



## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

**Approvazione, ai sensi dell'articolo 14, comma 5, del decreto-legge 13 settembre 2012, n. 158, convertito, con modificazioni, dalla legge 8 novembre 2012, n. 189, del progetto interregionale proposto dal Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) per il triennio 2022-2024.**

Repertorio Atti n. 270/CSR del 21 dicembre 2022.

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

Nell'odierna seduta del 21 dicembre 2022:

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

- al comma 2 stabilisce che l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP) è ente con personalità giuridica di diritto pubblico, dotato di autonomia organizzativa, amministrativa e contabile, vigilato dal Ministero della salute, con il compito di promuovere attività di assistenza, ricerca e formazione per la salute delle popolazioni migranti e di contrastare le malattie della povertà;
- al comma 3 prevede che il medesimo Istituto è anche centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà, nonché centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario;
- al comma 5 prevede che, per il finanziamento delle attività, si provvede annualmente nell'ambito di un apposito progetto interregionale, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni, su proposta del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze;

**VISTA** la nota del 7 dicembre 2022, diramata il 12 dicembre 2022 con prot. DAR n. 20653, con la quale il Ministero della salute ha trasmesso, ai fini dell'approvazione in sede di questa Conferenza, la proposta di progetto interregionale in epigrafe, su cui è stato acquisito il concerto del Ministero dell'economia e delle finanze il 10 ottobre 2022;

**VISTA** la nota del 19 dicembre 2022, diramata il 20 dicembre 2022 con prot. DAR n. 21341, con la quale la Commissione salute ha comunicato l'assenso tecnico, con la richiesta di integrare il testo al punto C.3.1 dopo le parole: "finalizzato al reinserimento relazionale e lavorativo." con il seguente periodo: "Tali bandi dovranno essere definiti in stretta collaborazione con le Regioni nell'ottica di garantire il necessario coordinamento del Dipartimento di Salute Mentale in armonia con il modello di programmazione regionale in materia";



## *Presidenza del Consiglio dei Ministri*

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

**CONSIDERATO** che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano hanno espresso parere favorevole all'approvazione del progetto, con la richiesta di integrare il testo come riportato nel documento che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante (Allegato 1);

**CONSIDERATO**, altresì, che, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, il Ministero della salute ha accolto la proposta di modifica presentata dalla Conferenza delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano, con la seguente formulazione "Tali bandi saranno definiti tenendo conto della programmazione regionale in materia di salute mentale";

**ACQUISITA**, nel corso dell'odierna seduta di questa Conferenza, l'approvazione delle Regioni e delle Province autonome di Trento e di Bolzano sul progetto interregionale in epigrafe;

### APPROVA

nei termini di cui in premessa, il progetto interregionale proposto del Ministro della salute, di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze, per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto delle malattie della povertà (INMP) per il triennio 2022-2024, che, allegato al presente atto, ne costituisce parte integrante.

Il Segretario  
Cons. Paola D'Avena

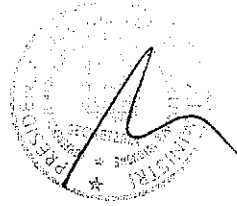
Il Presidente  
Ministro Roberto Calderoli

24-12-2022



CONFERENZA DELLE REGIONI  
E DELLE PROVINCE AUTONOME

22/227/SR7/C7



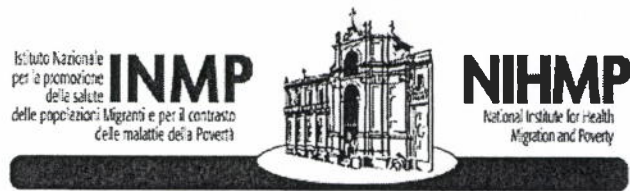
**POSIZIONE SUL PROGETTO INTERREGIONALE PROPOSTO DEL MINISTRO DELLA SALUTE, DI CONCERTO CON IL MINISTRO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE, PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE DELLE POPOLAZIONI MIGRANTI E IL CONTRASTO DELLE MALATTIE DELLA POVERTA' (INMP) PER IL TRIENNIO 2022-2024**

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

***Punto 7) O.d.g. Conferenza Stato - Regioni***

La Conferenza delle Regioni e delle Province autonome esprime avviso favorevole all'approvazione del Progetto con la richiesta di integrare il testo al punto C.3.1 dopo le parole "*finalizzato al reinserimento relazionale e lavorativo.*" con il seguente periodo: "*Tali bandi dovranno essere definiti in stretta collaborazione con le Regioni nell'ottica di garantire il necessario coordinamento del Dipartimento di Salute Mentale in armonia con il modello di programmazione regionale in materia.*"

Roma, 21 dicembre 2022



---

**Proposta alla Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano del Progetto Interregionale dell'attività per il triennio 2022-2024 dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà - Anno Finanziario 2022**

---

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





## Sommario

A. IL CONTESTO.....	6
A.1 Epidemiologia del triennio 2019-2021 .....	8
A.2 Prospettive epidemiologiche nel triennio 2022-2024.....	14
B. ATTIVITÀ SVOLTE NEL TRIENNIO 2019-2021.....	15
B.1 Le azioni svolte non previste nel Programma interregionale.....	15
B.2 Le progettualità finanziate da fondi esterni .....	18
B.3 Le azioni svolte del Programma interregionale .....	19
B.3.1 L'assistenza sanitaria .....	19
B.3.2 La Ricerca.....	25
B.3.3 La Formazione .....	26
B.3.4 L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES).....	32
B.3.5 La Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP).....	37
B.3.6 La Mediazione transculturale in campo sanitario .....	40
B.3.7 Azioni di internazionalizzazione, anche nel ruolo di centro collaboratore dell'OMS, e svolgimento di progetti di salute globale e di cooperazione sanitaria .....	43
B.3.8 Sperimentazione di un sistema informativo per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari italiani .....	45
B.3.9 Studio e attuazione di modelli di presa in carico nel sistema di accoglienza per migranti.....	46
B.3.10 Attività amministrative e tecniche .....	46
C. LINEE PROGRAMMATICHE PER IL TRIENNIO 2022-2024.....	47
C.1 Il mandato istituzionale di INMP.....	47
C.2 Aree e obiettivi strategici del triennio.....	48
C.3 Attività e linee di intervento .....	49
C.3.1 Contrastare la povertà sanitaria, anche attraverso interventi di accesso a bassa soglia ai servizi e alle prestazioni sanitari e socioassistenziali .....	49
C.3.2 Assicurare l'elevata qualità della produzione e della divulgazione scientifica dell'Istituto per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili .....	52
C.3.3 Promuovere una formazione di qualità e innovativa per il personale del Ssn per servizi sanitari e socio-sanitari orientati all'equità.....	53
C.3.4 Migliorare la conoscenza sulle disuguaglianze di salute in Italia .....	54
C.3.5 Promuovere un network di lavoro collaborativo con gli stakeholder afferenti alle Regioni e alle Province autonome per lo studio di fenomeni, l'implementazione di azioni e la loro valutazione su tematiche relative alle disuguaglianze di salute.....	57
C.3.6 Promuovere e consolidare il Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario a beneficio delle Regioni, delle Province autonome e degli enti del Ssn .....	59



C.3.7 Promuovere e consolidare il ruolo e la reputazione internazionali dell'istituto sulle tematiche relative alla salute dei migranti e dei rifugiati e alle disuguaglianze di salute .....	60
C.3.8 Attività amministrative e tecniche .....	61
D. PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO FINANZIARIO 2022.....	62
D.1 Promozione della qualità dell'assistenza sanitaria e socio-sanitaria da erogare a soggetti con particolare fragilità socio-economica e vulnerabili .....	62
D.2 Potenziamento della ricerca clinica, biomedica e qualitativa per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili.....	63
D.3 Formazione, informazione e sviluppo riguardo alle tematiche prioritarie dell'INMP, inclusa la formazione dei mediatori transculturali in sanità .....	65
D.4 L'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute (OENES) .....	66
D.5 Rete Nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP) .....	67
D.5.1 Il repertorio nazionale degli interventi di sanità pubblica volti all'equità nella salute (ReSPES)...	67
D.5.2 Ampliamento della piattaforma WikINMP ai percorsi socio-sanitari .....	68
D.5.3 Interventi a sostegno delle ASL nella presa in cura di persone vulnerabili .....	68
D.6 La mediazione transculturale in campo sanitario .....	69
D.7 Azioni di internazionalizzazione, anche nel ruolo di Centro Collaboratore dell'OMS, e svolgimento di progetti di salute globale e di cooperazione sanitaria.....	70
D.8 Attività amministrative e tecniche.....	71



## INTRODUZIONE

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

Per lo svolgimento delle funzioni dell'INMP, così come definite dal Decreto del Ministero della salute n. 56 del 22 febbraio 2013, a decorrere dall'anno 2013 è vincolato un finanziamento pari a 10 milioni di euro; all'erogazione di tale finanziamento si provvede annualmente, a seguito dell'intesa espressa dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e di Bolzano sulla ripartizione delle disponibilità finanziarie complessive destinate al finanziamento dell'Ssn per l'anno di riferimento (art. 14, comma 5, D.L. n. 158/2012 convertito con modificazioni dalla L. n.189/2012).

Il suddetto finanziamento consta di una quota pari a circa 8,1 milioni, destinata a coprire i costi della produzione, in particolare quelli relativi al personale dipendente, alle attività clinico-assistenziali, alla ricerca e alla formazione, nonché al consolidamento delle attività dell'“Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute” (OENES) e al funzionamento della “Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà”. La restante quota è dedicata alla copertura dei costi derivanti dalle linee di attività aggiuntive. Il citato articolo 14, al comma 3 assegna all'INMP il ruolo di “Centro di riferimento della rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà”, nonché quello di “Centro nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario”. Inoltre, l'articolo 1, comma 4-ter, del D.L. 15 ottobre 2013, n. 120, convertito con modificazioni dalla L. 13 dicembre 2013, n. 137 stabilisce che “a decorrere dall'anno 2013, qualora entro il 31 ottobre di ciascun anno non sia intervenuta l'intesa di cui al secondo periodo, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato a erogare a titolo di acconto, in favore dell'INMP, il 90 per cento dell'importo destinato nell'anno di riferimento al predetto Istituto ai sensi del presente comma”. In ottemperanza all'articolo 3, comma 1, del “Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'INMP”, che prevede che l'Istituto “svolge la sua attività sulla base di progetti annuali o pluriennali predisposti dal direttore, in coerenza con gli indirizzi strategici e sentito il Consiglio di Indirizzo di cui all'articolo 8”, la presente proposta progettuale annuale è relativa al triennio 2022-2024. Come per le precedenti programmazioni, vale sottolineare che l'attività del presente progetto interregionale



prenderà avvio nel corso dell'anno successivo rispetto a quando viene presentato, in questo caso nel 2023.

Le aree strategiche per il triennio di riferimento sono definite in coerenza e continuità con quelle del precedente Progetto Interregionale (2019-2021) e sono identificate a seguito di una loro attenta contestualizzazione e di un loro accorto orientamento alle nuove priorità programmatiche nazionali.

L'INMP continuerà a perseguire la propria *mission*, che è quella di rendere disponibili a tutti, nessuno escluso, servizi e assistenza sociosanitaria di provata efficacia, efficienza, accessibilità e umanità; è necessario l'impegno di tutti affinché il diritto alla salute trovi la sua piena applicazione, con ricadute positive sulle fasce di popolazione più vulnerabili, di stranieri e italiani. In tale ottica l'Istituto promuoverà il completamento della dotazione organica e il perfezionamento del proprio assetto organizzativo.

Il presente documento di programmazione si articola in quattro capitoli. Il capitolo A riporta i principali dati sul contesto di salute delle popolazioni svantaggiate nel triennio di riferimento, con un approfondimento ex post sul contesto epidemiologico e sociale del triennio precedente; il capitolo B ricapitola le attività più rilevanti svolte nel precedente programma triennale, il capitolo C indica le linee programmatiche per il triennio 2022-2024 e il capitolo D raggruppa le attività da svolgere nell'anno finanziario 2022.

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



## A. IL CONTESTO

In tale sezione è necessario ricontestualizzare il quadro epidemiologico-sociale richiamato nel precedente Progetto Interregionale, che sostanziava le linee programmatiche del triennio 2019-2021. Tale documento infatti non teneva conto della pandemia di Covid-19 che si sarebbe a breve verificata e che avrebbe stravolto il mondo, le sue economie e società, definendo sulle agende politiche dei governi nuove e impellenti priorità di sanità pubblica ed economiche. Ancora oggi la pandemia, benché non più in situazione emergenziale, continua a mietere vittime, impegnando i servizi sanitari ospedalieri e territoriali in modo preoccupante, senza alcuna certezza di prevedere una sua risoluzione nel breve termine. In tale triennio l'INMP ha quindi dovuto riorientare le proprie risorse verso le nuove priorità emergenziali, operando nel solco tracciato dal quadro pandemico emergenziale all'interno di un sistema di *governance* pubblica, cercando di tutelare primariamente la salute delle persone più vulnerabili e fragili, anche con modalità di erogazione innovative e di maggiore prossimità ai bisogni di salute. Ciò premesso, tenendo fede alla propria *mission*, è stato comunque possibile non scostarsi sensibilmente dalle linee programmatiche identificate nel Progetto interregionale, anche a partire dal primo periodo del *lockdown*. È stato, piuttosto, necessario aggiungere nuove iniziative a quelle previste nel progetto interregionale 2019-2021, specie nel lasso di tempo iniziale, durante il quale le istituzioni sanitarie mondiali, europee e nazionali cercavano di comprendere il fenomeno pandemico e di promuovere le possibili misure vaccinali. L'Istituto ha pertanto rivestito un ruolo di indirizzo nazionale nella tutela della salute delle persone migranti e delle persone in stato di vulnerabilità sociale, coordinando la produzione di "Indicazioni operative ad interim per la gestione di strutture con persone ad elevata fragilità e marginalità socio-sanitaria nel quadro dell'epidemia di COVID-19" e l'ideazione e la gestione di flussi informativi correnti sul numero di nuovi casi di positività al SARS-CoV-2 tra gli immigrati del sistema di accoglienza italiano e tra i migranti appena giunti sulle coste italiane così come sulle nuove vaccinazioni contro la COVID-19 nel sistema di accoglienza.

Tra marzo 2020 e aprile 2022, con 16 milioni di contagi e oltre 160 mila decessi associati all'infezione da SARS-CoV-2, l'Italia è stata tra i paesi dell'Unione europea maggiormente colpiti dalla pandemia, soprattutto nella prima fase. Se confrontiamo il dato con il quinquennio pre-pandemico 2015-2019, l'eccesso di mortalità registrato in Italia è stato particolarmente elevato nel 2020, specialmente tra la popolazione anziana e in condizione di fragilità, mentre già nel corso del 2021 l'avvio della campagna vaccinale ha avuto un impatto positivo nel contrastare la diffusione della malattia e nel ridurre la mortalità a essa associata. È da evidenziare che durante le fasi più intense dell'epidemia i tassi di mortalità sono aumentati in particolare tra le persone con basso livello di istruzione e con vulnerabilità socio-economiche, determinando un incremento delle disuguaglianze di mortalità. L'istituzione del



*lockdown* ha poi costretto la popolazione a trascorrere quasi la totalità delle 24 ore all'interno delle abitazioni, appalesando difficoltà di relazione intrafamiliare e sociali, acuendo problemi di salute mentale e generando ostacoli nella continuità delle cure e nelle nuove diagnosi, specie di tipo oncologico. La pandemia, inoltre, ha aggravato la dinamica demografica italiana che, già dal 2014, era in fase recessiva. All'eccesso di mortalità riscontrato nel 2020 si è accompagnato il quasi dimezzamento dei matrimoni per effetto delle misure di contenimento e si è registrata una forte riduzione dei flussi migratori. L'aumentato *gap* tra nascite e decessi associato alla più recente contrazione del saldo migratorio ha aggravato il calo della popolazione generale, la cui piramide dell'età ha subito profonde trasformazioni. È infatti diminuita la popolazione tra 15 e 49 anni, a causa dell'ingresso nella vita adulta di generazioni sempre meno numerose a causa della denatalità, e questo ha comportato a sua volta una depressione del numero di nuovi nati. Il 60 per cento del calo dei nuovi nati negli ultimi dieci anni è infatti attribuibile alla diminuzione dei potenziali genitori.

Dal punto di vista economico, la pandemia di COVID-19 ha scatenato una crisi profonda ma circoscritta nel tempo. Dopo la crisi iniziale, la ripresa dell'economia mondiale è iniziata già nella seconda metà del 2020 ed è proseguita fino all'inizio del 2022, seppure con intensità e cadenze differenti tra principali paesi e aree geo-economiche. Il commercio mondiale di beni e servizi in volume è cresciuto nel 2021 di oltre il 10 per cento fino a superare ampiamente i livelli del 2019, perdendo però dinamismo nei primi mesi del 2022. A tal riguardo è necessario citare la guerra scatenata alla fine di febbraio 2022, dalla Russia verso l'Ucraina. Essa ha accentuato la volatilità sui mercati e innescato ulteriori rialzi dei prezzi delle materie prime energetiche e alimentari. Questi fattori negativi hanno determinato un brusco peggioramento delle prospettive di breve e medio termine dell'economia internazionale. È infatti il confluire di più quadri catastrofici che rende ancora più fragili ampie fasce di popolazione con redditi bassi e medi, le quali finora mostravano, purtuttavia, una qualche resilienza grazie a politiche economiche transitorie di sostegno. È noto che le persone più svantaggiate stanno peggio, si ammalano di più e vivono di meno. Allo stesso modo, le Regioni italiane più povere e con servizi sanitari meno performanti hanno mostrato indicatori di salute e di assistenza sanitaria più sfavorevoli. Secondo il Rapporto SVIMEZ 2022, infatti, il picco dell'inflazione del 2022 dovrebbe interessare in maniera più marcata proprio il Mezzogiorno (8,4%; 7,8% nel Centro-Nord), dove dovrebbe essere più lento anche il rientro sui livelli *pre-shock*. Le previsioni per il triennio 2022-2024 vedono una crescita del PIL italiano con effetti di composizione sfavorevoli al Mezzogiorno tali da determinare la riapertura della forbice Nord-Sud nel ritmo di crescita (PIL +2,8% nel Mezzogiorno, +3,6% nel Centro Nord) che prima del nuovo *shock* sembrava potesse rimarginarsi.

La povertà sanitaria, intesa quale impossibilità di accedere in modo appropriato a percorsi di diagnosi e cura per scarsità di risorse finanziarie o di capitale sociale, esplica i maggiori effetti negativi nelle



Regioni del Sud Italia, in quanto si combina negativamente con un livello dei servizi socio-sanitari e delle reti di assistenza mediamente di minore qualità. In tali territori, molti dei quali in piano di rientro, è apparsa necessaria un'azione a regia centralizzata dedicata a potenziare la capacità dei servizi territoriali e delle cure primarie nel rispondere adeguatamente ai bisogni di salute, espressi e non, delle persone in povertà sanitaria e, comunque, delle persone in condizione di vulnerabilità socio economica. I recenti dati Istat sulla povertà assoluta ci dicono che, nell'ultimo decennio, essa è progressivamente aumentata e, nel biennio 2020-2021, ha raggiunto i valori più alti dal 2005, coinvolgendo oltre 5,5 milioni di persone. Anche la connotazione delle famiglie in povertà assoluta è progressivamente cambiata. Se da un lato l'incidenza è diminuita tra gli anziani soli ed è rimasta sostanzialmente stabile tra le coppie di anziani, essa è fortemente cresciuta tra le coppie con figli, tra i nuclei monogenitoriali e tra le famiglie di altra tipologia. Nel 2021 risultava in condizione di povertà assoluta un italiano su venti nel Centro-nord, più di un italiano su dieci nel Mezzogiorno e uno straniero su tre nel Centro-nord, il 40 per cento nel Mezzogiorno. È anche molto aumentata la povertà dei minori e dei giovani.

### **A.1 Epidemiologia del triennio 2019-2021**

Nel presente capitolo vengono descritte sinteticamente le principali e più recenti evidenze epidemiologiche in tema di disuguaglianze socioeconomiche nella salute in Italia, riportando in particolare i risultati degli studi dell'Osservatorio Epidemiologico per l'Equità nella Salute (OENES) dell'INMP. Per una lettura più analitica e dettagliata si rimanda al sito web dell'OENES (<https://www.inmp.it/ita/Osservatorio>), nel quale è presente ampia disponibilità di materiale scientifico sull'argomento.

L'atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione, risultato di una importante collaborazione istituzionale tra l'INMP e l'Istat, rimane tuttora il riferimento principale per documentare e valutare in modo sistematico le disuguaglianze di salute in tutto il territorio italiano. In Italia, nonostante il progressivo miglioramento delle condizioni di salute osservato negli ultimi decenni e livelli di disuguaglianza tra classi sociali meno pronunciati rispetto agli altri Paesi europei, permangono differenze sistematiche: le persone più svantaggiate stanno peggio, si ammalano di più e vivono di meno. Allo stesso modo, le regioni italiane più povere mostrano indicatori di salute e di assistenza sanitaria meno favorevoli.

Nello specifico, l'atlante ha mostrato che le disuguaglianze sociali nella mortalità sono presenti in tutte le regioni, ma anche all'interno delle Regioni. Le persone meno istruite di sesso maschile rispetto alle più istruite mostrano in tutte le regioni una speranza di vita inferiore di tre anni (tra le donne un anno e mezzo), gap che si somma allo svantaggio delle regioni del Mezzogiorno dove i residenti

perdono un ulteriore anno di speranza di vita, indipendentemente dal livello di istruzione. In particolare, in Campania si è osservata una speranza di vita alla nascita inferiore di due anni rispetto ai residenti nella maggior parte delle Regioni del centro-nord, sia tra gli uomini che tra le donne.

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

Nel Paese ci sono aree in cui la mortalità generale è più elevata rispetto alla media nazionale fino al 26% tra gli uomini e al 30% tra le donne, a parità di distribuzione per età e per livello di istruzione. Tali differenziali geografici sono maggiori per le malattie cardiovascolari, le malattie respiratorie e gli accidenti, mentre sono minori per i tumori in molte sedi.

La mortalità cardiovascolare è più elevata nel Mezzogiorno, indipendentemente dal livello di istruzione: una persona con alto titolo di studio residente in Campania ha una probabilità di morte per malattie cardiovascolari più elevata di una con basso livello di istruzione residente in molte aree del Nord. Al contrario, il gradiente di mortalità è crescente da Sud a Nord per i tumori nel loro insieme e per la maggior parte delle singole sedi tumorali.

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

Le disuguaglianze di salute osservate richiamano quelle degli stili di vita e di alcuni fattori (attività fisica, fumo, sovrappeso/obesità) direttamente correlati ad alcune condizioni patologiche, prime fra tutte le malattie cardiovascolari e il diabete. I risultati stimolano, però, la necessità di approfondimenti sui fattori di esposizione, ad esempio ambientali e occupazionali, per condizioni patologiche a più lunga latenza di insorgenza, come alcuni tumori, per i quali è più difficile osservare correlazioni ecologiche forti in senso causale.

È bene sottolineare che i determinanti sociali alla base delle differenze nella salute sono suscettibili ad azioni che potrebbero modificarne e attenuarne gli effetti.

Povertà materiale e povertà di reti di aiuto, disoccupazione, lavoro poco qualificato, basso titolo di studio, condizione di migrante: sono tutti fattori, spesso correlati tra loro, che minacciano la salute degli individui. La possibilità di accedere alle prestazioni sanitarie, in relazione al bisogno di salute





e indipendentemente dalle condizioni socioeconomiche, è una condizione imprescindibile per garantire l'equità di accesso in un sistema sanitario universalistico qual è quello italiano. Tuttavia permane in Italia una quota di persone che ha rinunciato ad alcune visite o prestazioni diagnostiche o terapeutiche. Tra il 2017 e il 2019 la proporzione di popolazione che ha rinunciato ad almeno una visita o a un accertamento specialistico è diminuita dall'11,9% al 10,4%, con un decremento più consistente nel Mezzogiorno, che tuttavia si conferma l'area geografica con la quota di rinuncia più elevata, indipendentemente dalla motivazione. Le differenze relative tra le aree risultano alla fine del triennio più contenute per effetto del maggior decremento osservato nel Mezzogiorno.

