



Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

Individuazione delle diseguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto

Progetto CCM – 2012



Assessorato alla
Tutela della Salute





Progetto CCM 2012 “Individuazione delle diseguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto.

La Regione Marche - Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute (ODS) / ARS Marche - ha collaborato insieme alle Regioni Veneto, Emilia-Romagna, Lazio, alla realizzazione del progetto “Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”, sostenuto dal Ministero della Salute / CCM 2012, conclusosi nel maggio 2015.

Nell'ambito del progetto le attività svolte sono state:

- a) Contributo alla definizione della metodologia di analisi per l'individuazione ed il monitoraggio dell'accesso allo screening oncologici femminili e in particolare al percorso dello screening citologico da parte delle immigrate**
- b) Contributo per l'individuazione delle modalità operative *efficaci e culturalmente competenti* per favorire l'accesso agli screening oncologici femminili;**
- c) Implementazione di pratiche di offerta attiva (mediazione linguistico-culturale, materiale plurilingue ad hoc, formazione pertinente degli operatori e revisione modello organizzativo di offerta dello screening)**

L'ODS ha inoltre svolto un'analisi del profilo di salute della popolazione immigrata, con un focus sulla salute materno-infantile (pagg. 36-38).

Alle pagg. 21-24 è riportata inoltre la sintesi dell'indagine regionale sulla mediazione interculturale (condotta nel 2013 in collaborazione con il DESP dell'Università di Urbino)

Riferimenti:

diseguaglianze@regione.marche.it

<http://ods.ars.marche.it>



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

Staff di lavoro:

Patrizia Carletti: responsabile di progetto.

Giorgiana Giacconi, coordinatrice operativa.

Valeria Bezzeccheri, ginecologa AO Ospedali Riuniti Ancona, contributo tecnico specifico e docente.

Luana Gaetani, ostetrica ASUR Marche – AV5, contributo tecnico specifico e docente.

Liana Spazzafumo, ARS Marche, ricerca ed elaborazione dati.

Stefania Vichi, ODS /ARS Marche, segreteria scientifica.

Stefano Caglioti, ARS Marche, Marco Refe, ODS /ARS Marche, mappe e georeferenziazione.

Nazmie Kasmi, Zana Dhroso, coordinatrici Servizio Mediazione interculturale e formatrici.

Mediatrici interculturali: Charazed Amara, Elena Tymchenko, Fatima Oudki, Maria Del Carmen Sifuentes Aguilar, Naazbi Chumroo, Natalia Padureanu, Seema Jakia Nasreen, Akberet, Berhane, Houda Naceur, Jennifer Gozie, Lorenza Antonazzi, Silvia Karina Espinal Egoavil, Monika Sarder, Zlatina Georgieva Georgieva, Rodica Turcanu, Saliha Amara.

Un sentito ringraziamento:

- agli operatori dei Consultori Familiari del SSR Marche che hanno fornito la loro disponibilità e contributo competente;
- al Direttore dell'ASUR Marche, dr. Gianni Genga ed allo staff Politiche del personale ASUR Marche, al direttore dell'ARS Marche, dr. Enrico Bordini.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto.

Regione Marche

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / Agenzia Regionale Sanitaria Marche (ODS)

Responsabile scientifica: Dr.ssa Patrizia Carletti

n. tel: 071 8064103 E-mail: diseguaglianze@regione.marche.it

<http://ods.ars.marche.it>

Compiti: Collaborazione operativa per la implementazione progettuale degli obiettivi specifici del progetto

Attività:

- a) Contributo alla definizione della metodologia di analisi per l'individuazione ed il monitoraggio dell'accesso agli screening oncologici femminili e in particolare al percorso dello screening citologico da parte delle immigrate;
- b) Contributo per l'individuazione delle modalità operative *efficaci e culturalmente competenti* per favorire l'accesso agli screening oncologici femminili;
- c) Implementazione di pratiche di offerta attiva (mediazione linguistico-culturale, materiale plurilingue ad hoc, formazione pertinente degli operatori e revisione modello organizzativo di offerta dello screening).

Background

La condizione di “*deprivazione sociale, economica e culturale*” è in stretta correlazione con lo stato di salute degli individui che, infatti, se svantaggiati sul piano socio-economico presentano un profilo di salute peggiore rispetto a chi è in posizione di vantaggio.

In tutti i paesi del mondo la mortalità e la morbidità aumentano sistematicamente via via che si scende nella scala sociale (in Italia ad esempio l'aspettativa di vita della classe sociale più bassa è



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze nella salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

inferiore di vari anni rispetto alla classe sociale più alta¹). In sostanza le persone socialmente svantaggiate si ammalano di più e muoiono prima. Tali differenze nella salute non sono “biologiche” ma sono socialmente determinate e, quindi, evitabili; esse trovano la loro origine in un’organizzazione sociale *ingiusta*².

Inoltre, se la mancanza delle risorse cui i più hanno accesso “causa malattia”, la cattiva salute a sua volta ha ripercussioni sulle sorti economiche degli individui, riducendo sensibilmente le chance di benessere sociale.

Infine le persone più *vulnerabili* - più spesso rappresentate da immigrati, donne e anziani - che in quanto tali hanno un precario accesso alle risorse (economiche, sociali, culturali), hanno maggiori difficoltà nell’accesso ai servizi e nella fruizione delle cure³ e rischiano di ricevere cure di minore qualità.

Dal momento che le disuguaglianze sociali nella salute sono tutte, direttamente o indirettamente, generate da fattori sociali, economici, ambientali e stili di vita strutturalmente influenzati (3), l’OMS ha istituito la Commissione sui Determinanti Sociali della Salute (2005) e richiama costantemente i Paesi a monitorare le disuguaglianze e ad implementare azioni di contrasto al fine di migliorare lo stato di salute dei gruppi sociali più svantaggiati⁴.

¹ Schizzerotto e coll. *Studio Longitudinale Torinese* (2008): la speranza di vita a 35 anni per la classe operaia comune è inferiore di 2,9 anni rispetto a quella dei dirigenti.

² A questo proposito si veda l’abbondante letteratura scientifica: Evans T, Peters F (2001). *Ethical dimensions of health equity*. In: Evans T et al., eds. *Challenging inequities in health: from ethics to action*. New York, Oxford University Press. Whitehead M, Dahlgren G (2006) *Concepts and principles for tackling social inequities in health: Levelling up Part 1*. WHO Collaborating Centre for Policy Research on Social Determinants of Health University of Liverpool. Studies on social and economic determinants of population health, No. 2. www.euro.who.int/document/e89383.pdf.
Marmot M (2004). *The status syndrome: how social standing affects our health and longevity*. London, Bloomsbury Publishing Plc.

³ Hart JT (1971). The inverse care law. *Lancet*, 1(7696): 405-412.

⁴WHO, Resolution WHA65.8, Commission on Social Determinants of Health - EB132/14, 23 November 2012 http://www.who.int/social_determinants/B_132_14-en.pdf WHO Regional Office for Europe, Resolution EUR/RC62/R4.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

La scomparsa delle differenze nelle condizioni di salute tra le varie classi può avvenire attraverso scelte politiche economiche e di welfare nazionali e sovranazionali⁵, ma va deve essere chiaro che l'equità nelle cure concerne specificamente il sistema sanitario che deve organizzarsi per abbattere le differenze nell'accesso ai servizi e fare in modo che i servizi siano in grado di rispondere ai differenti bisogni di salute, favorendo quindi i gruppi con maggiori necessità che sono quelli più a rischio⁶.

Gli immigrati rappresentano il 7% del totale della popolazione residente in Italia (al 1.1.2013 pari a 4.230.514 persone⁷). Circa il 51% proviene da paesi europei, il 22% dall'Africa, il 18% dall'Asia, l'8% dal centro-sud America, più della metà sono donne e uno su 4/5 è minorenne.

Le norme primarie⁸ dello Stato italiano, ispirate ai principi costituzionali, prevedono l'erogazione dell'assistenza essenziale alla popolazione immigrata presente nel territorio italiano.

⁵ L'OMS promuove e sostiene l'approccio “della salute in tutte le politiche”, come strategia per il miglioramento del benessere della collettività, del progresso e della coesione sociale

⁶ È opportuno ricordare che i principi di universalismo solidale ed equità ispirano i nostri SSN e SSR il che significa che devono essere in grado di fornire cure a chi ne ha bisogno. È pertanto compito del sistema sanitario garantire l'accesso ai servizi attraverso l'equità “geografica”, ovvero la disponibilità di servizi nelle differenti aree geografiche, attraverso l'equità economica, ovvero cure anche a chi non ha mezzi economici, attraverso la competenza “culturale”, ovvero l'abolizione delle barriere linguistiche e culturali che escludono le minoranze e i gruppi più marginali della società.

⁷ Fonte: Istat, elaborazione Oss. Diseg. Salute Marche.

⁸ L. 40/98; D.Lgs. n. 286/1998 e le successive modifiche ed integrazioni (Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero).

Sistematizzazione della normativa in: Accordo Stato – Regioni (Rep. Atti n. 255/CSR), G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013, suppl. ord. 9. “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome”.

A seguito della Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”, la sanità è materia concorrente mentre lo Stato ha competenza esclusiva in materia di immigrazione e nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale). Le Regioni hanno la competenza legislativa salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, nel rispetto del principio di leale collaborazione.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

Data la loro riconosciuta efficacia, l'obiettivo perseguito dal progetto “Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto” è quello di individuare gli interventi più efficaci in grado di garantire un'offerta attiva degli screening oncologici (screening del tumore al seno, alla cervice uterina e al colon retto offerti dal servizio sanitario nazionale - LEA) anche alle donne immigrate comprese le Straniere Temporaneamente Presenti (STP), le domiciliate, quelle in stato di detenzione nonché le appartenenti alle popolazioni “nomadi”.

a) Contributo metodologico

Contributo alla definizione della metodologia di analisi per l'individuazione ed il monitoraggio dell'accesso allo screening oncologici femminili e in particolare al percorso dello screening citologico da parte delle immigrate.

In questa attività l'ODS ha fornito il proprio contributo alla metodologia di analisi per lo studio del fenomeno screening immigrate e donne hard-to-reach e per orientare il Servizio Sanitario a dare risposte in termini di corretta applicazione della normativa specifica di riferimento per l'accesso agli screening oncologici

a.1) Metodologia di analisi - L'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute della Regione Marche (ODS), negli anni 2007-2009, ha realizzato, con il sostegno del CCM il progetto “Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia”⁹. Attraverso il lavoro svolto è stato costruito uno strumento in grado di analizzare in modo omogeneo nelle varie realtà (e quindi confrontabile) il profilo di salute degli immigrati presenti in Italia a partire da una definizione condivisa di “immigrato” ed utilizzando i flussi correnti disponibili presso tutti i Servizi Sanitari Regionali.

⁹ Gruppo di lavoro nazionale di esperti di regioni ed enti nazionali (Istat, INAIL, Agenas, Associazione Italiana di Epidemiologia) - Metodologia ed indicatori specifici, validati a livello nazionale e regionale, individuati attraverso i flussi informativi correnti disponibili a livello delle Regioni.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

La lettura dei problemi di salute della popolazione immigrata è infatti fondamentale per individuare le priorità ed orientare le politiche sanitarie nazionali e regionali

L'analisi del profilo di salute degli immigrati ha mostrato e continua a mostrare che **esistono svantaggi nella salute e che gli immigrati mostrano un profilo di rischio peggiore degli italiani.**¹⁰

Di seguito si riportano le conclusioni del lavoro:

“...trattandosi di una popolazione giovane, le dimensioni della domanda sono limitate; essa ricorre ai servizi o per eventi fisiologici quali il parto, o per mancanza di interventi di prevenzione quali l'aborto e gli infortuni sul lavoro. Questo suggerisce il carattere prevalentemente preventivo degli interventi da realizzare, con effetto positivo anche sulla riduzione dei costi e dei conflitti sociali” (2009)

Nell'ambito del progetto “Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto” è stata utilizzata la definizione e la metodologia proposta, utilizzata e validata in Italia dall'Osservatorio sulle Disuguaglianze nella salute della Regione Marche.

¹⁰Si vedano:

La salute della popolazione immigrata: metodologia di analisi (2009)

http://www.ccm-network.it/documenti/Ccm/prg_area5/Prg_5_Immigrati_metodologia.pdf.pdf

La salute della popolazione immigrata: il monitoraggio da parte dei Sistemi Sanitari Regionali (2013)

<http://www.agenas.it/lea/la-salute-della-popolazione-immigrata-il-monitoraggio-da-parte-dei-sistemi-sanitari-regionali-ccm>

Inoltre:

Rapporti Osservasalute (anni 2005 – 2013)

<http://www.osservasalute.it/>

Istat, Cittadini stranieri: condizioni di salute, fattori di rischio, ricorso alle cure e accessibilità dei servizi sanitari (2014)

<http://www.istat.it/it/archivio/110879>



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

a.2) Normativa specifica di riferimento per l'accesso agli screening oncologici

È noto a tutti che non si può migliorare l'accesso alle cure se non vengono correttamente applicate le indicazioni normative esistenti da circa un ventennio e coerenti con il principio costituzionale del diritto alla salute per tutti, o se le norme sono discriminatorie ed escludenti.

