



Ministero della Salute



SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA
DIPARTIMENTO
DI SCIENZE DI SANITÀ
PUBBLICA G. SANARELLI



LABOS



Migrazione e Salute

“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)

*Progetto promosso e finanziato dal Ministero della Salute - CCM
Con responsabilità scientifica e di coordinamento dell'Istituto Superiore di Sanità*

Giugno 2010

Gruppo di lavoro

Referente scientifico per il Ministero della Salute

Carla Mauro

Responsabile scientifico per l'Istituto Superiore di Sanità

Anna Maria Luzi

Referenti delle Unità Operative e delle Sotto-Unità Operative

Referente Unità Operativa 1

Anna Colucci, Tel 06 49902168 - Fax 06 49902695 - E-mail: anna.colucci@iss.it

Anna Maria Luzi

Istituto Superiore di Sanità, Roma

Referente Unità Operativa 2

Anna Maria Luzi, Tel 06 49902029 - Fax 06 49902695 - E-mail: anna.luzi@iss.it

Anna Colucci

Pietro Gallo

Istituto Superiore di Sanità, Roma

Referente Sotto-Unità Operativa 2.1

Giovanni Rezza, Tel. 0649906133 – E-mail: giovanni.rezza@iss.it

Massimo Giuliani

Istituto Superiore di Sanità, Roma

Referente Sotto-Unità Operativa 2.2

Simonetta Salemi, Tel. 06 33776134 - E-mail: simonettasalemi@hotmail.com

Giuseppe Luzi

Azienda Ospedaliera Sant'Andrea (Sapienza Università di Roma), Roma

Referente Unità Operativa 3

Salvatore Geraci Tel. 06 4454791 - Fax 06 4457095 - E-mail: s.geraci@areasanitaria.it

Manila Bonciani

Barbara Martinelli

Area Sanitaria Caritas di Roma

Referente Unità Operativa 4

Giovanni Baglio, Tel. 06 49904398 - Fax 06 49904310 - E-mail: giovanni.baglio@iss.it

Istituto Superiore di Sanità, Roma

Referente Unità Operativa 5

Claudio Calvaruso, Tel 06 8550193 - Fax 06 85302812 - E-mail: labosnet@gmail.com

Anna Calvaruso

LABOS, Roma

Referente Unità Operativa 6

Maurizio Marceca, Tel/Fax 06.49914532 - E-mail: maurizio.marceca@uniroma1.it

Silvia Pizzuti

Emma Pizzini

Giulia Civitelli

Sapienza Università di Roma – Dipartimento di scienze di Sanità Pubblica, Roma

MIGRAZIONE E SALUTE

“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)

PREMESSA

In Italia, nonostante la normativa vigente (D.Lgs. 286/1998 e seguenti) garantisca agli stranieri l’assistenza sanitaria, la mancanza di informazioni chiare e il timore di un contatto con le strutture pubbliche rischiano di tradursi, per la persona non italiana, in difficoltà a sottoporsi a misure preventive e ad accertamenti clinici finalizzati a diagnosi tempestive, adeguate e monitorate.

Tale situazione, accentuata da difficoltà di ordine burocratico-amministrativo nell’interpretazione e nell’applicazione delle leggi, può determinare una mancanza di equità in ambito sanitario, con la conseguenza del venir meno della garanzie, per ciascun cittadino italiano e non, di ricevere risposte adeguate alle reali necessità. Infatti, il diritto alla salute, sancito dalla Costituzione italiana (art. 32) e previsto per le persone straniere a livello normativo (D.Lgs. 286/1998) spesso non riesce ad essere esercitato nella quotidianità. Occorre, quindi, porre attenzione ad una molteplicità di aspetti epidemiologici, preventivi, diagnostico-clinici, terapeutici, legislativi, organizzativi e comunicativo-relazionali.

Per poter superare tale situazione occorre prima di tutto focalizzare l’attenzione su quanto già esistente nel nostro Paese relativamente alle informazioni desumibili dai flussi correnti e alle specifiche politiche regionali. Inoltre, è necessario individuare buone prassi che si avvalgano di un approccio multidisciplinare attraverso la collaborazione integrata tra operatori sanitari con professionalità diverse impegnati sia nel sistema sanitario, sia nel privato sociale. Ciò anche al fine di favorire l’attivazione di interventi preventivi specifici, ad alta efficacia, capaci di raggiungere la popolazione target e finalizzati a stimolare nella persona immigrata processi atti a tutelare la propria salute.

A tal fine l’Istituto Superiore di Sanità (ISS) ha coordinato il Progetto “Migrazione e Salute”, articolato in sei Unità Operative e due Sotto-Unità.

Del gruppo di lavoro fanno parte: il *Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie ed Immunomediate* (ISS), il *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute* (ISS), l’Azienda Ospedaliera *Sant’Andrea* di Roma, l’Università *Sapienza* - Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, la Fondazione *Labos* e l’Area sanitaria della *Caritas di Roma*. La specifica struttura del Progetto di durata biennale (2008–2010), la complessità degli obiettivi prefissati e l’estensione delle azioni all’intero territorio nazionale hanno richiesto il coinvolgimento degli Assessorati alla Salute e alle Politiche Sociali delle singole Regioni e delle Province Autonome.

FINALITÀ E OBIETTIVI

Finalità

Fornire strumenti e chiavi di lettura per orientare e supportare politiche ed interventi di promozione e tutela della salute di persone, famiglie e comunità straniere.

Obiettivi

Descrivere lo stato di salute della popolazione immigrata e di specifici target, fornire una panoramica della legislazione nazionale e delle politiche regionali, nonché individuare buone prassi assistenziali con particolare attenzione alla fruibilità dei Servizi sanitari, infine valutare i percorsi formativi attivati su temi inerenti la salute della popolazione immigrata.

Obiettivi specifici

Gli obiettivi specifici fanno riferimento alle attività e alle aree di azione delle singole Unità Operative e Sotto-Unità.

Obiettivo specifico/Unità Operativa 1

Coordinare e integrare le attività svolte dalle Unità Operative e gestire i rapporti istituzionali tra queste e le Regioni/Province Autonome coinvolte per il conseguimento dei singoli obiettivi.