L'analisi stratificata per condizione professionale ha evidenziato che, nel triennio considerato, i soggetti "in cerca di nuova occupazione" erano la categoria con la maggiore frequenza di rinuncia ad almeno una visita o accertamento specialistico, in particolar modo per motivi economici, seguiti da "casalinghe, inabili al lavoro o altro". Considerando la rinuncia per motivi economici, le disuguaglianze rispetto agli occupati sono aumentate per chi si trova in una delle seguenti condizioni "casalinghe, inabili al lavoro o altro" e si sono attenuate per tutte le altre condizioni occupazionali. Si è infine osservata una maggiore proporzione di rinuncia per motivi legati all'offerta per i soggetti "ritirati dal lavoro" rispetto agli occupati.

Sebbene nel triennio 2017-2019 il fenomeno della rinuncia a prestazioni sanitarie si sia ridotto, gli squilibri territoriali e sociali osservati confermano che l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria debba continuare ad essere una priorità nell'agenda delle politiche di sanità pubblica, anche in relazione all'impatto che la pandemia da COVID-19 ha prodotto a partire dal 2020.

Il COVID-19 ha infatti generato un ulteriore impatto sulle disuguaglianze socioeconomiche, perché ha colpito in maniera più severa, in termini di contagio e di esiti, gli strati sociali più svantaggiati della popolazione, con l'ovvia eccezione dei lavoratori della sanità. Le differenze nel rischio di contagio sono state dovute in parte alla diversa esposizione all'agente infettivo, superiore tra chi è stato occupato in mansioni che non hanno potuto beneficiare del lavoro agile o che comunque richiedono una maggiore esposizione al pubblico, e tra chi vive in contesti abitativi sovraffollati. Le differenze osservate negli esiti, ricoveri e mortalità, sono state determinate principalmente dal pregresso stato di salute, con una prevalenza più elevata di patologie croniche e di fattori di rischio come l'obesità, tra i sottogruppi di popolazione più poveri o meno istruiti.

Inoltre, l'emergenza pandemica ha provocato la saturazione delle capacità di risposta dei sistemi sanitari pubblici e privati, in corrispondenza delle ondate epidemiche, che hanno sospeso e rinviato tutti gli interventi assistenziali non urgenti per far fronte alle necessità assistenziali dei pazienti affetti da COVID-19.

Il COVID-19 ha agito sulle disuguaglianze di salute anche in maniera indiretta, attraverso i non meno



preoccupanti effetti sull'economia e sulla pace sociale. La disponibilità di redditi fissi, di risparmi familiari e di patrimoni, è stata fondamentale per resistere a una perdurante situazione di mancati introiti, che ha ridotto i redditi, penalizzando maggiormente gli autonomi, i precari, i disoccupati, e in generale le persone meno istruite. Secondo le stime preliminari dell'ISTAT, nel 2021 le famiglie in povertà assoluta in Italia sono il 7,5% per un numero di individui pari a circa 5,6 milioni (9,4%), confermando sostanzialmente le stime del 2020. L'incidenza di povertà assoluta è aumentata tra le famiglie con persona di riferimento in cerca di occupazione (da 19,7% del 2020 a 22,6%). L'incidenza di povertà assoluta è elevata per le famiglie con almeno un figlio minore (11,5%) e raggiunge il 20% quando i minori a carico sono almeno 3. Il totale dei minori in povertà assoluta nel 2021 è stato pari a 1 milione e 384 mila (14,2%), in netto aumento rispetto al 2019 (11,4%). Si aggrava la condizione delle famiglie composte da soli stranieri, con una percentuale di povertà assoluta in netto aumento nel 2021 (30,6%) rispetto al 2020 (26,7%) del 2020.

Nel Mezzogiorno, dove le persone povere sono 195.000 in più rispetto al 2020, si confermano le incidenze di povertà più elevate: il 12,1% per gli individui (in crescita dall'11,1%), il 10,0% per le famiglie. Al Nord si registra invece un miglioramento a livello sia familiare (da 7,6% del 2020 a 6,7% del 2021) sia individuale (da 9,3% a 8,2%).

La risultante di queste dinamiche produce e produrrà effetti disuguali sugli stili di vita dei diversi strati della popolazione, determinando pertanto esiti differenziali indiretti sulla salute.

Tra gli effetti della pandemia sulle disuguaglianze di salute a medio e lungo termine, deve inoltre essere menzionato l'impatto disuguale nella popolazione pediatrica, a causa della sospensione della didattica in presenza e delle limitazioni alle relazioni sociali, che hanno determinato da un lato disparità sociali nell'apprendimento delle competenze educative, e dall'altro differenze nell'acquisizione di modelli comportamentali e relazionali, fondamentali per impostare e condurre stili di vita più sani nel corso della vita.

Il COVID-19 è stata anche descritta come una pandemia sindemica, in cui fattori biologici e sociali interagiscono determinando un aumento della suscettibilità di alcuni gruppi e il peggioramento dei loro esiti di salute. Tra i sottogruppi di popolazione a maggiore rischio di vulnerabilità per il COVID-19 ci sono gli immigrati - spesso impegnati in attività occupazionali considerate essenziali, soprattutto durante i periodi caratterizzati da confinamento, come il lavoro al dettaglio, i lavori nei trasporti pubblici - e gli operatori socio-sanitari, tutte occupazioni in cui l'esposizione al virus risulta elevata. Vivono con maggiore frequenza in condizioni di sovraffollamento abitativo e nelle aree urbane, di gran lunga le più colpite dalla pandemia. Gli immigrati, soprattutto se irregolari, risultano a rischio di infezione e mortalità per COVID-19 più elevato.

L'INMP ha promosso il progetto "Epidemiologia dell'infezione di SARS-CoV-2 (COVID-19) e uso



dei servizi sanitari nella popolazione immigrata e in fasce di popolazione vulnerabili in Italia” in collaborazione con le regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia, per valutare l’impatto della pandemia nella popolazione immigrata. I dati del progetto interregionale promosso e coordinato dall’INMP hanno mostrato minori tassi di accesso e positività degli stranieri, a fronte di tassi standardizzati di ospedalizzazione e in alcuni casi di decesso più elevati; tali dati suggeriscono difficoltà di sistema o individuali nel ricorso al test, che potrebbero riflettersi in un ritardo di presa in carico, aumentando il rischio di esiti gravi.

Per quanto riguarda i migranti di recente arrivo, l’INMP ha condotto un’indagine nazionale nell’ambito del Sistema di accoglienza per migranti durante la prima fase dell’emergenza di Covid-19, nel periodo 1 febbraio - 12 giugno 2020. Dai risultati dell’indagine è emerso che l’incidenza cumulativa dei casi confermati tra gli ospiti del sistema di accoglienza è stata simile a quella della popolazione italiana residente (circa 400 casi \*100.000).

Vale la pena approfondire in termini più generali i dati demografici ed epidemiologici relativi alla popolazione immigrata. Al 1° gennaio 2021 gli stranieri erano 5.171.894, in leggero calo rispetto agli anni precedenti, con una prevalenza sul totale dei residenti dell’8,7%. Le prime collettività di residenti sono quelle provenienti da Romania (20,8%), Albania (8,4%), Marocco (8,3%), Cina (6,4%), Ucraina (4,6%). I dati Istat evidenziano che nel 2019 il tasso di fecondità delle donne italiane è stato di 1,18 rispetto a 1,98 delle immigrate: l’apporto di quest’ultime risulta dunque determinante, benché non sufficiente a invertire il trend demografico, poiché anche i nati da genitori stranieri risultano in calo costante dal 2012, così come quelli da coppie italiane, il cui calo è iniziato nel 2008. Si tratta di dati rilevanti soprattutto in considerazione dell’involuzione demografica in atto da lungo tempo nella popolazione italiana. I principali indicatori socio-demografici mostrano come le comunità straniere siano sempre più stabili e strutturalmente integrate, pur in presenza di un elevato grado di eterogeneità e dinamicità del fenomeno migratorio italiano. Nel 2020 le nuove acquisizioni di cittadinanza italiana sono state 119.000 e i nati da coppie straniere sono stati 62.000. I cittadini non comunitari con regolare permesso di soggiorno in Italia sono diminuiti di circa il 7%, passando da 3.615.826 al 1° gennaio 2020 a 3.373.876 al 1° gennaio 2021.

Dopo un picco registrato nel 2016, le acquisizioni di cittadinanza sono diminuite, ma sono rimaste su valori superiori ai 100.000 provvedimenti l’anno. Recentemente l’Istat ha cominciato a stimare la componente che riguarda discendenti di italiani emigrati all’estero che richiedono e ottengono la cittadinanza per *ius sanguinis*, che costituisce circa il 6% del totale dei provvedimenti. Non tutte le acquisizioni di cittadinanza sono quindi la risultante di un lungo processo di integrazione o del matrimonio con un cittadino italiano. Nel corso del 2020 gli stranieri che hanno acquisito la cittadinanza sono 131.803 (+4% rispetto al 2019; -9% rispetto al 2017); il 90% circa (poco meno di 119.000)



erano precedentemente cittadini non comunitari.

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

Le evidenze epidemiologiche delineano il profilo di una popolazione estranea allo stereotipo del migrante "untore", pericolosa fonte di malattie, specie di tipo infettivo.

Nell'ultimo decennio, la crisi economica globale prima e l'avvento della pandemia di COVID-19 ha avuto effetti sullo stato di salute delle popolazioni svantaggiate dal punto di vista socioeconomico, soprattutto tra gli immigrati, in particolare uomini, maggiormente penalizzati in termini di perdita di occupazione. Il quadro epidemiologico che viene delineato è quello di una popolazione esposta alle insidie della marginalità, a seguito della continua esposizione a condizioni di vita deprivate, che determina il depauperamento, più o meno rapido, del patrimonio di salute in dotazione ai migranti, quale che sia al momento dell'arrivo.

L'OENES monitora la salute degli immigrati, utilizzando i dati forniti dalle Regioni nell'ambito di un progetto che si basa sul sistema di indicatori di assistenza e di salute, sviluppati a partire da quelli individuati dai progetti CCM 2006 e 2009. I risultati sono stati pubblicati in due monografie nell'ambito della collana dei Quaderni di Epidemiologia dell'INMP, scaricabili dal sito OENES (<https://inmp.it/ita/Osservatorio-Epidemiologico/Pubblicazioni/Quaderni-di-Epidemiologia>). Il tasso grezzo di ospedalizzazione per ricoveri ordinari risulta più elevato tra gli italiani che tra gli stranieri (in media 101 vs 66 ricoveri per 1.000 residenti). La proporzione di ricoveri ordinari che avvengono in urgenza è in media superiore tra gli stranieri rispetto agli italiani, soprattutto tra le donne. Anche la proporzione di ricoveri in *day-hospital* è lievemente più elevata tra gli stranieri rispetto agli italiani, sia tra gli uomini che tra le donne.

Tra gli stranieri il 65% dei ricoveri è a carico di donne, mentre le donne italiane si ricoverano con una percentuale sovrapponibile alla loro proporzione nella popolazione residente. La notevole differenza tra italiane e straniere è ascrivibile fondamentalmente alle degenze in ambito ostetrico: le "Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio" rappresentano quasi la metà delle cause di ricovero tra le straniere, con una percentuale più che tripla rispetto alle italiane. Si conferma che le straniere mediamente sono più giovani al momento del parto (30,8 vs 33,7 anni) e si rileva come rispetto alle italiane partoriscono meno con cesareo (28% vs 33%). Le gravidanze delle donne straniere sembrano essere meno seguite di quelle delle italiane, come suggerito dalla maggiore probabilità di ricevere meno di 5 visite (16,6% vs 9,3%), fare più frequentemente la prima visita dopo le 12 settimane di età gestazionale (11,8% vs 3,4%), meno di 2 ecografie (4,3% vs 1,1%); inoltre, minore è la probabilità di un'indagine prenatale invasiva dopo i 35 anni (2,9% vs 7,5%). Le italiane sono seguite più





privatamente (45,6% vs 13,9%), mentre le straniere più in un consultorio (61,8% vs 15,3%). Sul totale delle gravidanze note, esitano in IVG il 20,2% delle donne straniere, a fronte del 13,5% osservato tra le italiane. Tra gli stranieri, inoltre, risultano essere più elevati il tasso di natimortalità (3,7 vs 2,4 decessi per 1.000 nati) e la percentuale di nati con un punteggio Apgar a 5 minuti inferiore a 8 (2,2% vs 1,6%).

Il tasso standardizzato di ospedalizzazione evitabile è risultato lievemente più elevato tra le persone straniere, in un contesto di forte variabilità tra le regioni. Il dato complessivo sembrerebbe deporre per un minore ricorso tra gli stranieri di assistenza sanitaria territoriale, medicina di base e distrettuale; si può ipotizzare che la mancata o tardiva presa in carico per problemi di salute anche importanti si traduca in eventi acuti che necessitano di ricoveri ospedalieri per condizioni patologiche che potrebbero e dovrebbero essere gestite a differenti livelli assistenziali.

Per quanto riguarda il ricorso al pronto soccorso, per uno straniero rispetto a un italiano è più frequente l'assegnazione di codice bianco o verde e per un italiano l'assegnazione di codice giallo o rosso. I dati potrebbero riflettere sia una minore gravità delle condizioni di salute degli stranieri al momento dell'accesso in pronto soccorso, che confermerebbe il minor ricorso degli stranieri all'assistenza di base, sia differenze nelle pratiche regionali relative all'assegnazione dei codici.

L'OENES monitora, inoltre, la salute dei lavoratori stranieri residenti sulla base delle informazioni raccolte dal database longitudinale WHIP-Salute, che integra i dati di Ministero della Salute, INPS, INAIL e Istat. I risultati più recenti messi a disposizione, sebbene si riferiscano al 2015, confermano che anche in Italia i lavoratori stranieri sono esposti a un rischio di infortunio più elevato, soprattutto se riferito a quelli particolarmente gravi e come tali anche a minor rischio di sottonotifica. Gli stranieri restano esposti ai rischi legati a mansioni più pericolose e faticose anche quando sono più in avanti con l'età, a differenza di quanto generalmente si verifica tra i lavoratori italiani.

## **A.2 Prospettive epidemiologiche nel triennio 2022-2024**

Per quanto riguarda le prospettive epidemiologiche, bisogna innanzitutto premettere che molti fattori non prevedibili potrebbero subentrare e alterarne il quadro in termini rilevanti, come ad esempio l'ingresso di nuova patologia infettiva ad alta diffusione, piuttosto che l'incertezza del quadro politico internazionale, caratterizzato dalla crescente tensione globale. Tuttavia, alla luce delle conoscenze attuali, possiamo sicuramente ipotizzare un acuirsi delle disuguaglianze socioeconomiche nella salute dovute all'impatto diretto e indiretto della COVID-19. L'impatto diretto è relativo agli effetti disuguali dell'incidenza e degli esiti della patologia, quello indiretto si manifesterà plausibilmente nel



medio e lungo periodo, sia come conseguenza delle disuguaglianze economiche generate dalla pandemia, sia per gli effetti sulla salute legati al *long COVID* piuttosto che alla salute mentale. Anche per quanto riguarda la salute degli immigrati occorre tenere presente fattori non direttamente stimabili, che possono incidere sull'aumento delle grandi migrazioni forzate internazionali, legate alla crisi climatiche, piuttosto che ai conflitti esistenti o emergenti, ma anche le politiche adottate sugli sbarchi. Tuttavia si può affermare che sempre maggiore attenzione dovrà essere posta nella prevenzione delle malattie croniche, la cui prevalenza tenderà ad aumentare in una popolazione sempre più integrata e con una età media in crescita. Gli altri problemi rilevanti da tenere sotto osservazione sono quelli evidenziati dagli studi dell'INMP, ovvero la difficoltà nell'accesso all'assistenza sanitaria territoriale e di base e la scarsa equità nell'assistenza neonatale per le donne immigrate.

## **B. ATTIVITÀ SVOLTE NEL TRIENNIO 2019-2021**

Innanzitutto vale richiamare che, per una caratteristica relativa alla tempistica della prima approvazione del finanziamento del progetto interregionale del 2012, le attività riferite ad una specifica annualità sono tecnicamente svolte nel corso del successivo anno solare. Pertanto, anche nel caso delle attività ascrivibili al finanziamento degli anni 2019-2021 descritte nel presente capitolo, esse sono state realmente svolte nel corso del triennio 2020-2022.

### **B.1 Le azioni svolte non previste nel Programma interregionale**

Il documento relativo alle Indicazioni operative *ad interim*<sup>1</sup>, approvato dal CTS, è stato adottato dal Ministero dell'Interno per le strutture di accoglienza direttamente gestite e per quelle del SAI, gestite dai Comuni. Nelle procedure in esso contenute venivano definite, tra l'altro, le modalità di isolamento, di trasporto e di screening nei confronti del SARS-CoV-2 applicabili ai migranti nel sistema di accoglienza e al momento del loro sbarco sulle coste italiane o del loro ingresso alla frontiera terrestre. In forza di tale prima produzione tecnico-scientifica di indirizzo, l'Istituto ha avviato, con il Ministero dell'Interno, collaborazioni volte a verificare l'impatto del COVID-19 tra i migranti del sistema di accoglienza, anche alla luce delle determinazioni di sanità pubblica che venivano via via emanate. È stata avviata una *survey* nazionale nell'intero sistema di accoglienza italiano nel periodo di *lockdown*, per verificare in tale contesto organizzato l'incidenza dell'infezione<sup>2,3</sup>.

<sup>1</sup> <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Indicazioni-operative-ad-interim-per-la-gestione-di-strutture-con-persone-ad-elevata-fragilita-e-marginalita-socio-sanitaria-nel-quadro-dell-epidemia-di-COVID-19>

<sup>2</sup> <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Indagine-nazionale-CoVid-19-nelle-strutture-del-sistema-di-accoglienza-per-migranti>.

<sup>3</sup> COVID-19 Impact in the Italian Reception System for Migrants during the Nationwide Lockdown: A National Observational Study. Sisti LG, Di Napoli A, Petrelli A, Rossi A, Diodati A, Menghini M, Mirisola C, Costanzo G. *Int J Environ Res Public Health*, 2021; 18:12380.



Contestualmente e successivamente, sempre con il Ministero dell'Interno e grazie a un Accordo di collaborazione sottoscritto con il Dipartimento delle Libertà Civili e dell'Immigrazione, è stato realizzato un sistema di monitoraggio trimestrale dell'attuazione delle citate indicazioni operative *ad interim* nei centri di accoglienza e gestito, per il periodo dell'emergenza sanitaria, flussi informativi correnti su: a) nuovi casi di SARS-CoV-2 nel sistema di accoglienza, b) nuovi casi di positività al virus tra coloro che sbarcavano sulle coste o giungevano in Italia via terra, c) andamento vaccinale contro la COVID-19 tra i migranti nel sistema di accoglienza, in termini di nessuna dose, prima dose, seconda dose e *booster*. Per quanto riguarda la circolazione del virus nelle strutture del sistema di accoglienza, è stata rilevata una minore incidenza rispetto a quella, di pari periodo, rilevabile tra la popolazione generale. Tale dato sarà oggetto di un'apposita pubblicazione scientifica. Per quanto riguarda l'andamento vaccinale dei migranti nel sistema di accoglienza, si è potuto apprezzare il progressivo aumento delle vaccinazioni una volta rese disponibili dal piano vaccinale nazionale. Anche in questo caso il flusso è stato interrotto allo scadere del periodo di emergenza.

Nell'assistenza diretta ai pazienti del Poliambulatorio, la U.O.S. Salute Mentale si è attivata clinicamente per mitigare gli effetti negativi della pandemia tramite un servizio in grado di erogare supporto psicologico *online*. Parallelamente, si è esplorato il vissuto dei pazienti di salute mentale raggiunti telefonicamente per indagare le condizioni di salute mentale durante il *lockdown* e valutare quali fattori fossero maggiormente responsabili di eventuali peggioramenti. Inoltre, sono state attivate linee di ricerca che hanno permesso di esplorare gli effetti della pandemia sull'accessibilità e fruibilità dei servizi di salute mentale, sia nella prima fase, sia a lungo termine con un *follow-up* a due anni. Tali ricerche sono state pubblicate su riviste internazionali e in parte sono in corso di pubblicazione.

Sempre nell'ambito dell'assistenza diretta ai pazienti, durante il periodo di *lockdown* nazionale e delle diverse fasi di riapertura, la U.O.S. Salute e Mediazione Transculturale ha supportato attivamente lo *staff* clinico e sociosanitario del Poliambulatorio svolgendo attività di mediazione anche a distanza e, in particolare, nel periodo dal 7 maggio al 12 giugno 2020, ha collaborato all'attività di medicina proattiva dell'Istituto, contribuendo nel complesso all'attuazione di 3.591 telefonate che hanno raggiunto 2.226 pazienti fragili dell'INMP. Inoltre, su mandato delle Direzioni, la U.O.S. Salute e Mediazione Transculturale ha fornito pieno supporto al Ministero della salute affiancando, dal 28 gennaio al 30 giugno 2020, lo *staff* sanitario del Numero verde di pubblica utilità 1500, istituito dallo stesso Ministero, al fine di facilitare le attività di informazione e comunicazione al territorio nazionale riguardanti l'adozione di comportamenti idonei al contenimento dell'infezione da SARS-CoV-2. Nello specifico, un *team* composto da n. 14 interpreti per la lingua cinese ha operato sotto costante supervisione di una mediatrice transculturale dell'INMP di lingua cinese, agendo in raccordo con la Direzione Generale, la Direzione Sanitaria e la U.O.S. Salute e Mediazione Transculturale. In totale



sono stati effettuati 381 colloqui telefonici e sono state individuate le principali classi di bisogni informativi espressi dai cittadini cinesi chiamanti. Infine, la U.O.S Salute e Mediazione Transculturale ha fornito ulteriore supporto di traduzione in lingua, richieste dal Ministero della salute, dei moduli di consenso e delle informative dei vaccini per la prevenzione delle infezioni da SARS-CoV-2.

Dal punto di vista più generale, e come già descritto nel paragrafo A.1 (da pag. 8), l'INMP si è concentrato su studi comparativi tra la popolazione straniera e la popolazione residente dell'impatto di COVID-19. Ha, infatti, promosso il progetto "Epidemiologia dell'infezione di SARS-CoV-2 (COVID-19) e uso dei servizi sanitari nella popolazione immigrata e in fasce di popolazione vulnerabili in Italia", grazie alla collaborazione delle regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia. Attraverso un ampio set di indicatori, sono stati monitorati i principali aspetti relativi all'impatto della pandemia: accesso al test diagnostico, infezione, ricovero ospedaliero e mortalità<sup>4</sup>. Inoltre, partendo dal corso di formazione ECM "Le disuguaglianze socioeconomiche e territoriali nella salute in Italia: cenni metodologici ed evidenze recenti anche alla luce dell'epidemia Covid-19", che l'INMP ha tenuto dal 14 al 15 ottobre 2021 con la partecipazione di docenti epidemiologi di Enti di ricerca nazionali (ISS, ISTAT, AIFA) e di centri epidemiologici regionali con maggiore esperienza in tema di disuguaglianze di salute, è stato possibile raccogliere in una monografia<sup>5</sup> i contributi scientifici originali o le rielaborazioni delle più recenti pubblicazioni scientifiche in tema di disuguaglianze di salute, con particolare riferimento a quelle che l'epidemia di Covid-19 ha accentuato (come le liste di attesa per assistenza sanitaria non in urgenza) o determinato (come l'accesso ai tamponi per la diagnosi di Covid-19), nel contesto della più grave recessione economica dai tempi dei conflitti mondiali.

Nel 2021 il Ministero della salute ha chiesto a INMP di coordinare un gruppo tecnico-scientifico per la stesura di un Programma Nazionale 21-27 a valere sui fondi strutturali FSE+ e FESR dedicato ai temi dell'equità nella salute. L'Istituto, nel corso del 2021 e del successivo 2022, ha condotto, nel tavolo tecnico-scientifico, i lavori necessari e ha definito una bozza di Programma Nazionale per l'Equità nella salute 21-27 che è all'attenzione dei competenti servizi della Commissione europea. Tale Programma affronta tematiche dell'equità nella salute emergenti dagli incontri con il Partenariato di programma, che sono: 1) combattere la povertà sanitaria, 2) prendersi cura della salute mentale, 3) il genere al centro della cura e 4) aumentare la partecipazione agli screening oncologici. I destinatari sono le 38 ASL/ASP delle sette regioni del Sud Italia che potranno contare su 625 milioni

---

<sup>4</sup> <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/L-impatto-del-COVID-19-sulla-popolazione-immigrata-in-Italia-febbraio-2020-luglio-2021>.

