obiettivi prefissati, mentre in questo vengono illustrati i metodi e gli strumenti utilizzati complessivamente per ottenere e/o calcolare gli indicatori identificati.

È auspicabile che sia descritto l'intero sistema di monitoraggio e di valutazione delle azioni del Piano di Coordinamento (oppure laddove non presente venisse indicato il processo per la costruzione e formalizzazione di tale sistema). Il sistema potrebbe includere l'istituzione di un Osservatorio a livello regionale che agisce in raccordo con il livello aziendale. In particolare, dovrebbero essere identificate ed assegnate responsabilità specifiche per il calcolo e verifica degli indicatori, con un chiaro coordinamento svolto dai soggetti con competenza adeguata presenti sul proprio territorio. Si suggerisce di garantire un'ampia partecipazione nella fase di definizione e costruzione degli indicatori, in maniera da aumentare la motivazione e quindi la successiva collaborazione nel loro utilizzo da parte di tutti gli attori coinvolti nelle azioni del Piano di Coordinamento.

In questo paragrafo dovrebbero essere riportate le fonti disponibili dei dati, non solo nell'ambito socio-sanitario, da cui calcolare/trarre gli indicatori, ricordando quelle utilizzate per costruzione del profilo di salute ed altre specifiche per il monitoraggio del processo di implementazione delle azioni del Piano. Si suggerisce di valorizzare anche l'utilizzo di 'antenne' locali, che possono essere riconosciute negli URP delle Aziende e/o degli Enti locali, così come nei Gruppi Regionali Immigrazione e Salute (GrIS) della SIMM eventualmente presenti a livello locale. Laddove dei dati chiave per il monitoraggio e la valutazione non fossero disponibili nelle fonti informative a disposizione, è ipotizzabile la predisposizione di schede/strumenti per la raccolta ad hoc dei dati di interesse.

Il paragrafo vuole infine richiamare la necessità di garantire la condivisione e divulgazione dei risultati del monitoraggio e della valutazione del Piano di Coordinamento. In particolare vengono identificati i meccanismi e gli strumenti per far conoscere quanto emerge dal monitoraggio ai vari livelli decisionali, tra la comunità di professionisti ed alla popolazione. Risulta di estrema importanza che i risultati emersi siano inseriti nei processi di programmazione ed eventualmente portare ad una rimodulazione delle linee di intervento.

6.2 Formazione dei professionisti nel sistema dei servizi

Il paragrafo sottolinea l'importanza strategica della formazione dei professionisti come strategia di implementazione delle indicazioni nazionali sulla salute dei migranti e come strumento a sostegno dell'attuazione del Piano di Coordinamento.

Il fenomeno delle migrazioni ha modificato il contesto nel quale operano i professionisti sanitari e pone la necessità di dotarsi di strumenti e approcci capaci di leggere e farsi carico di bisogni di salute complessi. È ampiamente condiviso il fatto che la formazione e l'aggiornamento degli operatori socio-sanitari rappresentano un elemento rilevante e strategico per la promozione e la tutela della salute delle popolazioni immigrate; la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e altre istituzioni europee hanno definito le indicazioni operative per assicurare una buona assistenza sanitaria ai pazienti immigrati, che includono un focus sull'equità, il miglioramento dell'accesso ai servizi e interventi per contrastare le disuguaglianze in salute (19). Un elemento fondamentale del processo di apprendimento è il coinvolgimento dei professionisti in tutte le fasi del percorso di formazione: identificazione congiunta dei problemi e del bisogno formativo, definizione degli obiettivi formativi, progettazione delle attività, condivisione di conoscenze specifiche e applicazione delle conoscenze acquisite, consolidamento e valutazione (20).

I bisogni, le esperienze e le motivazioni dei destinatari della formazione sono l'asse centrale su cui si sviluppa il processo formativo: l'utilizzo di metodi partecipativi, con cui analizzare casi concreti ed esperienze personali, permette di ripercorrere le azioni, gli interventi e le percezioni dei diversi attori coinvolti. In questo modo diventa possibile innescare dei processi di auto-riflessione sulle pratiche adottate e di confronto tra i partecipanti, che rappresentano spazi di costruzione di significato e di conoscenza a partire dall'esperienza concreta.