Per quanto attiene all'accessibilità agli screening oncologici da parte della popolazione immigrata va ricordato che le **norme primarie¹¹ dello Stato italiano**, ispirate ai principi costituzionali, prevedono l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza alla popolazione immigrata presente nel territorio italiano, indipendentemente dalla loro condizione amministrativa.

È importante rilevare il doppio piano su cui si colloca l'assistenza sanitaria agli immigrati in condizione giuridica non regolare; essa infatti da una parte manifesta il diritto inalienabile dell'individuo alla salute sancito dalla Costituzione e dall'altra l'interesse della collettività che deve, per sua tutela, accertare lo stato di salute dei suoi componenti.

Va tuttavia ricordato che a seguito della Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”, le Regioni sono gli enti di programmazione cui spetta la competenza legislativa in termini di tutela della salute: ciò ha comportato, negli anni, una notevole difformità tra le regioni e, in alcuni casi, scarse possibilità di accesso alle cure da parte della popolazione, particolarmente dei gruppi vulnerabili tra cui gli immigrati, configurando una differente fruizione del diritto nell'ambito di uno stesso territorio regionale e tra le regioni,

¹¹L. 40/98; D.Lgs.n.286/1998 e le successive modifiche ed integrazioni (Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero).

Sistematizzazione della normativa in: Accordo Stato – Regioni (Rep. Atti n. 255/CSR), G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013, suppl. ord. 9. “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome”.

A seguito della Legge costituzionale n. 3, 18 ottobre 2001 “Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione”, la sanità è materia concorrente mentre lo Stato ha competenza esclusiva in materia di immigrazione e nella determinazione dei livelli essenziali delle prestazioni concernenti i diritti civili e sociali (che devono essere garantiti su tutto il territorio nazionale). Le Regioni hanno la competenza legislativa salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, nel rispetto del principio di leale collaborazione.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

aggravata da differenti *interpretazioni* delle regole per l'accesso alle prestazioni sanitarie e da differenti condizioni di partecipazione alla spesa, minando il principio dei livelli essenziali di assistenza e di equità.

Al fine di contrastare questa tendenza, l'ODS, nell'ambito del **Tavolo interregionale “Immigrati e Servizi Sanitari”**¹² ha coordinato il lavoro che ha condotto all'**Accordo Stato – Regioni n. 255/2012**, (pubblicato in G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013, suppl. ord. 9) sul documento prodotto dal Tavolo **“Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome”**.

L'Accordo è il risultato di un lavoro lungo e condiviso durato circa tre anni. Esso esprime la volontà politica di tutte le Regioni e dello Stato, dunque le Regioni sono tenute ad applicarlo direttamente, in quanto non necessita di alcuna ulteriore ratifica.

È necessario sottolineare che l'Accordo esplicita con un linguaggio chiaro le indicazioni per la corretta applicazione delle normative che regolano l'assistenza sanitaria agli immigrati, extra-comunitari e comunitari presenti in Italia, contenute nelle leggi “primarie” dello Stato: è una raccolta e sistematizzazione delle norme nazionali e regionali e rimanda ai principi ispiratori di tali norme (norme primarie dello Stato) e ai principi del Diritto comunitario (Regolamenti e Direttive europee). L'Accordo ha l'obiettivo di fornire indirizzi operativi per favorire l'applicazione omogenea della normativa su tutto il territorio nazionale e di ridurre le difficoltà di accesso ai servizi e le discrezionalità interpretative che minano la garanzia dei livelli essenziali di assistenza;

consente inoltre, attraverso una serie di indicatori, un monitoraggio delle criticità ed un confronto tra “territori”.

¹² Il Tavolo interregionale “Immigrati e servizi sanitari” è stato istituito su richiesta dell'Assessore alla Salute della Regione Marche nel 2008 ed opera in seno al Coordinamento della Commissione Salute della Conferenza delle Regioni. È composto da rappresentanti degli assessorati alla Salute delle Regioni e P.A. ed è coordinato dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute della Regione Marche ed ha l'obiettivo di promuovere la salute della popolazione immigrata.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze nella salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

Per quanto riguarda specificamente gli screening oncologici per le donne immigrate hard to reach (temporaneamente presenti, richiedenti protezione internazionale, rifugiate, detenute, Rom, comunitarie indigenti) si ricorda quanto segue:

Immigrate extra-comunitarie non iscritte al SSN (STP)

D.lgs 286/1998 - Art. 35

(Assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al Servizio sanitario nazionale)

(Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 33)

Comma 3 - “Ai cittadini stranieri presenti sul territorio nazionale, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i **programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.**

Sono, in particolare, garantiti:

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20 novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;
- c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni;
- d) gli interventi di profilassi internazionale;
- e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai”.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

Richiedenti protezione internazionale, rifugiate, protezione umanitaria

D.lgs 286/1998 - Art. 34

(Assistenza sanitaria per gli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale)

(Legge 6 marzo 1998, n. 40, art. 32)

“Hanno l'obbligo di iscrizione al Servizio sanitario nazionale e hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti e doveri rispetto ai cittadini italiani per quanto attiene all'obbligo contributivo, all'assistenza erogata in Italia dal Servizio sanitario nazionale e alla sua validità temporale:

Comma b) - gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno, per lavoro subordinato, per lavoro autonomo, per motivi familiari, per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo, per attesa adozione, per affidamento, per acquisto della cittadinanza”.

Detenute (detenute in istituto penitenziario, condannate, esecuzione penale esterna)

D.lgs 230 del 22 giugno 1999 - Riordino della medicina penitenziaria, a norma dell'articolo 5 della legge 30 novembre 1998, n. 419.

Art 1 comma 5 “Sono iscritti al Servizio sanitario nazionale gli stranieri, limitatamente al periodo in cui sono detenuti o internati negli istituti penitenziari. Tali soggetti hanno parità di trattamento e piena uguaglianza di diritti rispetto ai cittadini liberi, a prescindere dal regolare titolo di permesso di soggiorno in Italia”

Art 1 comma 2, punto e) “Il Servizio sanitario nazionale assicura, in particolare, ai detenuti e agli internati: l'assistenza sanitaria della gravidanza e della maternità anche attraverso il potenziamento dei servizi di informazione e dei consultori, nonché appropriate, efficaci ed **essenziali prestazioni di prevenzione, diagnosi precoce e cura** alle donne detenute o internate”

Art 1 comma 6 “I detenuti e gli internati sono esclusi dal sistema di compartecipazione alla spesa delle prestazioni sanitarie erogate dal Servizio sanitario nazionale”.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

DPR 230 del 30 giugno 2000 - Regolamento recante norme sull'ordinamento penitenziario e sulle misure privative e limitative della libertà

Art 18 commi 1 e 2 “È fatto divieto di richiedere alle persone detenute o internate alcuna forma di partecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie erogate dal servizio sanitario nazionale.

I detenuti o internati stranieri, apolidi o senza fissa dimora iscritti al servizio sanitario nazionale, ai sensi della vigente normativa, ricevono l'assistenza sanitaria a carico del servizio sanitario pubblico nel cui territorio ha sede l'istituto di assegnazione del soggetto interessato

La normativa, così come richiamato anche dalla Circolare ministeriale n. 5 del 24 marzo 2000 e dall'Accordo CSR 255/2012, si applica per i cittadini stranieri detenuti ivi compresi i detenuti in semilibertà o con forme alternative di pena.

Donne comunitarie indigenti

Accordo Stato regioni CSR 255 del 201 dicembre 2012

Assistenza ai cittadini comunitari soggiornanti indigenti, senza TEAM, senza attestazione di diritto di soggiorno, senza requisiti per l'iscrizione al SSR

“Ai cittadini comunitari non residenti, dimoranti sul territorio regionale, che autodichiarino la condizione di indigenza e non siano in possesso dei requisiti per l'iscrizione al SSR, siano sprovvisti di assicurazione sanitaria, non risultano assistiti dallo Stato di provenienza sono assicurate: le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative per malattia ed infortunio, sono estesi **i programmi di medicina preventiva e salvaguardia della salute individuale e collettiva.**

Sono in particolare garantiti:

- a) la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani;
- b) la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui diritti del fanciullo del 20



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

novembre 1989, ratificata e resa esecutiva ai sensi della legge 27 maggio 1991, n. 176;

c) le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di **campagne di** prevenzione collettiva autorizzate dalle regioni;

d) gli interventi di profilassi internazionale;

e) la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

f) cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza;

La prescrizione e la registrazione delle prestazioni nei confronti dei cittadini comunitari di cui sopra vengono effettuate con l'utilizzo di un codice regionale a sigla **ENI** (Europeo Non Iscritto).

L'Accordo dunque parifica i cittadini comunitari indigenti ed in condizioni di fragilità sociale agli extra-comunitari non in possesso di permesso di soggiorno, garantendo pertanto anche il diritto agli screening oncologici.

Per quanto riguarda i **Rom e Sinti** occorre far riferimento alla loro cittadinanza, tenendo presente che per circa la metà si tratta di cittadini italiani; per il resto hanno cittadinanza in paesi dell'Unione (Bulgaria, Romania, Spagna) o in paesi dell'est Europa non comunitari (Albania, Serbia ecc).

Pertanto la normativa di riferimento è quella succitata.

b) Contributo per l'individuazione delle modalità operative efficaci e culturalmente competenti per favorire l'accesso agli screening oncologici femminili

La salute della donna immigrata e l'assistenza materno-infantile, particolarmente per le non residenti rappresentano le aree più critiche con evidenti diseguaglianze nel percorso nascita.

L'elevato ricorso all'IVG per le donne immigrate (doppio rispetto alle italiane) dimostra che le problematiche legate alla migrazione e le condizioni socio-economiche si ripercuotono negativamente e in modo conflittuale sulla scelta della maternità, e sembra esserci una minore



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

consapevolezza nella gestione della salute sessuale e riproduttiva. Le disuguaglianze nella salute delle donne immigrate sono documentate anche in indagini internazionali¹³.

I dati di mortalità mostrano che, analogamente alle italiane, la prima causa di morte per le immigrate è rappresentata dai tumori e, tra questi al primo posto la mammella (16%); nell'insieme i tumori della mammella, del colon retto e della cervice uterina (questi ultimi rispettivamente il 7% e il 6%) rappresentano circa il 30% dei tumori causa di morte nelle immigrate¹⁴.

Inoltre, da anni, alcuni studi puntuali quali-quantitativi condotti in alcune ASL/Regioni in Italia suggeriscono una minore estensione, copertura ed adesione allo screening cervicale da parte delle immigrate¹⁵.

Per quanto riguarda nello specifico lo screening per il tumore alla cervice, in Italia i programmi organizzati di screening cervicale sono stati introdotti su scala nazionale a partire dal 1996 (Pap test proposto ogni 3 anni nella fascia di popolazione tra i 25 e i 64 anni) raggiungendo nel 2010 una estensione reale media dei programmi pari al 65%, con un rilevante gradiente Nord-Sud. Rimane inoltre insufficiente l'adesione, che, se su scala nazionale si assesta intorno al 40 per cento, presenta una notevole riduzione nelle regioni del Sud Italia¹⁶.

Fondamentale per i programmi organizzati di screening è garantire a tutte le persone a cui si rivolgono l'equità nell'accesso: oggi in Italia vengono eseguiti ogni anno circa 3,5 milioni di Pap test, tuttavia la distribuzione dei test non è omogenea e una consistente parte della popolazione femminile non accede alla diagnosi precoce. Le donne immigrate risultano svantaggiate avendo una minore copertura, aderiscono in percentuale minore rispetto alle italiane e hanno un maggiore

¹³ Bollini P, Pampallona S, Wanner P, Kupelnick B. *Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature*. Social Science & Medicine 68, 2008.

¹⁴ Fonte: Istat, Bruzzone e Mignolli.

¹⁵ Survey GISCI sulle migranti nei programmi di screening cervicale, 2014.

¹⁶ Fonte: *Decimo Rapporto Osservatorio Nazionale Screening (ONS)*, Epidemiol Prev 2012; 36 (6) Suppl.1: 1-96 .