Obiettivo specifico/Unità Operativa 2

Raccogliere e analizzare dati derivanti da diversi flussi informativi: Schede di Dimissione Ospedaliera - SDO, Certificato di Assistenza al Parto - CeDAP, Interruzione Volontaria di Gravidanza - IVG, Aborto spontaneo, Mortalità, Infortuni sul Lavoro, Schede Malattie Infettive nonché ricerche realizzate ad hoc su specifici target.

Obiettivo specifico/Sotto-Unità Operativa 2.1

Monitorare l'incidenza delle infezioni sessualmente trasmesse nelle popolazioni immigrate.

Sottobiettivo specifico 2.2

Analizzare la popolazione di migranti afferente all'Ospedale Sant'Andrea (ambulatorio e ricovero ordinario) mediante raccolta dati mirata a costituire un data-base per acquisire informazioni di natura anamnestica su patologie immunitarie con varia manifestazione clinica.

Obiettivo specifico/Unità Operativa 3

Analizzare in modo comparativo le politiche delle Regioni/Province Autonome sulla la salute degli immigrati (compresi rom, richiedenti asilo, rifugiati) e individuare le politiche più efficaci.

Obiettivo specifico/Unità Operativa 4

Implementare una rete informativa sull'assistenza sanitaria agli immigrati STP (Straniero Temporaneamente Presente) in grado di connettere le diverse strutture ambulatoriali di primo livello, pubbliche e del privato sociale.

Obiettivo specifico/Unità Operativa 5

Migliorare il coordinamento tra i diversi attori coinvolti, attraverso la costituzione di un Forum Interregionale, nell'offerta socio-sanitaria alle popolazioni immigrate e favorire l'accesso alle strutture esistenti da parte delle persone straniere mediante la realizzazione di una *desk-analysis*, di una ricerca quantitativa sulle strutture, di un'analisi pilota sui livelli di soddisfazione, di alcuni studi di caso.

Obiettivo specifico/Unità Operativa 6

Raccogliere, analizzare e valutare i percorsi formativi per gli operatori del Sistema Sanitario ai temi dell'intercultura e della salute multiculturale al fine di individuare i percorsi maggiormente adeguati e suggerire raccomandazioni a livello nazionale.

Unità Operativa 2 - Analisi dei Flussi Informativi

Pietro Gallo¹, Federica Prota², Anna Colucci¹, Anna Maria Luzi¹

1. Dipartimento Malattie Infettive Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità

2. Agenzia Sanità Pubblica, Regione Lazio

Nell'ambito del Progetto "Migrazione e Salute", attraverso alcune fonti di dati nazionali quali Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO), Certificato di Assistenza al Parto (CeDAP) e Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG), è stato possibile osservare lo stato di salute della popolazione migrante con particolare attenzione alle donne. La scelta di questi Flussi Informativi (FI) è stata suggerita, oltre che dal buon livello di accuratezza raggiunto, essendo flussi informativi istituiti da molto tempo, anche dal fatto che sono tutti riferiti all'ambito ospedaliero.

Nell'analisi dei Flussi Informativi sono state anche effettuate aggregazioni per grandi aree geografiche e di livello economico: Paesi a Sviluppo Avanzato (PSA) e Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM).

Analizzando gli ultimi dati nazionali disponibili (anno 2007 per dati relativi alle Schede di Dimissione Ospedaliera e Certificato Di Assistenza al Parto; anno 2006 per i dati relativi alle Interruzioni Volontarie di Gravidanza) si è rilevato quanto segue.

Relativamente alle SDO¹ i maschi provenienti dai PSA (il 99,6% sono italiani) si ricoverano in regime ordinario principalmente per patologie cardiache (insufficienza, infarto, aritmia), al contrario dei maschi che provengono dai PFPM i quali si ricoverano principalmente per appendicite acuta, per traumatismi e per bronchiti. Per quanto riguarda il regime di Day Hospital per entrambi i gruppi di provenienza la diagnosi principale più ricorrente è relativa ai trattamenti ulteriori (prevalentemente chemioterapie). A seguire, mentre per i PSA si riscontrano patologie legate alla ricchezza (ad esempio diabete mellito), per i PFPM si rilevano, le malattie infettive e tra queste l'infezione da HIV.

Per quanto riguarda le donne provenienti dai PSA (età media 51 anni) si riscontrano prevalentemente patologie legate all'insufficienza cardiaca e all'artrosi, mentre per le donne dei PFPM, più giovani (età media 29 anni), si riscontrano patologie legate alla sfera ginecologica.

Nell'ambito del Day Hospital è particolarmente evidente il dato relativo al 40,7% delle diagnosi di interruzione volontaria di gravidanza (Codice di diagnosi ICD-9-CM 635) per le donne provenienti dai PFPM; mentre, per le donne dei PSA (di età media maggiore pari a 51 anni), tale diagnosi è riportata nel 4,2% dei casi, confermando quanto già rilevato in altri studi.

Per quanto riguarda i dati relativi al Certificato Di Assistenza al Parto (CeDAP)² è stata costruita una variabile di "rischio di ritardo nelle cure" che ha permesso il confronto delle donne provenienti dai PSA (per la maggior parte italiane) con quelle dei PFPM.

Da questi confronti è scaturito che le donne provenienti dai PFPM, che partoriscono in Italia, risultano più a rischio delle donne dei PSA e che tale rischio diminuisce con l'età, indipendentemente dalla zona di provenienza. Le casalinghe e le disoccupate sono più a rischio rispetto alle donne occupate, come pure coloro che posseggono una bassa scolarità (nessuno titolo - licenza inferiore) rispetto alla scolarità media (diploma di scuola superiore).

Per quanto riguarda l'Interruzione Volontaria di Gravidanza³ è stata analizzata l'urgenza dell'intervento; le donne provenienti dai PFPM risultano più a rischio di effettuare una interruzione di gravidanza in urgenza rispetto alle donne provenienti dai PSA. Inoltre, risultano più a rischio le donne nubili rispetto alle coniugate che a loro volta risultano più a rischio rispetto alle divorziate/separate.

L'analisi dei flussi informativi ha permesso di evidenziare le differenze che caratterizzano lo stato di salute di gruppi di utenti molto differenti tra di loro per provenienza geografica.

Inoltre, è stato anche possibile individuare alcuni dei fattori di rischio di ritardo nell'accesso ai servizi sanitari nelle donne provenienti da PSA e PFPM, rappresentando così un utile strumento per le politiche sociali e sanitarie.