<sup>5</sup> <https://www.inmp.it/ita/Pubblicazioni/Libri/Le-disuguaglianze-socioeconomiche-e-territoriali-nella-salute-in-Italia-cenni-metodologici-ed-evidenze-recenti-anche-alla-luce-dell-epidemia-Covid-19-Scarica-il-quarto-numero-della-colana-editoriale-INMP-Quaderni-di-Epidemiologia>.





di euro in sette anni aggiuntivi alle somme destinate dalla Missione 6 del PNRR. In particolare, l'INMP curerà, per conto del PN, l'attuazione dell'area prioritaria "contrastare la povertà sanitaria" in qualità di Organismo Intermedio identificato dal Ministero della salute.

## **B.2 Le progettualità finanziate da fondi esterni**

In attuazione della L. n. 189 del 2012 che recita "Per il finanziamento dell'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della povertà (INMP), di cui al comma 2, si provvede...(omissis)... mediante...(omissis)... la partecipazione a progetti anche di ricerca nazionali ed internazionali", l'Istituto persegue finalità di salute pubblica di rilevanza istituzionale anche grazie a progetti finanziati da soggetti esterni.

Nel corso del triennio 2019-2021, l'INMP ha completato tutti i progetti di medicina sociale finanziati dal Ministero della salute, che avevano l'obiettivo di sperimentare modelli innovativi di diagnosi e presa in carico delle persone in condizione di povertà sanitaria in diversi ambiti, quali la salute delle donne, le malattie tropicali neglette, l'odontoiatria, l'otorinolaringoiatria, le ulcere cutanee.

Il "Progetto Salute – Promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria di Rom, Sinti e Caminanti (RSC)", avviato da INMP come ente attuatore su mandato dell'UNAR, nell'ambito delle azioni finanziate dal PON inclusione 2014-2020, è stato avviato nel luglio 2019 con l'obiettivo generale di favorire l'acquisizione da parte delle Aziende sanitarie di conoscenze e competenze a sostegno della implementazione del "Piano d'azione salute per e con le comunità Rom, Sinti e Caminanti" in un'ottica di equità nell'accesso alle opportunità di prevenzione e di cura offerte dal Servizio Sanitario Nazionale (Ssn). Hanno partecipato al progetto i seguenti enti: ATS della Città Metropolitana di Milano, ASL Roma 1, ASL Roma 2, ASL Napoli 2 Nord, ASL Napoli 3 Sud, ASL Salerno, ATS Sardegna. Lo svolgimento delle attività progettuali è stata fortemente influenzato dalla pandemia, costringendo il *management* del progetto a ripensare e riconvertire le attività in presenza con attività in remoto e le Aziende sanitarie a rivedere lo svolgimento delle loro attività di progetto alla luce dello sforzo richiesto nel contrasto alla pandemia stessa. Purtroppo, le attività previste sono state concluse al termine di una prima proroga al 31 dicembre 2021, raggiungendo, tra l'altro, l'obiettivo della definizione da parte delle aziende sanitarie di piani per l'implementazione di azioni di tutela rivolte alle comunità RSC. Inoltre, è stata concordata con l'Ente finanziatore, una nuova proroga a tutto il 2022 per permettere ad alcune aziende sanitarie e ad alcuni Enti del terzo settore di mettere in pratica i piani definiti al termine della prima fase progettuale, sempre con il coordinamento dell'INMP.



Nel 2020 e 2021 sono stati approvati due progetti finanziati dal CCM a cui l'INMP partecipa come partner. Il primo progetto, con a capofila il Dipartimento per le Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico - Assessorato della Salute della Regione Sicilia, si intitola *“Sorveglianza epidemiologica e controllo del COVID-19 in aree urbane metropolitane e per il contenimento della circolazione del SARS-CoV-2 nella popolazione immigrata in Italia”*; il secondo si occupa di *“Strategie di prevenzione della violenza contro le donne e i minori, attraverso la formazione di operatrici e operatori di area sanitaria e socio-sanitaria con particolare riguardo agli effetti del COVID-19 (#IpaziaCCM2021)”* e ha per capofila l'Azienda USL Toscana Sud Est della Regione Toscana.

L'agenzia CHAFEA dell'Unione Europea, nell'ambito del terzo programma salute dell'UE (2014-2020), ha finanziato un'azione comune europea per ridurre le disuguaglianze di salute nei 24 Stati Membri che vi partecipano. L'Italia, attraverso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS), ha coordinato l'azione comune. La Joint Action JAHEE ha avuto avvio il 1 giugno 2018 e si è conclusa il 30 novembre 2021. L'INMP ha partecipato alle azioni generali della JAHEE e, in qualità di rappresentante Paese Membro, alle attività del WP7 “Migration and Health”, che mirava a identificare e condurre azioni settoriali o intersettoriali che incidessero sui determinanti sociali di salute che interessano la popolazione straniera. Nel corso del 2021, l'INMP ha prodotto e messo a disposizione dei cittadini stranieri un'Applicazione multilingue per *smartphone* (“La tua salute”) pensata per promuovere il loro adeguato accesso al Ssn italiano.

### **B.3 Le azioni svolte del Programma interregionale**

#### **B.3.1 L'assistenza sanitaria**

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

Prendendo in osservazione l'attività cumulativamente esercitata nel periodo solare 2008-2022 (per il 2022, si considerano i primi 7 mesi), presso il Poliambulatorio sono stati effettuati 609.491 accessi, prendendo in carico complessivamente 136.898 persone (*grafico 1*).



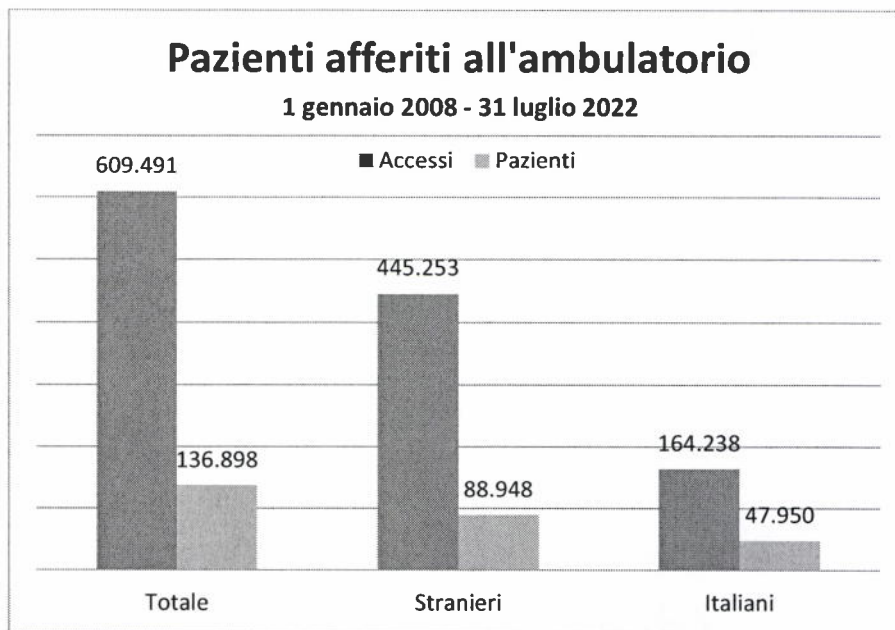
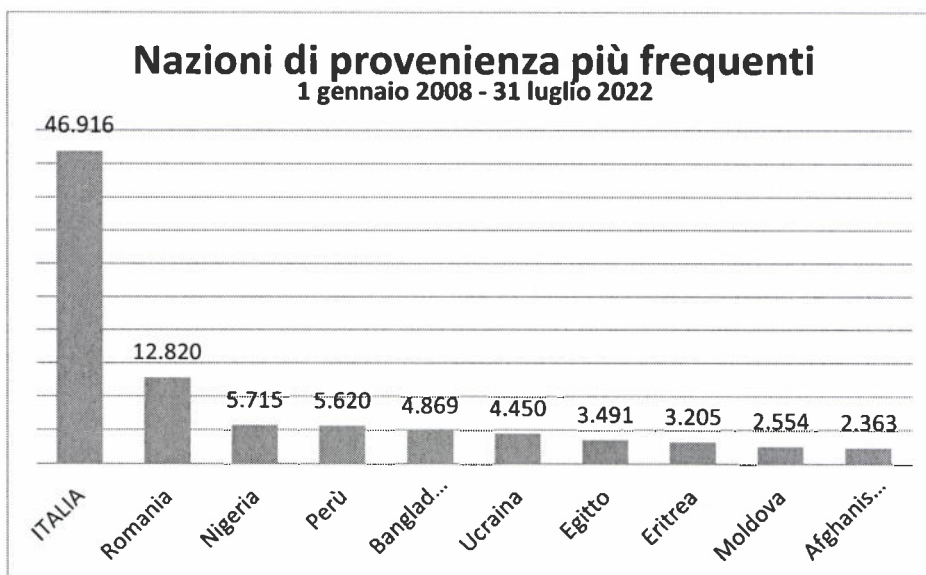


Grafico 1 Pazienti ed accessi presso l'ambulatorio INMP dal 1° gennaio 2008 al 31 luglio 2022 Fonte dati: INMP

Si è registrato un progressivo aumento dei pazienti italiani, passati dal 6,2% sul totale dell'utenza nel 2008 al 37,5% a luglio 2022.

È da evidenziare che tra gli italiani, una percentuale considerevole appartiene a fasce sociali deboli esenti dalla compartecipazione alla spesa per motivi di reddito. Simili *trend* vengono osservati anche in altre strutture sanitarie dedite alla presa in cura di gruppi particolarmente vulnerabili di popolazione; è ragionevole dunque ipotizzare che una parte rilevante di tale modificazione sia dovuta alla generazione di nuove povertà, anche tra gli italiani.

Nel grafico 2 è riportato il numero di pazienti afferiti al Poliambulatorio nel periodo dal 2008 al 31 luglio 2022 suddivisi per le nazioni di provenienza più frequenti.



Con riferimento al grado di istruzione, il 30,23% dei pazienti stranieri risulta avere conseguito un titolo di studio di scuola media secondaria e il 10,29% una laurea (grafico 3).

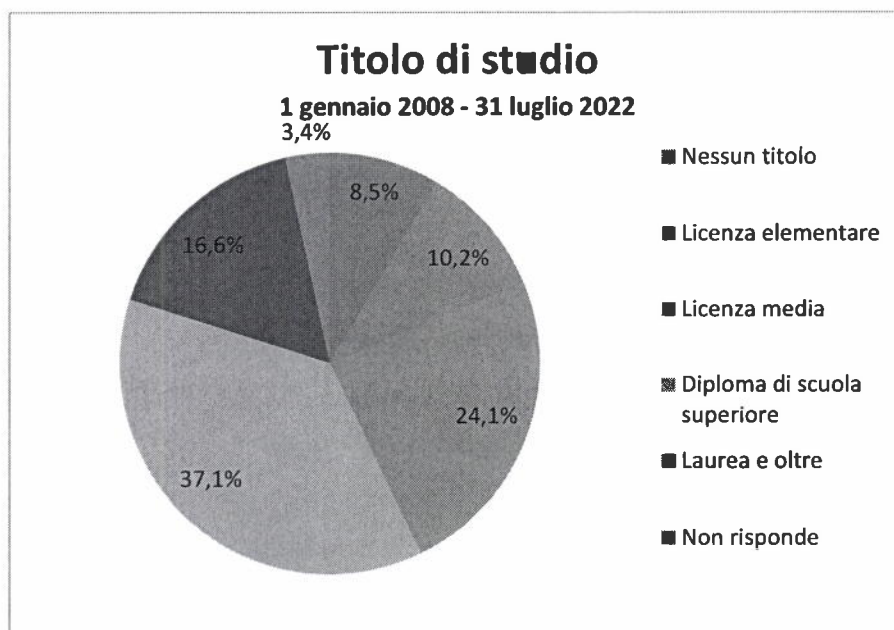


Grafico 3 Distribuzione dei pazienti per titolo di studio dal 1° gennaio 2008 al 31 luglio 2022. Fonte dati: INMP

Quanto al genere dei pazienti nel periodo dal 2018 al 31 luglio 2022, le presenze sono rispettivamente pari al 47,3% per il genere femminile e al 52,7% per il maschile.

Con riferimento alle fasce d'età dei pazienti dell'Istituto (grafico 4), le più rappresentate sono quella giovanile 18-34 anni (36,23%) e adulta 34-54 anni (31,06%). Tra gli stranieri è predominante la fascia d'età 18-34 (46,29%), mentre tra gli italiani quella degli over 65 (33,61%).



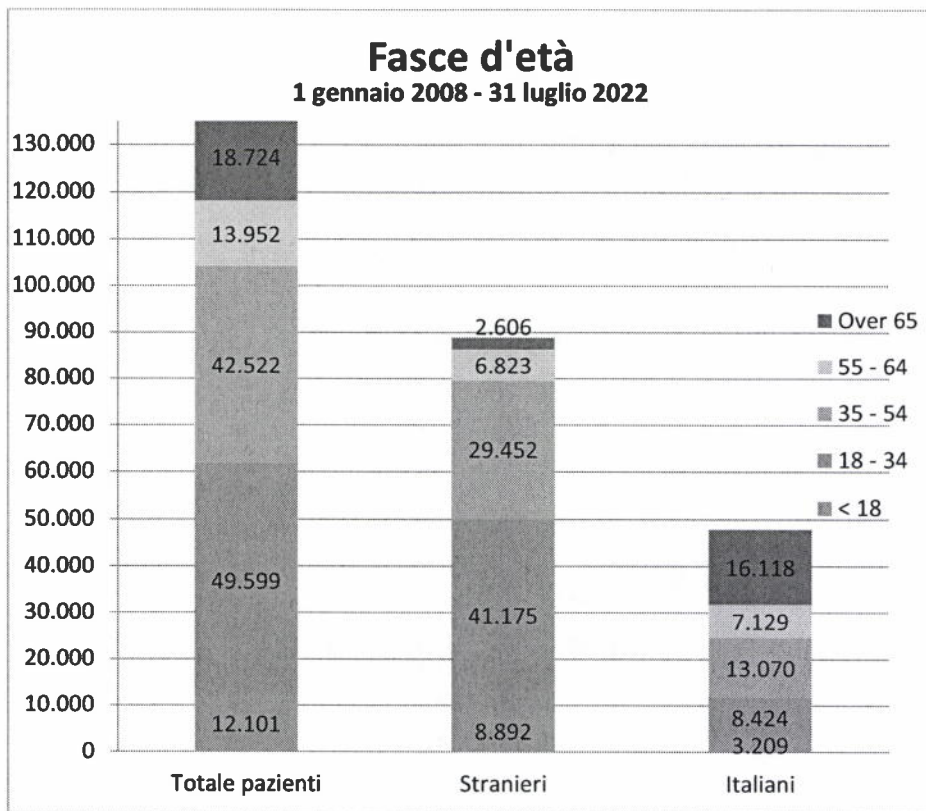


Grafico 4 Distribuzione dei pazienti per fasce d'età. Fonte dati: INMP

Circa lo status giuridico degli stranieri non comunitari assistiti dal 2018 al 31 luglio 2022, il 40,3% ha un regolare permesso di soggiorno, mentre il 39% è in condizione di irregolarità (grafico 5); gli stranieri irregolari ottengono assistenza dall'Istituto mediante il rilascio del codice STP, come previsto dalla legge.

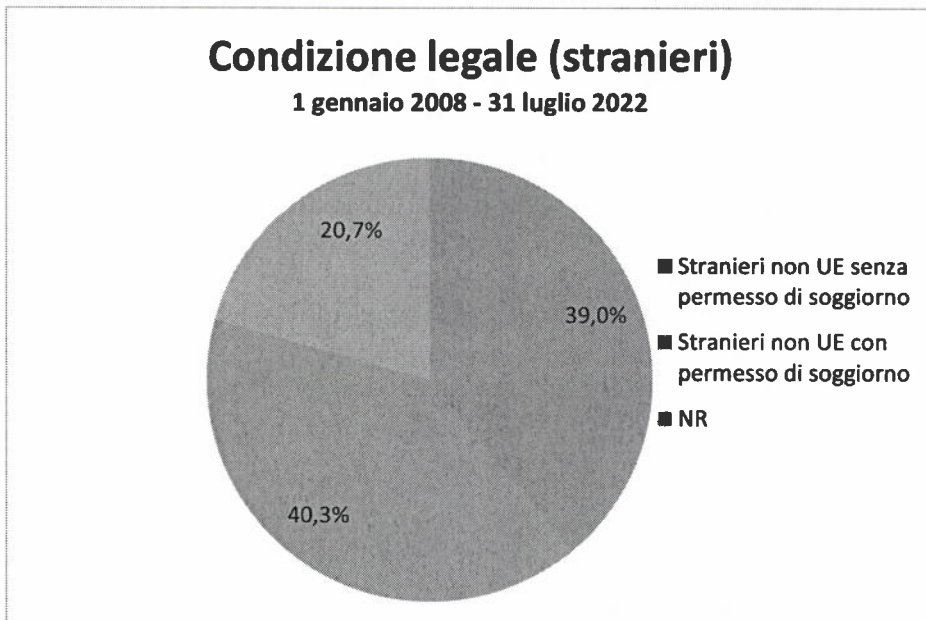


Grafico 5 Condizione legale dei pazienti stranieri non comunitari - periodo 2018-31 luglio 2022. Fonte dati: INMP (NR: dato non fornito dall'interessato)

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

I minori stranieri visitati nel periodo 2018-2022 sono stati 8.892.

Nel periodo dal 2018 al 31 luglio 2022, i principali problemi di salute per i quali l'INMP ha erogato assistenza sanitaria sono dovuti alle malattie del sistema nervoso e degli organi di senso, malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo, malattie dell'apparato digerente e le malattie infettive e parassitarie (grafico 6).

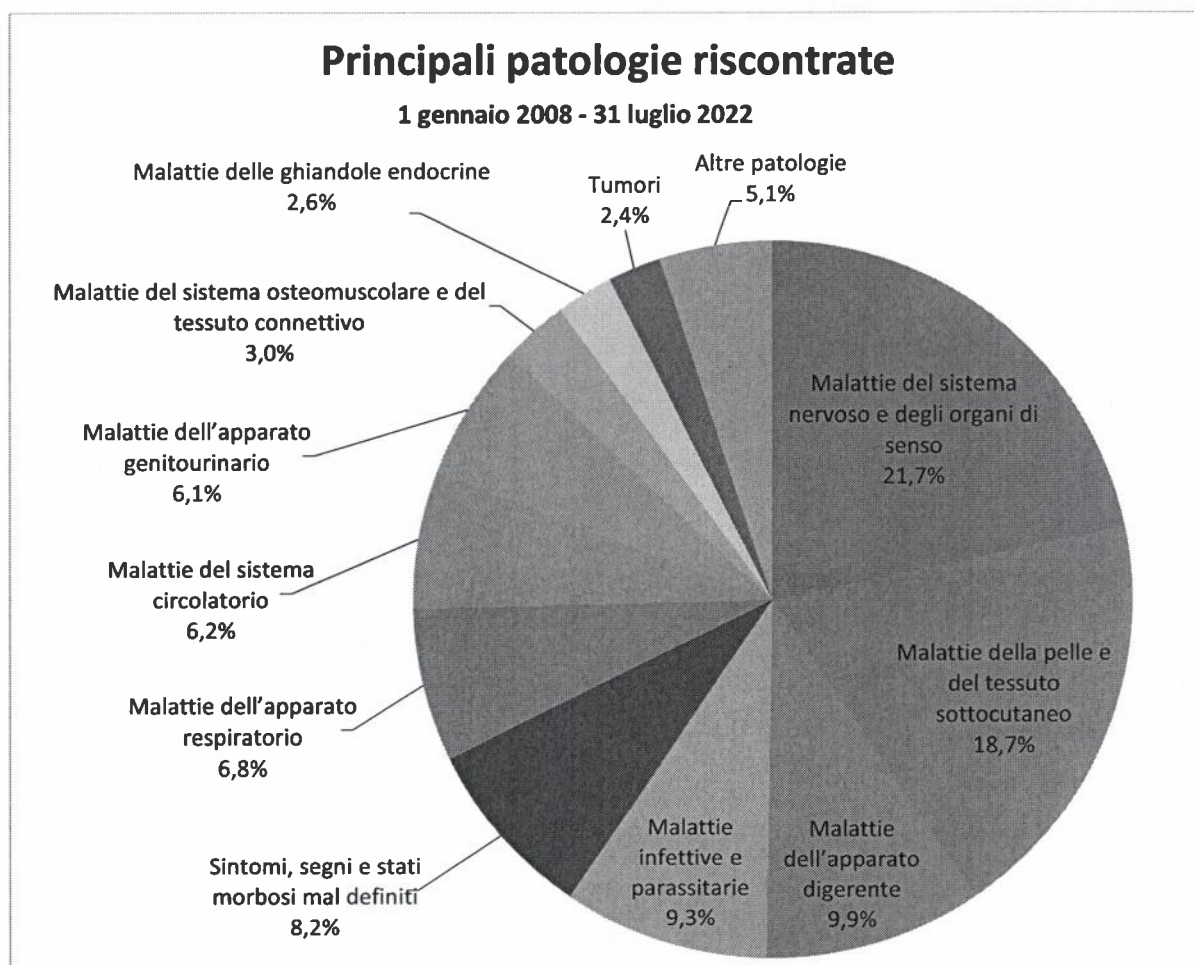


Grafico 6 Principali diagnosi effettuate, per classi, 2018-31 luglio 2022. Fonte dati: INMP

Riguardo al *triage* dei migranti all'arrivo, l'Istituto, conformemente alle proprie "Linee Guida dei Controlli alle frontiere" e in linea alle indicazioni dell'OMS in materia, non esegue screening, poiché tali interventi sono richiesti nella seconda accoglienza e non vi è evidenza di benefici se eseguiti



all'arrivo. Si eseguono, invece, controlli di salute mirati a evidenziare segni e sintomi evocativi di patologie potenzialmente pericolose e diffuse tra la popolazione.

A partire dall'anno 2020, l'INMP ha avviato una serie di attività specifiche, in linea con il suo mandato rivolto alla promozione della salute degli immigrati e dei gruppi vulnerabili. Questi progetti promuovono lo sviluppo di modelli innovativi di assistenza sanitaria e socio-sanitaria di qualità da erogare a soggetti in particolare stato di fragilità e vulnerabilità sperimentando protocolli multisettoriali e nuovi modelli di presa in carico. Alcuni percorsi di medicina sociale sono stati avviati nel contesto del Poliambulatorio, capitalizzando l'esperienza accumulata negli anni precedenti grazie ai finanziamenti del Ministero della salute, relativi alla fornitura gratuita di dispositivi medici e protesici a persone in condizione di povertà sanitaria negli ambiti odontoiatrico, audiologico, oculistico, cardiologico, di salute mentale, ginecologico, dermatologico e infettivologico.

Una linea di attività è stata dedicata al trattamento delle ulcere degli arti inferiori delle persone in condizioni socioeconomiche particolarmente svantaggiate (es. persone senza dimora). In questo ambito si è strutturato un modello che ha consentito l'accesso alla cura a persone che nella maggioranza dei casi giungono tardivamente ai servizi, esitando in gangrene e amputazioni. Tramite un accesso facilitato, l'integrazione tra i vari specialisti, una *équipe* infermieristica dedicata e una psicologa che, con funzione di *case manager*, coordinava i vari passaggi dei piani assistenziali individuali (PAI), si è riusciti ad ottenere significativi risultati in termini di aggancio terapeutico, aderenza al trattamento e miglioramento degli esiti.

Inoltre, sono state portate avanti, nell'ambito di un progetto finanziato dal Ministero della salute, attività volte a facilitare, in ambito sanitario, la rilevazione della condizione di vittima di tratta e l'emersione del fenomeno con l'accompagnamento, coadiuvato da supporto psicologico, sociologico e legale, alla rete antitratta. Il progetto si è concluso riportando dati molto interessanti sia in termini quantitativi (numero di donne che ne hanno beneficiato e di possibili vittime di tratta tra loro individuate), sia qualitativi, quali l'individuazione di un *set* di possibili indicatori di condizione di vittima di tratta per gli operatori sanitari e socio-sanitari, da usare come base per successivi studi di validazione. Terminato il progetto descritto, si è allargata l'attenzione al tema più ampio della promozione della salute della donna, occupandosi dunque non solo di tratta ma di temi più ampi quali la violenza di genere, il supporto alla genitorialità, la promozione della salute fisica e riproduttiva. Questa attività di più ampio respiro è diventata parte strutturale dell'attività del Poliambulatorio.