A seguito della breve introduzione, il paragrafo può descrivere eventuali percorsi formativi previsti a supporto dell'attuazione del Piano, anche con riferimento al "Modello di Formazione" elaborato dal progetto Footprints e al possibile coinvolgimento di attori istituzionali. Infine, laddove sia possibile, va specificata la modalità di inserimento degli stessi nei Piani formativi regionali/provinciali e aziendali.

6.3 Comunicazione e diffusione del Piano di Coordinamento nella rete dei servizi territoriali

Il paragrafo descrive le modalità di diffusione del Piano di Coordinamento, al fine di dettagliare la modalità di raccordo tra il livello centrale (regionale / provinciale) e il livello territoriale (Aziende Sanitarie Locali, Enti locali), le forme di disseminazione delle indicazioni ai professionisti sanitari e sociali (la traduzione del Piano in documenti operativi da attuare nei servizi) e i tavoli di coordinamento e collaborazione tra gli enti pubblici.

Evidenzia dunque, in sintesi:

- *Le modalità di trasmissione del Piano di Coordinamento alle Aziende Sanitarie Locali*
- *Gli strumenti per la comunicazione e il coordinamento tra gli enti pubblici a livello territoriale (ASL, Comuni, Questure, Prefetture)*
- *Le strategie per la disseminazione delle informazioni/indicazioni ai professionisti sociali e sanitari (dipendenti ASL, dipendenti degli enti pubblici, liberi professionisti)*

6.4. Coinvolgimento della comunità, partecipazione e comunicazione in salute

Il paragrafo ha l'obiettivo di mettere in evidenza l'importanza del coinvolgimento della comunità e di identificare le modalità operative appropriate al fine di attuare il Piano di Coordinamento, attraverso la descrizione delle strategie per la comunicazione, l'informazione e il coinvolgimento del Terzo settore e delle comunità immigrate.

È ampiamente riconosciuto come i soggetti non istituzionali, gli attori del territorio, le comunità e i gruppi di appartenenza possano avere un ruolo fondamentale nella realizzazione di interventi di promozione della salute, attraverso percorsi di consultazione, coinvolgimento e partecipazione nei processi politici pubblici⁹.

È necessario sottolineare la distinzione tra queste forme di relazione tra le Istituzioni e la comunità: a differenza del coinvolgimento e della consultazione della comunità - forme pubbliche più frequentemente utilizzate nella programmazione socio-sanitaria - la partecipazione comunitaria (definita come strategia per la salute e l'equità dalla Dichiarazione di Alma Ata e dalla Carta di Ottawa) presuppone che i soggetti definiscano direttamente i propri bisogni e le strategie per l'identificazione delle risposte in tutte le fasi della progettazione delle politiche e degli interventi sociali. Questo approccio consente di perseguire gli obiettivi in modo concertato, allocare le risorse con efficienza ed efficacia, riorientare i servizi, avviare processi democratici, offrire nuove opportunità per l'innovazione della pianificazione e sviluppo (21, 22, 23).

Il paragrafo è volto alla descrizione degli organismi/meccanismi di consultazione, coinvolgimento, partecipazione comunitaria esistenti, suscitando auspicabilmente il loro avvio laddove non ancora attivi e suggerendo il coinvolgimento del Terzo settore (come dei GrIS, laddove sono presenti) e dei destinatari degli interventi (ad esempio rappresentanti delle comunità) secondo il principio di

⁹ La progettazione partecipata è sostenuta dall'International Union for Health Promotion and Education (IUPHE), si è consolidata in Italia a seguito della L.285/97 e della L. 328/00 e, insieme all'*empowerment*, è indicata come una strategia cruciale per intraprendere azioni sostenibili volte a ridurre le disuguaglianze, dal documento di Policy Health 2020 (della regione europea dell'OMS) e dal Piano Nazionale della Prevenzione (PNP) italiano per il periodo 2014-2018.

sussidiarietà orizzontale. È auspicabile inoltre che tali organi coinvolgano, in base all'ambito tematico, i profili tecnici interessati al fine di far dialogare i bisogni della comunità con le competenze tecniche e con il piano decisionale politico.