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

rischio di patologia. Si tratta pertanto di fare in modo che il servizio sanitario pubblico **tenga conto delle criticità rilevate già in numerosi studi¹⁷ ed implementi sistematicamente azioni per abbattere le barriere di accesso per le popolazioni oggettivamente più a rischio.**

c) Implementazione di pratiche di offerta attiva (mediazione linguistico-culturale, materiale plurilingue a d hoc , formazione pertinente degli operatori e revisione modello organizzativo di offerta dello screening)

Azioni realizzate al fine di individuare modalità operative efficaci e culturalmente competenti per favorire l'accesso agli screening oncologici femminili

L'ODS ha realizzato le seguenti attività:

1. Indagine sulla mediazione interculturale nei Servizi Sanitari della Regione Marche (DOCUMENTO 1), finalizzata a conoscere l'impiego della mediazione interculturale presso i servizi del SSR Marche ed il grado di cultura dei mediatori e dei committenti la mediazione, considerato che questa rappresenta uno strumento indispensabile per la riduzione delle disuguaglianze nella salute degli immigrati.
2. Documento condiviso sul corretto impiego del “Dispositivo della mediazione interculturale” (DOCUMENTO 2), redatto a seguito dell'esito dell'indagine, al fine di costruire un “linguaggio comune” sulla questione.
3. Intervista telefonica guidata ad operatori dei Consultori principali (punto di vista degli operatori) finalizzata a conoscere le principali criticità nell'accesso allo screening oncologico da parte delle donne immigrate secondo il punto di vista degli operatori dei Consultori Familiari (DOCUMENTO 3).

¹⁷ *Inequalities of access to cancer screening: a literature review*, Lai Fong Chiu, Cancer Screening Series, No 1, December 2003.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

4. Corso di formazione/azione a mediatrici interculturali (testimonianze e punto di vista privilegiato) (DOCUMENTO 4).
5. Focus group con operatori dei CF, mediatrici interculturali e operatori dei Consultori Familiari (DOCUMENTO 5).
6. Georeferenziazione Consultori Familiari / donne immigrate della regione Marche, per avere l'informazione sulla presenza delle immigrate per cittadinanza relativamente allo stimato bacino di utenza di ciascun consultorio familiare principale. Tale informazione permette di informare gli operatori riguardo alla presenza (numerosità e provenienza) delle immigrate potenziali utenti del Consultorio Familiare. Si è rilevato infatti che le donne di alcune comunità, pur essendo numerose non utilizzano i servizi del Consultorio, il che rende necessario intraprendere specifiche azioni di promozione dei servizi consultoriali (DOCUMENTO 6).

È stata pertanto effettuata una **ricognizione delle sedi consultoriali** della Regione con offerta di screening ed individuato la cittadinanza delle donne immigrate femminili probabili utenti di ciascun consultorio utilizzando come **griglia territoriale quella dei Sistemi locali del Lavoro** – Istat.

Conclusioni e suggerimenti

Lo studio delle diseguaglianze nella salute necessita di un approccio complesso che tenga conto delle evidenze epidemiologiche, della valutazione della risposta dei servizi, del punto di vista degli operatori dei servizi e di “testimoni privilegiati” e degli stessi utenti target.

L'ODS pratica da anni tale approccio - metodologia PAR/L (Participatory Action Research and Learning) - che si fonda su: le evidenze scientifiche ed epidemiologiche e le conoscenze dei professionisti, la conoscenza del contesto socio-culturale in cui si inserisce l'intervento, le regole della comunicazione interculturale in materia sanitaria, l'apporto professionale delle mediatrici interculturali (codici culturali diversi, direttamente connessi al corpo, alla salute, all'immaginario femminile), il contributo delle donne immigrate nella loro esperienza di salute/malattia/uso/conoscenza dei servizi. Tale metodologia ormai consolidata anche a livello

15



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

internazionale consente, attraverso i vari punti di vista, di comprendere le cause delle disuguaglianze in salute e di individuare insieme ai gruppi target, alle mediatrici interculturali e agli operatori del SSR soluzioni efficaci¹⁸.

Nello specifico dell'accesso allo screening oncologico da parte delle donne immigrate sono disponibili ricerche internazionali e nazionali che evidenziano che l'esito dei programmi di screening è collegato a vari fattori schematizzabili in macrocategorie quali: il grado di cittadinanza (normative sull'immigrazione, inclusione sociale, anni di permanenza...), la condizione socio-economica (reddito, reti relazionali...), il livello di istruzione e di *health literacy*, che si incrociano in vario modo con le credenze e le opinioni “personali” (cultura).

Le attività svolte dall'ODS nell'ambito del progetto hanno consentito di individuare le seguenti principali misure di contrasto per ridurre le barriere nell'accesso allo screening:

1) impiegare stabilmente qualificati servizi di mediazione interculturale.

Sia gli operatori che le donne immigrate giudicano indispensabile la presenza regolare nel consultorio di un servizio di mediazione interculturale strutturato, che utilizzi équipes di mediatori professionisti, specializzati nel settore della sanità, continuamente aggiornati e sottoposti a valutazione e feedback;

L'impiego corretto e sistematico del “dispositivo” della mediazione interculturale consente di migliorare la comunicazione con le donne immigrate, di far crescere nei servizi la “competenza culturale”;

¹⁸ È stata utilizzata dall'Osservatorio Disuguaglianze Marche per la realizzazione del video plurilingue di educazione sanitaria relativo al percorso nascita e alla prevenzione dell'IVG diffuso ai punti nascita e ai consultori della regione nell'ambito del Progetto regionale “Promozione della salute materno infantile della popolazione immigrata nella regione Marche (dal 2005 e obiettivo di PSR 2007-2009).



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze nella salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

2) migliorare l'informazione alle donne.

Occorre mettere a disposizione dei consultori familiari una serie di supporti informativi multilingue (lettera di invito tradotta, brochure e stampati di sensibilizzazione e informazione, video sulla prevenzione, sulle modalità di effettuazione dei test, ecc.);

3) migliorare le competenze relazionali ed interculturali degli operatori e dei servizi.

Per migliorare le competenze relazionali ed interculturali è necessario prevedere la realizzazione di corsi brevi e continui di formazione sulla comunicazione interculturale per gli operatori dei consultori e i mediatori (peer education, formazione congiunta). Nel corso dei Focus Groups è emerso infatti che il compito degli operatori sarebbe sensibilmente agevolato dalla conoscenza delle culture, dei codici di comportamento, dell'organizzazione sociale, dei sistemi sanitari, dei paesi di provenienza delle principali comunità presenti nei territori di competenza;

4) favorire l'empowerment delle donne immigrate.

L'organizzazione di incontri fra gli operatori dei consultori e le diverse comunità con il supporto delle mediatrici è una misura ritenuta particolarmente efficace nella relazione con le comunità nelle quali le donne vivono una condizione di forte isolamento sociale e nella realizzazione di una vera “offerta attiva”;

5) coinvolgere più professionisti sanitari nell'offerta dello screening (azioni trasversali).

È emersa l'importanza di coinvolgere nella promozione dello screening più soggetti (MMG, punti nascita, punti vaccinali, farmacie, scuole, associazioni, mediatrici interculturali ecc);

6) migliorare l'organizzazione dei servizi e dell'offerta.

È importante allargare “il canale di accesso”, pianificare e realizzare un'offerta attiva, punti di prelievo con una congrua distribuzione geografica, orari consoni alle donne madri e/o lavoratrici e alle più svantaggiate dal punto di vista sociale come le STP/ENI e alle “domiciliate”;

7) migliorare il sistema di sorveglianza.

Sul piano informativo epidemiologico risulta urgente che la Regione Marche si doti di un sistema informativo in grado di rilevare sistematicamente la cittadinanza delle donne al fine di poter realizzare il sistema di sorveglianza anche su questo gruppo di donne.



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

Criticità

Le principali criticità rilevate sono legate ad alcuni aspetti “tecnici” e ad aspetti di “policy”.

Gli **aspetti tecnici** sono relativi ai limiti dell'estensione e alla qualità dei programmi organizzati di screening implementati nelle varie Regioni, nonché alle caratteristiche della popolazione immigrata.

Per quanto riguarda l'estensione si rende necessaria una valutazione sulla qualità delle fonti utilizzate per l'individuazione della “popolazione obiettivo” nei vari territori.

Va inoltre tenuto presente che per la popolazione immigrata vi sono problemi a stimare la popolazione target e a raggiungerla con la tradizionale lettera di invito per le motivazioni descritte ed una proporzione non irrilevante delle donne aventi diritto non fanno la scelta del MMG (stima del 20-30 per cento) mentre una proporzione, modesta, non risulta visibile in quanto non residente (STP/ENI).

Inoltre l'assenza di un sistema informatizzato unico sul territorio nazionale per il sistema di sorveglianza screening rende necessaria una verifica della rintracciabilità della donna immigrata nei sistemi utilizzati nei vari territori e una validazione della metodologia di calcolo degli indicatori. In particolare si segnala che il sistema informativo della Regione Marche non consente di rilevare la variabile cittadinanza, indispensabile per il calcolo degli indicatori di estensione, copertura, adesione.

D'altra parte per il sistema di sorveglianza da più parti si fa riferimento al sistema PASSI in cui la popolazione di studio è costituita dalle persone di età compresa tra 18 e 69 anni iscritte nelle liste delle anagrafi sanitarie, aggiornate al 1 gennaio dell'anno di rilevazione. I Criteri di inclusione nella sorveglianza PASSI sono: la residenza nel territorio della Asl e la disponibilità di un recapito telefonico. I criteri di esclusione sono la non conoscenza della lingua italiana (per gli stranieri), l'impossibilità di sostenere un'intervista (ad esempio, per gravi disabilità), il ricovero ospedaliero o l'istituzionalizzazione durante il periodo dell'indagine. Questi aspetti costituiscono dei limiti tecnici per il sistema di sorveglianza, particolarmente se si vuole studiare la popolazione



Progetto CCM 2012 “ Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

straniera/immigrata. Per tali caratteristiche riteniamo più appropriato utilizzare un solido flusso informativo corrente che utilizzi il criterio delle cittadinanza per il confronto tra le due popolazioni, italiane e immigrate.

Sul piano informativo si rilevano anche i limiti dei Registri tumori che ad oggi coprono appena la metà della popolazione residente in Italia.

Pertanto è evidente che è necessario costruire un sistema di valutazione con il coinvolgimento del Ministero della Salute, dell'ONS, del Comitato di monitoraggio dei LEA, dei decisori dei SSR.

Gli aspetti di “**policy**” riguardano la irrilevanza fino ad ora nei fatti attribuita dai Sistemi Sanitari Regionali alla lettura dei problemi di salute e alle disuguaglianze nell'accesso ai servizi da parte della popolazione immigrata nel paese ospite, il che denuncia una insufficiente, o discontinua, attenzione alla loro integrazione nei percorsi di salute e non solo.

Ad oggi l'assenza nei servizi sanitari dell'intera regione Marche dell'impiego stabile di servizi di mediazione interculturale, con un peggioramento rispetto al decennio 2003-2013 in cui l'AV2 si era dotata di uno stabile **Servizio di mediazione interculturale specializzato in sanità** e operante particolarmente nei Consultori familiari, rende urgente un intervento attivo da parte dei decisori per riprendere tale attività ed un impegno per la sensibilizzazione degli stessi anche da parte dell'ODS e per attuare percorsi di sensibilizzazione/formazione interculturale dei committenti (Direttori di Area Vasta, Direttori di Distretto ecc.) per un impiego sistematico, competente ed appropriato della mediazione interculturale.

Dr.ssa Patrizia Carletti

Responsabile scientifica del Progetto



La mediazione interculturale. Un'indagine nella regione Marche

Policy brief - Riassunto dei risultati ad uso dei decisori pubblici e delle parti interessate

A cura di Alba Angelucci*, Eduardo Barberis*, Patrizia Carletti\$, Giuseppe Frustaci*

*Università degli Studi di Urbino, Dipartimento di Economia, Società, Politica

\$ Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute, ARS Marche

Indagine regionale: La mediazione interculturale nella regione Marche

Il progetto MIR è una ricerca condotta nel corso del 2013 dal Dipartimento di Economia, Società, Politica (DESP) dell'Università di Urbino Carlo Bo in collaborazione con l'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute dell'ARS Marche, con l'obiettivo di:

- analizzare le **caratteristiche dei mediatori interculturali** e dell'offerta di mediazione nelle Marche;
- analizzare la domanda di mediazione da parte dei servizi pubblici e l'implementazione del "dispositivo della mediazione interculturale";
- suggerire strategie per il miglioramento delle indicazioni normative e operative sulla mediazione nelle Marche.

Il progetto è stato coordinato da Fatima Farina con la collaborazione scientifica di Angela Genova ed Eduardo Barberis.

Si ringrazia per il contributo scientifico la dr.ssa Patrizia Carletti (Osservatorio Diseguaglianze nella salute, Regione Marche)

I risultati

A) Chi sono i mediatori interculturali che lavorano nelle Marche?