#### *Il dispositivo sanitario dell'INMP nei corridoi umanitari di evacuazione*

Da dicembre 2017 l'Istituto, su richiesta del Ministero dell'Interno, ha prestato attività di primissima accoglienza sanitaria presso gli aeroporti di Pratica di Mare e di Fiumicino ai migranti giunti in Italia



con i corridoi di evacuazione, mettendo a disposizione della macchina ministeriale un' *équipe* multidisciplinare composta ogni volta in media da circa 20 professionisti tra medici, mediatori transculturali e infermieri. Nel periodo 2020-2022, l'organizzazione dei corridoi di evacuazione è ripresa soltanto alla fine del 2021 e ha visto coinvolto il *team* multidisciplinare in tre sbarchi, avvenuti nel biennio 2021-2022, durante i quali ha effettuato 179 visite.

### *Medicina di prossimità*

Le visite effettuate dalle *équipe* sanitarie in interventi di *outreaching* sono state 57 nel 2020, 171 nel 2021 e 207 nel 2022.

Caratteristiche salienti del modello sono l'offerta proattiva e la rete, in cui emerge la centralità del Sistema sanitario pubblico nel governare le azioni di tutela della salute delle persone e il ruolo determinante delle associazioni del privato sociale nel rendere accessibili i percorsi di presa in carico, anche in situazioni di particolare marginalità e distanza dai servizi. Nel corso degli anni 2021 e 2022 è andata strutturandosi la collaborazione con gli enti locali e del terzo settore attivi sui territori, al fine di far corrispondere i bisogni del territorio e gli interventi erogati. Si è elaborata una programmazione sistematica degli interventi di medicina di prossimità erogati dall'INMP, definiti e localizzati sulla base delle esigenze del territorio, grazie all'istituzione di una collaborazione con la Sala Operativa Sociale del Comune di Roma. Nel corso del 2022, gli interventi di prossimità sono stati messi a regime, concordandoli con il Comune, ed effettuati in modo programmato e regolare presso luoghi pubblici individuati e presso centri di accoglienza a bassa soglia, finalizzati a promuovere la salute delle persone più vulnerabili a livello sociale.

### **B.3.2 La Ricerca**

Nell'ambito della ricerca biomedica, nonostante le difficoltà oggettive creatisi a seguito del periodo pandemico, sono state concluse la maggior parte delle attività previste nel piano 2019-2021. In particolare, sono stati portati a termine gli studi riguardanti gli effetti dei derivati piastrinici sul sistema immunitario cutaneo nell'ambito dei processi di riparazione delle ferite, che hanno portato alla pubblicazione dei dati laboratoristici che dimostrano un'importante azione favorente il processo di cicatrizzazione dei derivati piastrinici con effetti sia sulla popolazione T cellulare che su quella macrofagica; inoltre, nell'ambito della macroarea delle malattie infiammatorie croniche, con l'obiettivo di identificare target terapeutici innovativi, sono stati investigati gli effetti di un inibitore selettivo della molecole PI3K, il Seletalisib, nelle cellule dendritiche, confermandone gli spiccati effetti anti-infiammatori. Lo studio ha portato a una pubblicazione su rivista internazionale. Nell'ambito delle malattie infettive, la ricerca si è concentrata sulle malattie tropicali neglette, con un duplice obiettivo: la messa





a punto di una metodica molecolare per la diagnosi di Schistosomiasi, basata sulla ricerca del DNA sierico di *Schistosoma mansoni* e *S. haematobium* con quantizzazione in *real time* PCR, che ha dimostrato 1) la possibilità di eseguire la diagnosi di parassitosi e la sua genotipizzazione utilizzando piccole quantità di siero e 2) la caratterizzazione fenotipica e funzionale dei linfociti T coinvolti nella risposta immunitaria allo *Schistosoma mansoni*. Gli studi in vitro previsti dal progetto sono conclusi, facendo emergere la presenza di un cospicuo numero di cellule T CD4+ secernenti le citochine IL-13 e IL-22, probabilmente coinvolte nel quadro patologico indotto dal parassita. Nel corso di questa ultima progettualità è emersa l'opportunità di una collaborazione con l'Istituto di Biochimica e Biologia Cellulare del CNR per la verifica in modelli animali dei risultati ottenuti in vitro presso il nostro laboratorio; si sta pertanto valutando l'opportunità di implementare il progetto originario con la collaborazione sopra menzionata.

Alcune delle progettualità proposte nel triennio 2019-2021 sono tuttora in fase di sviluppo. In particolare gli studi sulla espressione e attività funzionale dei *Transient Receptor Potential channels* nel conteso del sistema immunitario cutaneo e la caratterizzazione della risposta T linfocitaria al micobatterio della tubercolosi in pazienti inseriti in un progetto di screening rivolto a popolazione immigrata dall'Est Europa. Le attività di ricerca di questi progetti proseguiranno quindi anche nel triennio 2022-2024.

Nell'ambito delle progettualità di ricerca sulla salute mentale si è concluso uno studio atto a definire le capacità ideative di pazienti affetti da *Post Traumatic Stress Disorder* e Disturbo dell'adattamento. Infine, il servizio di antropologia medica ha condotto due ricerche riguardanti gli aspetti socio-culturali, economici, geopolitici, giuridici e ambientali delle malattie tropicali neglette, con particolare riferimento alla popolazione latinoamericana affetta dalla malattia di Chagas e delle donne migranti potenziali vittime di tratta.

### **B.3.3 La Formazione**

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

L'Istituto, nel rispetto del mandato istituzionale e in considerazione dell'esperienza maturata nell'assistenza e nella ricerca, promuove e organizza corsi di formazione specialistica multidisciplinare, volti a sensibilizzare e formare gli operatori che a vario titolo operano nel settore sanitario a livello nazionale e internazionale. Particolare attenzione, inoltre, viene posta ai percorsi formativi finalizzati



all'acquisizione delle opportune conoscenze giuridico-normative per garantire la tutela del diritto alla salute della popolazione straniera.

In tale ottica, l'INMP progetta ed eroga eventi formativi sia nell'ambito della propria attività corrente sia nell'ambito di specifici progetti finanziati da enti terzi, promuovendo la diffusione del proprio modello di presa in carico delle persone vulnerabili, basato su un approccio transculturale, olistico, centrato sulla persona e a bassa soglia di accesso.

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

- 1) *formazione destinata agli stakeholder esterni*, in particolare agli operatori sanitari e socio sanitari, ma anche a tutte quelle figure professionali che in diverso modo sono impegnate su temi e attività di competenza dell'INMP, come *policy maker*, assistenti sociali, personale tecnico amministrativo di aziende sanitarie e centri di accoglienza, giornalisti e comunicatori, ricercatori e accademici. Per l'organizzazione di questi eventi formativi, oltre ai fondi istituzionali, possono essere utilizzati anche finanziamenti esterni erogati da Enti terzi per l'attuazione di specifici progetti, che prevedono al loro interno attività formative;
- 2) *formazione del personale*, che include chiaramente la formazione obbligatoria su salute e sicurezza nei luoghi di lavoro, su anticorruzione e trasparenza e sulla normativa *privacy*, ma anche la formazione complementare destinata al potenziamento delle conoscenze, abilità e competenze interne, nell'ottica di garantire l'aggiornamento continuo e promuovere un migliore benessere organizzativo e, di conseguenza, una migliore qualità dei servizi erogati.

In entrambe le tipologie di formazione è inclusa quella accreditata ECM, che l'INMP organizza dal 2011 in qualità di provider standard dell'Educazione Continua in Medicina.

Le modalità formative utilizzate sono:

- residenziale (RES) attraverso eventi in presenza;
- a distanza (FAD) attraverso la piattaforma e-Learning dell'Istituto;
- sul campo (FSC) attraverso la formazione *on-the-job*;
- *blended*, occasionalmente, attraverso la compresenza di diverse tipologie di formazione.

Ovviamente, nel triennio di riferimento anche le attività formative hanno dovuto fare i conti con la pandemia Covid-19 e con gli effetti delle misure di contrasto adottate, in primis quelle che hanno fermato tutte le attività che implicavano un contatto in presenza, inclusa quindi la formazione. Questo ha comportato un enorme sforzo organizzativo e di reingegnerizzazione dell'offerta formativa nel suo complesso, sia verso gli *stakeholder* esterni, sia verso il personale. I Piani formativi 2020 e 2021 sono stati adattati (il primo) e programmati (il secondo) in modo flessibile, tenendo conto dell'incertezza dell'evoluzione della situazione sanitaria e prediligendo, per questo motivo, le modalità di erogazione



a distanza. L'obiettivo era duplice: capitalizzare gli aspetti positivi dell'esperienza fatta in questo settore nel 2020 e rafforzare l'offerta formativa sul piano qualitativo, nel rispetto della *mission* dell'INMP, ossia il contrasto delle disuguaglianze e la promozione dell'equità nella salute, soprattutto tra i gruppi più vulnerabili della popolazione. È stata dunque ampliata l'offerta di corsi FAD su temi di attualità, coerentemente con gli interessi istituzionali, e sono stati potenziati gli strumenti innovativi e metodologici per il miglioramento dell'efficacia e della qualità della formazione erogata, sia quella destinata agli *stakeholder* esterni, sia quella dedicata al personale dell'Istituto.

#### *Formazione dedicata agli stakeholder esterni*

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

In particolare, nel corso del triennio, l'INMP ha provveduto a progettare e organizzare eventi formativi, accreditati ECM e non, anche nell'ambito dei progetti gestiti dall'Istituto, destinati alle diverse professioni d'aiuto (medici chirurghi, psicologi, infermieri, educatori professionali, assistenti sociali, mediatori transculturali, ecc.) che, a vario titolo, partecipano alla presa in carico della persona fragile. In particolare, per quanto concerne le attività condotte in qualità di provider standard di Educazione Continua in Medicina, sono stati realizzati nel periodo di riferimento 29 percorsi formativi ECM previsti nei rispettivi Piani annuali ECM, per un totale di circa 750 partecipanti per i corsi già conclusi e circa 1000 ancora in erogazione (relativi a 2 corsi FAD che si chiuderanno il 31/12/2022, su "Violenza di genere" e "Dermatologia su cute scura"). Inoltre, entro dicembre 2022 saranno erogati altri 7 corsi ECM previsti dal Piano annuale. A questi si aggiungono i 9 corsi "non ECM", dedicati in particolare agli *stakeholder* esterni, che hanno coinvolto circa 150 partecipanti tra discenti e docenti. In virtù delle competenze dimostrate anche nell'ambito delle attività di informazione, sensibilizzazione e promozione di una corretta comunicazione pubblica sui temi legati alla salute, alla povertà e alle migrazioni, grazie al suo approccio transculturale e multidisciplinare, dal 2016 l'INMP ha ottenuto la qualifica di Ente terzo accreditato presso l'Ordine nazionale dei giornalisti, per l'erogazione della formazione continua obbligatoria per professionisti e pubblicisti iscritti. Il primo corso, realizzato con un approccio interattivo volto allo scambio di prospettive tra i diversi giornalisti partecipanti, dal titolo "*Comunicare il fenomeno delle disuguaglianze di salute: opinioni a confronto*", è stato realizzato nel 2019; il secondo, dal titolo "*Le mie evidenze, le tue evidenze e le evidenze. Governare la complessità comunicativa per non allargare la forbice delle disuguaglianze nell'accesso alla salute durante una pandemia: il caso del Covid-19*" è stato realizzato nel 2022, sempre con l'utilizzo dell'approccio interattivo e della palestra formativa.



Inoltre, nel triennio l'Istituto ha erogato diversi corsi idonei al riconoscimento dei crediti per la formazione continua degli assistenti sociali, presso gli ordini di appartenenza; in particolare, sono state già erogate, in presenza, 2 edizioni del percorso formativo "*Orientare i cittadini stranieri nell'accesso al Ssn*" mentre per il 2022 è in programma una doppia edizione, ECM e non.

Coerentemente con il mandato istituzionale e gli obiettivi di *performance* stabiliti, nel triennio l'INMP ha completato la raccolta e l'analisi della documentazione esistente relativa al *core curriculum* del mediatore transculturale in ambito sanitario e, attraverso un gruppo di lavoro multidisciplinare appositamente costituito (che include professionalità interne, afferenti alle diverse UO coinvolte, ed esperti esterni reclutati sulla base di procedure a evidenza pubblica), ha progettato ed erogato un corso di aggiornamento. Il lavoro di *benchmarking*, progettazione ed erogazione del corso di aggiornamento per mediatori transculturali in ambito sanitario ha valorizzato le esperienze pregresse, con particolare riguardo al progetto "ForMe" finanziato dal FEI (annualità 2013) e realizzato nel 2015. A causa della pandemia da Covid-19, il corso di aggiornamento è stato progettato ed erogato interamente a distanza: 30 ore di formazione teorico-pratica in modalità sincrona sui temi della comunicazione e assistenza a distanza, aggiornamenti normativi in tema di accesso al Ssn per popolazioni straniere e di assistenza e mediazione transculturale in contesti di emergenza e ospedalieri (in particolare Pronto soccorso e degenza). A queste si sono aggiunte ore di lavoro individuale e di gruppo per esercitazioni e per la preparazione della tesina finale, discussa in sincrona con la commissione di esame. Nel 2021 sono stati formati/aggiornati 17 mediatori ed è stata progettata la nuova edizione del Corso completo di 200 ore, in modalità *blended*, prevista in erogazione a partire da fine 2022.

Per quanto concerne la formazione finanziata dai progetti esterni, nel triennio sono stati organizzati due percorsi formativi, dedicati rispettivamente agli *operatori* (dicembre 2019, in presenza) e ai *facilitatori* (settembre-ottobre 2021, FAD e videoconferenze) delle comunità Rom Sinti e Caminanti, coinvolti nel "*Progetto Salute: Promozione di strategie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria di Rom, Sinti e Caminanti*", finanziato dall'UNAR (Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali – Presidenza del Consiglio dei Ministri) nell'ambito del PON Inclusionione FSE 2014-2020 (Cod. PCM\_19\_01 CUP J81E17000500006).

Particolare menzione, tra gli eventi formativi realizzati nel triennio, merita la *Winter School* sull'equità nella salute, dal titolo "*The Quest for Health equity in the Mediterranean context: focusing on migrants and on the poor*", organizzata in collaborazione con UCL - Institute of Health Equity (IHE) di Londra, che si è tenuta dal 16 al 20 dicembre 2019. Il percorso formativo, che si è tenuto in lingua inglese, con un programma complementare a quello della *Summer School* organizzata dallo stesso IHE, ha fornito conoscenze applicate sulle disuguaglianze di salute e sulle attuali strategie per



l'equità nella salute, anche attraverso l'applicazione di metodologie didattiche interattive, quali il *Problem Solving*, la discussione in piccoli gruppi e l'analisi di buone pratiche.

#### *Formazione del personale*

Nel rispetto della normativa vigente relativa alla formazione e all'aggiornamento del personale delle PA, l'Istituto pianifica le attività formative attraverso Piani annuali di dettaglio, coerenti con la più generale Pianificazione strategica triennale. Anche nel triennio di riferimento, è stato realizzato il potenziamento delle conoscenze, abilità e competenze (anche digitali) del personale interno, a partire dalla rilevazione dei fabbisogni specifici per ciascuna Unità operativa e tenendo conto degli obblighi di aggiornamento in materia di salute e sicurezza, anticorruzione e trasparenza e *privacy*.

#### *Formazione obbligatoria*

Nell'ambito della *formazione obbligatoria*, sono stati realizzati circa 30 corsi di aggiornamento (20 relativi a Salute e sicurezza, gli altri distribuiti tra anticorruzione e trasparenza e *privacy*), sia attraverso l'organizzazione di eventi interni, sia tramite acquisizione di corsi - prevalentemente a distanza - presso provider autorizzati (per esempio in tema di Salute e sicurezza ex D.lgs. 81/2008) e/o esperti sul tema in oggetto (per anticorruzione e trasparenza e *privacy*), come descritto di seguito.

La formazione sulla Salute e sicurezza nei luoghi di lavoro ai sensi del D.lgs. 81/2008, che ha incluso anche corsi ECM, è stata organizzata in stretta collaborazione con l'incaricato RSPP e nel rispetto di quanto indicato dal DVR (Documento di valutazione dei rischi) e facendo ricorso a docenti interni e/o esterni, in possesso dei requisiti previsti dalla normativa in materia. In questo ambito, sono stati erogati corsi di *formazione generale* (4 ore per corso base e 6 ore per aggiornamento quinquennale), rivolta a tutto il personale, indipendentemente dal profilo professionale, erogata anche in modalità *e-learning* (ove prevista tale possibilità dalla normativa); *formazione specifica* (12 ore per profilo sanitario, 4 ore per profilo amministrativo per il corso base; 8 ore per aggiornamento tutti i profili del settore "rischio medio"). Nei casi in cui il contenuto interessava tutti i profili professionali - come il corso sullo "*stress lavoro correlato*" - sono state realizzate attività formative congiunte. Inoltre, è stato sempre effettuato l'aggiornamento annuale previsto per il Responsabile dei lavoratori per la sicurezza (RLS).

Per quanto riguarda la restante formazione obbligatoria, nel triennio sono stati erogati annualmente corsi di formazione sulla *privacy*, in particolare sulle novità introdotte dal Regolamento europeo sulla protezione dei dati personali (Reg. 679/2016 – GDPR); un aggiornamento di 4 ore, mirato al personale operante presso il poliambulatorio; un focus di ulteriori 4 ore dedicato alle attività amministrative e tecnico-informatiche (bandi, avvisi pubblici, piattaforme informatiche ecc). Inoltre, è stato garantito





l'aggiornamento annuale in tema di *trasparenza e anticorruzione*; in particolare, nel 2022 è previsto un evento formativo avente come tema la prevenzione e la repressione della corruzione e dell'illegalità nella pubblica amministrazione, rivolto al personale e ai dirigenti con particolare riguardo a coloro che operano nelle aree a più elevato rischio, anche attraverso le forme di erogazione a distanza già sperimentate nel biennio 2020-2021. Anche rispetto al tema degli Appalti e contratti pubblici - in ottemperanza a quanto previsto dall'art. 31, comma 9 del D.lgs. n. 50/2016 e s.m.i., in base al quale le stazioni appaltanti organizzano nell'ambito della formazione obbligatoria, attività specifica per i dipendenti che abbiano i requisiti per il conferimento di incarico di RUP - e accogliendo richiesta specifica avanzata dal Responsabile della UOC AGL - nel 2022 sono previsti 2 eventi formativi, di 8 ore ciascuno, destinati al personale interessato, oltre a un corso di 6 ore dedicato al personale tecnico che, nelle diverse strutture, si occupa della redazione dei capitolati speciali d'appalto.

#### *Formazione complementare*

Nel triennio la formazione complementare si è articolata lungo due direttrici: tematiche emerse dal processo di rilevazione interna dei fabbisogni e tematiche attuali di ammodernamento delle competenze della PA.

Con riferimento alla prima direttrice, le principali aree di fabbisogno emerse trasversalmente hanno riguardato in particolare la lingua inglese, i vari aspetti del lavoro agile, le *soft skill* e la formazione manageriale. Il comparto ha espresso necessità di aggiornamento professionale e normativo, mentre la parte sanitaria ha indicato specifiche aree di aggiornamento tecnico-scientifico, nelle diverse discipline. Fatte salve esigenze dovute a emergenze o situazioni non pianificabili, le richieste di attivazione di corsi specifici (in particolare erogati da enti terzi) pervenute alla U.O.S. Formazione ed ECM sono state prese in considerazione per organizzare la specifica attività formativa, previa verifica del rispetto della pianificazione, della rispondenza con gli obiettivi istituzionali, dell'autorizzazione della dirigenza competente e della copertura finanziaria.

Per quanto riguarda la seconda direttrice, l'Istituto ha definito come prioritario l'aggiornamento in tema di competenze digitali. In quest'ottica, ha aderito alle diverse offerte formative disponibili a livello istituzionale, quali il percorso "E4JOBPA", realizzato da AgID e Formez per agevolare il percorso di transizione al digitale (formati 10 dipendenti) e il Piano "Ri-formare la PA. Persone qualificate per qualificare il Paese" lanciato a gennaio 2022 dal Ministro per la Pubblica Amministrazione e da quello dell'Università e della Ricerca, nell'ambito delle attività del PNRR, mirato ad accrescere conoscenze e competenze dei lavoratori pubblici (iscritti tutti i dipendenti, si completerà entro il 31/12/2022). Inoltre, nel 2022 è stata rinnovata l'adesione al programma "Valore PA" dell'INPS, per la partecipazione dei dipendenti a corsi di formazione universitari.



Complessivamente, nel triennio è stata garantita al personale interno la partecipazione a oltre 40 corsi di aggiornamento tecnico-professionale in ambito sanitario e socio-sanitario, tecnico e amministrativo. In particolare, sono stati acquisiti corsi su particolari aspetti del digitale applicato ai diversi contesti lavorativi (POLA/*smart working*, *e-learning*, transizione al digitale, ICDL, gestione documentale, *e-procurement* ecc.), sulle novità in tema di Contratti pubblici, sulla formazione dei formatori, su bilancio e contabilità e su aspetti specifici delle professioni sanitarie. Come previsto dalla normativa, per l'acquisizione di tali corsi - in particolare per quelli di ambito tecnico e amministrativo - l'INMP si avvale prioritariamente delle Scuole del Sistema unico, in primo luogo la Scuola Nazionale dell'Amministrazione (SNA), ma anche altri Enti autorizzati (es. AgID, Formez, CEIDA, Maggioli, ITA, INPS, Federsanità, FIASO, Forum PA, ASGI, Altems, Fondazioni e Istituti universitari, pubblici e privati ecc.), laddove il fabbisogno specifico non trovasse soddisfazione nell'offerta formativa della SNA. Con riferimento all'aggiornamento continuo in medicina, i corsi ECM accreditati ed erogati dall'Istituto sono stati aperti a tutto il personale *sanitario* e socio-sanitario interno. Infine, nell'ultimo triennio si è molto puntato sulla formazione *peer-to-peer* e su attività laboratoriali, al fine di promuovere la trasmissione "intergenerazionale" delle conoscenze, stimolare la multidisciplinarietà e la collaborazione tra gruppi di lavoro, in particolare operanti presso il poliambulatorio (n. 3 corsi "*Cross fertilization*" erogati nel 2020-2021), così come le competenze trasversali/*soft skill*, quali gestione del cambiamento, comunicazione efficace ecc. (n. 2 corsi erogati).

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

Le attività di Osservatorio Epidemiologico nazionale per l'Equità nella Salute (OENES), coordinate dalla UOC Epidemiologia dell'INMP, hanno l'obiettivo di rilevare le disuguaglianze di salute, individuare le migliori pratiche per il loro contrasto e supportare le Regioni nella loro attuazione, al fine di identificare e sostenere politiche di promozione della salute a favore delle persone più fragili. Le attività sono state svolte in collaborazione con gli istituti nazionali e i centri di Epidemiologia regionali che, sul territorio nazionale, hanno sviluppato maggiore esperienza su questi temi, attraverso lo sviluppo di progetti di ricerca e di un relativo sistema informativo basato su un insieme di indicatori. Le attività hanno prodotto diffusione di conoscenze originali derivanti da specifici progetti basati su collaborazioni con istituzioni impegnate sui temi di interesse dell'Osservatorio medesimo.



Esse nel triennio 2019-2021 si sono declinate nelle seguenti linee:

*1) Disuguaglianze socioeconomiche e mortalità cardiovascolare.*

I fattori comportamentali per la salute, in particolar modo il fumo, il consumo di alcool, la cattiva alimentazione e una scarsa attività fisica contribuiscono alla spiegazione delle disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità per molte cause, in particolare per quella cardiovascolare. L'obiettivo era di valutare, in collaborazione con Istat, l'effetto di mediazione dei fattori di rischio comportamentali (sovrappeso/obesità, fumo, attività fisica), singolarmente e nel loro insieme, sulle disuguaglianze socioeconomiche nei ricoveri e sulla mortalità cardiovascolare<sup>6</sup>. Il ruolo specifico di ciascun fattore in relazione agli altri era stato infatti valutato in ambito internazionale, ma non ancora analizzato a livello nazionale in Italia.