Il paragrafo ha il compito di esplicitare:

- *il ruolo degli organismi di consultazione e partecipazione comunitaria nella diffusione e implementazione del Piano di Coordinamento;*
- *le strategie per l'informazione e il coinvolgimento del terzo settore;*
- *le strategie per la comunicazione, il coinvolgimento e l'empowerment della popolazione immigrata.*

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

1. World Health Organization. Regional Office for Europe (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No PUBLIC HEALTH without REFUGEE and MIGRANT HEALTH*. World Health Organization, Copenhagen
2. International Organization for Migration (2006). *Migration: A Social Determinant of the Health of Migrants, Background paper*, Geneva.
3. World Health Organization, (2016). *Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*. World Health Organization, Geneva.
4. Geraci S., Bonciani M., Martinelli B. (2010). *La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali*. Roma, Inprinting srl.
5. Geraci S. (2017). *Ruolo della SIMM per l'assistenza sanitaria dei migranti come risultato di un processo partecipativo di advocacy*. In: Sistema Salute. La rivista italiana di educazione sanitaria e promozione della salute, vol. 61, n.3, luglio-settembre 2017. Cultura e Salute Editore Perugia.
6. Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), (2019). *Report sull'analisi territoriale delle criticità e delle risorse*. Documento realizzato nel contesto del Progetto FOOTPRINTS del Ministero della Salute. Disponibile in https://progettofootprints.it/pdf/documenti-nazionali/FOOTPRINTS_Report%20WP2_Task%201_stampa.pdf
7. Geraci S., Gnolfo F. (2012). *In rete per la salute degli immigrati. Note a margine di un'inaspettata esperienza*. Ed. Pendragon
8. Centro Studi e Ricerche IDOS, Confronti (2019). *Dossier Statistico Immigrazione 2019*. IDOS Centro Studi e Ricerche
9. Progetto Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia Accordo Ministero della Salute/CCM – Regione Marche (2009). *La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi*. Disponibile in http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf
10. Progetto Nazionale - Accordo Ministero della Salute – Agenas (2013). *La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali*. Disponibile in https://www.agenas.gov.it/images/agenas/ricerca/agenas_ccm_corrente_finalizzata/LEA/La%20Salute%20pop%20immigrata/0_La_salute_della_popolazione_immigrata_il_monitoraggio_da_parte_dei_Sistemi_Sanitari_Regionali.pdf
11. Di Napoli A., Rossi A., Gaudio R., Petrelli A. (2019). *Quaderni di epidemiologia. Sistema di monitoraggio dello stato di salute e di assistenza sanitaria alla popolazione immigrata: risultati anno 2016*. Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP). Disponibile in https://www.inmp.it/quaderni/Numero2_Indicatori.pdf
12. Marmot M. (2016). *La salute disuguale: la sfida di un mondo ingiusto*. Il Pensiero Scientifico Editore
13. Costa G., Bassi M., Gensini G.F., Marra M. (a cura di) (2014). *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*. Franco Angeli Editore, Milano.
14. Petrelli A., Di Napoli A., Perez M., Gargiulo L. (A cura di) (2017). *Lo stato di salute della popolazione immigrata in Italia: evidenze dalle indagini multiscopo Istat*. In: *Epidemiol Prev* 2017;