1 I dati del Flusso Informativo SDO, anno 2007, sono stati forniti dalla Dott.ssa Susanna Conti, Istituto Superiore di Sanità

2. Le analisi relative al Flusso Informativo CeDAP sono state svolte in collaborazione con la Dott.ssa Enrica Tamburini, la Dott.ssa Miriam di Cesare e la Dott.ssa Rosaria Boldrini del Ministero della Salute.

3. I dati del Flusso Informativo IVG, anno 2006, sono stati forniti Dott.ssa Marzia Loghi, ISTAT

Sotto Unità-Operativa 2.1 - Monitoraggio delle infezioni sessualmente trasmesse nelle popolazioni immigrate

Giovanni Rezza, Massimo Giuliani

Dipartimento Malattie Infettive Parassitarie ed Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità

Attualmente, le attività di controllo delle malattie infettive richiedono metodi e collaborazioni che ne consentano l'estensione su grandi aree geografiche, ben oltre i confini fisici dei singoli stati. Questo è ancor più importante, quando la circolazione delle malattie in questione è grandemente influenzata dalla mobilità delle diverse popolazioni sul pianeta. Per tali ragioni nell'ambito del Progetto "Migrazione e Salute - Migrazione:sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni", la Sotto Unità 2.1 dell'Istituto Superiore di Sanità ha avviato un'attività di monitoraggio delle infezioni sessualmente trasmissibili (IST) nelle popolazioni di stranieri anche al fine di verificare l'adeguatezza dei flussi informativi oggi disponibili e i livelli di formazione degli operatori. L'analisi dei dati raccolti dal Sistema di Sorveglianza delle MST negli ultimi anni ha mostrato come, dal 1990 al 2008, circa 18.000 siano stati i nuovi casi di IST diagnosticati in pazienti non italiani presenti nel nostro paese. La proporzione annua in stranieri è andata aumentando, dal 10,0% fino al 1994 a circa il 35% del 2008, e composta soprattutto da europei e africani. Dato questo interpretabile alla luce del forte incremento demografico registrato, nel medesimo periodo, a carico della popolazione immigrata presente in Italia.

Lo straniero con una IST, in Italia, è prevalentemente una persona eterosessuale, immigrata, con una bassa scolarità, poco propenso all'uso di droghe (1,2%) ma che già, una volta su cinque, ha avuto una IST in passato. Inoltre più che nell'italiano, gli viene diagnosticata una gonorrea (9,3% vs. 4,1%), una sifilide latente (15,6% vs 6,9%) o un'infezione da clamidia (8,1% vs. 5,7%). Minore è invece la prevalenza dell'infezione da HIV rispetto a quanto rilevato nella popolazione italiana (5,3% vs. 8,8%).

I dati raccolti suggeriscono la necessità di favorire la fruibilità da parte della persona non italiana di interventi di prevenzione e di intensificare le campagne educativo-informative contro le IST da rivolgere alle popolazioni immigrate, soprattutto allo scopo di prevenire la persistenza dei comportamenti a rischio, le reinfezioni e l'aumento della circolazione dell'infezione da HIV.

Sotto Unità Operativa 2.2 – Valutazione dell’assetto immunitario in soggetti di vecchia e nuova immigrazione

Simonetta Salemi¹, Sara Caporuscio², Dorotea Crialesi², Giuseppe Luzi²

1. Azienda Ospedaliera. “Sant’Andrea”

2. Sapienza, Università di Roma, II Facoltà di Medicina e Chirurgia

La salute nell’ambito della migrazione costituisce un importante impegno sociale e assistenziale in Italia. Varie sono le iniziative istituzionali e in ambito di volontariato che hanno consentito una migliore comprensione del problema sotto il profilo scientifico-assistenziale (prevenzione, diagnosi, presa in carico e cura) sebbene, a nostra conoscenza, non esistano studi sull’andamento della malattie a carico del sistema immunitario.

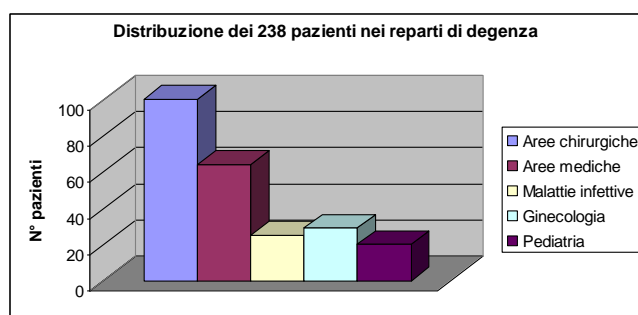
Nell’ambito del Progetto “*Migrazione e Salute*” coordinato dall’Istituto Superiore il lavoro della nostra Sotto Unità Operativa si è focalizzato sull’acquisizione di parametri anamnestici e clinico-laboratoristici con l’obiettivo di identificare alcune patologie riguardanti i difetti immunitari. Le malattie del sistema immunitario, in particolare le immunodeficienze (non correlate ad infezione da HIV) possono essere in relazione con lo stile di vita, fattori di stress, oltre che con alterazioni congenite. Una quota consistente dei pazienti con immunodeficienza sfugge alla diagnosi o vi giunge con notevole ritardo, sviluppando patologie che potrebbero essere prevenute con una diagnosi precoce.

Si ribadisce che lo stato di immunodepressione, oltre che a malattie infettive, predispone a neoplasie e può associarsi a malattie autoimmuni. Conoscere le cause di ricovero dei malati migranti, acquisire dati corretti sulle alterazioni di laboratorio più significative in ambito immunologico, controllare nel tempo lo stato di salute di questa popolazione rappresenta una finalità importante per prevenire diverse malattie favorite dallo stato di immunodeficienza, e per caratterizzare aspetti di solito non adeguatamente studiati nell’ambito della pratica medica di routine.

Lo studio ha permesso di evidenziare un crescente numero di persone migranti ricoverate dal 2001 presso l’Azienda Ospedaliera Sant’Andrea. Le cartelle cliniche prese in esame appartengono a campionamenti suddivisi per anno su una popolazione totale di 3.390 persone afferite nell’arco temporale 2001 – 2008.

I dati raccolti evidenziano la prevalenza della migrazione dall’Europa orientale (1.337 soggetti pari al 39,4%), seguita dalle regioni dell’Asia occidentale (378 soggetti pari al 11,1%) e dell’Africa settentrionale (284 soggetti pari all’ 8,4%).