*2) Revisioni sistematiche degli interventi efficaci di contrasto alle disuguaglianze socioeconomiche nella salute*

Tra le attività dell'Osservatorio Epidemiologico Nazionale per l'Equità nella Salute, riveste particolare importanza la ricerca e la sintesi delle evidenze presenti nella letteratura. L'attività ha previsto la produzione di una serie di revisioni sistematiche della letteratura sugli interventi tesi a contrastare le disuguaglianze di salute, per specifico *setting* di vita (scuola, lavoro, comunità, quartiere). È stata inoltre realizzata una revisione sistematica sugli effetti della crisi economica globale nei comportamenti a rischio e negli stili di vita nei paesi del sud Europa che ne sono stati maggiormente colpiti (Italia, Portogallo, Spagna, Grecia)<sup>7</sup>.

*3) Valutazione della mortalità dei residenti nelle Aree interne*

Le aree interne del territorio italiano presentano situazioni di potenziale vulnerabilità per la salute, a causa delle conseguenze dello sviluppo economico italiano e delle criticità geologiche di molte zone, che ne hanno determinato lo spopolamento, il conseguente invecchiamento della popolazione e la riduzione di offerta di servizi sociali e sanitari. Obiettivo dello studio è la valutazione delle differenze di mortalità tra poli metropolitani e aree interne semiperiferiche e periferiche, secondo la classificazione adottata dalla "Strategia Nazionale per le Aree Interne", sia generale che per alcuni grandi raggruppamenti di cause e per alcune cause specifiche sensibili all'offerta di assistenza sanitaria nel

---

<sup>6</sup> Petrelli A, Sebastiani G, Di Napoli A, Macciotta A, Di Filippo P, Strippoli E, Mirisola C, d'Errico A. Education inequalities in cardiovascular and coronary heart disease in Italy and the role of behavioral and biological risk factors. *Nutr Metab Cardiovasc Dis.* 2022 Apr;32(4):918-928. doi: 10.1016/j.numecd.2021.10.022. Epub 2021 Nov 25. PMID: 35067447.

<sup>7</sup> Sane Schepisi M, Di Napoli A, Ascitutto R, Vecchi S, Mirisola C, Petrelli A. The 2008 Financial Crisis and Changes in Lifestyle-Related Behaviors in Italy, Greece, Spain, and Portugal: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Aug 18;18(16):8734. doi: 10.3390/ijerph18168734. PMID: 34444482; PMCID: PMC8392284.





territorio. Nel triennio 2019-2021 sono stati acquisiti i dati dell'archivio dei decessi e delle cause di morte dell'Istat e del sistema di classificazione delle aree interne, predisposti i *dataset* attraverso l'interconnessione dei *database* ed effettuate analisi statistico-epidemiologiche relative ai periodi 2011-2014 e 2015-2018. L'attività progettuale è svolta in collaborazione con l'Istat<sup>8</sup>.

#### 4) *Disuguaglianze socioeconomiche e mortalità per cause prevenibili in Italia*

I decessi per cause evitabili rappresentano una quota della mortalità che, alla luce delle conoscenze mediche, della tecnologia e dei determinanti di salute al momento del decesso, potrebbe essere evitata attraverso un'assistenza sanitaria efficace (mortalità trattabile) o interventi di sanità pubblica (mortalità prevenibile). Quando la mortalità deriva da cause evitabili, ci si aspetta che la relazione inversa tra stato socioeconomico e mortalità, indipendentemente da quando e dove venga misurata, sia più forte. È noto, infatti, che lo stato socioeconomico può essere considerato una "causa fondamentale" della mortalità, poiché descrive la disponibilità individuale di mezzi e risorse necessaria per garantire maggiori probabilità di migliore salute.

L'attività progettuale, condotta in collaborazione con l'Istat, mira a valutare e monitorare le disuguaglianze sociali nella mortalità evitabile in Italia. Analizzare le disuguaglianze nella mortalità evitabile contribuisce ad orientare le politiche sanitarie, individuando le aree prioritarie di intervento e i sottogruppi di popolazione su cui occorre investire maggiori risorse per la prevenzione e l'assistenza, nella prospettiva del perseguimento dell'equità nella salute.

Obiettivo di questa linea di ricerca è analizzare longitudinalmente le disuguaglianze socioeconomiche di mortalità per cause evitabili in Italia, distinguendo tra cause trattabili e prevenibili. La base dati a disposizione presenta una disaggregazione per singole cause di morte e permette quindi di approfondire l'analisi delle disuguaglianze socioeconomiche nella mortalità per le cause specifiche più rilevanti all'interno di ciascun gruppo. Nel triennio 2019-2021 sono stati acquisiti i dati Istat del *follow-up* del Censimento 2011, predisposti i *dataset* attraverso la classificazione delle cause di morte in prevenibili e trattabili ed effettuate analisi statistico-epidemiologiche relative ai periodi 2011-2014 e 2015-2018. L'attività progettuale è svolta in collaborazione con l'Istat.

#### 5) *Valutazione della mortalità dei cittadini stranieri residenti in Italia*

Obiettivi del progetto collaborativo con l'Istat, sono: 1) analizzare la mortalità della popolazione straniera per sottogruppi di cause individuati a partire dalle 86 cause attualmente disponibili, con un focus sulla mortalità in seguito a violenza di genere; 2) stimare la quota di mortalità degli stranieri residenti

---

<sup>8</sup> <https://www.slideshare.net/slideistat/tag/seminario-roma181119>.



in Italia non registrata attribuibile al *salmon bias*, eventualmente valutando il fenomeno per cittadinanza; 3) analizzare il ruolo del livello di istruzione e della condizione professionale nella spiegazione delle differenze di mortalità fra italiani e stranieri.

Nel corso del triennio 2019-2021 è stata effettuata la prima valutazione sistematica della mortalità per causa della popolazione straniera in Italia. Inoltre, per la prima volta in Italia, è stato valutato e misurato il ruolo del cosiddetto *salmon bias*, il fenomeno in base al quale, con l'arrivo della vecchiaia, soprattutto in caso di malattia, i migranti tenderebbero a tornare nel loro Paese di origine, dove poi morirebbero; tale fenomeno spiega in parte la minore mortalità fra gli immigrati e la sottostima della mortalità della popolazione straniera registrata in Italia. Infatti, considerando i decessi avvenuti nel Paese di origine, il tasso di mortalità complessivo degli immigrati residenti in Italia aumenta del 18,1% e il tasso di mortalità standardizzato per età del 23,7%. Tuttavia, i tassi di mortalità standardizzati per età per gli immigrati calcolati sono rimasti inferiori anche se si consideravano i decessi avvenuti nel paese di origine. I risultati prodotti sono stati pubblicati attraverso 3 articoli scientifici<sup>9,10,11</sup>.

#### 6) Monitoraggio della salute degli immigrati

A partire dal progetto interregionale triennale INMP 2013-2015 è stata prevista l'individuazione di un sistema di indicatori che consentisse un monitoraggio sistematico e tempestivo dello stato di salute e dell'assistenza sanitaria della popolazione immigrata. Tenendo conto dell'esperienza maturata attraverso 2 progetti CCM 2006 e 2009, l'INMP ha attivato nel 2015 un sistema di monitoraggio individuando 78 indicatori sociodemografici e sanitari, su base regionale. Il sistema di monitoraggio si è avviato nel 2017, raccogliendo dati relativi al 2016, e poi è proseguito nel 2019 con i dati del 2017, consentendo il calcolo di indicatori demografici e sanitari in ambito di assistenza ospedaliera, materno infantile, emergenza. Hanno partecipato al sistema di monitoraggio 9 Regioni e Province Autonome (Piemonte, Trento, Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata, Sicilia), attraverso centri epidemiologici o statistici formalmente incaricati dai propri Assessorati alla Salute regionali. I centri regionali calcolano i singoli indicatori disponibili, a partire dai flussi informativi sanitari correnti (ISTAT, SDO, CEDAP, IVG); tali dati vengono inviati all'INMP e

<sup>9</sup> Di Napoli A, Rossi A, Alicandro G, Ventura M, Frova L, Petrelli A. Salmon bias effect as hypothesis of the lower mortality rates among immigrants in Italy. *Sci Rep.* 2021 Apr 13;11(1):8033. doi: 10.1038/s41598-021-87522-2. PMID: 33850208; PMCID: PMC8044175.

<sup>10</sup> Di Napoli A, Ventura M, Grande E, Frova L, Mirisola C, Petrelli A. Nationwide longitudinal population-based study on mortality in Italy by immigrant status. *Sci Rep.* 2022 Jun 29;12(1):10986. doi: 10.1038/s41598-022-15290-8. PMID: 35768625; PMCID: PMC9243023.

<sup>11</sup> Ventura M, Di Napoli A, Petrelli A, Pappagallo M, Mirisola C, Frova L. Male and Female Differences in Homicide Mortality: Results of an Italian Longitudinal Study, 2012-2018. *Front Public Health.* 2022 Jul 13;10:919335. doi: 10.3389/fpubh.2022.919335. PMID: 35910885; PMCID: PMC9326256.



successivamente rielaborati dalla U.O.C. Epidemiologia per produrre tabelle e grafici di sintesi e presentazione.

I risultati dei progetti sono stati pubblicati in due numeri (2 e 3) della collana dell'INMP "Quaderni di Epidemiologia", su *Epidemiologia & Prevenzione* (2020)<sup>12</sup> e, recentemente, sulla rivista *Frontiers in Public Health* (2022)<sup>13</sup>.

#### *7) Differenze socioeconomiche nella salute e nell'assistenza sanitaria in alcune aree metropolitane*

Progetto collaborativo con la rete degli Studi Longitudinali Metropolitan (SLM), mirato all'armonizzazione dei *database* degli Studi partecipanti alla rete, per studiare e monitorare le disuguaglianze socioeconomiche nella salute e la salute della popolazione immigrata. Tale sistema offre, infatti, la possibilità di fornire evidenze sugli effetti dei recenti cambiamenti socio-demografici attraverso l'accesso ai dati relativi a persone ed eventi e stimando con precisione il tempo-persona di esposizione ai rischi per la salute. Lo studio ha un disegno longitudinale retrospettivo di coorte aperta. Sono stati inclusi tutti gli individui residenti al 1° gennaio 2001 o successivamente nati o immigrati fino alla data di ultima disponibilità dell'informazione di emigrazione o di esito nelle città di Torino, Reggio-Emilia, Modena, Bologna, Venezia e Roma (4.466.655 soggetti censiti al 2001).

Obiettivo generale del progetto è stato la valutazione delle disuguaglianze socioeconomiche sulla salute, con particolare attenzione alle categorie più vulnerabili come gli immigrati.

Gli obiettivi specifici sono stati: 1. Valutare le differenze di mortalità per tutte le cause e causa-specifica per livello socioeconomico e per cittadinanza; 2. Analizzare le differenze di ospedalizzazione per tutte le cause e causa-specifica per livello socioeconomico e per cittadinanza; 3. Valutare le differenze sul percorso assistenziale e sugli esiti neonatali per livello socio-economico e per cittadinanza; 4. Valutare le differenze di ospedalizzazione evitabile per livello socio-economico e per cittadinanza.

I risultati del progetto sono stati pubblicati in un numero monografico della rivista scientifica indicizzata *Epidemiologia&Prevenzione*<sup>14</sup>.

#### *8) Valutazione dello stato di salute dei lavoratori stranieri (progetto WHIP)*

---

<sup>12</sup> *Epidemiologia & Prevenzione* (2020) 44(5-6;S1): 85-93. doi: 10.19191/EP20.5-6.S1.P085.077.

<sup>13</sup> *Frontiers in Public Health* (2022) 10:817696. doi: 10.3389/fpubh.2022.817696.

<sup>14</sup> Petrelli A, Di Napoli A, Agabiti N, Barbieri G, Bardin A, Bargagli AM, Biggeri A, Bonvicini L, Broccoli S, Cacciani L, Canova C, Caranci N, Costa G, Dalla Zuanna T, Davoli M, Di Girolamo C, Ferracin E, Giorgi Rossi P, Grisotto L, Marino C, Pacelli B, Simonato L, Spadea T, Strippoli E, Zengarini N. [Immigrants' health and socioeconomic inequalities of overall population residing in Italy evaluated through the Italian network of Longitudinal Metropolitan Studies]. *Epidemiol Prev.* 2019 Sep-Dec;43(5-6 Suppl 1):1-80. doi: 10.19191/EP19.5-6.S1.112. Italian. PubMed PMID: 31744272.



Tra i compiti istituzionali dell'INMP vi è il monitoraggio della salute dei lavoratori immigrati, che hanno tassi di infortuni totali e mortali più alti dei nativi. Fanno più spesso lavori precari, in settori poco qualificati, con mansioni più rischiose e gravose. Il Ministero della salute tramite la ASL TO3 del Piemonte, in collaborazione con INPS, INAIL e Istat, ha sviluppato il *database* longitudinale *Work History Italian Panel* (Whip-Salute), che raccoglie informazioni sui lavoratori e i loro infortuni. Per studiare tale problematica, analizzando i dati di Whip-Salute, nel 2016 l'INMP ha firmato un accordo di collaborazione con l'ASL TO3 del Piemonte.

La collaborazione ha consentito di confrontare tassi di infortuni, totali e gravi, tra lavoratori italiani e stranieri, con focus su area di provenienza, settore di attività, area di lavoro in Italia, dimensione aziendale, analisi che possono consentire di descrivere contesti e fattori specifici nell'ambito del mercato del lavoro che potrebbero rappresentare fattori di rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori, in particolare stranieri. Nel corso dell'ultimo triennio, la collaborazione con la ASL TO3 si è ampliata con l'analisi di dati riferiti alle malattie professionali (in particolare i disturbi muscolo-scheletrici che rappresentano il 75% delle denunce di malattia professionale) e ai ricoveri ospedalieri dei lavoratori, per qualsiasi causa (eccetto gravidanza e cause violente), tumori e malattie cardiovascolari.

### **B.3.5 La Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP)**

La Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà rappresenta un'azione coordinata per preservare ed estendere, nelle politiche sanitarie pubbliche, nazionali e regionali, il valore dell'universalismo e la sua concreta attuazione in termini di accessibilità e accoglienza, con particolare attenzione alle fasce svantaggiate della popolazione.

Lo sviluppo e il consolidamento di una Rete nazionale come "sistema organizzato" di reti regionali e locali nascono dalla necessità di gestire problematiche sociosanitarie complesse, attraverso un approccio integrato, multidisciplinare e flessibile, che valorizzi lo spirito di cooperazione rispetto a obiettivi condivisi, i processi di scambio paritario, l'interdipendenza e la pluralità degli attori e dei punti di vista. L'azione dell'Istituto si realizza primariamente in stretto raccordo con le Regioni e le Province Autonome i cui referenti istituzionali costituiscono i punti di reperi dell'organo nazionale con le articolazioni e funzioni delle reti particolari. Al tempo stesso, tali rappresentanti costituiscono gli interlocutori privilegiati per gli aspetti relativi all'individuazione delle priorità della programma-



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

#### *Piattaforma WikINMP sui percorsi sanitari per gli stranieri e suo ampliamento ai percorsi socio-sanitari*

L'INMP, quale centro di riferimento della "Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà" (ReNIP), ha elaborato, in stretta sinergia con i referenti regionali, l'ipertesto WikINMP, un servizio che mette a sistema normative nazionali e regionali relative all'accesso al Ssn da parte della popolazione straniera e vulnerabile. La piattaforma propone la legislazione nazionale e regionale relativa all'accesso degli stranieri al Ssn, costantemente aggiornata. In aggiunta, si è proceduto con una nuova progettualità che prevede l'ampliamento dei contenuti della piattaforma alla componente socio-sanitaria, nel quadro concettuale dei determinanti sociali di salute, con l'obiettivo di migliorare l'accesso alle cure e ai servizi socio-sanitari.

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

Infine, è stata avviata l'analisi per una reingegnerizzazione della piattaforma con l'obiettivo di renderne più facilmente fruibili i contenuti.

#### *Il Repertorio nazionale degli interventi di Sanità Pubblica volti all'Equità nella Salute (ReSPES)*

Il Repertorio degli interventi di Sanità Pubblica orientati all'Equità nella Salute (ReSPES) è un catalogo liberamente interrogabile *online*, finalizzato alla valorizzazione e alla condivisione, con gli *stakeholder* di settore, di interventi di sanità pubblica orientati all'equità, che siano stati valutati sotto il profilo dell'efficacia, della sostenibilità e della trasferibilità. Esso nasce dall'esigenza della Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP), di disporre di un repertorio di interventi realizzati, a cui far riferimento per lo sviluppo, sul territorio, di attività analoghe che promuovano l'equità nella salute.





L'INMP ha risposto a questa esigenza realizzando un percorso valutativo periodico degli interventi e delle azioni di sanità pubblica, condotti da soggetti pubblici e privati, per supportare sia la progettazione di interventi di prevenzione e promozione della salute, sia gli attori pubblici che promuovono tali proposte nell'interesse della qualificazione della spesa, in ragione delle aspettative sull'efficacia. Il ReSPES, pertanto, consente la condivisione degli interventi di sanità pubblica valutati da un gruppo di esperti indipendenti (Comitato degli Esperti Valutatori – CEV), attraverso la loro pubblicazione *online*.

Alla conclusione del bando pubblicato nel 2021 sono state compilate e inviate al ReSPES per valutazione 54 schede di intervento da 51 soggetti diversi. Si è trattato di soggetti pubblici nella metà dei casi, provenienti da 13 Regioni diverse. In quasi la metà dei casi si trattava di iniziative di prevenzione primaria, 34 di esse erano azioni realizzate nell'ambito della facilitazione dell'accesso ai Servizi Sanitari e 11 hanno impattato su condizioni di salute fisica e mentale dell'utenza servita.

#### *Progetti di sanità pubblica*

L'INMP ha gestito l'implementazione dei progetti selezionati con bando pubblico rientranti tra quattro aree prioritarie di sanità pubblica definite assieme alla ReNIP per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà. I tre progetti si sono conclusi nel corso del 2021.

Essi sono:

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

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

Partenariato/UO:

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

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

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

Partenariato/UO:



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

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

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

Partenariato/UO:

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

### **B.3.6 La Mediazione transculturale in campo sanitario**

L'Istituto, in qualità di Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario, è impegnato a rafforzare l'assistenza socio-sanitaria primaria e i modelli di promozione dell'accesso ai servizi socio-sanitari delle popolazioni immigrate e, più in generale, dei gruppi particolarmente svantaggiati, anche attraverso la progettazione e condivisione del *core curriculum* del mediatore transculturale esperto in campo sanitario. Il percorso per la definizione di un curriculum formativo, coerente con le esigenze professionali e uniforme su tutto il territorio nazionale, è particolarmente complesso e richiede un lavoro di raccolta di informazioni, analisi, definizione e condivisione di standard e, dunque, di rete con gli *stakeholder* regionali coinvolti.

A tal proposito, al fine di contribuire alla definizione di un modello di presa in carico con approccio transculturale per la tutela della salute del paziente straniero, l'INMP si è mosso lungo due direttrici: una rivolta al proprio personale e una rivolta al territorio. Negli anni di riferimento sono stati attuati diversi momenti formativi interni all'Istituto, di discussione e di riflessione, con lo scopo di aggiornare le conoscenze relative alla legislazione sulla migrazione e sull'assistenza sanitaria nei confronti delle varie tipologie di migranti, sono state adeguate le competenze socio-assistenziali dei mediatori transculturali dell'INMP alle esigenze espresse o inesprese dalla popolazione target oggetto della

mediazione e forniti strumenti psicologici utili ad arricchire le capacità relazionali del mediatore, contribuendo a sviluppare una maggiore identità professionale individuale e di gruppo (sebbene la figura professionale del mediatore transculturale in campo sanitario, citata per la prima volta con la legge 8 novembre 2012, n. 158, non sia al momento prevista dal CCNL della Sanità). È stata portata a conclusione l'attività di *cross-fertilization* tra i mediatori transculturali, il personale sanitario e gli antropologi dell'Istituto, con l'obiettivo di migliorare le conoscenze reciproche relative ai servizi resi ai pazienti e, in tal modo, migliorarne la qualità, nel rispetto della pratica clinica corrente e delle diverse abitudini culturali. Lo studio della terminologia e delle modalità di intervento clinico o metodologico di più largo uso nell'attività ambulatoriale quotidiana aveva l'obiettivo di favorire la trasmissione di significati e conoscenze che il mediatore transculturale porta all'interno dei diversi *setting* in maniera più consapevole. Contestualmente, anche le competenze e le conoscenze dei mediatori transculturali scaturite dalla propria esperienza lavorativa sono state condivise con lo staff sanitario e con gli antropologi. Durante l'interscambio, sono state rappresentate le maggiori criticità riscontrate nella presa in carico del paziente straniero e, quindi, proposte possibili risposte risolutive in un lavoro corale tra le diverse professionalità. Le discipline interessate nel primo ciclo di incontri, avviato nel 2018, sono state la dermatologia, la ginecologia, l'infettivologia e la cardiologia; quelle nel secondo ciclo, proseguito nel 2019, la medicina interna, la gastroenterologia e la scienza dell'alimentazione. Per il 2020 il tema di studio ha riguardato l'area di salute mentale, focalizzando i contenuti su tematiche mirate agli aspetti pratici dell'attività di mediazione per questa tipologia di *setting* clinico. Le ricadute per l'Istituto sono state/saranno l'ottimizzazione dell'attività di mediazione nei *setting* clinici, la valorizzazione del ruolo attivo del mediatore e la condivisione delle conoscenze tecnico-sanitarie di base per una reale presa in cura transculturale. Grazie a questa continuità nell'aggiornamento continuo e nel confronto multidisciplinare, l'Istituto si fa promotore di *best practice* esportabili ad altre realtà del territorio, mantenendo alta la qualità dei servizi socio-sanitari erogati con il coinvolgimento attivo della mediazione transculturale.

Tra le attività messe in opera nel corso del triennio dall'INMP e rivolte al territorio, proseguendo i lavori avviati nell'ambito del progetto "ForMe" del 2015 e in linea con la propria attività di formazione come da mandato istituzionale, l'INMP, come già riportato nell'area dedicata alla formazione, ha realizzato nel 2021 un corso di aggiornamento per mediatori transculturali esperti in campo sanitario, per 30 ore formative concentrate sulle novità normative, sulla comunicazione a distanza in tempi di pandemia e sui contesti di pronto soccorso e di degenza ospedaliera, anche a favore di quanti avevano fruito dell'offerta formativa precedente. Inoltre, è stata avviata la progettazione di un percorso di formazione specialistica completa che, a partire dal progetto ForMe, ha integrato il percorso di contenuti, aggiornandoli al 2021. Parallelamente è stata elaborata una proposta di disciplinare per



regolamentare l'istituzione di un Elenco dei mediatori transculturali formati in ambito sanitario secondo il modello INMP. A seguito del corso di aggiornamento per mediatori transculturali erogato nel 2021, quindi, si sono avviate le procedure per la selezione dei mediatori iscrivibili al suddetto Elenco e, contestualmente, sono state poste le basi per ampliare il target dei mediatori transculturali iscrivibili già formati con curricula rispondenti agli standard definiti. Tale elenco è pensato per essere gestito attraverso una piattaforma *online* di inserimento dati, con la quale sarà possibile raccogliere l'autocandidatura del mediatore operante in Sanità, acquisendo contestualmente un set di informazioni di base del candidato.

Relativamente all'assistenza sanitaria e socio-sanitaria, nel corso del triennio il personale di mediazione è stato coinvolto nelle diverse attività ambulatoriali ordinarie, quali l'accoglienza, l'ascolto e l'orientamento dei pazienti, l'agevolazione nell'accesso programmato al Poliambulatorio dell'INMP degli ospiti adulti e minori dei centri di accoglienza del territorio, nonché il contributo partecipato nei diversi *setting* clinici ed è stato, altresì, coinvolto nelle attività di accompagnamento dei pazienti in regime di solidarietà presso i servizi territoriali, con l'obiettivo di facilitare il superamento delle barriere linguistiche, culturali e sociali dei soggetti vulnerabili. Ha partecipato attivamente a diversi gruppi-studio e in particolare all'ottimizzazione dell'iter per l'accoglienza delle persone richiedenti protezione internazionale afferenti al Poliambulatorio dell'INMP, fornendo relativa documentazione a supporto, ed è stato coinvolto anche in un gruppo di lavoro interdisciplinare nell'ambito della progettualità *Joint Action on Health Equity Europe – Jahee* che ha previsto l'elaborazione di testi riguardanti il diritto alla salute del paziente straniero in Italia. I temi trattati sono stati l'accesso al Servizio Sanitario Nazionale italiano, i relativi servizi, la prevenzione, la cura e gli stili di vita. Per questa macro attività, sono stati organizzati diversi incontri-studio di confronto per l'approfondimento di tematiche di competenza della mediazione transculturale circa l'adeguatezza della presa in carico transculturale del paziente straniero, con riflessioni sulle scelte linguistiche e contenutistiche più appropriate, sono state curate le relative traduzioni nelle lingue richieste (inglese, francese, spagnolo, rumeno) ed è stata effettuata, ove previsto dal progetto, la registrazione dei testi audio.