Dato di ricerca: I mediatori interculturali che operano nelle Marche hanno un profilo diversificato, in cui **sotto la stessa etichetta convivono più figure:**

- mediatori linguistico-culturali **di origine straniera** con una discreta esperienza e competenza; **volontari** in funzione di affiancamento ma con competenze circoscritte;
- **italiani** "autoctoni" con un ruolo prevalente di facilitazione, di sportello e di accompagnamento/orientamento, che, non sempre svolgono una funzione effettivamente "terza" e non hanno le necessarie competenze linguistico-culturali per la mediazione, né il riconoscimento delle parti come facilitatori della comunicazione;
- mediatori con **diversi livelli di competenze** acquisite in modo formale, non formale e informale

Suggerimenti per i decisori: **Amministrazioni, enti ed organizzazioni** che reclutano mediatori dovrebbero avere **più chiara la funzione della mediazione interculturale ed essere più attenti**



La mediazione interculturale. Un'indagine nella regione Marche

ai meccanismi di selezione, in modo da **(1) avere i mediatori con le competenze appropriate in base alle necessità per cui vengono reclutati** (serve prevalentemente facilitazione linguistica? Interpretariato? Un operatore di sportello con competenze linguistico-culturali sensibili alla diversità? Una figura presente nella relazione tra operatori italiani e utenti stranieri per facilitare la comprensione reciproca?); **(2) valorizzare ed utilizzare le diverse competenze ed esperienze presenti nel territorio locale, anche al fine di creare reti**; **(3) non usare il volontariato come sostitutivo del lavoro retribuito qualificato**; **(4) facilitare la formazione e il miglioramento delle competenze settoriali e specifiche per i mediatori già reclutati.**

Per queste finalità, sono opportune anche **azioni di sistema** che volgano **(5) alla validazione e certificazione delle competenze**; **(6) alla definizione dei meccanismi di aggiornamento e di specializzazione** (sanità, giustizia, istruzione, prima accoglienza ecc); **(7) alla migliore definizione dei diversi profili professionali**; **(8) alla implementazione del dispositivo della mediazione interculturale**

B) Quali condizioni organizzative i mediatori incontrano?

Dato di ricerca: Le forme contrattuali, i meccanismi di reclutamento, le ore di impiego e la retribuzione oraria spesso **non permettono una stabilizzazione e professionalizzazione dei mediatori**. Questo, può comportare **(1) una situazione di “continuità della precarietà”** – che però purtroppo accomuna diverse professioni “sociali” e per alcuni aspetti pare inevitabile (si pensi alla mediazione per gruppi linguistico-culturali di piccole dimensioni, con una necessità episodica di interventi); **(2) soprattutto, rischi di frammentazione nella qualità della mediazione:** basti pensare che mediatori privi di formazione specifica adeguata (e con competenze ritenute più limitate) operano con retribuzione e riconoscimento pubblico pari a quella di mediatori formati.

La maggior parte dei mediatori – specie in alcuni settori e in alcune aree territoriali – operano in modo individuale e discrezionale, **senza alcuna organizzazione alle spalle e senza una buona formalizzazione dei rapporti con enti e istituzioni**. Questo comporta una **peggiore mediazione:** più precaria (minor potere contrattuale), meno competente ed efficace (mancano il confronto con altri mediatori, il lavoro in équipe con gli operatori e la possibilità dell'aggiornamento professionale). La questione si deve porre anche in ottica del superamento della frammentazione territoriale policentrica delle Marche, che rende difficile fare “massa critica” a livello locale.

Suggerimenti per i decisori: **(1) il ricorso al reclutamento di mediatori singoli con contratti spot andrebbe evitato**, perché non permette la produzione di interventi di mediazione efficaci; questo non deve però produrre un atteggiamento punitivo nei confronti del singolo mediatore, per cui **(2) è necessario favorire e valorizzare iniziative associative fra mediatori**, che permettano di formulare una offerta organizzata ed articolata del Servizio di mediazione, un confronto fra mediatori, maggiore continuità operativa ed aggiornamento professionale. Tale aspetto può procedere su due piani: **(2.a.) la costruzione “spontanea” di una rete associativa**, anche nella forma della “associazione di associazioni” con funzione di *lobby*, informazione, auto-mutuo-aiuto, tutela ed aggiornamento professionale, consulenza per la formazione professionale; **(2.b.) l'accreditamento dei fornitori di mediazione interculturale, evitando velleitari albi locali** di difficile gestione e aggiornamento, ma promuovendo un'azione di sistema regionale.



La mediazione interculturale. Un'indagine nella regione Marche

C) Quali condizioni lavorative i mediatori incontrano?

Dato di ricerca: nella maggior parte dei casi **non esistono protocolli di intervento chiari**. L'attenzione è centrata sul mediatore singolo più che sul **dispositivo di mediazione**: cioè, c'è poca attenzione alla definizione di compiti, presa in carico, ruoli e collaborazioni con gli operatori dei servizi e del territorio (ivi compresa la **formazione congiunta** che aiuterebbe la crescita interculturale di tutti). Questo crea problemi al **riconoscimento della figura del mediatore** e comporta l'uso degli stessi per **mansioni improprie** (richieste incongrue; uso minimale per il solo interpretariato; uso eccessivo con la totale delega dell'utente). La **committenza** molto spesso **non** sembra avere **idee chiare** sui compiti dei mediatori e sulla funzione e potenzialità della mediazione. Questo porta a situazioni molto diversificate, con una netta **polarizzazione fra mediatori (e servizi di mediazione) organizzati (pochi) e disorganizzati (molti)** che offrono servizi di qualità sensibilmente diversa.

Tuttavia, **esperienze positive esistono** e mostrano che un **dispositivo ben organizzato è più vantaggioso** per la **soddisfazione** delle parti in causa e plausibilmente più **efficace** anche per l'utenza; la disponibilità alla collaborazione è inoltre espressa dagli operatori interessati, ma le possibilità di successo sono limitate da **una bassa priorità data al tema da parte dei decisori di medio livello**.

Suggerimenti per i decisori: **la mediazione non è solo il mediatore**. Il mediatore deve essere parte di un dispositivo di mediazione cui in cui intervengono gli operatori dei servizi per la costruzione di interventi condivisi al fine di garantire pari opportunità agli immigrati. C'è una **difficoltà della committenza** a chiarire i propri bisogni e formalizzarli in interventi conseguenti, incluso l'impiego stabile di servizi di mediazione. Per questo è opportuno: **(1)** favorire la **formazione interculturale di tutti gli operatori**, perché questo **aumenta l'efficacia e riduce i costi** per l'amministrazione (dispositivi di mediazione efficaci possono portare ad una minore cronicizzazione e gravità dei problemi delle minoranze, e migliorare il risk management); **(2)** favorire la **formazione congiunta mediatori/operatori**; **(3)** l'intervento del mediatore deve essere esito di una **programmazione co-costruita** con organizzazioni esperte di mediazione; **(4)** il dispositivo di mediazione nel suo complesso (con l'intervento delle diverse figure professionali, non solo del mediatore), deve essere supervisionato, monitorato, valutato e **discusso a fini di miglioramento**; **(5)** il mediatore deve essere inserito a tutti gli effetti nelle **équipe** interprofessionali; **(6)** la presenza della mediazione deve essere adeguatamente promossa e pubblicizzata per renderla **attivabile in base ai bisogni** dell'utenza.

D) Quali fabbisogni formativi i mediatori hanno?

Dato di ricerca: I fabbisogni formativi – sia di base sia specialistici – sono ampi e articolati. Sembra essere necessario un **doppio binario**: **(1) formazione di base per chi non l'ha ancora effettuata**; **(2) formazione specialistica**, aggiornamento e didattica **esperienziale** per gli operatori già formati. La valutazione della formazione e delle competenze sembra indicare che le attività fino ad oggi fatte **non hanno ricadute pratiche**.

Suggerimenti per i decisori: E' necessario **(1)** un **monitoraggio** più attento **della formazione**, della sua rilevanza, della sua **qualità**, con particolare attenzione alla **competenza dei formatori e agli stage/tirocini**. La formazione, specie iniziale, deve fornire **(2)** più **abilità nella comunicazione**



La mediazione interculturale. Un'indagine nella regione Marche

linguistica e culturale, competenze pratiche, strumenti per l'aggiornamento professionale continuo; competenze **imprenditoriali, progettuali e di lavoro di gruppo** per fornire strumenti utili alla continuità operativa aggregata.

Presentazione dell'indagine al Seminario Regionale, Ancona 6 dicembre 2013 "La mediazione interculturale: un'indagine nella Regione Marche" - <http://ods.ars.marche.it>



Indicazioni per il corretto impiego della Mediazione interculturale

Background

La mediazione interculturale è uno strumento potente per facilitare la comunicazione e la relazione fra istituzioni e servizi della società ospitante e persone migranti, al fine di favorirne l'inclusione, per prevenire/gestire malintesi e conflitti che inevitabilmente insorgono tra i diversi componenti di una società multiculturale e per il processo interculturale.

In Italia, nonostante storiche e positive esperienze riconosciute e censite fin dalla fine degli anni '80, la mediazione interculturale oggi è scarsamente utilizzata e non è utilizzata *in modo appropriato* nei vari servizi di base come auspicato in numerosi documenti nazionali.

Le cause di ciò sono molteplici e complesse, tra cui:

- l'assenza di una *governance* complessiva dell'immigrazione, fenomeno costantemente gestito in emergenza ed in un'ottica di sicurezza e contenimento piuttosto che come processo *inesorabilmente* interculturale,
- la mancanza della “cultura della mediazione” da parte degli enti “committenti” ed il conseguente scarso investimento nella mediazione interculturale,
- la scarsa conoscenza da parte degli operatori dei servizi della *funzione della mediazione interculturale* come strumento per migliorare l'efficacia e l'efficienza del servizio stesso e per ridurre rischi professionali e conflittualità,
- l'impiego sporadico di singoli mediatori in contesti progettuali di breve respiro, sia a livello nazionale che locale,
- la carenza di mediatori interculturali con una formazione adeguata,
- la persistente confusione tra il mediatore interculturale e altre figure professionali contingue¹

¹ Mediatore/operatore di sportello (livello informativo), mediazione a due (utente – servizio), mediatore linguistico (relazioni economiche, commerciali, politiche, turistiche...), operatore sociale, interprete, animatore socio-culturale, mediatore sociale/di comunità, volontari che assistono a titolo gratuito gli immigrati nel godimento dei diritti di cittadinanza e nell'accesso ai servizi pubblici, intermediari italiani e stranieri che prestano il loro servizio a pagamento a carico degli immigrati. Tutte queste figure non devono essere confuse con quella del mediatore

- la mancanza di indicazioni normative nazionali definitive sull'impiego della mediazione interculturale nei servizi di base
- la mancanza di indicazioni sulle modalità di offerta della mediazione, sulle modalità di ingaggio dei mediatori, l'assenza di un quadro "contrattuale e di tutela" dei mediatori con conseguente mancata professionalizzazione degli stessi

Finalità della mediazione interculturale²

La mediazione interculturale in Italia nasce e si diffonde negli anni '90 come **pratica spontanea prodotta dal basso**, ad opera di membri, immigrati e italiani, di associazioni per "dare voci a più voci".

Si colloca nel processo inter-culturale³ che è il modello italiano di integrazione per:

- 1) favorire i processi di cittadinanza - pari opportunità -, la fruizione dei diritti da parte degli immigrati, affinché diventino *capaci* di accedere alle risorse disponibili, al pari degli autoctoni, per risolvere i propri problemi e per raggiungere la maggiore autonomia possibile nel difendere le proprie posizioni e i propri diritti;
- 2) favorire in particolare la comunicazione fra istituzioni e operatori dei servizi di base, quali quelli sanitari, e utenti migranti dall'altra, al fine di garantire "pari opportunità" nell'accesso al diritto alla salute sancito dalla nostra Costituzione;
- 3) favorire la comunicazione, il **dialogo**, l'**interscambio**, la conoscenza reciproca (culture, valori di riferimento, tradizioni, bisogni, diritto, modelli sociali, funzionamento dei servizi), raccogliere i bisogni e contribuire a cercare risposte nella **dimensione collettiva e, quindi, la crescita interculturale della collettività**;
- 4) promuovere la cultura di origine degli immigrati.

A ben vedere, le molteplici esperienze di mediazione interculturale, le normative nazionali e regionali, le azioni degli enti locali, la ricerca e la letteratura in argomento, pur nella estrema difformità di denominazioni, si richiamano a **tre principi generali**⁴:

interculturale, anche se alcune delle attività citate possono essere svolte collateralmente dal mediatore interculturale.