La distribuzione dei ricoveri su 238 pazienti selezionati viene riportata nel grafico che segue.



Un aspetto essenziale dello studio mette in evidenza l’esiguità dei dati riguardanti la “storia” individuale della migrazione nell’ambito dell’anamnesi. Proprio la condizione di migrante infatti, rappresenta un elemento critico per quanto concerne il possibile instaurarsi di uno stato di immunosoppressione secondaria a stress e di patologie immunitarie in particolare. Inoltre, le scarse informazioni acquisite anamnesticamente sul “curriculum” vaccinale dei singoli soggetti studiati generano un’importante lacuna conoscitiva. Lo studio dello stato vaccinale nei soggetti migranti può rappresentare oltre che la base di un approccio epidemiologico al problema anche lo strumento per attivare una sorveglianza sanitaria continuativa. Infatti, provenendo da paesi con normative molto diverse tra loro, i migranti possono non essere stati vaccinati per infezioni che potrebbero esporli a rischio di vita come il tetano, patologie croniche come l’epatite B o che possono risultare pericolose in condizioni particolari, come per esempio la rosolia in corso di gravidanza.

Unità Operativa 3 – La tutela della salute degli immigrati nelle politiche sanitarie

Salvatore Geraci, Manila Bonciani, Barbara Martinelli
Area sanitaria Caritas Roma

Pur essendo la politica sull'immigrazione dettata a livello nazionale, i percorsi di inserimento, di integrazione e di promozione, anche in ambito sanitario, sono implementati e realizzati localmente. Il progressivo decentramento amministrativo e politico sta producendo estrema eterogeneità sul territorio nazionale dovuta ad una più o meno specifica attenzione a livello locale. Ciò può determinare disuguaglianze sia in ambito di accesso ai servizi, sia in ambito di profilo di salute della popolazione immigrata su base territoriale. Per questo, già dal 1995 e più strutturalmente dal 1998, l'Area sanitaria della Caritas romana ha istituito un **Osservatorio sulle politiche locali per l'assistenza sanitaria agli stranieri** che ha prodotto periodici rapporti, specifiche ricerche e questo stesso progetto (parte dedicata alle politiche locali).

Nel lavoro di ricerca svolto dal UO3 all'interno del progetto Migrazione e salute e sintetizzato nel Rapporto finale con annesso CD-rom, sono stati studiati **684 atti formali** prodotti dal 1995 all'inizio del 2010: **63** atti/normative nazionali; **60** leggi regionali (di cui 3 proposte non approvate), **68** piani sanitari ed altri piani locali, **493** delibere/note/altro. Gli atti più significativi ed ancora in vigore sono stati segnalati ed analizzati nelle schede per ogni Regione e Provincia Autonoma.

Utilizzando un approccio concreto e moderno, abbiamo analizzato le politiche locali con l'identificazione di alcune *variabili* (linee guida, analisi del bisogno/osservatori, prevenzione e promozione della salute, formazione, mediazione in sanità, assistenza agli irregolari e ai comunitari) che possono in qualche modo essere considerate degli *indicatori*, fino alla definizione di *indici* che possono permettere confronti **nel tempo** e quindi misurare gli effetti di specifiche scelte politiche nazionali e locali, e **nello spazio**, cioè in ambiti territoriali diversi.

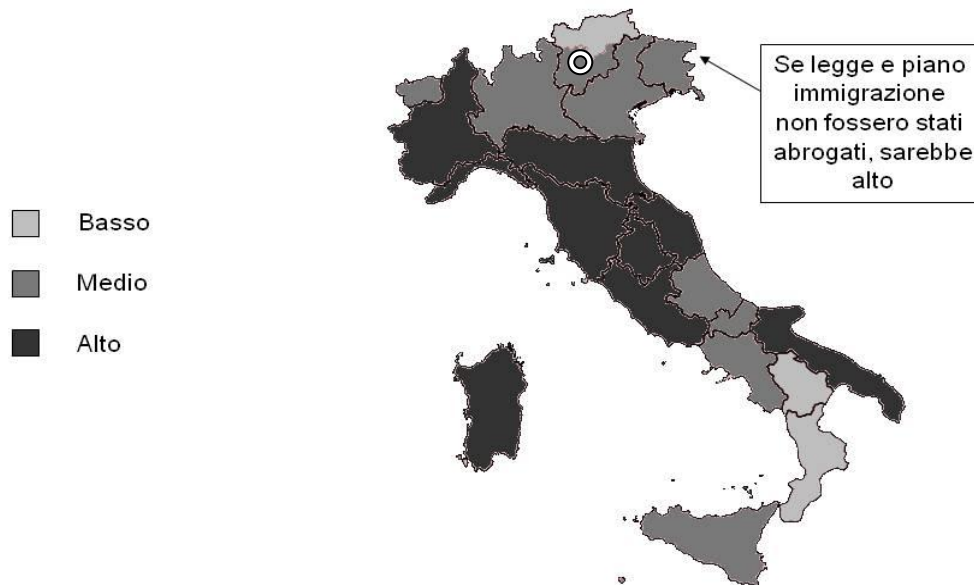
Dall'analisi complessiva delle variabili oggetto di studio, sintetizzate nei due indici sulle politiche sanitarie locali, emerge pertanto che quasi metà delle regioni italiane hanno un livello alto di attenzione verso il tema della salute degli immigrati. Attraverso l'indice a sei categorie, che riesce a mettere in evidenza maggiormente le differenze locali, viene identificata la Regione Puglia come l'eccellenza in quest'ambito, grazie allo sviluppo di un processo politico e legislativo che si è consolidato negli ultimi anni rispetto alla questione dell'immigrazione e dall'altra parte situazioni particolarmente critiche della Calabria e della Basilicata che hanno un livello minimo e scarso di impatto delle politiche sanitarie per gli immigrati.

È importante ricordare che il risultato della ricerca deriva dalla lettura ed analisi degli atti formali e quindi fa riferimento soprattutto alla capacità di formalizzazione della politica locale in atti normativi e programmatici, mentre potrebbe non trovare diretto riscontro a livello applicativo, come per esempio emerge attraverso l'esperienza dei Gruppi Immigrazione e salute - GrIS locali (unità territoriali della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM), che offrono uno sguardo dal basso sulle politiche sanitarie. È il caso per esempio della Regione Sardegna, che ha un livello alto di avanzamento della politica locale, ma presenta molte criticità rispetto all'applicazione di tali direttive.