Nell'ambito della ReNIP, il personale di mediazione è stato coinvolto nelle attività del progetto ReSPES, partecipandovi in qualità di componenti del gruppo di valutazione per l'area di competenza. Per quanto riguarda la formazione, infine, la U.O.S. Salute e Mediazione Transculturale ha curato la realizzazione scientifica del suddetto corso di aggiornamento per mediatori transculturali in ambito sanitario erogato dall'Istituto nel corso del 2021 e ha partecipato in qualità di corpo docente alla formazione istituzionale su tematiche di interesse.



### **B.3.7 Azioni di internazionalizzazione, anche nel ruolo di centro collaboratore dell'OMS, e svolgimento di progetti di salute globale e di cooperazione sanitaria**

Riconoscendo la rilevanza scientifica e tecnica dell'Istituto, già sperimentata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) in occasione della collaborazione alla redazione del "Rapporto sulla salute dei migranti e rifugiati nella Regione Europea dell'OMS" del 2018, nel 2019 l'OMS ha designato l'INMP quale "Centro Collaboratore per l'evidenza scientifica e il *capacity building* sulla salute dei migranti" (*WHO Collaborating Centre on Health and Migration Evidence and Capacity Building*), con lo scopo di supportare la produzione di evidenze scientifiche e la promozione, nei Paesi membri dell'OMS, di competenze idonee ad offrire risposte adeguate ai bisogni di salute di migranti e rifugiati. Nello stesso anno, su richiesta dell'OMS, l'Istituto ha condotto, a Sarajevo, un *workshop* di *capacity building* dei rappresentanti delle istituzioni della Bosnia e Erzegovina impegnati nella tutela della salute dei migranti. L'obiettivo è stato elaborare una strategia per la piena attuazione delle Linee guida italiane "I controlli alla frontiera", adattate alle risorse e al contesto bosniaco-erzegovese. Nell'ambito della produzione di evidenze che supportino i decisori politici, gli operatori sanitari e gli altri attori impegnati nella tutela della salute dei migranti e rifugiati, nel corso del 2019 e 2020 l'Istituto ha collaborato alla redazione del documento tecnico dell'OMS "*Strategies and interventions on preventing and responding to violence and injuries among refugees and migrants: Technical guidance*", pubblicato nel 2020. Il documento raccoglie i dati disponibili sui fenomeni di violenza e di infortuni nei migranti e rifugiati che giungono nei Paesi della Regione Europea dell'OMS, evidenziando le buone pratiche di contrasto già esistenti e indicando le politiche (non solo sanitarie) più efficaci nel prevenire e contrastare il fenomeno.

Nel 2021 l'INMP ha inoltre contribuito alla realizzazione della *Technical Guidance "Collection and integration of data on refugee and migrant health in the WHO European Region"* che presenta le evidenze disponibili e le buone pratiche relative all'integrazione dei dati sanitari dei migranti nei sistemi informativi sanitari nazionali dei Paesi della Regione europea dell'OMS. Il documento riporta il *software* SAve (*Support Asylum and Vulnerabilities through e-health*), sviluppato dall'Istituto nel 2019, tra le *best practices* dei sistemi informativi sanitari che consentono l'efficace e sicura raccolta di dati sanitari, oltre che una ottimale gestione clinica e presa in carico, dei migranti.

Nel corso del triennio l'Istituto ha svolto un ruolo centrale nella realizzazione del primo Rapporto globale dell'OMS sulla salute dei migranti "*World report on the health of refugees and migrants*", pubblicato nel luglio 2022 nell'ambito del Programma Salute e Migrazione dell'OMS.

Il Rapporto raccoglie le evidenze disponibili sulle sfide per la salute che i migranti e rifugiati affrontano nel percorso migratorio e nei Paesi di transito e di arrivo in tutte le sei Regioni dell'OMS (Eu-





ropa, Americhe, Africa, Mediterraneo Orientale, Pacifico Occidentale e Sud-Est Asiatico), evidenziando le buone pratiche già intraprese e le ulteriori politiche e azioni da realizzare per tutelare la salute dei migranti e rifugiati nel mondo. In tale occasione l'INMP ha coordinato la raccolta e l'analisi delle evidenze scientifiche riferite alla Regione Europea dell'OMS e ha contribuito in modo sostanziale alla revisione e finalizzazione dell'intero Rapporto. Nello stesso anno, l'Istituto ha anche collaborato con l'Ufficio OMS di Venezia per gli Investimenti in Salute e per lo Sviluppo nella pubblicazione del rapporto *"Healthy, prosperous lives for all in Italy, National report of the Italian Health Equity Status Report"*, pubblicato nel giugno 2022.

Alla prolifica collaborazione scientifica con OMS si è affiancato il crescente riconoscimento internazionale dell'Istituto nella sensibilizzazione dei decisori politici e nella formazione degli operatori di settore, oltre che nel *network* dei Centri collaboratori della Regione Europea dell'OMS impegnati nella salute dei migranti.

A questo proposito si rimarca la presenza dell'Istituto nelle *Faculties* delle *Summer e Global School* dell'OMS sulla salute dei migranti (anni 2019, 2020 e 2021), del *WHO Collaborating Center meeting for migration and health* (2021), della *WHO e-Learning platform - Public health aspect of migration in Turkey* (2021) e dell'*High-level Meeting on health and migration*, organizzato da OMS a Istanbul nel marzo 2022. Inoltre, l'Istituto, insieme alla Direzione centrale dei servizi civili per l'immigrazione e l'asilo del Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione del Ministero dell'Interno, ha rappresentato l'Italia nel *"WHO Euro workshop on addressing health in Immigration Detention (ID) and Alternatives to Detention (ATD)"* tenutosi a Uppsala nel maggio 2022 e organizzato dall'Ufficio Europeo dell'OMS e dal *WHO Collaborating Center on Migration and Health Data and Evidence*.

Tali partecipazioni rappresentano importante occasione di condivisione delle evidenze, delle esperienze, delle competenze e dei modelli innovativi di tutela della salute delle popolazioni vulnerabili messi in campo dall'Istituto. A questo proposito, l'INMP è impegnato nella promozione sovranazionale delle Linee guida italiane "I controlli sanitari alla frontiera" e ha svolto un importante ruolo internazionale nella diffusione, tra gli Stati Membri del Consiglio d'Europa, del protocollo italiano multidisciplinare e non invasivo per la valutazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati.

A riguardo, nel marzo del 2022, nell'ambito del semestre italiano di Presidenza del Comitato dei Ministri del Consiglio d'Europa e su invito dell'Ufficio della Rappresentante Speciale della Segretaria Generale del Consiglio d'Europa sulle migrazioni e i rifugiati, l'INMP ha organizzato presso la sua sede un evento collaterale dal titolo "Valutazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati: promuovere un approccio multidisciplinare e rispettoso dei diritti umani". Nel corso dell'evento, che ha visto la partecipazione del Ministro della salute, rappresentanti di altri ministeri, ospiti internazio-



nali e funzionari del Consiglio d'Europa, è stato presentato l'approccio multidisciplinare per la accertamento dell'età dei Minori Stranieri Non Accompagnati (MSNA), definito nel "protocollo multidisciplinare per la determinazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati", adottato in conferenza unificata. Nel corso dell'evento, inoltre, sono stati presentati i risultati dell'indagine di monitoraggio sull'applicazione da parte delle Aziende sanitarie su tutto il territorio italiano di tale protocollo. L'evento ha suscitato grande interesse ed è stato seguito da numerose persone anche in *streaming* e in videoconferenza. Tenuto conto della positiva collaborazione instaurata con l'ufficio della Rappresentante Speciale della Segretaria Generale del Consiglio d'Europa sulle migrazioni e i rifugiati, si prevedono, nel triennio 2022-2024, ulteriori collaborazioni in ambito Europeo nel campo della formazione, del monitoraggio delle attività finalizzate all'accertamento dell'età nei MSNA e della promozione dell'approccio multidisciplinare.

### **B.3.8 Sperimentazione di un sistema informativo per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari italiani**

Nel corso del triennio, è stato disegnato e realizzato il Progetto Salute & Carcere "Sperimentazione di un sistema informativo per il monitoraggio della salute e dell'assistenza sanitaria negli istituti penitenziari italiani" allo scopo di sviluppare e sperimentare un modello di rete informativa in grado di collegare gli istituti penitenziari italiani e di monitorare lo stato di salute e l'assistenza sanitaria erogata alla popolazione detenuta. Anche questo progetto ha usufruito del finanziamento interregionale per la realizzazione dei seguenti obiettivi: la messa a punto degli strumenti per la realizzazione del sistema informativo (scheda di raccolta dati e *software* di archiviazione e analisi) e la sperimentazione del modello di *data flow* per validare le procedure e verificarne la sostenibilità nella pratica. Nonostante lo scoppio della pandemia all'inizio delle attività abbia determinato la chiusura completa di molti istituti penitenziari al pubblico e al personale delle aziende sanitarie, il progetto è riuscito a realizzare parte dei suoi obiettivi, tra cui lo sviluppo di un questionario basato sulla classificazione ICPC (Classificazione Internazionale delle Cure Primarie), la sperimentazione dell'inserimento dati in una ASL del Lazio e in Toscana e, infine, il trasferimento di questi dati dalla regione dove erano stati raccolti fino all'INMP. L'INMP ha redatto un rapporto finale sulle attività del progetto il quale, oltre a indicazioni operative, include un'analisi dei dati raccolti nel Lazio e in Toscana in grado di dare un'idea abbastanza dettagliata sulle potenzialità del sistema di sorveglianza.



### **B.3.9 Studio e attuazione di modelli di presa in carico nel sistema di accoglienza per migranti**

Come già descritto precedentemente, nel mese di marzo 2022, l'INMP, dopo aver contribuito negli anni precedenti alla sua definizione, ha attivato un'attività di monitoraggio dell'applicazione del Protocollo per la determinazione dell'età del minore straniero non accompagnato, con l'obiettivo di individuare approcci e strategia per una sua maggiore diffusione tra le Aziende sanitarie locali.

Inoltre, è proseguito il lavoro relativo alla piattaforma SAVe, un *software* sviluppato dall'INMP con l'obiettivo di consentire alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e agli operatori del sistema di accoglienza rivolto a Migranti e Rifugiati di prendersi cura della salute di tutti i migranti, inclusi coloro che non sono iscritti al Servizio Sanitario Nazionale.

La piattaforma è stata infatti completata con una parte relativa alla presa in carico nei servizi sanitari territoriali, grazie al contributo del Progetto Europeo “*I.C.A.R.E. - Integration and Community Care for Asylum and Refugees in Emergency*”, promosso dalla Regione Emilia Romagna, in collaborazione con la regione Sicilia, Lazio e Toscana. Essa è stata sperimentata dalle Aziende Sanitarie Locali (ASL/ASP) delle regioni Emilia-Romagna e Sicilia.

Tale piattaforma permette la registrazione del dato sanitario e sociale del migrante, assicurando la continuità delle cure erogate dal Ssn nei diversi passaggi del processo di accoglienza, nonché la registrazione delle attività connesse all'individuazione precoce di vulnerabilità e accertamento dell'età dei MSNA nei casi dubbi, sostenendo azioni di prima assistenza.

### **B.3.10 Attività amministrative e tecniche**

Nel corso del triennio 2020-2022 sono state avviate due linee di attività di innovazione e sviluppo.

Nell'ambito della promozione del benessere organizzativo, l'INMP ha colto l'occasione data dalle nuove attribuzioni legislative per elaborare un piano triennale di azioni positive che desse avvio a trasformazioni organizzative utili alla creazione di un ambiente di lavoro più attento alla promozione del benessere fisico, psicologico e sociale delle lavoratrici e dei lavoratori che operano al suo interno. Nel mese di dicembre 2021, è stato rilasciato il piano, con riferimento alle seguenti aree: pari opportunità e contrasto alle discriminazioni, istituzione *counseling* aziendale, banca delle ore, lavoro agile, sostenibilità, nomina *Mobility manager* e adozione del piano degli spostamenti casa-lavoro, promozione della salute.

Inoltre, nel quadro dell'ottimizzazione dei processi informatici, nel corso del 2022 è stato avviato il piano di *deployment* della migrazione su ambiente *cloud* INAIL dei principali sistemi applicativi in uso.



## C. LINEE PROGRAMMATICHE PER IL TRIENNIO 2022-2024

### C.1 Il mandato istituzionale di INMP

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

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

L'INMP si pone, dunque, al servizio delle Istituzioni, del mondo professionale, della ricerca e della società civile, per rafforzare, migliorare, consolidare interventi di integrazione sociosanitaria, di inclusione e di tutela della dignità, dei diritti e della salute di gruppi vulnerabili della popolazione. All'interno di tale cornice, la povertà e le migrazioni sono aspetti strettamente connessi e talvolta interdipendenti, sia rispetto ai determinanti sociali di salute (le cause), sia rispetto alle azioni da realizzare (gli strumenti per contrastarle) in ambito sanitario e a livello trans-settoriale.

Sul versante delle diseguglianze e della povertà, le presenti linee strategiche si ispirano alle indicazioni europee e nazionali, tra cui gli obiettivi dell'Agenda 2030, le disposizioni normative della legge di stabilità 2021 in materia di lotta alla povertà e le linee guida per il contrasto della grave emarginazione adulta. Di particolare rilievo sono poi le indicazioni del Piano Nazionale per la Prevenzione che prevede l'adozione di un approccio di sanità pubblica in grado di garantire equità attraverso il contrasto alle diseguglianze, e del Piano Nazionale della Cronicità che identifica nella popolazione anziana affetta da comorbidità il target privilegiato per interventi di presa in carico assistita e coordinata. Sul versante della tutela della salute dei migranti, si fa riferimento alla normativa nazionale e, in particolare, al decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, così come modificato e integrato, e all'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012. Indicazioni di vasta portata provengono poi dalla Risoluzione dell'OMS Europa del 13 settembre 2016 riguardante "*Strategy and action plan for refugee and migrant health in the WHO European Region*", che i diversi Stati sono chiamati ad attuare. Obiettivo di lungo termine di tale strategia è proteggere e migliorare la salute dei rifugiati e dei migranti in un'ottica di umanità e di solidarietà, e senza pregiudizio per l'efficacia dell'assistenza sanitaria erogata alla popolazione ospitante, attraverso un approccio basato sui diritti umani.



## C.2 Aree e obiettivi strategici del triennio

Coerentemente con i principi guida elencati e con il proprio Atto di indirizzo, l'Istituto ha individuato degli obiettivi strategici per il triennio 2022-2024, come di seguito descritti:

- Nell'ambito dell'area strategica **“contrastare la povertà sanitaria, anche attraverso interventi di accesso a bassa soglia ai servizi e alle prestazioni sanitari e socioassistenziali”**, sono stati posti i seguenti **obiettivi di sviluppo**:
  - o Promuovere la medicina di prossimità con il coinvolgimento, in co-progettazione, degli Enti del terzo settore (ETS)
  - o Migliorare la presa in carico delle cronicità riscontrate nelle popolazioni in condizioni di povertà sanitaria, anche in considerazione dell'aumento dell'età media della popolazione migrante in Italia
  - o Migliorare la presa in carico dei bisogni di salute mentale delle persone in povertà sanitaria attraverso l'attuazione di Piani terapeutico-riabilitativi personalizzati (PTRP) e di budget di salute, anche in collaborazione con gli ETS;
- Nell'ambito dell'area **“assicurare l'elevata qualità della produzione e della divulgazione scientifica dell'Istituto per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili”**, si identifica il seguente **obiettivo di sviluppo**:
  - o migliorare la risposta, attraverso la ricerca e in collaborazione con le Unità operative assistenziali, a problematiche complesse di persone in condizioni di vulnerabilità socio-economica, anche con collaborazioni con centri di ricerca esterni.
- Nell'ambito dell'area **“promuovere una formazione di qualità e innovativa per il personale del Ssn per servizi sanitari e socio-sanitari orientati all'equità”**, è stato identificato un **obiettivo di innovazione**:
  - o potenziare, in qualità di Centro di riferimento della ReNIP e in collaborazione con le Regioni e le PA, gli strumenti di *governance* della formazione continua in ambito sanitario e socio-sanitario, con la sua valutazione attraverso indicatori di programmazione e di esito.Inoltre, è stato identificato l'**obiettivo di sviluppo**:
  - o migliorare la formazione del personale dell'Istituto, con particolare riferimento alle competenze digitali, linguistiche e alla formazione accademica.
- Per quanto riguarda l'area **“migliorare la conoscenza sulle disuguaglianze di salute in Italia”**, è stato individuato l'**obiettivo di sviluppo**:
  - o Potenziare le basi conoscitive e le collaborazioni a livello nazionale per orientare le politiche volte all'equità nella salute.





- Per quanto riguarda l'area della “**promuovere un network di lavoro collaborativo con gli stakeholder afferenti alle Regioni e alle Province Autonome per lo studio di fenomeni, l'implementazione di azioni e la loro valutazione su tematiche relative alle disuguaglianze di salute**”, è stato identificato l'**obiettivo di sviluppo**:
  - o Definire, testare e trasferire agli enti del Ssn modelli organizzativi assistenziali e socio-sanitari a bassa soglia di accesso ai servizi sanitari e assicurare l'esigibilità del diritto alla salute da parte di tutte le persone sul territorio nazionale.
- Per quanto riguarda l'area della “**promozione e del consolidamento del Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario, a beneficio delle Regioni, delle Province Autonome e degli enti del Ssn**”, è stato identificato l'**obiettivo di sviluppo**:
  - o Definire e mantenere un elenco nazionale dei mediatori transculturali in ambito sanitario, le cui competenze siano certificate da INMP, per le finalità assistenziali degli enti del Ssn.
- Per quanto attiene all'area della “**promozione e del consolidamento del ruolo e della reputazione internazionali dell'Istituto sulle tematiche relative alla salute dei migranti e dei rifugiati e alle disuguaglianze di salute**”, è stato identificato l'**obiettivo di sviluppo**:
  - o Consolidare il Centro Collaboratore dell'OMS sulle evidenze sulla salute dei migranti e il *capacity building*
 e l'**obiettivo di innovazione**:
  - o Istituire e promuovere un Centro internazionale delle competenze sulla salute dei migranti e dei rifugiati, in collaborazione con l'OMS.
- Per quanto riguarda l'area dell'**innovazione tecnologica**, è stato identificato l'**obiettivo di innovazione**:
  - o Potenziare le nuove attribuzioni legislative volte a migliorare la gestione del personale e il benessere organizzativo;
 e l'**obiettivo di sviluppo**:
  - o Attuare la centralizzazione dei principali sistemi applicativi in uso su ambiente protetto.

### C.3 Attività e linee di intervento

#### C.3.1 Contrastare la povertà sanitaria, anche attraverso interventi di accesso a bassa soglia ai servizi e alle prestazioni sanitari e socioassistenziali

L'Istituto si caratterizza, nel quadro del Ssn, per l'assistenza sanitaria primaria, specialistica e socio-sanitaria in risposta ai principali bisogni di salute derivanti o connessi alle migrazioni, alla povertà e alla vulnerabilità socioeconomica.



Il modello assistenziale è orientato a una presa in carico globale dei bisogni della persona con un'integrazione tra le differenti discipline sanitarie e in connessione con l'ambiente di vita familiare e sociale.

Ne deriva una modalità di prevenzione e di cura sanitaria e sociosanitaria orientata in senso multidisciplinare e transculturale, che coinvolge medici, psicologi, odontoiatri, infermieri, assistenti sociali, antropologi e mediatori transculturali.

Tale attività assistenziale rappresenta un'opportunità nella relazione con le popolazioni *target*, utile anche alla comprensione dei bisogni di salute e dei nuovi scenari conseguenti sia al fenomeno migratorio che alla nuova emergenza sanitaria. Questo tipo di approccio rende, inoltre, possibile la ricerca e la sperimentazione sul campo di modelli operativi ed assistenziali efficaci per i contesti di riferimento, replicabili in diversi ambiti, non solo nazionali.

Anche nel prossimo triennio l'assistenza socio-sanitaria sarà erogata, come in passato, in accordo con i principi di umanità e qualità. Alla qualità fanno riferimenti i concetti chiave dell'*appropriatezza* clinico-organizzativa, dell'*efficacia* nel raggiungere i migliori risultati possibili e dell'*efficienza*, per ottimizzare le risorse umane, finanziarie, tecnologiche, strutturali e materiali.

L'Istituto intende rafforzare i propri servizi sanitari e sociali puntando sulla riduzione delle barriere che contribuiscono alle disuguaglianze nell'accesso ai servizi e ostacolano il raggiungimento della piena tutela della salute delle popolazioni fragili, con una particolare attenzione ai nuovi bisogni sanitari determinati anche dall'invecchiamento della popolazione, con conseguente aumento delle patologie croniche, talvolta con polimorbosità. Saranno implementati percorsi diagnostico-terapeutico-assistenziali specifici e multidisciplinari per rispondere alla necessaria complessità di cure così come definito dal Piano Nazionale della cronicità. Con l'individuazione, là dove necessario, di piani assistenziali individuali, coordinati da un *case manager*, volta per volta identificato, e con l'attivazione di specifici progetti.

L'obiettivo finale è quello di una completa presa in carico dei pazienti e dei loro problemi di salute, facilitando l'accesso alle cure e migliorando la *compliance* alle cure.

L'INMP ha negli anni effettuato, con continuità, attività multidisciplinari, progetti di medicina sociale e promozione della salute, *screening* e presa in carico delle persone in condizioni di vulnerabilità sociale o completa disaffiliazione. Si tratta di attività dedicata alle frequenti polimorbosità che vedono l'impoverimento economico andare di pari passo con l'impoverimento del patrimonio di salute. Poiché insieme a barriere organizzative di accesso ai servizi, spesso vi è anche un'alterazione della percezione del proprio stato di salute, questa popolazione richiede un tempestivo intervento proattivo sul territorio che metta il paziente al centro dell'intervento effettuato.



È prevista, quindi, l'implementazione della collaborazione in corso tra INMP e territorio, in particolare nelle condizioni di emergenza sanitaria, anche con il coinvolgimento del privato-sociale per le iniziative di sanità pubblica di prossimità, finalizzato alla presa in carico globale e integrata del paziente da parte di *team* con professionalità e competenze socio-sanitarie multidisciplinari e transculturali. Un altro ambito di intervento, che ci si propone di attivare e implementare, è quello di miglioramento della presa in carico individualizzata di pazienti del Poliambulatorio con problemi di salute mentale e appartenenti alle fasce vulnerabili della popolazione con l'attivazione di un progetto innovativo. Il progetto attiverà specifici Piani Terapeutico-Riabilitativi Personalizzati (PTRP), elaborati e valutati all'interno dell'Unità di Valutazione Multidisciplinare. I PTRP, finalizzati al recupero dell'autonomia personale e al ripristino delle competenze sociali delle persone con problemi di salute mentale, si avvarranno dello strumento del Budget di Salute, ovvero di stanziamenti di risorse *ad hoc* (economiche, professionali, umane e relazionali), necessarie a promuovere contesti relazionali, familiari e sociali idonei a favorire una migliore inclusione della persona e alla realizzazione di percorsi di cura personalizzati in grado di garantire l'esigibilità del diritto alla salute attraverso interventi sociosanitari integrati. Per tale progettualità è previsto il coinvolgimento, tramite specifici bandi di progettazione, degli enti del terzo settore idonei a supportare il servizio sanitario pubblico nelle attività di *housing* e supporto sociale, finalizzato al reinserimento relazionale e lavorativo.

Nell'ambito socio sanitario, al fine di ridurre le difficoltà relazionali e sociali nella quotidianità dei pazienti in condizioni di povertà sanitaria, si prevede l'attuazione di un progetto di oculistica sociale che prevede la fornitura gratuita di dispositivi ottici su misura.