² **TERMINOLOGIA** - La L. 40798 e il D.lgs 286/89, il DPR 394/99 parlano di mediatori culturali e di mediatori interculturali senza specificarne le differenze. Tenendo conto dei numerosi documenti esistenti (confronti tra esperti, letteratura scientifica, indicazioni normative tra cui quella della CSR 09/030/CR/C9) oggi si utilizza la dizione di "**mediatore interculturale**", terminologia affermata in questi ultimi anni, anche per sottolineare la via italiana all'integrazione nella prospettiva interculturale, ovvero nella promozione del dialogo e del confronto tra le diverse culture, secondo le indicazioni formulate dall'UNESCO sin dal 1980 (UNESCO, Introduction aux études interculturelles, Paris, 1980)

³ Processo interculturale: si basa sul riconoscimento di una pluralità culturale, sul riconoscimento ed inclusione delle differenze, sulla non discriminazione, sulla costruzione di un territorio per l'incontro, per l'interazione ed il dialogo

- l'**universalità dei diritti**, da cui discende il riconoscimento delle **pari opportunità** nell'accesso ai servizi;
- il principio di **partecipazione attiva**, quale connotato essenziale della cittadinanza sociale di ogni persona;
- l'affermazione della **prospettiva interculturale**, quale via privilegiata per la conoscenza e la valorizzazione reciproca di codici culturali, valori, visioni, tradizioni, modi di stare e vedersi nel mondo etc. e per rimuovere pregiudizi, stereotipi e discriminazioni tra le persone.

La mediazione interculturale (o linguistico-culturale) si è dimostrata una risorsa utile, soprattutto a livello locale, per la **promozione delle politiche e dei processi di integrazione, del pluralismo e della coesione**.

A partire dalla finalità della mediazione interculturale si può ben capire come essa sia un **DISPOSITIVO COMPLESSO**, un **SISTEMA** di pratiche articolate flessibili, a seconda delle tipologie di "immigrati", di servizi, di contesti.

Dunque si esclude che la mediazione sia il mediatore interculturale e, viceversa, che il mediatore interculturale sia la mediazione.

Attraverso quali funzioni la mediazione raggiunge la sua finalità?

Funzioni della mediazione

1. Rimuovere gli **ostacoli linguistici e culturali** che impediscono e intralciano la comunicazione tra utenti/servizi italiani e utenti stranieri
2. Facilitare il **dialogo** tra le persone e tra le minoranze culturali e le istituzioni permettendo la reciproca comprensione
3. Favorire l'**inter-scambio** tra appartenenti a diverse storie e *culture*
4. Sostenere l'inserimento e i processi di **inclusione** della popolazione immigrata
5. Sostenere condizioni di **pari accesso e diritti per le minoranze**
6. Promuovere l'utilizzo appropriato dei **servizi**
7. Migliorare la qualità e l'efficacia dei **servizi**
8. Generare la **trasformazione** delle pratiche
9. Promuovere le azioni di **sostegno della mediazione** e i rapporti di **rete**
10. Svolgere un **ruolo propositivo** (progettazione) per la **prevenzione dei conflitti**

⁴ L. Luatti, 2010

L'intervento di mediazione interculturale, nei servizi pubblici, coinvolge l'interazione di più operatori e l'organizzazione stessa del servizio, e necessita, quindi, di un dispositivo d'intervento specifico che definisca funzioni e regole deontologiche dell'interazione.

È evidente pertanto che la mediazione non può essere svolta dal un singolo mediatore: la mediazione interculturale non è il mediatore e il mediatore deve essere un professionista – formato – che fa parte del dispositivo della mediazione interculturale.

Il dispositivo della mediazione interculturale: un insieme di risorse professionali, organizzative, comunicative, per costruire la relazione – indicazioni operative

Come è composto il DISPOSITIVO della mediazione interculturale?

1. Mediatori di lingua madre formati (formazione di base, aggiornamento continuo, specializzazione nei vari ambiti di applicazione⁵);
2. Servizio di mediazione interculturale “organizzato”:
 - un gruppo che lavora in équipe in grado di articolare differenti offerte⁶;
 - un coordinamento che organizza il lavoro del gruppo e si pone come interfaccia tra i mediatori e i servizi;
 - una attività di monitoraggio degli interventi e dei loro esiti, in grado di fornire un feedback al “committente”;
3. Operatori dei servizi “committenti” informati/formati sulla funzione, sulle finalità, sul funzionamento, le caratteristiche e le potenzialità della mediazione interculturale;
4. Accordi formali con gli enti committenti;
5. Collaborazione stabile con le équipe dei servizi “committenti”;
6. Formazione congiunta con gli operatori dei servizi “committenti” (crescita interculturale, condivisione di soluzioni...);
7. Conoscenza/esperienza da parte dei mediatori e delle agenzie che forniscono i Servizi di mediazione delle problematiche legate all’immigrazione, dei servizi pubblici locali e del territorio in cui si opera;
8. Lavoro in rete con i servizi locali presenti nel territorio;
9. Progettazione e proposizione di nuove soluzioni.

⁵ Ambiti di intervento della mediazione interculturale: servizi scolastici, della giustizia, sanitari, dell'accoglienza, sociali, della Pubblica sicurezza/Prefetture...

⁶ Informativo/orientativo, linguistico/comunicativo, sociale/culturale e relazionale

Il core della mediazione interculturale

Il core della mediazione, è la relazione con l'altro e si esplica in un triangolo comunicativo: operatore, utente, mediatore

Il mediatore deve essere capace di far sì che l'incontro tra le due parti avvenga, deve fare in modo che le due parti si raccontino e chiariscano i rispettivi punti di vista.

Occorre che si avvii un dialogo che porti al raggiungimento dell'obiettivo comune che è quello di capirsi. Il mediatore dunque è il "traduttore" del "senso" in quanto è in grado di decodificare i rispettivi codici culturali, il detto e il non detto.

Le condizioni di base perché questo avvenga sono⁷:

- nella mediazione le due parti restano gli unici attori del loro avvicinamento. Il mediatore non deve prendere il loro posto, deve suscitare la loro libertà di relazione, deve creare lo spazio, mantenendo una posizione di "terzietà", evitando quindi di schierarsi dall'una o dall'altra parte;
- il mediatore deve facilitare la **comunicazione in profondità**, essere il "catalizzatore" della relazione e l'agente del cambiamento (contribuisce alla trasformazione delle regole della comunicazione e alla costruzione di nuove regole condivise, ha un ruolo propositivo).

Questa questione ha avuto la sua soluzione teorica tramite **la definizione del profilo professionale specifico del mediatore interculturale** nel documento della Conferenza Stato-Regioni 09/030/CR/C9 (2009) "Riconoscimento della figura professionale del Mediatore interculturale":

DENOMINAZIONE

MEDIATORE INTERCULTURALE

DESCRIZIONE

Il mediatore interculturale è un operatore sociale che facilita la comunicazione tra individuo, famiglia e comunità nell'ambito delle azioni volte a promuovere e facilitare l'integrazione sociale dei cittadini immigrati. Svolge attività di mediazione e di informazione tra i cittadini immigrati e la società di accoglienza favorendo la rimozione delle barriere culturali e linguistiche, la valorizzazione della cultura di appartenenza, promuovendo la cultura dell'accoglienza, l'integrazione socio economica e la fruizione dei diritti e l'osservanza dei doveri di cittadinanza.

Il mediatore interculturale facilita l'espressione dei bisogni dell'utente da un lato e delle caratteristiche, risorse e vincoli del sistema d'offerta dall'altro, propone le prestazioni, collabora con

⁷ Bruno Ducoli

gli Enti / gli operatori dei servizi pubblici e privati affiancandoli nello svolgimento delle loro attività e partecipando alla programmazione, progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi.

Ha un'adeguata conoscenza della lingua italiana, una buona conoscenza della lingua madre o della lingua veicolare scelta ai fini della mediazione e dei codici culturali sottesi del gruppo immigrato di riferimento e dell'ambito situazionale in cui l'attività si svolge. È dotato di adeguate capacità comunicative, di relazione e di gestione dei conflitti.

RIFERIMENTI A SISTEMI DI CLASSIFICAZIONE

Classificazione Internazionale delle Professioni ISCO 88 (COM)

3460 (Professioni intermedie del lavoro sociale)

Isfol - Repertorio delle Professioni: Attività associative — Mediatore culturale

Conferenza Stato-Regioni 09/030/CR/C9 (2009)

Quanto detto fin qui rende evidente che i servizi di Interpretariato a distanza, Call Center e simili nulla hanno a che fare con la MEDIAZIONE INTERCULTURALE. Se è vero che in alcune situazioni un qualificato interpretariato telefonico può fornire un aiuto veloce per la comprensione di alcuni aspetti (si pensi ad esempio ai servizi bancari, ai servizi di fornitura utenze...), esso non può comunque sostituire la **MEDIAZIONE INTERCULTURALE**.

Principali documenti di riferimento

Documenti del CNEL “Politiche per la mediazione culturale, formazione ed impiego dei mediatori culturali” (aprile 2000), “Mediazione e mediatori culturali: indicazioni operative” (luglio 2009);

Documento Isfol (Area Politiche sociali e Pari opportunità, Gruppo di lavoro sulla mediazione culturale, aprile 2009)

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome 09/030/CR/C9 (aprile 2009) che ha prodotto il documento “Riconoscimento della figura professionale del Mediatore Interculturale”;

Documento “Indirizzi per il riconoscimento della figura del mediatore interculturale” del Gruppo Tecnico Istituzionale per la promozione della Mediazione Interculturale, coordinato dal Ministero dell'Interno (dicembre 2009)

Ministero dell'Interno, Gruppo di lavoro istituzionale sulla mediazione interculturale, “La qualifica del mediatore interculturale – Contributi per il suo inserimento nel futuro sistema nazionale di certificazione delle competenze”, (giugno 2014). (progetto cofinanziato dal Fondo Europeo per l'Integrazione di cittadini di paesi terzi 2007 – 2013. Azione 7. Annualità 2012. Capacity Building).

Bibliografia (essenziale)

- Marta Castiglioni. La mediazione linguistico-culturale. Principi, strategie, esperienze, Franco Angeli, Milano, 1997
- Massimiliano Fiorucci. La mediazione culturale. Strategie per l'incontro, Armando Roma, 2000
- Riflessioni sulla mediazione linguistico-culturale: dieci anni di esperienze in Italia, in Roberta Renzetti, Lorenzo Luatti (a cura di). Facilitare l'incontro. Il ruolo e le funzioni del mediatore linguisticoculturale, Ucodep, Arezzo, 2001
- Crinali. Professione mediatrice interculturale, un'esperienza di formazione nel settore materno-infantile, Franco Angeli. 2001

- Giovanna Bestetti (a cura di). Sguardi a confronto, mediatrici culturali, operatrici dell'area materno infantile, donne immigrate, Franco Angeli 2000
- Anna Belpiede (a cura di). Mediazione culturale. Esperienze e percorsi formativi, Utet, Torino, 2002
- Ricerca interregionale Operatore/operatrice di pace e Mediatore/Mediatrice interculturale. Anna Belpiede (a cura di) Mediatore/Mediatrice interculturale. Profilo professionale, 2008
- Graziella Favaro, Manuela Fumagalli. Capirsi diversi. Idee e pratiche di mediazione interculturale, Carocci, Roma, 2004
- Lorenzo Luatti (a cura di), Atlante della mediazione linguistico-culturale, Franco Angeli, Milano, pp. 70-81, 2006
- Claudio Baraldi, Viola Barberi, Guido Giarelli (a cura di), Immigrazione, mediazione culturale e salute, Franco Angeli, Milano, pp. 208-227. Il significato sociologico della mediazione interculturale nei servizi per la salute, 2008
- Valentina Albertini, Giulia Capitani. La mediazione linguistico-culturale. Stato dell'arte e potenzialità. Quaderni Cesvot, 2010



Progetto Regionale CCM 2012 “Individuazione delle diseguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

DOCUMENTO 3

Predisposizione di un questionario e realizzazione di una intervista telefonica ad operatori delle sedi principali dei Consultori Familiari della Regione Marche (Ancona, Pesaro, Urbino, Ascoli Piceno, Fano, Senigallia, Jesi, Fabriano, Fermo, Macerata, San Benedetto del Tronto, Civitanova Marche)

L'intervista telefonica guidata, rivolta ad operatori dei Consultori principali, era finalizzata a conoscere il **punto di vista degli operatori riguardo alle principali criticità nell'accesso allo screening oncologico da parte delle donne immigrate.**

Agli operatori dei consultori sono state rivolte le seguenti domande:

1. È previsto uno spazio dedicato per effettuare il Pap test?
2. In relazione alle donne immigrate ci sono difficoltà?
3. Di che tipo ?
4. Al consultorio viene utilizzata la mediazione interculturale ?
5. Potete fruire anche saltuariamente di mediatrici ?
6. Sapete indicarci dei nominativi di mediatrici?
7. Vengono organizzati incontri con donne immigrate?
8. Vengono utilizzati materiali in più lingue (lettera di invito, altre informazioni) ?
9. Vengono attuate strategie per migliorare l'offerta alle donne straniere e l'informazione?
10. Esiste una qualche collaborazione con associazioni del territorio per promuovere le attività del consultorio e in particolare quella dello screening?
11. Il DVD “Per la vostra salute donne del mondo” viene utilizzato?
12. Avete bisogno di un lettore DVD?

Le singole risposte sono riportate nella tabella allegata.