I due indici sintetici, inoltre, rappresentando la situazione ad oggi delle politiche sanitarie locali, non permettono di esplicitare il processo di trasformazione avvenuta in questi ultimi anni e, quindi, realtà come il Veneto o il Friuli Venezia Giulia, che hanno costituito in passato esperienze regionali di rilievo e fortemente innovative nell'ambito dell'assistenza sanitaria agli immigrati, si trovano attualmente ad avere rispettivamente un livello buono e sufficiente di impatto delle politiche sanitarie rivolte agli immigrati perché hanno subito un rallentamento o una battuta di arresto sul tema in particolare nel secondo caso anche per l'abrogazione della legge regionale sull'immigrazione di ampio respiro e tecnicamente di alto profilo.

Le politiche sanitarie, infatti, sono frutto di valutazioni oggettive e scelte di campo che l'Italia ha fatto ponendo la tutela della salute di ogni individuo come dovere costituzionale. Per questo riteniamo che anche le norme per la tutela sanitaria dei cittadini non italiani, europei o stranieri non comunitari, regolari o irregolari, debbano in ogni modo essere comunque difese ed anzi enfatizzate. Perché cedere su un diritto che è certamente individuale ma che ha un impatto collettivo, è cedere sulla nostra storia e sul nostro convivere civile.

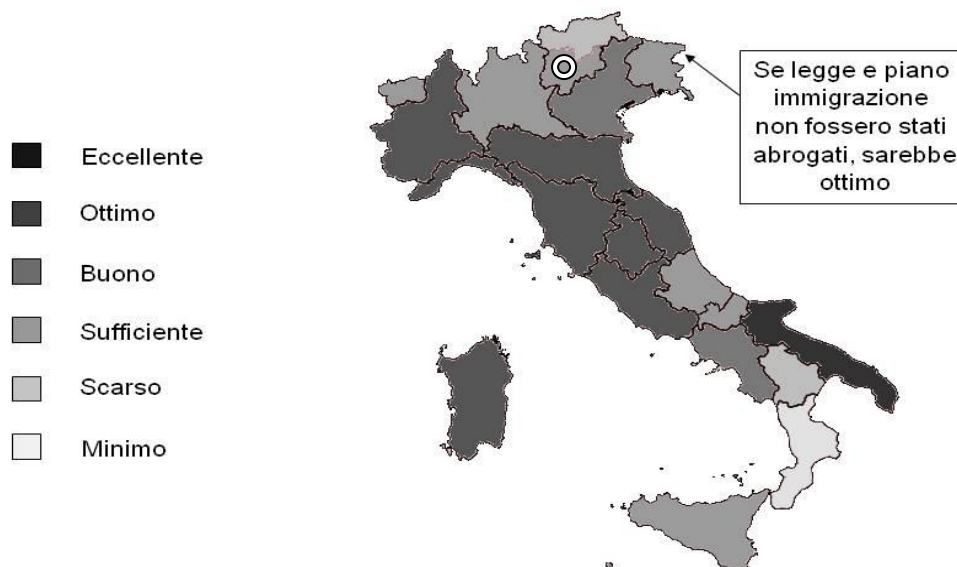
Indice sintetico sul livello di avanzamento delle politiche sanitarie locali



Fonte: S. Geraci, M. Bonciani, B. Martinelli, Area sanitaria Caritas Roma, 2010

⊙ la Provincia autonoma di Trento non ha partecipato al progetto. Recentemente ci sono stati comunque trasmessi dei documenti che permetteranno una adeguata analisi delle politiche anche per questa realtà locale

Indice di impatto delle politiche sanitarie locali



Fonte: S. Geraci, M. Bonciani, B. Martinelli, Area sanitaria Caritas Roma, 2010

⊙ la Provincia autonoma di Trento non ha partecipato al progetto. Recentemente ci sono stati comunque trasmessi dei documenti che permetteranno una adeguata analisi delle politiche anche per questa realtà locale

E' possibile inviare eventuale integrazione ed aggiornamento della documentazione a: s.geraci@areasanitaria.it

Unità Operativa 4 - Implementazione della rete informativa OSI sull'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati STP

Giovanni Baglio

Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore di Sanità

Nell'ambito del Progetto "*Migrazione e Salute - Migrazione: sistema di accoglienza verso la popolazione immigrata dei servizi sanitari e verifica dell'osservanza del diritto alla salute di queste popolazioni*", finanziato dal Ministero della Salute e coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, è stato avviato un programma per **l'implementazione di una rete informativa sull'assistenza sanitaria di primo livello agli immigrati irregolari** (STP – Straniero Temporaneamente Presente).

Il programma si ricollega all'esperienza del "**Progetto OSI**" (ricerca finalizzata del Ministero della Salute ex art. 12 bis, comma 6, D. Lgs. 229/99 - aa. 2003-2005) che ha permesso di sviluppare e sperimentare in alcuni contesti locali un modello di sistema informativo in grado di raccogliere dati sull'attività assistenziale svolta presso gli ambulatori STP.

L'attuale programma è finalizzato a estendere la Rete OSI in diverse regioni/ASL italiane, anche attraverso il coinvolgimento dei network regionali sulla salute degli immigrati (GrIS), facenti capo alla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

Le attività previste dal piano di implementazione hanno riguardato un censimento preliminare delle strutture STP esistenti a livello regionale e aziendale, la revisione degli strumenti di rilevazione (scheda e software sviluppato *ad hoc* per l'archiviazione e la gestione dei dati), l'organizzazione del flusso informativo, l'avvio della raccolta dati e un primo bilancio a sei mesi.

Hanno aderito al programma **43 ambulatori dedicati: 17 nel Lazio** (64% di copertura sulla casistica complessiva), **7 in Calabria** (100% di copertura) e **19 nella ASL di Foggia** (98% di copertura). Della Rete OSI facevano già parte **altri 3 ambulatori presenti a Bolzano, Bergamo e Trieste**. La **regione Umbria**, che non dispone di ambulatori STP ma garantisce l'assistenza sanitaria di base agli immigrati irregolari attraverso i medici di medicina generale, ha adottato la sezione socio-demografica della scheda OSI come parte integrante delle informazioni da raccogliere al momento dell'iscrizione al Servizio Sanitario Regionale. La **regione Piemonte** – in cui esiste già una rete informativa diversa da OSI sull'assistenza agli immigrati STP – ha contribuito con un proprio referente allo sviluppo degli strumenti di raccolta dati, in modo da garantire la massima confrontabilità tra i due sistemi informativi.