Proseguiranno nel prossimo triennio gli interventi esterni per fronteggiare emergenze nazionali o in luoghi deprivati che ospitano richiedenti asilo e migranti in condizioni di estrema precarietà psicofisica e che spesso hanno contatti difficili e frammentari con i servizi sanitari (gruppi *hard-to-reach*). Tali esperienze saranno analizzate, monitorate e rendicontate con l'obiettivo di fornire anche indicazioni utili ai decisori per la programmazione sanitaria. È prevista l'estensione di queste esperienze anche in ambito nazionale con il coinvolgimento delle Aziende sanitarie. Questa attività, considerando che diverse aziende sanitarie del Sud e Centro Italia saranno già interessate in attività analoghe all'interno del Programma Nazionale per l'Equità nella salute, coinvolgerà, in un'ottica di trasferibilità dell'impianto, anche alcuni territori delle Regioni del Centro o del Nord Italia.

L'INMP continuerà, inoltre, a fornire il proprio contributo anche in collaborazione con altri Enti: nella presa in carico della salute di popolazioni straniere in specifici contesti, quali ad esempio i centri di prima accoglienza gestiti dal Ministero dell'interno; nel supporto di Aziende sanitarie locali che riscontrino, sul proprio territorio di competenza, elementi critici rispetto all'erogazione delle prestazioni sanitarie e dei programmi di prevenzione.



Ulteriori aree di speciale investimento previste saranno quelle della salute delle persone anziane, della donna e del minore, della salute mentale e dell'assistenza protesica gratuita per indigenti. Inoltre, grazie a specifici progetti, sarà possibile contribuire alla lotta alle malattie cronico-degenerative come pure sostenere la diagnosi e il trattamento di malattie tropicali neglette.

Infine, si potrà intervenire nel potenziamento delle capacità di presa in cura nell'ambito del nuovo sistema dell'accoglienza SIPROIMI, con una particolare attenzione alle persone minori, grazie alla collaborazione istituzionale con il Ministero dell'Interno.

### **C.3.2 Assicurare l'elevata qualità della produzione e della divulgazione scientifica dell'Istituto per il miglioramento delle conoscenze in materia di salute delle popolazioni più vulnerabili**

Nel triennio 2022-2024, l'Istituto intende potenziare le attività di ricerca clinica, biomedica, epidemiologica e qualitativa, rivolte alla promozione della salute delle fasce più fragili della popolazione. L'attività di ricerca è condotta nell'ambito di progetti promossi da enti nazionali e internazionali nei settori della biomedicina e della sanità pubblica, anche attraverso collaborazioni scientifiche con Istituti italiani e stranieri.

Obiettivo strategico di sviluppo è il miglioramento della risposta, attraverso la ricerca e in collaborazione con le Unità operative assistenziali, a problematiche complesse di persone in condizioni di vulnerabilità socio-economica, anche aprendosi a collaborazioni con centri di ricerca esterni. In particolare saranno intraprese attività di ricerca nell'ambito delle alterazioni dei processi di riparazione delle ferite, frequenti nei soggetti appartenenti alle fasce più fragili della popolazione, quali gli anziani, le persone senza fissa dimora e la popolazione migrante di cute scura, e dei processi fibrotici, con due approcci complementari: il primo tenderà a identificare i meccanismi che sottendono la formazione di cheloidi, particolarmente frequenti e invalidanti nelle popolazioni di cute scura; il secondo avrà l'obiettivo di identificare i complessi meccanismi di regolazione del processo fibrotico ad opera di sostanze solubili rilasciate da cellule del sistema immunitario, con particolare riferimento alla Interleuchina 22.

Proseguiranno, inoltre, due studi già avviati nel triennio precedente: il primo riguardante l'espressione e attività funzionale nel contesto del sistema immunitario cutaneo e delle malattie infiammatorie cutanee dei *Transient Receptor Potential channels*, recettori che mediano l'ingresso del calcio nelle cellule e sono coinvolti nella trasmissione dello stimolo del prurito, nel dolore neuropatico e nei processi differenziativi e proliferativi cellulari. Il secondo, nell'ambito delle malattie infettive, teso a caratterizzare la risposta T linfocitaria al micobatterio della tubercolosi in pazienti inseriti in un progetto di screening rivolto a popolazione immigrata dall'Est Europa.



Nell'ambito della salute mentale, le attività prevedono un progetto che ha come obiettivo la valutazione e presa in carico integrata delle persone che somatizzano in ambito transculturale. Il progetto ha lo scopo di ideare, organizzare e mettere in atto una modalità di presa in carico integrata multidisciplinare per pazienti indentificati come soggetti tendenti alla somatizzazione, differenziando i pazienti con somatizzazione pura da quelli in cui coesistono altri quadri psicopatologici.

Infine, la ricerca antropologica svilupperà due linee progettuali: la prima focalizzata sulle barriere socio-culturali alla raccolta di campioni biologici nelle popolazioni provenienti dal centro Africa, al fine di identificare le strategie adottate dal personale infermieristico per superare gli ostacoli relativi al prelievo e alla consegna di tali campioni biologici. La seconda linea riguarderà gli aspetti socio-culturali, economici, geopolitici, giuridici e ambientali delle MTN, in particolar modo schistosomiasi e strongiloidiasi, endemiche dei paesi da cui provengono i cittadini immigrati target dei progetti sulle Malattie Tropicali Neglette.

### **C.3.3 Promuovere una formazione di qualità e innovativa per il personale del Ssn per servizi sanitari e socio-sanitari orientati all'equità**

Nella prospettiva di andare oltre una mera attività di servizio di formazione dedicato ai professionisti che si occupano prioritariamente di persone in condizione di vulnerabilità socioeconomica, l'INMP ha l'ambizione di perseguire l'obiettivo di innovazione di potenziare, in qualità di Centro di riferimento nazionale della ReNIP e in collaborazione con le Regioni e le PA, gli strumenti di *governance* della formazione continua in ambito sanitario e socio-sanitario, con la sua valutazione attraverso indicatori di programmazione e di esito. Ciò al fine di potenziare le competenze degli operatori e contribuire al miglioramento della qualità dei servizi, a beneficio della salute dei cittadini.

Inoltre, quale obiettivo di sviluppo, si intende proseguire e sviluppare le attività di formazione del personale dell'Istituto, con particolare riferimento alle competenze digitali, linguistiche e all'alta formazione.

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

In qualità di ente formatore e provider di Educazione Continua in Medicina (ECM) e anche attraverso il consolidamento dell'impegno con università italiane e internazionali, e altri enti interessati, l'INMP si propone di sostenere specifici programmi formativi nel campo della sanità pubblica, della medicina





della migrazione, della mediazione transculturale in ambito sanitario e socio-sanitario, della salute delle persone detenute e delle popolazioni Rom.

Inoltre, in qualità di ente terzo formatore autorizzato dall'Ordine Nazionale dei Giornalisti, l'INMP organizzerà anche nel triennio 2022-2024 specifici interventi formativi rivolti ai giornalisti, con l'intento di offrire un contributo affinché la comunicazione veicolata dai mass-media sul fenomeno migratorio e sulle disuguaglianze di salute sia più coerente e in linea con le evidenze scientifiche e capace di ridurre il rischio di stereotipi e allarmismi e, soprattutto, evitare la comunicazione di *fake news* su tematiche sensibili.

### **C.3.4 Migliorare la conoscenza sulle disuguaglianze di salute in Italia**

#### *1. Epidemiologia sociale dell'infezione di SARS-CoV-2 (Covid-19)*

L'OENES ha recentemente concluso un progetto collaborativo con le Regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Emilia-Romagna, Toscana, Lazio e Sicilia, che ha avuto l'obiettivo di valutare l'impatto epidemiologico della pandemia di COVID-19 nella popolazione straniera, monitorando i principali aspetti relativi all'impatto della pandemia: accesso al test diagnostico, infezione, ricovero ospedaliero e mortalità. Nel corso del prossimo triennio si intende perseguire i seguenti obiettivi:

- a. Valutare le differenze nella copertura vaccinale tra la popolazione italiana e immigrata;
- b. Valutare l'impatto della pandemia di COVID-19 sulla salute mentale e sull'accesso ai servizi sanitari psichiatrici (ambulatoriali, residenziali, semiresidenziali, pronto soccorso, ricoveri ospedalieri e consumo di farmaci), con particolare riferimento alle differenze per livello socioeconomico e per cittadinanza.

#### *2. Monitoraggio della salute degli immigrati*

Gli importanti risultati conseguiti in questo ambito (rif. par. B.3.4), in termini sia di indicazioni per la sanità pubblica sia di rilevanza scientifica, stimolano la prosecuzione delle attività progettuali.

Poiché rimane tuttora preclusa la possibilità di accedere ai dati dei flussi informativi del Ministero della salute, che consentirebbero di estendere la copertura del sistema di monitoraggio a tutto il territorio nazionale, sarà attivata una nuova collaborazione, per la prima volta triennale, con i centri epidemiologici delle Regioni e Province Autonome finora coinvolte (Piemonte, Trento, Bolzano, Emilia-Romagna, Toscana, Umbria, Lazio, Basilicata, Sicilia), e l'estensione del monitoraggio alla Lombardia, alla Puglia e al Veneto, che garantirà una copertura della popolazione totale residente pari al 75% e all'83% della popolazione immigrata.

Saranno quindi calcolati gli indicatori relativi a popolazione, ricovero ospedaliero, salute materno-infantile, assistenza ospedaliera, assistenza territoriale, accesso al pronto soccorso a livello regionale, riferiti agli anni solari 2018-2022.



*3. La mortalità nelle regioni italiane: disuguaglianze sociali e divari territoriali. Protocollo di ricerca INMP-Istat*

*a. Valutazione della mortalità dei residenti nelle Aree interne*

Nel corso del triennio di programmazione 2022-2024 si intende continuare l'attività di valutazione con i dati aggiornati fino al 2020, tenendo conto anche delle cause di mortalità evitabile (prevenibili e trattabili). Si intende inoltre valorizzare i risultati attraverso la stesura di un report e/o una pubblicazione scientifica.

*b. Disuguaglianze socioeconomiche e mortalità per cause prevenibili in Italia*

Obiettivo del triennio 2022-2024 è la valutazione delle disuguaglianze sociali nella mortalità prevenibile in Italia con i dati Istat del *follow-up* del Censimento 2011 aggiornati al 2020. L'attività progettuale sarà svolta in collaborazione con l'Istat.

*c. Valutazione della mortalità dei cittadini stranieri residenti in Italia*

Nel corso del triennio 2022-2024 si intende perseguire il terzo obiettivo del progetto, ovvero valutare il ruolo del livello di istruzione e della condizione professionale nella spiegazione delle differenze di mortalità fra italiani e stranieri.

*d. Atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione*

Lo studio collaborativo con l'Istat costituirà un aggiornamento dell'Atlante pubblicato nel 2019, sarà realizzato utilizzando la base dati Istat creata dall'interconnessione del Censimento 2011 con l'archivio nazionale dei decessi (2012-2021) per 34 raggruppamenti di cause di morte e avrà i seguenti obiettivi:

- valutare le differenze geografiche e socioeconomiche nella mortalità e nella speranza di vita in Italia;
- valutare la quota di mortalità nella popolazione attribuibile a un livello di istruzione medio-basso, attraverso l'uso di cartografie e indicatori.

*e. Le differenze socioeconomiche nella salute attraverso la lente delle indagini multiscopo annuali dell'Istat*

Obiettivi: valutare le differenze socioeconomiche nella salute, negli stili di vita, nell'accesso all'assistenza sanitaria e nella rinuncia ad alcune prestazioni sanitarie, utilizzando un ampio set di indicatori di posizione socioeconomica e valutando le differenze tra popolazione italiana e immigrata.



3. *Disuguaglianze Sanitarie e Socio-economiche nella mortalità per Malattia Renale: confronto tra diversi sistemi sanitari regionali Italiani – DiSagio*

In Italia, da una recente indagine condotta dall'INMP, che ha utilizzato dati dell'ISTAT, è emerso che la mortalità per malattia renale ha grandi differenze nelle diverse aree del paese; i tassi di mortalità per malattia renale, standardizzati per età e titolo di studio per entrambi i generi, sono più alti, rispetto alla media nazionale, in gran parte delle regioni del sud del paese e più bassi al nord. Le cause individuali, sociali e sanitarie del maggior rischio di morte per malattie renali per area geografica non sono state mai indagate. È ipotizzabile che le differenze possano dipendere, almeno in parte, da una diversa organizzazione del servizio sanitario e in ultima analisi da diversità nelle risorse impiegate in sanità nelle regioni. Il progetto si pone quindi i seguenti obiettivi:

- a. Esaminare la relazione, a livello regionale, tra le risorse impiegate nell'assistenza nefrologica da ogni sistema sanitario regionale e la mortalità per malattia renale, tenendo conto delle differenze tra regioni nell'incidenza e nella prevalenza della CKD, e nella prevalenza di stili di vita nocivi e di comorbidità.
- b. Calcolare il *trend* temporale di mortalità per malattia renale su base regionale, al fine di valutare eventuali differenze nel tempo tra le singole regioni.

4. *L'INMP e la rete degli studi longitudinali metropolitani (SLM) per le disuguaglianze socioeconomiche nella salute e per la valutazione dei profili di assistenza alla popolazione immigrata*

L'attività collaborativa tra l'INMP e la rete degli Studi Longitudinali Metropolitani (SLM) è stata attiva dal 2014 al 2019 consentendo di documentare in modo analitico fino al 2013 (ultima annualità disponibile) le disuguaglianze socioeconomiche nella salute in alcuni importanti contesti metropolitani (Torino, Reggio-Emilia, Modena, Bologna, Venezia, Roma: 4.466.655 residenti), che possono contare su un sistema di osservazione longitudinale di coorte aperta, su tutta la popolazione residente, in grado di stimare con precisione il tempo-persona di esposizione ai rischi per la salute, i principali esiti di salute e assistenza sanitaria e un ampio set di informazioni socio-demografiche. I risultati dello studio sono stati pubblicati in un volume monografico (Petrelli A et al. *Immigrants' health and socioeconomic inequalities of overall population residing in Italy evaluated through the Italian network of Longitudinal Metropolitan Studies*. Epidemiol Prev. 2019 Sep-Dec;43(5-6 Suppl 1):1-80) e in due articoli scientifici (Pacelli B et al. *Differences in mortality by immigrant status in Italy. Results of the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies*. Eur J Epidemiol. 2016 Jul;31(7):691-701; Caranci N et al. *Cohort profile: the Italian Network of Longitudinal Metropolitan Studies (IN-LiMeS), a multicentre cohort for socioeconomic inequalities in health monitoring*. BMJ Open. 2018 Apr 20;8(4):e020572), tutti indicizzati con *impact factor*.



Sulla base dei risultati ottenuti e nella prospettiva sia di un ampliamento delle coorti metropolitane partecipanti che dell'armonizzazione dei *dataset* dei singoli centri, un nuovo protocollo di ricerca è stato redatto e condiviso con i centri partecipanti e successivamente approvato dal comitato etico dell'ISS. Il nuovo progetto collaborativo triennale si pone quindi i seguenti obiettivi specifici:

1. Aggiornare i risultati del precedente studio in una prospettiva di monitoraggio, valutando le differenze di mortalità, ospedalizzazione, ospedalizzazione evitabile, assistenza percorso nascita ed esiti neonatali per livello socioeconomico e per cittadinanza;
  2. Valutare le differenze di prevalenza di condizioni morbose croniche (diabete, patologie cardiovascolari, malattie neurologiche e psichiatriche) rilevabili dai sistemi informativi correnti dell'assistenza farmaceutica, dell'assistenza specialistica, sistema informativo delle malattie infettive, esenzioni per livello socio-economico e per cittadinanza;
  3. Valutare le differenze di incidenza e di prevalenza per patologie identificabili da registri di patologia (registri tumori, registri diabete) per livello socio-economico e per cittadinanza;
  4. Valutare l'impatto nel breve e lungo periodo della COVID-19 sulle disuguaglianze socioeconomiche nella salute.
5. *Valutazione dello stato di salute dei lavoratori stranieri (progetto WHIP)*
- La ricerca, già iniziata negli anni precedenti, prevede l'aggiornamento al 2019 dei dati per le analisi sugli infortuni lavorativi, l'analisi dei ricoveri ospedalieri e delle malattie professionali dei lavoratori stranieri presenti sul territorio italiano e sarà realizzata in collaborazione con la ASL TO3 Piemonte.

### **C.3.5 Promuovere un network di lavoro collaborativo con gli stakeholder afferenti alle Regioni e alle Province autonome per lo studio di fenomeni, l'implementazione di azioni e la loro valutazione su tematiche relative alle disuguaglianze di salute**

L'INMP continuerà nel consolidamento della Rete nazionale per le problematiche d'assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP), con la partecipazione delle Regioni nella gestione di alcuni strumenti per il lavoro cooperativo e di rete. La ReNIP verrà ampliata nella componente di competenza sociale, a integrazione della competenza sanitaria già presente, per rispondere al meglio alle sfide rappresentate dall'equo accesso alla salute e dalla lotta alle disuguaglianze sociali di salute. Gli strumenti messi in campo da INMP su cui si richiede la diretta collaborazione delle Regioni sono volti, da un lato, all'aggiornamento (piattaforma WikINMP) delle informazioni rilevanti e aggiornate sulle modalità di accesso delle persone straniere e comunitarie ai



servizi sanitari e sociosanitari - sia nella dimensione di interesse nazionale sia di specifica applicazione regionale - e, dall'altro, alla valorizzazione delle esperienze, delle conoscenze e delle competenze degli *stakeholder* sul territorio nazionale, pubblici e privati, attraverso uno strumento, anch'esso accessibile *online*, di *Social Network Analysis*. Inoltre, nel triennio verrà utilizzato il ReSPES per attività di valutazione *ex ante* di progetti di sanità pubblica finanziati da INMP, sia reso disponibile a programmi e fondi di finanziamento esterni per la valutazione *ex ante* ed *ex post* di interventi di sanità pubblica orientati all'equità nella salute. Le modalità della valutazione utilizzeranno le dimensioni dell'efficacia, della sostenibilità e della trasferibilità degli interventi (EST). I soggetti della ReNIP verranno, quindi, coinvolti, sempre con modalità di lavoro cooperativo, nel monitoraggio delle politiche regionali per la promozione e la tutela della salute degli immigrati e delle fasce della popolazione con svantaggio economico, nonché nella valorizzazione sul territorio di insidenza, delle principali azioni e dei progetti condotti, anche a beneficio delle comunità di pratica e per lo sviluppo di *network* scientifici.

Avranno, inoltre, un ruolo importante nel sostenere la costituzione di una rete per la mediazione transculturale in campo sanitario per l'erogazione della formazione secondo il curriculum del mediatore transculturale in campo sanitario e per la costituzione dell'elenco dei mediatori trans-culturali in ambito sanitario formati secondo il modello dell'INMP.

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

Il Ministero della salute ha assegnato all'INMP l'obiettivo di programmare e realizzare le azioni necessarie a contrastare la povertà sanitaria nell'ambito del Programma Nazionale "Equità nella salute"





in qualità di Organismo Intermedio. Si tratta di un obiettivo di ampio respiro che verrà realizzato nel corso dei prossimi sette anni e comporterà rilevanti modifiche anche nell'assetto organizzativo e delle relazioni, anche con la necessità di individuare nuovi spazi per lo svolgimento delle attività di regia e monitoraggio previste, con il coinvolgimento di nuovo personale di assistenza tecnica. L'obiettivo della parte di Programma assegnata all'Istituto, "Contrastare la povertà sanitaria", è quello di ridurre le barriere di accesso ai servizi sanitari e sociosanitari per le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico, mediante il paradigma della sanità pubblica di prossimità, dell'inclusione attiva, dell'integrazione sociosanitaria e di comunità.

Nel dettaglio si prevede di:

1. potenziare la medicina di prossimità per la presa in carico dei bisogni di salute della popolazione in vulnerabilità socioeconomica;
2. adottare un approccio di offerta attiva "extra-moenia" con l'erogazione delle prestazioni sanitarie mediante personale sanitario e sociosanitario dedicato da utilizzare in attività di *outreaching*, che operi prevalentemente in ambulatori mobili per raggiungere le persone *hard-to-reach* e la popolazione invisibile ai servizi sanitari e soddisfare i loro bisogni di cura all'interno di percorsi clinico-assistenziali;
3. realizzare accordi di co-progettazione degli interventi di presa in carico socio-sanitaria con gli enti del terzo settore e coinvolgere, nel partenariato operativo, i servizi sociali dei Comuni, per facilitare l'ingaggio e la *compliance* terapeutica delle persone in povertà sanitaria.

A supporto della *governance* e dell'attuazione operativa del Programma Nazionale dedicato alle sette Regioni meridionali, con lo scopo di affrontare in modo coordinato e sinergico le sfide territoriali e organizzative che interessano tali contesti territoriali, sarà acquisito il necessario supporto tecnico e amministrativo per assicurare la corretta ed efficace attuazione delle operazioni e delle priorità del Programma.

Nell'ottica di sostenere la trasferibilità del modello, si intende riprodurre l'impianto del Programma nazionale, anche su altre aree prioritarie, in alcuni selezionati territori delle Regioni del Centro o del Nord Italia.

### **C.3.6 Promuovere e consolidare il Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario a beneficio delle Regioni, delle Province autonome e degli enti del Ssn**

Nell'ambito delle attività proprie dell'INMP in qualità di Centro di riferimento nazionale per la mediazione transculturale in campo sanitario, uno degli obiettivi strategici del progetto interregionale è quello di gestire un Elenco nazionale dei mediatori transculturali esperti in campo sanitario formati



secondo *standard* di conoscenze, abilità e competenze coerenti con i fabbisogni del Ssn, anche in accordo con le Regioni e gli altri *stakeholder* rilevanti. Nel prossimo triennio proseguirà, quindi, il contestuale lavoro di progettazione e realizzazione di corsi di formazione rivolti a mediatori transculturali provenienti dalle diverse Regioni sulle tematiche relative alla presa in carico del paziente straniero con approccio transculturale e di selezione dei mediatori transculturali qualificati in campo sanitario, rispondenti agli *standard* definiti, iscrivibili all'Elenco.

Verrà ulteriormente promossa e valorizzata la cultura della mediazione transculturale in ambito sanitario attraverso un forte lavoro di rete svolto con le istituzioni pubbliche e del privato sociale che operano in campo sanitario e sarà implementata l'organizzazione di tavoli tecnici nazionali periodici sulla mediazione, con relativa produzione documentale di settore. Sarà fornito, inoltre, ulteriore impulso alla promozione della diffusione scientifica dei temi legati alla mediazione transculturale in ambito sanitario con pubblicazione di articoli scientifici di settore. L'INMP intende, infatti, rispondere a pieno titolo al proprio mandato istituzionale, nella consapevolezza di ricoprire un ruolo significativo nel supportare l'impegnativo percorso che porterà nel medio-lungo termine all'istituzionalizzazione nel Servizio Sanitario Nazionale della figura del mediatore transculturale, sulla base dell'esigenza di normare una figura professionale congrua al reale fabbisogno occupazionale e definita con modalità univoche.

### **C.3.7 Promuovere e consolidare il ruolo e la reputazione internazionali dell'istituto sulle tematiche relative alla salute dei migranti e dei rifugiati e alle disuguaglianze di salute**

Nel corso del triennio proseguirà l'azione strategica di rafforzamento del posizionamento internazionale dell'Istituto quale ente di riferimento per la produzione di evidenze scientifiche ed il *capacity building* nella tutela della salute delle popolazioni migranti e nel contrasto delle malattie della povertà. Essa si svilupperà, per il triennio in oggetto, con la finalizzazione del *Work plan* del Centro Collaboratore OMS, con l'elaborazione e la promozione del documento tecnico sui controlli sanitari per migranti e rifugiati intercettati alle frontiere e ospitati nei sistemi di accoglienza dei Paesi membri della Regione Europea dell'OMS. Il documento, che sarà curato da INMP e dall'Ufficio della Regione Europea dell'OMS, raccoglierà le evidenze più recenti sulla valutazione sanitaria dei migranti e rifugiati e indicherà come contestualizzare le relative raccomandazioni, basate sull'evidenza scientifica e sul rispetto dei diritti umani, nei principali sistemi sanitari e scenari nazionali di accoglienza di rifugiati e migranti presenti nella Regione Europea dell'OMS.