L'esito del questionario può essere così riassunto:

- Il 100% delle le sedi consultoriali interpellate dispone di uno spazio per effettuare il pap-test;
- 11 sedi consultoriali su 12 evidenziano difficoltà nell'accesso allo screening da parte delle donne immigrate;
- Le principali difficoltà riscontrate sono: la scarsa o nulla conoscenza della lingua italiana e la mancanza di indirizzi attendibili delle donne immigrate. Più elevato l'accesso allo screening da parte delle residenti iscritte all'anagrafe;
- Il 100% delle le sedi consultoriali interpellate non dispone attualmente del servizio di mediazione interculturale. Il 50% (6 sedi su 12) ha tuttavia utilizzato in passato il servizio di mediazione interculturale.



Progetto Regionale CCM 2012 “Individuazione delle diseguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

- Il 100% delle sedi consultoriali non fruisce neppure saltuariamente di un servizio di mediazione interculturale
- Solo 3 su 12 delle sedi interpellate è in grado di indicare nominativi di mediatrici.
- Su 12 sedi consultoriali, solo 1 organizza saltuariamente incontri con le donne immigrate
- Solo 1 sede consultoriale su 12 dispone di materiali informativi in più lingue e 2 sedi dispongono di brochures e CD. 11 consultori su 12 non dispongono di materiali comunicativi e informativi multilingue sullo screening oncologico.
- Il 100% delle sedi non ha, allo stato attuale, specifiche strategie per migliorare l’offerta alle donne straniere e l’informazione sugli screening e sui servizi consultoriali.
- 6 sedi consultoriali su 12 non hanno alcun tipo di collaborazione con associazioni del territorio per promuovere le attività del consultorio e, in particolare, quella dello screening.
- 9 sedi su 12 non utilizzano affatto o utilizzano raramente il DVD “Per la vostra salute donne del mondo”, realizzato nel 2005 dall’Osservatorio Epidemiologico sulle Diseguaglianze/ARS Marche, in partenariato con l’Associazione Senza Confini di Ancona. Il video contiene informazioni su gravidanza, parto, puerperio, cura della salute della madre e del bambino, allattamento, svezzamento, vaccinazioni, contraccezione e prevenzione dell’IVG, diritti delle donne all’assistenza sanitaria, gratuità delle prestazioni, ed è realizzato in 11 lingue (italiano, inglese, francese, spagnolo, arabo, russo, cinese, albanese, rumeno, ucraino, bengalese).



Progetto Regionale CCM 2012 “Individuazione delle diseguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

DOCUMENTO 4

Corso di formazione/azione per mediatrici interculturali in sanità (testimonianze e punto di vista privilegiato).

Nell’ottica di fornire ad un gruppo di mediatrici interculturali della Regione un aggiornamento nel settore della sanità, nel mese di aprile 2015 è stato progettato e realizzato un corso di formazione di 36 ore, con 22 ore di lezioni in aula e 14 ore di esperienza pratica presso Consultori Familiari della Regione Marche.

Le mediatrici interculturali partecipanti fanno parte della Associazione Senza Confini Onlus – Gruppo Uman.

Il corso, di cui si riporta di seguito il programma della parte teorica, ha visto la partecipazione di 16 mediatrici per le seguenti lingue e culture: araba, ucraina, latino americana, urdu, rumena, bengalese, albanese.

La parte pratica del corso di formazione si è svolta nei giorni 14, 16, 21, 23, 24 aprile, durante i Focus Group organizzati presso le sedi consultoriali di Civitanova Marche, San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno, Fabriano, Pesaro, Urbino. Le mediatrici hanno avuto modo:

- di confrontarsi con gli operatori dei consultori e con le donne immigrate;
- di applicare a problematiche e casi specifici quanto appreso durante la parte teorica del corso;
- di trasferire agli operatori i risultati del lavoro di indagine effettuato a fine corso sull’esistenza e sul funzionamento dei programmi di prevenzione nei rispettivi paesi di origine.

Docenti del Corso:

Patrizia Carletti (Responsabile scientifico del Progetto CCM 2012);

Valeria Bezzeccheri (Ginecologa);

Luana Gaetani (Ostetrica, Consultorio Familiare Area Vasta 5);

Liana Spazzafumo (ARS Marche);

Nazmie Kasmi (Coordinatrice della mediazione, Progetto CCM 2012);

Zana Dhroso (Coordinatrice della mediazione, Progetto CCM 2012).



Progetto Regionale CCM 2012 “Individuazione delle diseguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

Programma didattico della parte teorica del corso di formazione:

MARTEDÌ 7 APRILE (ORE 14,00 - 19,00)

- **Introduzione. Il progetto CCM 2012** - *Patrizia Carletti*
- **I principali problemi di salute delle donne immigrate** - *Patrizia Carletti e Liana Spazzafumo*
- **Interventi delle partecipanti al Corso**

MERCOLEDÌ 8 APRILE (ORE 14,00 - 19,00)

- **Gli screening oncologici. Il diritto alla prevenzione: la normativa attuale** - *Patrizia Carletti*
- **Cos'è lo screening oncologico, chi e perché deve farlo, quando e dove si fa** - *Luana Gaetani, Valeria Bezzeccheri*
- **Cosa succede se l'esito dell'esame è positivo** - *Luana Gaetani, Valeria Bezzeccheri*
- **Proiezione di due video**

GIOVEDÌ 9 APRILE (ORE 14,00 - 19,00)

- **Come si svolge il dispositivo mediazione nella sanità. Il codice di comportamento** - *Nazmie Kasmi e Zana Dhroso*
- **Il ruolo della mediazione interculturale nei consultori e nelle comunità per la promozione dello screening** - *Nazmie Kasmi e Zana Dhroso*

VENERDÌ 10 APRILE

ore 9,00 – 13,00

- **Focus Groups interculturali.**
- **Presentazione da parte della mediatrici di un breve report sull'eventuale esistenza e sul funzionamento di programmi di prevenzione nei rispettivi paesi** - *Coordinatrici: Nazmie Kasmi e Zana Dhroso*

ore 14,00 – 18,00

Discussione di casi e test di fine corso



Progetto Regionale CCM 2012 “Individuazione delle diseguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

DOCUMENTO 5

Organizzazione di Focus Group con operatori dei Consultori Familiari, mediatrici interculturali, donne immigrate presso alcune delle sedi consultoriali principali della Regione Marche

Al fine di: individuare azioni specifiche per aumentare l'adesione allo screening oncologico da parte delle donne immigrate; chiarire e promuovere il ruolo della mediazione interculturale; promuovere l'utilizzo dei materiali informativi disponibili; divulgare la normativa relativa all'assistenza sanitaria delle popolazioni straniere da parte delle Regioni e Province autonome (Accordo Stato-Regioni del 20/12/2012), sono stato organizzati Focus Group nelle sedi consultoriali di:

- Civitanova Marche
- San Benedetto del Tronto
- Ascoli Piceno
- Fabriano
- Pesaro
- Urbino

Protagonisti dei Focus Group – animati dalla responsabile del coordinamento operativo e dalle mediatrici del progetto - sono stati gli operatori dei consultori (responsabili, ostetriche, ginecologhe, assistenti sociali, psicologhe) e le donne immigrate dei rispettivi territori.

Dal punto di vista metodologico, si è proceduto attraverso domande aperte per ogni problematica riscontrata durante l'indagine telefonica effettuata nell'ambito del Progetto, dando la possibilità ai due principali stakeholders (le donne immigrate e gli operatori delle sedi consultoriali) di rispondere liberamente e esaurientemente.

Alle donne immigrate, con l'aiuto delle mediatrici, sono state proposte alcune semplici domande sul livello di conoscenza e di utilizzo dello screening oncologico e dei servizi consultoriali in genere.

Agli operatori dei consultori si è richiesto di indicare, anche sulla base degli esiti del questionario telefonico, le principali criticità riscontrate riguardo all'accesso allo screening oncologico da parte delle donne immigrate.

Le mediatrici, oltre a facilitare la discussione e l'interazione fra le donne immigrate e gli operatori dei consultori, erano chiamate a chiarire il ruolo e l'importanza della mediazione culturale nell'individuazione e attuazione di modalità efficaci e culturalmente competenti per favorire l'accesso allo screening e ai servizi consultoriali da parte delle donne immigrate.



Progetto Regionale CCM 2012 “Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

La sintesi critica delle informazioni e dei punti di vista rilevati ha consentito di rilevare le seguenti principali criticità:

1) Le lettere di invito a partecipare allo screening oncologico non arrivano ai/alte destinatarie perché:

- Al momento il sistema informatico del flusso screening non è in grado di aggiornare automaticamente gli indirizzi se l'immigrato cambia residenza o domicilio. Alcuni operatori aggiornano manualmente gli indirizzi, ad esempio mettendosi in contatto con le anagrafi comunali, ma si tratta di una operazione lasciata alla buona volontà degli operatori. Inoltre, nel caso delle badanti che abitano presso i loro assistiti, il nome della destinataria non compare quasi mai sulla cassetta postale o sul campanello, dove è presente solo il nome della famiglia ospitante. Spesso sulla cassetta postale o sul campanello compare solo il nome del marito e non quello della destinataria della lettera di invito.

2) Anche quando la lettera arriva a destinazione, la percentuale di donne immigrate che partecipano allo screening resta decisamente inferiore a quella delle italiane e questo per diversi motivi:

- **La scarsa conoscenza della lingua italiana**, molto più frequente in alcune comunità (ad esempio quella cinese, bengalese, marocchina, ecc.) di cui fanno parte donne che, pur essendo in Italia da molti anni, vivono un forte isolamento sociale, che non permette loro la minima integrazione.
- **La mancanza del servizio di mediazione interculturale** ha costretto i consultori a praticare “soluzioni di compromesso”, accettando, ad esempio, la presenza di familiari, amici o conoscenti che svolgono, impropriamente, il ruolo di “facilitatori” e interpreti. Gli operatori dei consultori sono tuttavia pienamente consapevoli del fatto che solo una figura professionale, culturalmente competente e soggetta al rispetto di un codice etico può garantire una comunicazione corretta ed esauriente fra paziente e operatore.
- **La non comprensione**, anche quando le donne sono in grado di parlare e capire la lingua italiana, **del concetto di prevenzione**, delle modalità con le quali si svolgono il pap test e la mammografia, nonché l'incapacità di comprendere una terminologia medica anche semplificata. Va sottolineato che in molti dei Paesi di provenienza delle immigrate lo screening (oncologico e non) non esiste o consiste in campagne di sensibilizzazione e informazione periodiche, che raggiungono comunque solo una minima parte della popolazione.



Progetto Regionale CCM 2012 “Individuazione delle diseguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute / ARS Marche

- **Resistenze di tipo culturale**, della donna e/o della sua famiglia (la paura di essere malate in contesti nei quali la malattia è stigmatizzata come una colpa ed è quindi motivo di isolamento sociale e familiare; la paura di perdere il lavoro; la difficoltà di parlare della propria intimità con un estraneo; ecc.). Queste problematiche sono, con ogni probabilità, anche la principale causa dell'elevato numero di referti positivi che non vengono ritirati dalle donne immigrate.

3) Non è attualmente disponibile materiale informativo multilingue:

I consultori non dispongono di materiali informativi multilingue quali, ad esempio, lettere di invito ad effettuare il pap test o la mammografia tradotta nelle lingue delle comunità maggiormente presenti sul loro territorio, brochure informative da allegare alla lettera e da rendere disponibili nei consultori, negli ambulatori, nei luoghi di incontro degli immigrati, DVD, ecc.

Gli operatori dei consultori hanno sottolineato, inoltre, che:

- Non è possibile risalire con certezza alla nazionalità delle donne invitate ad effettuare i test ed è pertanto difficile capire in quale lingua inserire eventuali materiali informativi.
- Poiché il budget di cui le segreterie screening dispongono per le spedizioni degli inviti è limitato e il sistema non consente di fare stampe fronte/retro, la traduzione della lettera ed eventuali allegati informativi dovranno tenere conto dello scagione di peso consentito.



Progetto Regionale CCM 2012 “Individuazione delle disuguaglianze in salute e creazione di conseguenti modelli di azioni di sorveglianza e contrasto”

Osservatorio sulle Disuguaglianze nella Salute / ARS Marche

DOCUMENTO 6

Georeferenziazione delle sedi consultoriali / Consultori Familiari

Elaborazione di mappe tematiche che descrivono la presenza delle donne immigrate nel territorio regionale

Le sedi consultoriali sono state rappresentate mediante le coordinate geografiche dei loro indirizzi, creando una mappa a simboli.

Per ciascuno dei 239 Comuni della Regione Marche è stato rilevato il numero di donne immigrate residenti per cittadinanza (Fonte: Istat, ultimo dato disponibile all'1/1/2013).

I dati sono stati successivamente elaborati in tabelle e mappe tematiche che mostrano, per Paese di provenienza, quante donne immigrate risiedono nei Comuni sedi dei principali Consultori Familiari della Regione Marche (Ancona, Jesi, Senigallia, Fano, Pesaro, Urbino, Fabriano, Civitanova Marche, Fermo, Macerata, San Benedetto del Tronto, Ascoli Piceno e Camerino) e quali sono le comunità più numerose nei rispettivi territori.