Nei primi sei mesi di sperimentazione, sono stati raccolti dati relativi a 7.332 accessi, pari a 4.327 pazienti.

Il Progetto ha confermato la sostenibilità della raccolta dati in tutti i contesti in cui è stato implementato. Per quanto riguarda le ricadute pratiche, il nuovo flusso informativo costituisce uno strumento efficace per il monitoraggio di un ambito assistenziale che quasi sempre sfugge ai sistemi di rilevazione corrente e si dimostra in grado di offrire informazioni utili alla programmazione sanitaria regionale e aziendale.

Unità Operativa 5 – Accesso alle strutture sanitarie

Claudio Calvaruso, Anna Calvaruso, Renato Frisanco, Ulisse Di Corpo
LABOS

Il lavoro svolto dall'Unità Operativa 5 è stato finalizzato a migliorare il coordinamento tra i diversi attori coinvolti nell'offerta socio-sanitaria alle popolazioni immigrate e, sulla base di un lavoro preliminare di *Desk Analysis*, a verificare l'accessibilità alle strutture esistenti da parte della popolazione immigrata.

È stata condotta una ricerca quantitativa mediante la somministrazione di questionari a 1.004 Servizi sanitari italiani. È stata effettuata una mappatura delle comunità di migranti presenti sul territorio nazionale. Dall'analisi dei dati è emerso che:

L'organizzazione dei servizi varia in base all'area geografica:

- al *nord* è maggiore l'uso di infermieri stranieri e il ricorso a corsi di formazione sul fenomeno migratorio.
- al *centro* è maggiore l'utilizzo di corsi di formazione sul fenomeno migratorio, di mediatori culturali esterni, di opuscoli multilingue e di incontri con la popolazione.
- al *sud* è maggiore la presenza di strutture che dichiarano di non avere personale interno strutturato, di non utilizzare volontari, di non avere servizi informativi multilingue, di non frequentare corsi di formazione e aggiornamento.

Il trend dell'accesso dell'utenza con tesserino STP varia in base alla tipologia di servizio:

- è aumentata in modo considerevole si correla principalmente con le strutture psichiatriche, con le strutture in cui si seguono corsi di formazione nel campo della normativa in materia di immigrati e si fa ampio uso di mediatori culturali esterni.
- è aumentata si associa principalmente ai presidi delle USL con forte accesso di cinesi, marocchini e albanesi e una valutazione positiva dell'accessibilità dei servizi in termini di accoglienza, dell'attenzione al vissuto personale e relazionale delle persona e dell'efficacia della risposta medico specialistica.
- è rimasta invariata principalmente negli ambulatori / laboratori.
- è diminuita principalmente nei consultori familiari e nelle aziende ospedaliere universitarie.
- è diminuita *in modo considerevole* nelle aziende ospedaliere del meridione.

Valutazione del livello di accessibilità ai servizi sanitari nazionali in termini di:

- efficacia della risposta medico specialistica: Molto Positiva. E' fortemente correlata con l'accessibilità ai servizi in termini di accoglienza e attenzione al vissuto personale e relazionale. Caratterizza innanzitutto i Consultori familiari e le strutture che hanno al loro interno mediatori linguistici e servizi informativi multilingue a sportello. Queste strutture dichiarano che l'utenza è aumentata sensibilmente.
- accessibilità ai servizi in termini di accoglienza: Molto Positiva. Strutture caratterizzate da forti collaborazioni con il privato sociale e con le associazioni di immigrati e dalla predisposizione e distribuzione di materiale informativo e di siti web multilingue.
- attenzione al vissuto personale e relazionale: Molto Positiva. Principalmente consultori familiari che hanno effettuato incontri con la popolazione di immigrati e che collaborano con associazioni di immigrati.

È stata anche effettuata un'indagine pilota, sul territorio del Comune di Roma relativamente al tema della soddisfazione delle cure e delle prestazioni sanitarie. Sono stati intervistati, oltre alle persone straniere di diversa nazionalità, anche alcuni responsabili di associazioni di immigrati.

Per un terzo degli intervistati risulta problematico l'accesso alle cure mediche, principalmente a causa di problemi legati alle strutture stesse, poca conoscenza dei propri diritti sanitari, poca assistenza da parte degli enti pubblici, paura di essere denunciati nel caso degli irregolari. La maggioranza degli stranieri intervistati è soddisfatta del rapporto con il personale sanitario e in particolar modo con i medici per la cortesia e la professionalità. Decisamente negativa l'opinione generale sull'accoglienza di cui meno della metà si dichiara soddisfatto. Tra gli intervistati, quasi uno straniero su tre denuncia di essere stato preso poco in considerazione, di essere stato oggetto di poca cura, di essere stato trattato con scortesia (soprattutto dai paramedici) semplicemente per la loro condizione di stranieri.

Davanti a lunghe file burocratiche ed a tempi snervanti, il ricorso al privato diviene l'unica alternativa ma non sempre praticabile. L'assistenza sanitaria italiana è certamente percepita come migliore di quella del proprio paese di origine ma assolutamente non adeguata. La preparazione e la fiducia nel personale medico sono aspetti molto importanti soprattutto alla luce del clima di terrore scatenato dalle recenti normative sulle denunce a scapito degli irregolari.

Infine, la ricerca ha preso in esame, in ogni regione italiana, un Servizio o un progetto in ambito sanitario particolarmente dedicato agli immigrati e considerato innovativo o emblematico di "buone pratiche" rispetto alla necessità di facilitare l'accesso ai servizi sanitari e garantire equità di trattamento a tale popolazione. Su

ciascun Servizio, selezionato anche in base alle segnalazioni delle Regioni che hanno partecipato attivamente al Progetto di ricerca, è stato condotto uno **studio approfondito** attraverso un questionario strutturato, una raccolta di documentazione di prima mano, e delle interviste *in loco* di tipo qualitativo-valutativo.

Per ogni “studio di caso” è stato redatto un apposito *report* e, successivamente, si è proceduto ad una lettura trasversale e comparativa delle diverse esperienze, finalizzata a pervenire a **raccomandazioni** affinché si realizzi ovunque una soglia accettabile di attenzione ed efficacia nei servizi sanitari a beneficio degli immigrati secondo un approccio “*migrant friendly*”.