- 41 (3-4) Suppl 1: 1-68. Disponibile in http://www.epiprev.it/materiali/2017/EP3-4/EP3-4S1_INMP_2017.pdf
15. Pacelli B., Caranci N., Di Girolamo C. (2018). *Analisi delle condizioni socio-economiche e salute in Emilia-Romagna attraverso l'uso integrato di dati*. Agenzia sanitaria e sociale regionale dell'Emilia-Romagna. Disponibile in https://assr.regione.emilia-romagna.it/pubblicazioni/rapporti-documenti/report_disuguaglianze_2018
- 16 Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Mi-granti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), (2017). *Linea guida I controlli alla frontiera – La frontiera dei controlli*. Disponibile in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf
17. Ministero della Salute (2017). *Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale*. Disponibile in http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf
- 18 Ministero della Salute (2019). *Protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati*. Trasmesso dalla Presidenza del Consiglio dei Ministri servizio Sanità, Lavoro e Politiche Sociali il 4/06/2019
19. Chiarenza, A., Horvat, L., Lanting, K., Ciannameo, A., & Suurmond, J. (2019). *Addressing healthcare for migrants and ethnic minorities in Europe: A review of training programmes*. Health Education Journal, 78(1), 9–23
20. *Indicazioni metodologiche relative alla formazione degli operatori sociosanitari nel campo della salute e dell'assistenza alle persone immigrate* (2011). Documento finale progetto CCM 'Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni' (0013205-P-16/04/2008). Disponibile in https://progettofootprints.it/pluginfile.php/960/mod_resource/content/1/Indicazioni_metodologiche_Formazione_degli_operatori_sociosanitari_2011.pdf
21. Labonté R, Laverack G (2008). *Health Promotion in Action. From Local to Global Empowerment*. Palgrave Macmillan
22. WHO Europe (2002). *Community participation in local health and sustainable development. Approaches and techniques*. <http://www.euro.who.int>
23. Labonté R, Laverack G (2001). *Capacity building in health promotion: For whom? and for what purpose?* Critical Public Health, 11:2,111-27

ALLEGATI

ALLEGATO 1 – INDICATORI SUI FLUSSI CORRENTI PER L'ELABORAZIONE DEL PROFILO DI SALUTE

L'allegato fa riferimento agli indicatori elaborati sui flussi correnti attualmente in uso dall'Osservatorio epidemiologico nazionale sull'immigrazione e l'impatto della povertà sulla salute, coordinato dall'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP).

Vengono qui presentati in modo sommario gli ambiti di indagine documentabili attraverso gli indicatori quantitativi elaborati sui flussi correnti, la cui lista completa e la formula di calcolo sono consultabili nei relativi documenti:

- Indicatori di popolazione (1 - 4): descrivono del quadro demografico della popolazione immigrata residente (Fonte: Istat) e dei lavoratori assicurati INAIL (Fonte: INAIL).
- Indicatori sul ricovero ospedaliero (5 – 11): forniscono informazioni sulla domanda di salute e il ricorso ai servizi sanitari, attraverso l'analisi dei dati sui ricoveri ospedalieri totali, ordinari, in regime di Day Hospital (Fonti: SDO, Istat, Anagrafi residenti).
- Indicatori di salute materno-infantile (12 - 26): permettono l'analisi delle informazioni relative ai ricoveri totali delle donne, ai ricoveri ostetrici, i parti totali e dei parti cesarei (Fonte: SDO), l'assistenza sanitaria in gravidanza elaborata su indicatori socio-demografici (Fonte: CeDaP), ai ricoveri per IVG, la loro proporzione sulle gravidanze e la distribuzione e la caratterizzazione delle IVG sulla base di indicatori socio-demografici e di assistenza (Fonti: SDO, Istat), agli aborti spontanei (Fonte: SDO), alla mortalità e le condizioni neonatali (Fonte: CeDaP), ai ricoveri nel primo anno di vita con relativa distribuzione per causa e cittadinanza (Fonte: SDO).
- Indicatori sugli infortuni sul lavoro (27 – 29, Fonte: INAIL).
- Indicatori relativi alle malattie infettive (30 – 34): descrivono la distribuzione e l'incidenza di AIDS, TBC e infezione da HIV (Fonte: notifiche di malattie infettive).
- Indicatori di mortalità (35 - 38): permettono di descrivere il fenomeno della mortalità e i decessi in relazione alle cause e ad aspetti socio-demografici (Fonte: Istat, indagini per cause di morte).
- Indicatori di assistenza ospedaliera (39-40): vengono analizzati i tagli cesarei in parti a basso rischio e la proporzione di parti cesarei primari (Fonte: CeDaP).
- Indicatori di assistenza territoriale (41- 43): permettono di descrivere indirettamente il funzionamento, l'accesso e l'efficacia dell'assistenza territoriale mediante l'analisi del tasso di ospedalizzazioni evitabili e i ricoveri ripetuti (Fonte: SDO).
- Indicatori di accesso in Pronto Soccorso (46-48): vengono in questa sezione analizzati i codici triage assegnati all'accesso in PS, i numeri, la proporzione e i tassi relativi agli accessi in PS (Fonte: EMUR/PS).
- Indicatori di accesso ai programmi di medicina preventiva (49 – 53): rilevano l'adesione alle vaccinazioni per MPR, anti-HPV e agli screening oncologici di mammella, cervice uterina e colon-retto.