Parallelamente, in continuità con quanto già effettuato nella produzione del Rapporto Globale sulla salute dei migranti e rifugiati, l'Istituto intende potenziare la collaborazione con l'Ufficio Centrale



dell'OMS di Ginevra, in riferimento all'operatività del Programma Salute e Migrazione dell'OMS. A tal riguardo, da interlocuzioni intraprese con la Direzione del Programma OMS, è emerso il bisogno di supportare ulteriormente l'operatività del Programma anche al di fuori dei confini della Regione europea, attuale ambito privilegiato del Centro Collaboratore, con particolare riguardo a promuovere la formazione ed il *capacity building* degli operatori impegnati nella tutela della salute dei migranti, a livello mondiale. Tale opportunità si esplica nell'ampliare il territorio di riferimento del Centro Collaboratore OMS per l'evidenza scientifica e il *capacity building* sulla salute dei migranti in occasione della riproposizione della propria candidatura a Centro Collaboratore per il quadriennio 2023-2027 e nel suffragare l'importanza di formalizzare ulteriormente il ruolo di *key player* internazionale dell'Istituto nella formazione inerente la salute dei migranti.

L'Istituto intende dunque operare, nel triennio in esame, per la progettazione e costituzione, al suo interno ed in collaborazione con l'OMS, di un "Centro Internazionale per le competenze sulla salute dei migranti e dei rifugiati" che, avvalendosi delle *expertise* del personale dell'Istituto e di ricercatori ed esperti internazionali, contribuisca a potenziare le conoscenze e le competenze del personale sanitario e socio-sanitario sulle tematiche preventive e assistenziali legate alla salute dei migranti e dei rifugiati.

Inoltre, rispondendo all'invito della Direzione generale della comunicazione e dei rapporti europei e internazionali del Ministero della salute, l'INMP ha dato la propria disponibilità a supportare l'operatività dell'Ufficio OMS di Venezia per gli Investimenti in Salute e per lo Sviluppo nelle iniziative in linea con la propria *mission* e nelle modalità di coinvolgimento e collaborazione che saranno eventualmente richieste.

Infine, l'evento organizzato dall'INMP, congiuntamente con l'Ufficio della Rappresentante Speciale della Segretaria Generale del Consiglio d'Europa sulle migrazioni e i rifugiati, dal titolo "Valutazione dell'età dei minori stranieri non accompagnati: promuovere un approccio multidisciplinare e rispettoso dei diritti umani", ha suscitato grande interesse, sia a livello nazionale che internazionale, ed è stato seguito da numerose persone anche in *streaming* e in videoconferenza. Tenuto conto della positiva collaborazione instaurata con l'ufficio della Rappresentante Speciale della Segretaria Generale del Consiglio d'Europa sulle migrazioni e i rifugiati, si prevedono, nel corso del triennio, ulteriori collaborazioni in ambito Europeo nel campo della formazione, del monitoraggio delle attività finalizzate all'accertamento dell'età nei MSNA e della promozione dell'approccio multidisciplinare.

### **C.3.8 Attività amministrative e tecniche**

Nel corso del triennio saranno attuate le attività previste dal piano triennale di azioni positive descritto nel paragrafo B.3.10.



Inoltre, è prevista la conclusione del piano di *deployment* della migrazione su ambiente *cloud* INAIL delle principali basi dati istituzionali, oltre alla pianificazione della progressiva transizione su ambienti *cloud* di altri sistemi applicativi in uso, secondo le disposizioni normative nel tempo vigenti.

## D. PROGRAMMAZIONE PER L'ANNO FINANZIARIO 2022

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

Nel corso dell'anno finanziario 2022, e a valere sulle attività del 2023, l'Istituto continuerà il proprio impegno di presa in carico delle popolazioni assistite.

L'esperienza dell'INMP in campo socio-assistenziale si è andata sempre più consolidando e oggi l'Istituto rappresenta un punto di riferimento in ambito nazionale.

L'analisi delle esperienze pregresse ha evidenziato la necessità di proseguire e implementare le attività assistenziali adattandole ai bisogni di salute e ai cambiamenti determinati anche dalle conseguenze dell'emergenza sanitaria da SARS-CoV-2, sempre con particolare attenzione alle fasce di popolazione più vulnerabili

Nel 2023 sarà implementata l'offerta assistenziale per le cronicità (insufficienza respiratoria, scompenso cardiaco, diabete, malattie infettive, salute mentale, ulcere cutanee, ecc.) con attivazione di eventuali piani assistenziali individuali.

Verranno inoltre definiti e potenziati dei PDTA, come nel caso delle lesioni oncologiche della cute. È prevista, inoltre, la messa a regime delle attività di medicina di prossimità al fine di migliorare la promozione della salute e la presa in carico di pazienti *hard-to-reach* considerando la complessità dei bisogni espressi attraverso la personalizzazione e la precisione degli interventi di cura.

L'implementazione dei servizi di *outreaching* potrà essere condotta in collaborazione con le organizzazioni del privato sociale che hanno una conoscenza puntuale del bisogno sul territorio, allo scopo anche di definire una mappatura che caratterizzi il rischio per la salute dei soggetti censiti.

Le persone raggiunte verranno prese in cura presso il Poliambulatorio dell'INMP, secondo modalità di appropriatezza e di personalizzazione dell'offerta sanitaria e socio-sanitaria. In particolare, verranno utilizzati e promossi Piani Assistenziali Individualizzati (PAI) sulle principali cronicità trattate in Istituto, la cui gestione è assicurata, oltre che dal medico specialista curante, anche dal *case manager*, infermiere con compito gestionale del processo. Tale modalità produrrà l'effetto di un'aumentata *compliance* alla terapia farmacologica e all'offerta diagnostica, con migliori *outcome* attesi di salute e della qualità della vita percepita.



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

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

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

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

La qualità dell'offerta sanitaria terrà conto anche dell'erogazione di dispositivi protesici personalizzati all'interno di alcuni percorsi di medicina sociale.

L'assistenza sanitaria verrà erogata ancora in collaborazione con altri Enti, come ad esempio il Ministero dell'Interno nel quadro dei corridoi umanitari di evacuazione dalla Libia. Tale esperienza consolidata contribuisce al rafforzamento del quadro dei bisogni di salute delle persone appena giunte in Italia, che conferma il quadro epidemiologico già fornito da INMP e dalle maggiori evidenze in letteratura riguardo a tale tipologia di popolazione.

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

In coerenza con il piano della ricerca medica e biomedica dell'INMP, le attività investigative verte-  
ranno su tre tematiche principali:

- a) le malattie croniche infiammatorie e degenerative, con progetti in parte innovativi ed in parte condotti in continuità con quanto previsto nel triennio precedente. In particolare, inizierà un progetto teso a investigare i meccanismi coinvolti nelle alterazioni dei processi riparativi delle ferite cutanee e dei processi fibrotici. Il progetto avrà due obiettivi specifici: i) identificare i meccanismi che sottendono la formazione dei cheloidi, particolarmente frequenti ed invalidanti nelle popolazioni di cute scura; ii) identificare i complessi meccanismi di regolazione dei processi fibrotici ad opera di sostanze solubili rilasciate da cellule del sistema immunitario, con particolare riferimento alla Interleuchina 22.





Proseguirà inoltre uno studio già avviato nel triennio precedente riguardante l'espressione e attività funzionale nel contesto del sistema immunitario cutaneo e delle malattie infiammatorie cutanee dei *Transient Receptor Potential channels*, recettori che mediano l'ingresso del calcio nelle cellule e che sono coinvolte nella trasmissione dello stimolo del prurito, nel dolore neuropatico e nei processi differenziativi e proliferativi cellulari.

- b) Le malattie infettive: continuerà lo studio teso a caratterizzare la risposta T linfocitaria al micobatterio della tubercolosi in pazienti inseriti in un progetto di screening rivolto a popolazione immigrata dall'Est Europa. Infine, sempre nell'ambito delle malattie infettive, si concluderà uno studio riguardante la risposta immunitaria verso lo schistosoma. Lo studio prevede la collaborazione con l'Istituto di Biochimica e Biologia Cellulare del CNR per la verifica in modelli animali dei risultati ottenuti in vitro presso il nostro laboratorio.
- c) La salute mentale: le attività prevedono un progetto che ha come obiettivo la valutazione e presa in carico integrata delle persone che somatizzano in ambito transculturale. Il progetto è teso a ideare, organizzare e mettere in atto una modalità di presa in carico integrata multidisciplinare per pazienti indentificati come soggetti tendenti alla somatizzazione, differenziando i pazienti con somatizzazione pura da quelli in cui coesistono altri quadri psicopatologici

La ricerca antropologica svilupperà due linee progettuali: la prima focalizzata sulle barriere socio-culturali alla raccolta di campioni biologici nelle popolazioni provenienti dal centro Africa, al fine di identificare le strategie adottate dal personale infermieristico per superare gli ostacoli relativi al prelievo e alla consegna di tali campioni biologici. La seconda linea riguarderà intende analizzare gli aspetti socio-culturali, economici, geopolitici, giuridici e ambientali delle MTN, in particolar modo schistosomiasi e strongiloidiasi, endemiche dei paesi da cui provengono i cittadini immigrati target dei progetti sulle Malattie Tropicali Neglette.

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

Saranno, infine, sostenute attività di ricerca riguardanti la revisione della letteratura scientifica sui temi relativi alla transculturalità e alla mediazione in ambito sociosanitario e allo studio del rapporto



tra il ruolo dell'antropologia e quello della mediazione all'interno della clinica, anche attraverso la pubblicazione di articoli scientifici di settore.

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

L'INMP intende avviare un'attività di potenziamento degli strumenti di *governance* della formazione continua a supporto delle Regioni, delle strutture sanitarie e degli ordini professionali, per potenziare le competenze degli operatori e contribuire al miglioramento della qualità dei servizi, a beneficio della salute dei cittadini. Obiettivi specifici di tale attività sono il supporto alla corretta programmazione dei fabbisogni formativi e il contributo alla definizione di un sistema di monitoraggio degli *outcome* della formazione, anche non accreditata ECM.

Il sistema di formazione continua dei professionisti sanitari, infatti, oltre ad essere destinato ad accrescere le loro conoscenze, è stato concepito come strumento in grado di incidere direttamente sui comportamenti degli operatori sanitari in modo da contribuire a migliorare la qualità, sicurezza, efficacia ed appropriatezza delle prestazioni erogate dal Ssn. Gli Accordi Stato-Regioni (2007, 2012, 2017) evidenziano la necessità di dotarsi di strumenti di *governance* della formazione continua in grado di promuovere la rilevazione dei bisogni, supportare i processi di apprendimento (in particolare sul campo), valorizzare le competenze formative degli operatori e valutarne le ricadute in termini organizzativi e di sviluppo professionale. Di concerto con le Regioni, in qualità di centro di riferimento nazionale della ReNIP, l'INMP intende fornire un contributo per la creazione di indicatori per il rilevamento dei bisogni formativi del personale sanitario, per monitorare e misurare l'efficacia delle attività formative (ECM e non) nella pratica quotidiana e il contributo delle stesse al miglioramento organizzativo delle aziende sanitarie e degli altri enti coinvolti nel progetto. Lo scopo è dotare il sistema sanitario di strumenti innovativi, oltre a favorire l'implementazione di quelli già esistenti (come il dossier formativo di gruppo e le iniziative di formazione sul campo), in grado di orientare la formazione del personale ai bisogni di salute della popolazione presente sul territorio e pianificare le attività formative tenendo conto di tutte le componenti, interne e di contesto. Nello specifico, il progetto è volto a sviluppare e standardizzare buone pratiche nelle varie fasi del processo formativo: dalla rilevazione dei fabbisogni alla verifica dei risultati, sia in termini di nuove conoscenze acquisite, sia di ricadute pratiche sulle prestazioni assistenziali erogate.

Altro obiettivo, per l'anno di specie, è il miglioramento della formazione del personale dell'Istituto, con particolare riferimento alle competenze digitali, linguistiche e all'alta formazione, nella consapevolezza che l'aggiornamento continuo e lo sviluppo di conoscenze, abilità e competenze del personale



interno sono i pilastri sui quali si basa la programmazione annuale degli interventi formativi dell'INMP, insieme all'offerta formativa dedicata all'utenza esterna, al fine di contribuire alla complessiva ottimizzazione della *performance* e della qualità dei servizi erogati.

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

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

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

##### *1. Epidemiologia sociale dell'infezione di SARS-CoV-2 (Covid-19)*

Nel corso del 2023 saranno analizzati i dati relativi alle coperture vaccinali degli immigrati e degli italiani. Sarà inoltre predisposto il *dataset* di analisi del progetto relativo all'impatto della COVID-19 sulla salute mentale ed effettuate analisi descrittive.

##### *2. Monitoraggio della salute degli immigrati*

Si prevede di acquisire ed analizzare i dati regionali relativi all'anno 2018 e di produrre un report tabellare e grafico.

##### *3. La mortalità nelle regioni italiane: disuguaglianze sociali e divari territoriali. Attività di ricerca in collaborazione con l'Istat*

Nel corso del 2023 saranno analizzati i dati aggiornati al 2020 relativi alle cause di mortalità prevenibile, in relazione al livello di istruzione e all'area di residenza. Saranno inoltre approfondite le tematiche relative alla mortalità degli immigrati attraverso la valutazione del ruolo del livello di istruzione e della condizione professionale. Infine, sarà avviata la progettazione del nuovo atlante italiano delle disuguaglianze di mortalità per livello di istruzione.

##### *4. Disuguaglianze Sanitarie e Socio-economiche nella mortalità per Malattia Renale: confronto tra diversi sistemi sanitari regionali Italiani – DiSagio*

Saranno analizzati i dati relativi all'andamento temporale della mortalità per cause nefrologiche e malattie correlate dal 1990 al 2019, anche attraverso l'utilizzo di modelli statistici per l'analisi del *trend*.

5. *L'INMP e la rete degli studi longitudinali metropolitani (SLM) per le disuguaglianze socio-economiche nella salute e per la valutazione dei profili di assistenza alla popolazione immigrata*

Sarà redatto il nuovo progetto collaborativo valutando: 1) la fattibilità dei singoli obiettivi specifici in relazione all'aggiornamento disponibile dei dati, con particolare riferimento all'impatto della COVID-19; 2) l'ampliamento della rete attraverso l'inclusione di nuove coorti metropolitane adeguatamente attrezzate dal punto di vista informativo.

6. *Valutazione dello stato di salute dei lavoratori stranieri (progetto WHIP)*

È previsto l'aggiornamento dei dati relativi agli infortuni lavorativi e delle malattie professionali, attraverso la ricostruzione della base dati di WHIP includendo i dati fino al 2019, con una estensione di quattro anni dei dati ad oggi disponibili (fino al 2015).

In particolare, sarà possibile aggiornare le analisi relative al confronto dei tassi di infortuni, totali e gravi, tra lavoratori italiani e stranieri, con focus su area di provenienza, settore di attività, area di lavoro in Italia, dimensione aziendale. Tali analisi possono consentire di descrivere contesti e fattori specifici nell'ambito del mercato del lavoro che potrebbero rappresentare fattori di rischio per la salute e la sicurezza dei lavoratori, in particolare stranieri.

Relativamente all'analisi dei dati riferiti alle malattie professionali, l'aggiornamento si focalizzerà sui disturbi muscolo-scheletrici che rappresentano il 75% delle denunce di malattia professionale.

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

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

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

Sulla base dell'esperienza già maturata, l'Istituto intende proseguire e far entrare a regime le attività del ReSPES. A tal riguardo, verranno avviate le coprogettazioni di interventi di salute pubblica con i tre soggetti meglio classificati nel bando ReSPES 2021, in particolare nelle aree della prevenzione primaria, secondaria e terziaria. Tali progettualità saranno orientate a criteri di alta efficacia, di trasferibilità e sostenibilità. Altresì, il ReSPES potrà costituire un utile strumento di valutazione *ex ante*



da utilizzare trasversalmente per selezionare le migliori proposte di intervento nell'ambito di nuovi progetti di sanità pubblica di interesse dell'Istituto nazionale.

### **D.5.2 Ampliamento della piattaforma WikINMP ai percorsi socio-sanitari**

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

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

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

Oltre all'ampliamento dei contenuti, allo sviluppo di un servizio di risoluzione di quesiti e l'erogazione di percorsi formativi basati sui temi trattati nel WikINMP, è previsto lo sviluppo di una modalità di navigazione facilitata che guidi l'utente nella fruizione dei contenuti. Per la realizzazione di queste attività, nel periodo di riferimento, è in corso l'analisi dei fabbisogni informatici e tecnologici.

### **D.5.3 Interventi a sostegno delle ASL nella presa in cura di persone vulnerabili**

Nell'anno di riferimento saranno attuate le azioni previste nell'ambito del progetto "Ro.S.E. – Intervento socio sanitario per il contrasto delle disuguaglianze di salute a Rosarno", promosso dall'INMP in collaborazione con la Regione Calabria, la ASP di Reggio Calabria e il Comune di Rosarno. Tale progetto ha lo scopo di ridurre le disuguaglianze di salute e promuovere il benessere della popolazione in un'area particolarmente svantaggiata, attraverso un intervento socio sanitario multidisciplinare volto a: 1) potenziare l'offerta di assistenza sanitaria in campo oculistico, odontoiatrico e diabetologico, con particolare attenzione alla popolazione in condizioni di disagio socio-economico; 2) promuovere l'adozione di corretti stili di vita nella popolazione mediante interventi di educazione alla salute (su igiene visiva, orale, alimentazione e movimento) che vedono la partecipazione degli studenti delle scuole, le loro famiglie, le associazioni attive nel territorio e, più in generale, la comunità di Rosarno; 3) rafforzare la rete territoriale dei servizi socio-sanitari, attraverso azioni di coordinamento multisettoriale, potenziando la capacità degli attori sanitari e sociali pubblici e del terzo settore presenti sul territorio nel contrasto alle disuguaglianze di salute.





Per il potenziamento dell'offerta di servizi sanitari, l'INMP ha sostenuto con la ASP di Reggio Calabria l'allestimento presso il Poliambulatorio di Rosarno (RC) di nuovi Ambulatori di medicina sociale con prestazioni di Odontoiatria, Oculistica e Ortottica, Diabetologia con consulenze dietologico-nutrizionali.

I nuovi servizi sono rivolti a tutta la popolazione e includono la fornitura di protesi odontoiatriche e occhiali da vista per coloro che appartengono alle fasce vulnerabili, arruolati in base a criteri predefiniti di carattere clinico ed economico.

Oltre alle attività in ambito sanitario, quindi, il progetto mira a produrre benefici superiori e più ampi applicando una metodologia partecipativa e intersettoriale, fondata sul coinvolgimento attivo di tutti gli attori rilevanti sul territorio in considerazione delle specifiche competenze. Tale metodologia favorisce la trasferibilità e l'adattabilità dell'azione a diversi contesti al fine di rafforzare le capacità del sistema territoriale di sostenere la salute delle fasce più vulnerabili della popolazione, promuovendo l'*empowerment* degli individui ed erogando prestazioni sanitarie a bassa soglia in un'ottica di sostenibilità dell'intervento.

## **D.6 La mediazione transculturale in campo sanitario**

Nell'ottica di valorizzare i risultati ottenuti e consolidare le relazioni istituzionali con le amministrazioni regionali e centrali, si intende procedere all'iscrizione all'Elenco nazionale dei mediatori transculturali del primo nucleo di mediatori formati in ambito sanitario secondo uno *standard* definito, a valle di percorsi di formazione sul tema, erogati anche dall'INMP. Verranno messe in campo attività di promozione del *core curriculum* del mediatore transculturale esperto in campo sanitario con confronto e coinvolgimento attivo delle Regioni anche alla luce del nuovo panorama sociale. Saranno avviate le attività per la creazione di una sezione del sito web istituzionale dedicato alle attività del Centro di riferimento nazionale per la mediazione in campo sanitario e saranno supportate le pubblicazioni scientifiche di settore sui temi della mediazione transculturale in campo sanitario e sociosanitario. Sarà, infine, fornito supporto attivo alle attività di ricerca, formazione e assistenza sanitaria ove richiesto secondo priorità istituzionali.



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

Nel periodo di riferimento, in qualità di Centro Collaboratore OMS, l'Istituto continuerà le attività finalizzate alla pubblicazione, in collaborazione con l'Ufficio della Regione Europea dell'OMS, del *Guidance document* sui controlli sanitari per migranti e rifugiati intercettati alle frontiere e ospitati nei sistemi di accoglienza, previsto dal *Work plan* di designazione del Centro Collaboratore. La produzione del documento contempla l'analisi di letteratura sulle evidenze disponibili sui controlli sanitari per migranti e rifugiati, una panoramica dei differenti sistemi di accoglienza e di tutela della salute dei migranti in essere negli Stati membri della Regione Europea e indicazioni per la contestualizzazione di controlli sanitari basati sull'evidenza e rispettosi dei diritti umani nei principali scenari nazionali rappresentati dagli Stati membri. Tali attività saranno effettuate anche tramite consultazione *ad-hoc* degli Stati membri, attraverso questionari e *focus groups* dedicati coordinati dall'Istituto.

Nel corso dello stesso anno, accogliendo l'invito del Direttore della *Country Support, Emergency Preparedness and Response (CSE) Unit* dell'Ufficio Regionale dell'OMS, l'Istituto co-organizzerà e ospiterà, nella propria sede, il quinto *meeting* dei Centri Collaboratori della Regione Europea dell'OMS impegnati nella tematiche di salute dei migranti. Il *meeting*, in programma nel novembre 2022, sarà occasione di condivisione, tra i Centri Collaboratori, delle linee di ricerca e delle differenti attività in corso, oltre che di identificazione di aree di cooperazione tra i Centri. L'INMP, in collaborazione con l'Ufficio Europeo dell'OMS, ha già intrapreso i lavori di definizione dell'Agenda del *meeting*, assicurando anche il proprio impegno nell'organizzazione di una *visita on-site* nel Poliambulatorio.

Tale occasione rappresenta ulteriore riconoscimento dell'alta considerazione dell'INMP presso gli organismi internazionali e occasione aggiuntiva, per l'Istituto, di condivisione degli approcci e dei modelli di presa in carico dei bisogni di salute dei migranti promossi e di consolidamento della sua crescente rete di collaborazioni internazionali.

A questo riguardo, si evidenzia come l'Istituto sia presente nel Comitato Direttivo e nel Comitato Scientifico del *Global Mental Health Summit* che si terrà a Roma nell'ottobre 2022, coinvolgendo delegazioni nazionali e rappresentanti di organizzazioni internazionali. L'evento, co-organizzato dal Ministero della salute e dall'Istituto Superiore di Sanità, mira a rafforzare l'impegno globale dei governi, delle organizzazioni internazionali e della società civile nella prevenzione del disagio psichico e dei disturbi mentali e nella promozione di assistenza adeguata rispettosa dei diritti umani e della dignità delle persone affette. L'INMP, in linea con l'area specifica di interesse, organizzerà e co-



coordinerà con l'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni (IOM) la sessione tematica "*People on the move*", dedicata all'analisi dei bisogni di salute mentale, degli ostacoli, delle sfide e delle buone pratiche per assicurare il benessere mentale dei migranti e rifugiati lungo tutto il percorso migratorio (partenza, transito, arrivo e integrazione nel Paese ospite ed eventuale ritorno nel Paese di origine).

In relazione all'avvio del "Centro Internazionale per le competenze sulla salute dei migranti e dei rifugiati", da attuarsi in collaborazione con l'OMS, si prevede per l'anno finanziario di specie di condurre gli atti programmatici, definire la struttura di *governance* del relativo *datawarehouse*.

### **D.8 Attività amministrative e tecniche**

Nel corso dell'anno 2023 saranno attuate le attività inerenti in particolare l'area delle pari opportunità e contrasto alle discriminazioni, previste dal piano triennale di azioni positive descritto nel paragrafo B.3.10.

Inoltre, è prevista la conclusione del piano di *deployment della migrazione su ambiente cloud INAIL delle principali basi dati istituzionali*.

\*\*\*\*\*

Alle attività descritte per l'anno finanziario 2022 sotto il capitolo D è dedicata una quota pari a 1.500.000 Euro, a valere sul finanziamento previsto per la stessa annualità, di cui al D.L. 13 settembre 2012, n.158, convertito, con modificazioni, dalla Legge 8 novembre 2012, n. 189.

Per quanto attiene alle spese di funzionamento dell'Istituto, esse sono quantificate in 8.500.000 Euro, importo nei limiti di quanto accordato in sede di approvazione del Regolamento recante disposizioni sul funzionamento e l'organizzazione dell'INMP, pubblicato con Gazzetta Ufficiale n. 119 del 23 maggio 2013.