La ricerca segnala eccellenti iniziative di Servizi o Unità operative che hanno contribuito ad **abbassare la soglia di accesso** ai servizi da parte dell’utenza immigrata ma non si può dire che questo processo sia generalizzato né molto avanzato nel nostro Paese: la qualità complessiva delle esperienze esaminate non è ovunque di “eccellenza”, si tratta per lo più di sperimentazioni o di implementazioni dei servizi esistenti ma in modo per lo più **frammentato**, con servizi *ad hoc* per gli utenti irregolari (STP) o con interventi parziali che affrontano un aspetto o migliorano l’accessibilità ad un servizio territoriale (spesso il Consultorio) od ospedaliero piuttosto che incidere sul sistema locale dei servizi sanitari. Inoltre, permangono molti problemi rispetto all’obiettivo della **promozione della salute** con politiche di prevenzione mirata e diffusa, condizione indispensabile per realizzare una reale equità del trattamento rispetto alla media degli utenti italiani.

La disamina delle esperienze segnala la necessità di lavorare su **tre punti chiave** per migliorare l’equità di accesso e anche la qualità di trattamento delle cure degli immigrati. Si tratta di tre **indicatori cruciali** con cui misurare il successo di una politica “*migrant friendly*”:

- 1) **L’attuazione di una strategia della comunicazione orientata ad una capillare informazione a tutti gli immigrati sull’offerta dei servizi esistenti sia per la cura che per la prevenzione e la promozione della salute.**
- 2) **Il superamento, per gli utenti e per il personale sanitario, del condizionamento negativo delle barriere di tipo linguistico-culturale.** Nelle esperienze migliori questo è avvenuto con la creazione di un servizio di mediazione linguistico-culturale integrato e coordinato centralmente a livello aziendale.
- 3) **L’investimento sulla formazione degli operatori di tutti i presidi sanitari (a cominciare da quelli a maggior flusso di immigrati) in termini di una maggiore specializzazione sui temi emergenti**

Le realtà di “eccellenza” sono quelle dove si è affermato un **approccio globale** al tema dell’accessibilità degli utenti stranieri immigrati - realizzando al meglio tutti e tre indicatori di successo sopra descritti – all’interno di una strategia aziendale univoca orientata ai principi della salute come bene della comunità e declinata sui bisogni e le diversità dei cittadini-utenti. Si potrebbe dire con uno slogan appropriato che **“una migliore sanità per gli immigrati è anche una migliore sanità per tutti”** perché aiuta a considerare tutte le diversità, non solo quelle etnoculturali, si pensi a quelle socio-economiche o di genere, come sfida importante per i servizi sanitari e condizione per il loro miglioramento continuo.

Due sono i **fattori di traino** rispetto ad un migliore funzionamento dei servizi sanitari per gli utenti immigrati:

- 1) il collegamento con progetti di innovazione transnazionali sul tema - che permetta agli operatori di avere un respiro ampio e di confrontarsi e dialogare con altre realtà - e l’impulso dato alla specifica progettualità e sperimentazione da finanziamenti regionali ad hoc;
- 2) l’attitudine ad utilizzare strumenti di ricerca per la rilevazione dei bisogni informativi, di mediazione culturale, di prevenzione e di cura degli utenti, per identificare i fabbisogni formativi degli operatori e per valutare nel tempo gli esiti del funzionamento dei servizi.

I **vantaggi** di un’attenzione agli utenti immigrati sono di almeno tre tipi:

- 1) la tempestività delle cure, e quindi più salute per gli immigrati;
- 2) l’appropriatezza delle cure, con un minor intasamento dei Pronto Soccorso degli ospedali e una più efficace azione di promozione della salute e un miglior rapporto costi/benefici delle prestazioni offerte;
- 3) una migliore salute pubblica attraverso il controllo sanitario sulle patologie tipiche dei migranti.

Unità Operativa 6 – Formazione degli operatori

Maurizio Marceca, Silvia Pizzuti, Emma Pizzini, Giulia Civitelli
Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica, Sapienza Università di Roma

L'Unità Operativa 6 (Formazione degli Operatori) è stata incaricata di raccogliere, analizzare e valutare i percorsi formativi per gli operatori del Sistema Sanitario Nazionale ai temi dell'intercultura e della salute multiculturale, al fine di individuare i percorsi maggiormente adeguati e suggerire raccomandazioni a livello nazionale.

Attraverso la selezione di specifici termini di ricerca e l'utilizzo di diverse fonti dati, sia istituzionali che non istituzionali, sono state individuate e raccolte le documentazioni relative alle iniziative formative di interesse per gli anni 2002-2008. È stato, quindi, elaborato un set di variabili e di criteri per l'archiviazione, la selezione e l'analisi quantitativa e qualitativa delle informazioni raccolte. Alla fase di raccolta sono seguite quelle di inserimento e di elaborazione dei dati. Sono stati, inoltre, individuati i requisiti di selezione dei corsi/percorsi formativi più completi e congrui e delle esperienze maggiormente adeguate. Per consentire un dimensionamento ed un confronto tra i vari contesti regionali e tra questi e il contesto nazionale, sono stati messi a punto alcuni indicatori che mettono in correlazione le iniziative formative promosse (sia accreditate che non) con la popolazione straniera ufficialmente presente sul territorio di riferimento ed i principali operatori della salute (medici, infermieri, ostetriche, assistenti sociali, psicologi) tenuti al conseguimento dei crediti ECM.

Nei 7 anni considerati sono state promosse, a livello nazionale, **circa 2.200 iniziative** formative sul tema della salute delle persone immigrate - corrispondenti a **quasi 10.000 ore** dedicate - di cui circa il **90% accreditate** e circa il **10% non accreditate**; tra le iniziative accreditate prevalgono i cosiddetti '**Eventi**' (oltre il **63%** sul totale delle iniziative) rispetto ai 'Progetti Formativi Aziendali - PFA' (oltre il 25%), cioè le iniziative promosse dalle Aziende sanitarie attraverso gli 'Uffici di Formazione'. La distribuzione delle iniziative sul territorio è risultata: oltre il **70% nelle regioni settentrionali**; poco meno del **20% in quelle centrali**; il **10% in quelle meridionali e insulari**; tenendo conto dell'attuale distribuzione geografica degli stranieri il nord appare quindi complessivamente sovrarappresentato, il centro ed il sud sottorappresentati. Per quanto riguarda la distribuzione temporale delle iniziative, si va da meno del 4% (sul totale del periodo) nell'anno 2002 a quasi il 17% nell'anno 2008, con un **picco nell'anno 2006** (oltre il **24%**), periodo in cui sono state svolte **oltre 530 iniziative** di formazione/aggiornamento.