ALLEGATO 2 – RIFERIMENTI NORMATIVI REGIONALI / PROVINCIALI

ALLEGATO 3 – SCHEDA SINTETICA SUI SISTEMI DI GOVERNANCE REGIONALI E PROVINCIALI

Nel corso delle attività del Progetto FOOTPRINTS sono emerse le considerazioni e le indicazioni operative utili al rafforzamento dei sistemi di *governance*, di seguito riportate in sintesi.

Tavolo di lavoro istituzionale regionale/provinciale

È di fondamentale importanza l'istituzione (e il rafforzamento, laddove presente) di un **tavolo di lavoro istituzionale regionale/provinciale per la programmazione e il coordinamento** degli interventi: questo organo dovrebbe poter assicurare un rapporto stabile e continuativo tra la Direzione regionale/provinciale, le Aziende locali, i rappresentanti dei diversi settori (sociale e sanitario) e le realtà territoriali impegnate nell'ambito della salute dei migranti.

È raccomandata la presenza di una **figura di riferimento del tavolo istituzionale** (referente della Regione/Provincia autonoma) che coordini le azioni, auspicabilmente un Dirigente della Direzione regionale/provinciale del settore dell'Assistenza Territoriale o della Salute Pubblica, con il mandato di promuovere e coordinare le politiche e gli interventi sulla salute dei migranti, coinvolgendo attivamente i rappresentanti degli altri settori, a partire da quello sociale.

Tale figura di riferimento auspicabilmente deve poter contare su una **base operativa con forti competenze tecniche**, costituita da un gruppo di professionisti sociali e sanitari della Direzione regionale/provinciale e delle Aziende locali, che abbia la competenza di formulare analisi e proposte operative per le politiche pubbliche.

Gruppi di lavoro all'interno delle Aziende Sanitarie Locali

All'interno delle Aziende Sanitarie Locali, la definizione del team di professionisti che hanno la competenza e il mandato operativo nell'ambito della salute della popolazione immigrata assume un ruolo fondamentale. Per tale ragione è indicata la costituzione di un **gruppo di lavoro multidisciplinare** interno alle singole Aziende Sanitarie Locali, costituito da professionisti dell'ambito delle cure primarie, della sanità pubblica e della prevenzione, della salute mentale, dell'area sociale, dell'area amministrativa, dei servizi di mediazione interculturale. Il gruppo di lavoro deve poter rappresentare i principali ambiti di analisi dei bisogni di salute e di definizione degli interventi per la salute dei migranti nel territorio di competenza.

È altresì indicata l'identificazione di una **figura di coordinamento del gruppo di lavoro**, possibilmente all'interno dello staff del Direttore Sanitario, la cui missione include: la compartecipazione alla definizione delle strategie, degli orientamenti generali, della pianificazione strategica dei servizi dell'Azienda; il coordinamento e l'integrazione funzionale tra i presidi sanitari; la definizione di soluzioni organizzative finalizzate al raggiungimento della migliore integrazione tra gli obiettivi aziendali. Tale figura di coordinamento dovrebbe fungere da collegamento con il Tavolo di lavoro regionale/provinciale per la propria Azienda Sanitaria Locale.