Considerando il **livello** delle iniziative di formazione (valutato sulla base delle ore previste e della specificità dei contenuti proposti) il **59%** è risultato essere '**di base**', il 34% di livello '**intermedio**', poco più del 3% di livello '**avanzato**'.

Correlando il totale delle iniziative formative svolte (sia accreditate che non accreditate) al numero di stranieri presenti in Italia e alle diverse tipologie di professionisti della salute vincolati all'ECM, è stato anche valutato l'ipotetico impatto delle iniziative, assumendo che le stesse siano state accessibili a tutte le professioni considerate:

▪ n° iniziative X 10.000 stranieri residenti (al 31.12.2005)	= 7,0
▪ n° iniziative X 1.000 medici iscritti all'Ordine (al 31.12.2005)	= 6,6
▪ n° iniziative X 1.000 infermieri iscritti al Collegio (al 31.12.2005)	= 6,2
▪ n° iniziative X 1.000 ostetriche iscritte al Collegio (al 31.12.2005)	= 141,0
▪ n° iniziative X 1.000 assistenti sociali iscritti Albo (al 31.12.2005)	= 65,2
▪ n° iniziative X 1.000 psicologi iscritti all'Ordine (al 31.12.2005)	= 40,2

**Referenti degli Assessorati alla Sanità e alle Politiche Sociali
delle Regioni e delle Province Autonome**

Abruzzo

Dr. Gerardo GALASSO
E-mail: gerardo.galasso@regione.abruzzo.it
REF: Dott.ssa Annarita CAPODICASA
E-mail: annarita.capodicasa@regione.abruzzo.it

Basilicata

REF: Dott. Giovanni CANITANO
E-mail: giovanni.canitano@regione.basilicata.it
Dott.ssa Gabriella CAUZILLO*

Bolzano

REF: Dott. Emanuele CAGOL
E-mail: emanuele.cagol@provinz.bz.it

Calabria

REF: Dott.ssa Giuseppina FERSINI
E-mail: g.fersini@regcal.it
REF: Dott. Vito SAMA'
E-mail: v.sama@regcal.it

Campania

REF: Dott.ssa Rosanna ROMANO
E-mail: rosanna.romano@regione.campania.it
Dott. Roberto PIRRO
E-mail: r.pirro@maildip.regione.campania.it
Dott.ssa Pina DE LORENZO*

Emilia-Romagna

REF: Dott.ssa Clara CURCETTI
E-mail: ccurcetti@regione.emilia-romagna.it

Friuli Venezia Giulia

Dirigente: Dott.ssa Nora COPPOLA
E-mail: nora.coppola@regione.fvg.it
REF: Dott.ssa Rosalia DA RIOL
E-mail: dariolro@gmail.com
Dott. Guglielmo PIZZALIS
E-mail: guglielmo.pitz@libero.it

Lazio

REF: Dott. Valentino MANTINI
E-mail: vmantini@regione.lazio.it
Dott.ssa M. Letizia LORENZINI, Dott.ssa Serena ANTONINI
E-mail: llorenzini@regione.lazio.it

Liguria

REF: Dott.ssa Germana TORASSO
E-mail: germana.torasso@regione.liguria.it
Dott.ssa Laura OLIVIERI*
Dott.ssa Anna Fioretti*

Lombardia

REF: Dott. Carlo ZOCCHETTI
E-mail: carlo_zocchetti@regione.lombardia.it
Dirigente Dott.ssa Rosella PETRALI
E-mail: rosella_petrals@regione.lombardia.it
Dott.ssa Clara DE MARCHI
E-mail: clara_demarchi@regione.lombardia.it
REF: Dott. Antonello GRIMALDI
E-mail: antonello_grimaldi@regione.lombardia.it

Marche

REF: Dott.ssa Patrizia CARLETTI
E-mail: diseguaglianze@regione.marche.it

Molise

Dirigente Dott. Francesco SFORZA
E-mail: sforza.francesco@mail.regione.molise.it
REF: Dott.ssa Maria VALERIANO
E-mail: valeriano.maria@mail.regione.molise.it
REF: Dott. Vincenzo ROSSI
E-mail: vincenzo.rossi@regione.molise.it
REF: Dott. Roberto PATRIARCHI
E-mail: patriarchi@hotmail.com

Piemonte

REF: Dott.ssa Luisa MONDO
E-mail: luisa.mondo@epi.piemonte.it

Puglia

REF: Dott.ssa Maria Teresa L'ABBATE
E-mail: mt.labbate@regione.puglia.it
Dott.ssa Concetta LADALARDO*

Sardegna

Dirigente Dott.ssa CAMPUS
E-mail: salu.prev@regione.sardegna.it
REF: Dott.ssa Maria Letizia SENIS
E-mail: mсенis@regione.sardegna.it
Dott.ssa Silvana TILOCCA*

Sicilia

REF: Dott. Giuseppe NOTO
E-mail: giuseppe.noto@regione.sicilia.it
Dott.ssa Giovanna GRIMALDI
E-mail: g.grimaldi@regione.sicilia.it
Dott.ssa Donatella SGHEMBRI*

Toscana

REF: Dott. Valerio DEL MINISTRO
E-mail: valerio.delministro@regione.toscana.it
Dott. Marco LOMBARDI
E-mail: marco.lombardi@regione.toscana.it

Umbria

REF: Dott.ssa Ombretta CHECCONI
E-mail: ochecconi@regione.umbria.it
REF: Dott.ssa Nera BIZZARRI
E-mail: nbizzarri@regione.umbria.it

Valle d'Aosta

REF: Dott.ssa Paola IPPOLITO
E-mail: p.ippolito@regione.vda.it

Veneto

REF: Dott. Maurizio SFORZI
E-mail: maurizio.sforzi@aslbassono.it

** Referenti coinvolti nelle fasi iniziali del Progetto.*

(Elenco aggiornato a maggio 2010 dei Referenti Referenti degli Assessorati alla Sanità e alle Politiche Sociali delle Regioni e della Provincia Autonoma di Bolzano)