La mappatura delle presenze ha consentito inoltre di mettere in relazione la numerosità delle immigrate per cittadinanza secondo una griglia territoriale basata sui Sistemi locali del Lavoro – (Istat sui) che suddivide la Regione Marche in 26 “aree territoriali”, ciascuna sede di un Consultorio principale.

I dati consentono di giungere:

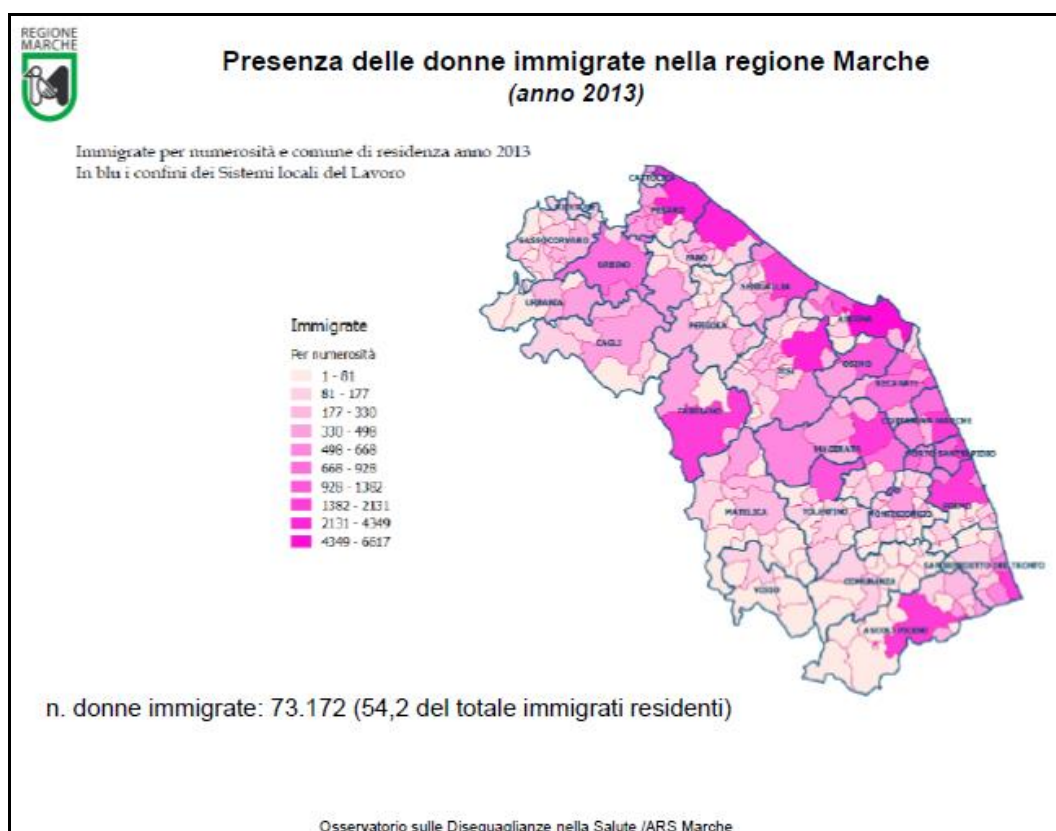
- Alla comprensione dei sistemi locali sui quali gravitano, per uso di servizi e mobilità territoriale, le donne immigrate;
- All'individuazione delle comunità numericamente più rilevanti nei diversi territori, al fine di definire modalità culturalmente competenti nell'offerta dei servizi;
- All'individuazione delle comunità che, pur essendo numericamente rilevanti, non accedono o accedono in misura limitata ai servizi consultoriali, al fine di implementare pratiche di offerta attiva ad hoc.

Consultare <http://ods.ars.marche.it/Statistiche.aspx>



Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute
ARS / Marche

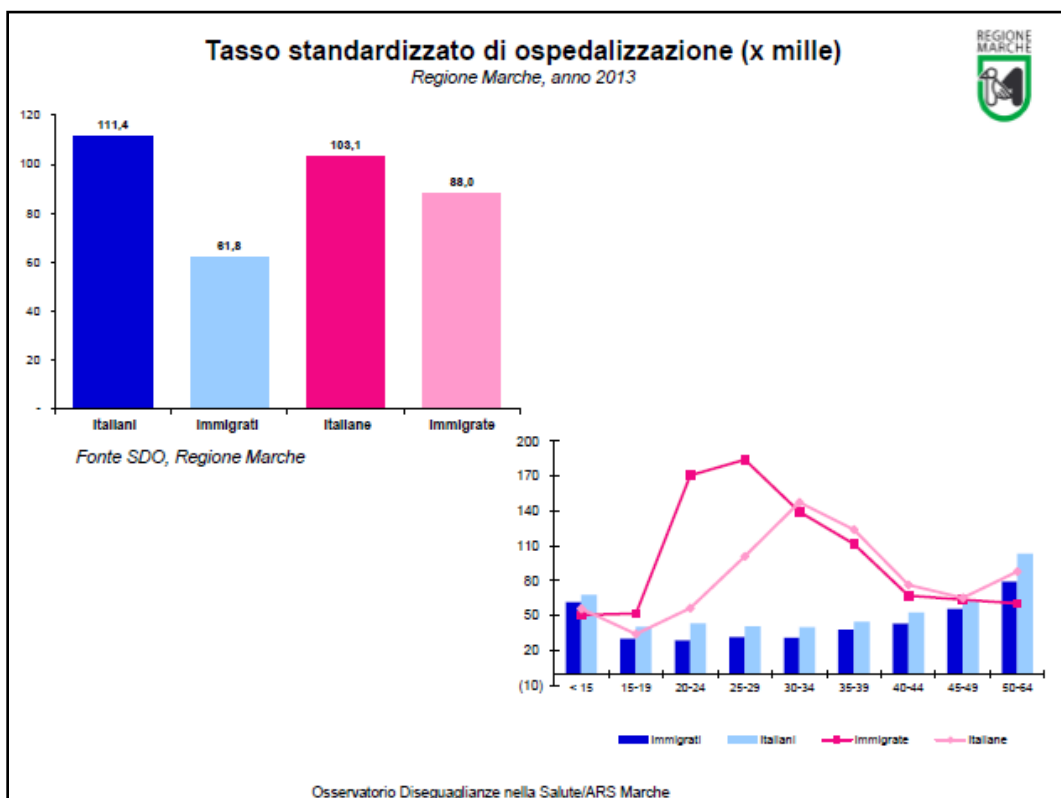
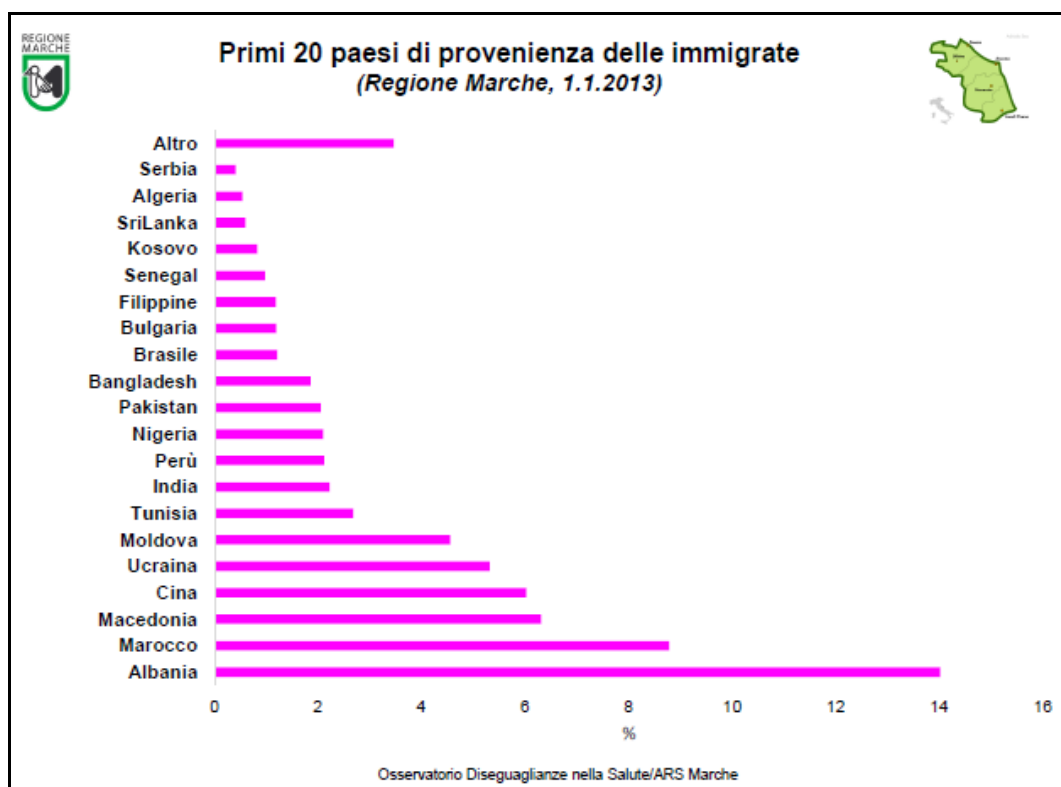
Alcune informazioni statistiche – epidemiologiche



Consulta le mappe interattive nel sito

<http://ods.ars.marche.it/StatisticheeMappetematiche.aspx>

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute /ARS Marche
Via G. da Fabriano 3 – 60125 Ancona, Italia
Tel +39 0718064103 Fax +39 0718064056
<http://ods.ars.marche.it>

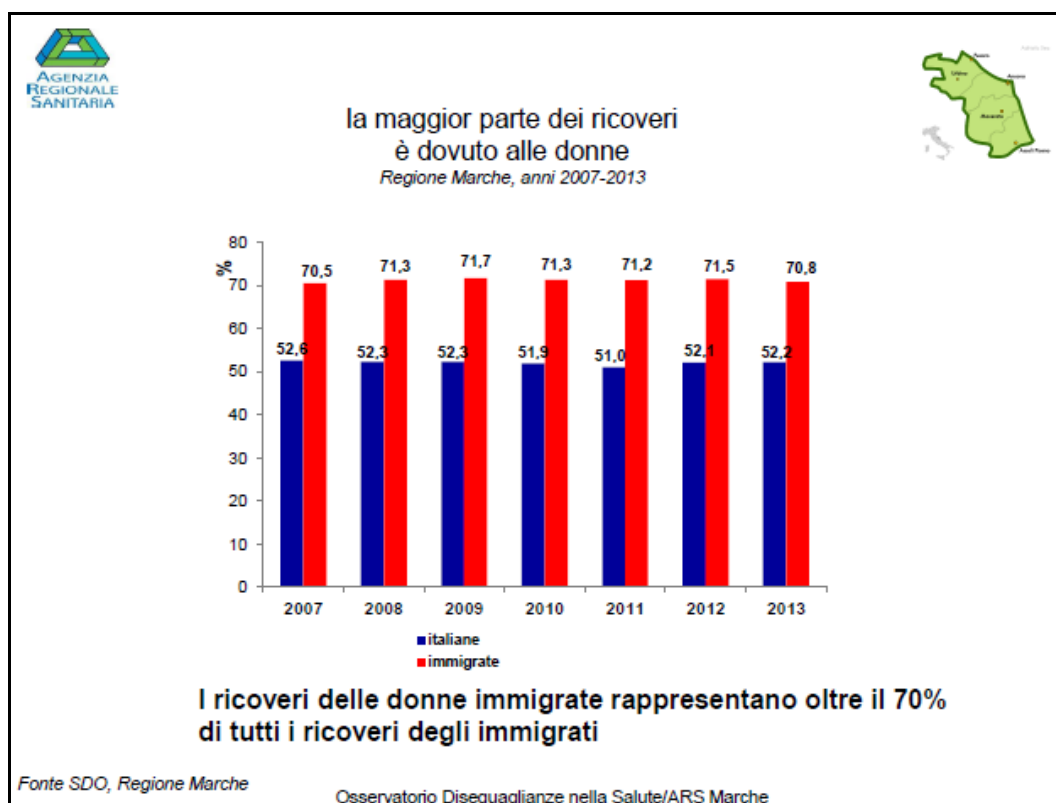
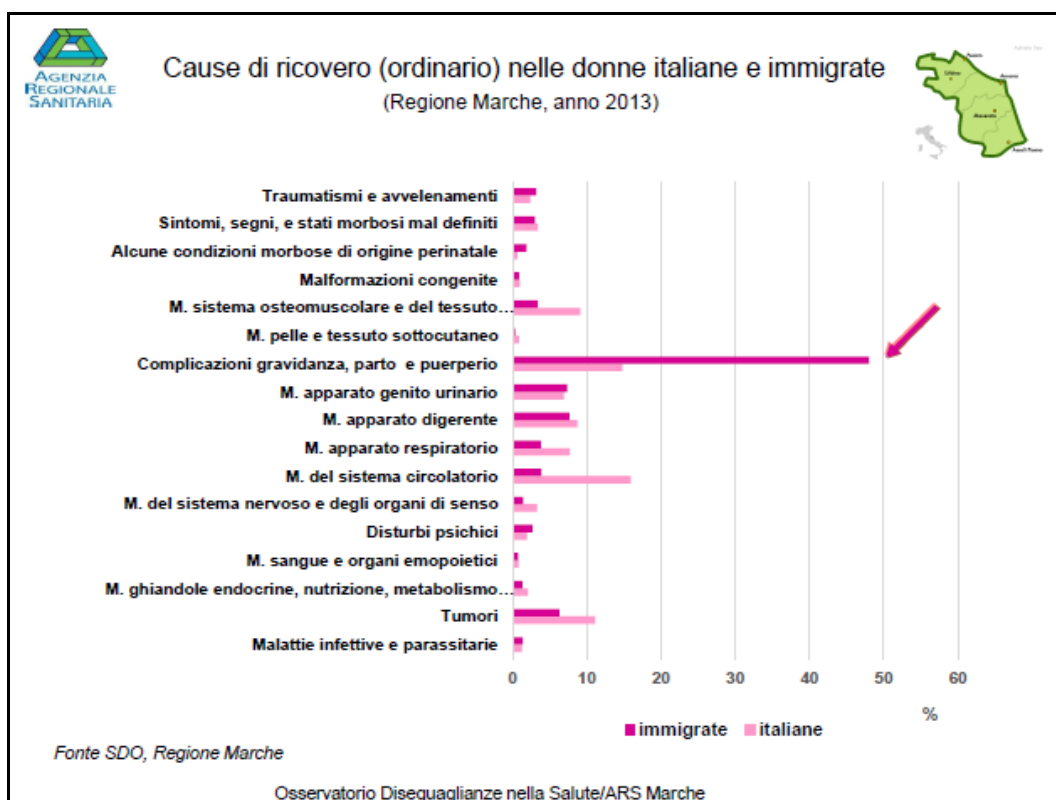


Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute /ARS Marche

Via G. da Fabriano 3 – 60125 Ancona, Italia

Tel +39 0718064103 Fax +39 0718064056

<http://ods.ars.marche.it>

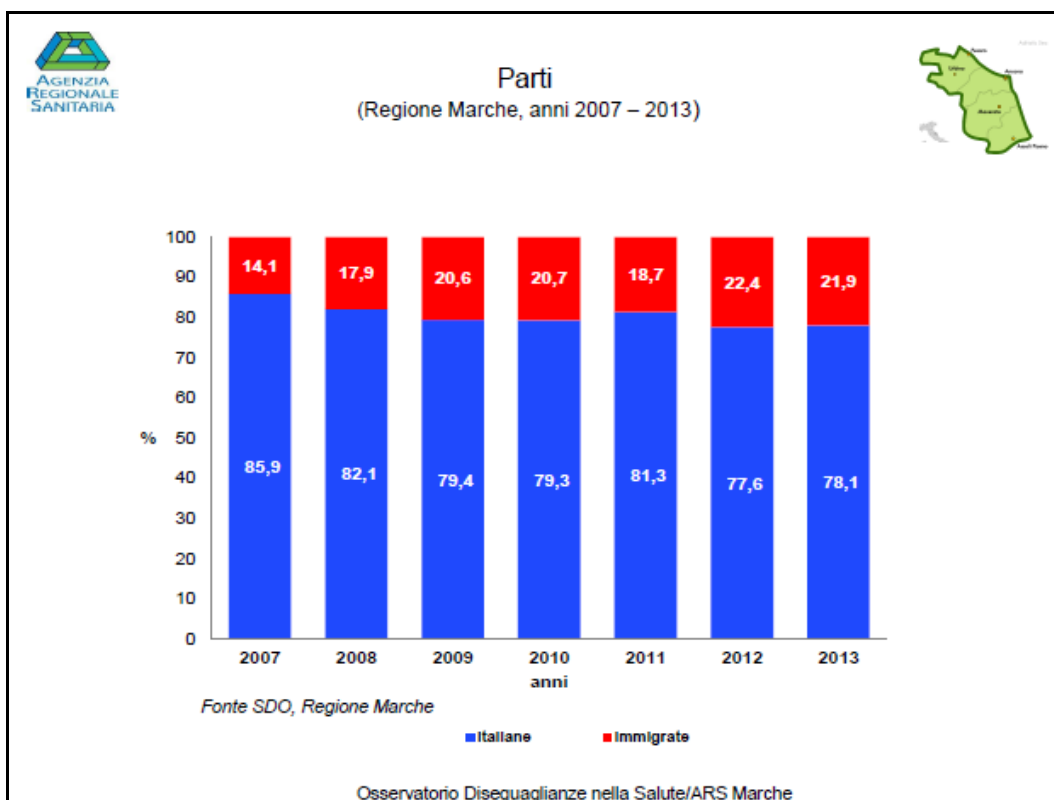
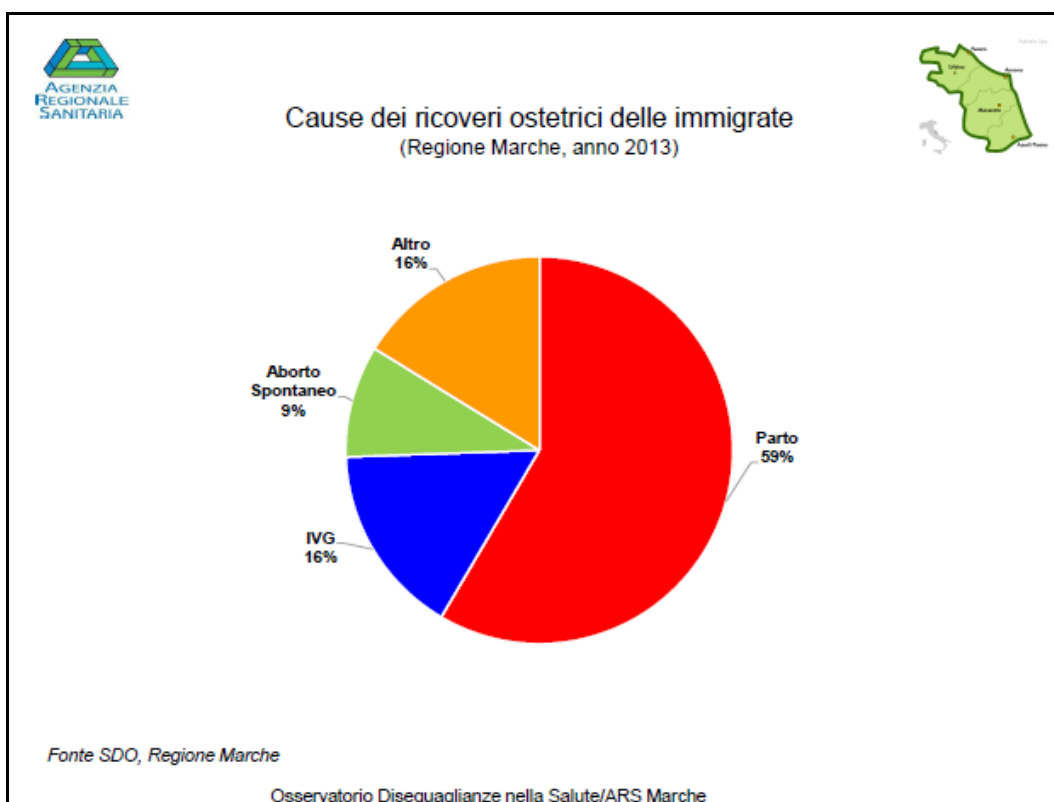


Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute /ARS Marche

Via G. da Fabriano 3 – 60125 Ancona, Italia

Tel +39 0718064103 Fax +39 0718064056

<http://ods.ars.marche.it>



Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute /ARS Marche

Via G. da Fabriano 3 – 60125 Ancona, Italia

Tel +39 0718064103 Fax +39 0718064056

<http://ods.ars.marche.it>

l'assistenza in gravidanza

		Italiane	Immigrate	
n. parti		7.901	2.589	
età media		32,9 (5,2)	28,7 (5,5)	p<0,001
scolarità bassa (%)		1,99	1,97	
scolarità media (%)		74,18	84,20	
stato civile (%)	coniugate	66,41	77,37	
	nubili	31,62	21,17	
meno di 4 visite in gravidanza (%)		1,73	10,81	p<0,001
età gestazionale prima visita > 12 settimane (%)		3,11	15,87	
meno di 3 ecografie in gravidanza (%)		0,75	9,08	
almeno una indagine prenatale invasiva (%)		78,52	55,89	
struttura utilizzata (%)	privata	86,42	28,74	
	consultorio pubblico	4,86	35,88	
	consultorio privato	0,32	2,82	
	ospedale pubblico	7,35	33,10	
	nessuna	0,34	1,08	
parti con taglio cesareo (%)		35,02	33,41	

Fonte CeDAP, Regione Marche 2013

Osservatorio Diseguaglianze nella Salute/ARS Marche

in termine di rischio...

Esito	Donne Immigrate		
	OR	IC 95%	p value
meno di 4 visite in gravidanza	6,10	4,88 - 7,63	<0,001
età gestazionale prima visita > 12 settimane	5,38	4,51 - 6,42	<0,001
una indagine prenatale invasiva	2,44	2,21 - 2,70	<0,001
mortalità neonatale	2,31	1,24 - 4,30	0,008
basso peso alla nascita (<2500 gr)	1,41	1,18 - 1,67	<0,001
sofferenza neonatale (indice di Apgar a 5' < 8)	2,33	1,60 - 3,42	<0,001

Le donne immigrate hanno un maggiore rischio di:

- effettuare meno di 4 visite in gravidanza
- effettuare tardivamente il primo controllo
- non sottoporsi ad almeno una indagine prenatale invasiva
- avere un figlio di peso <2.500 gr.
- avere un figlio con Apgar a 5' dalla nascita < 8

Fonte CeDAP, Regione Marche 2013

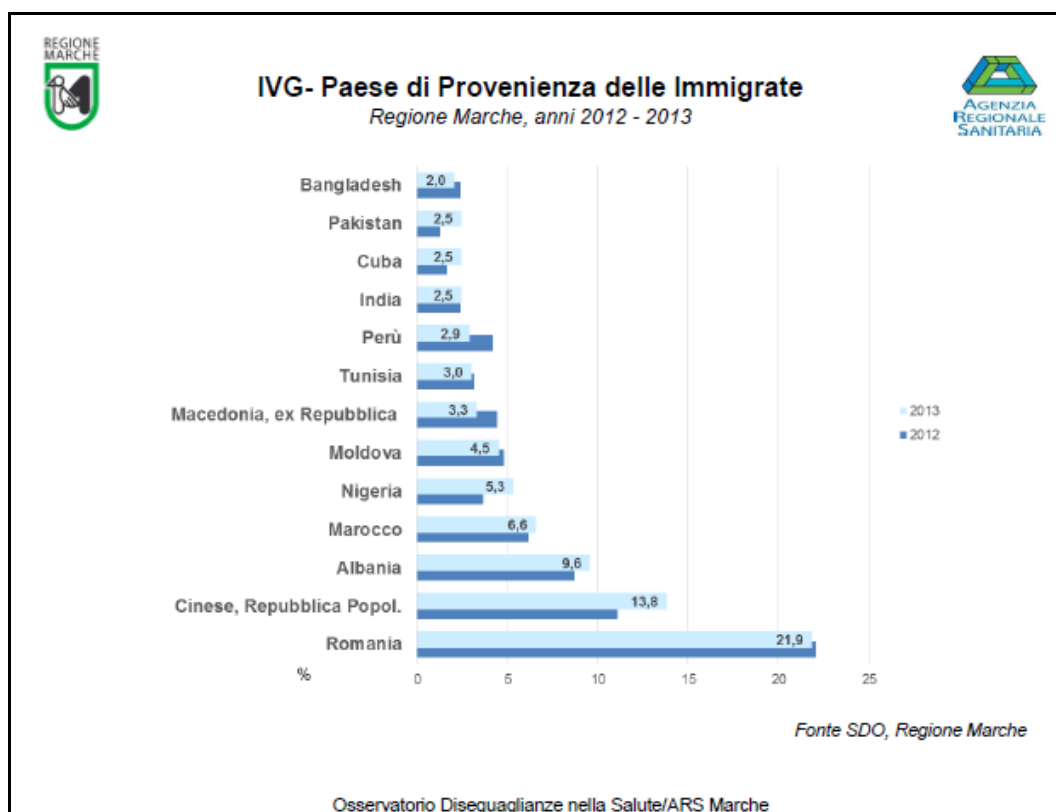
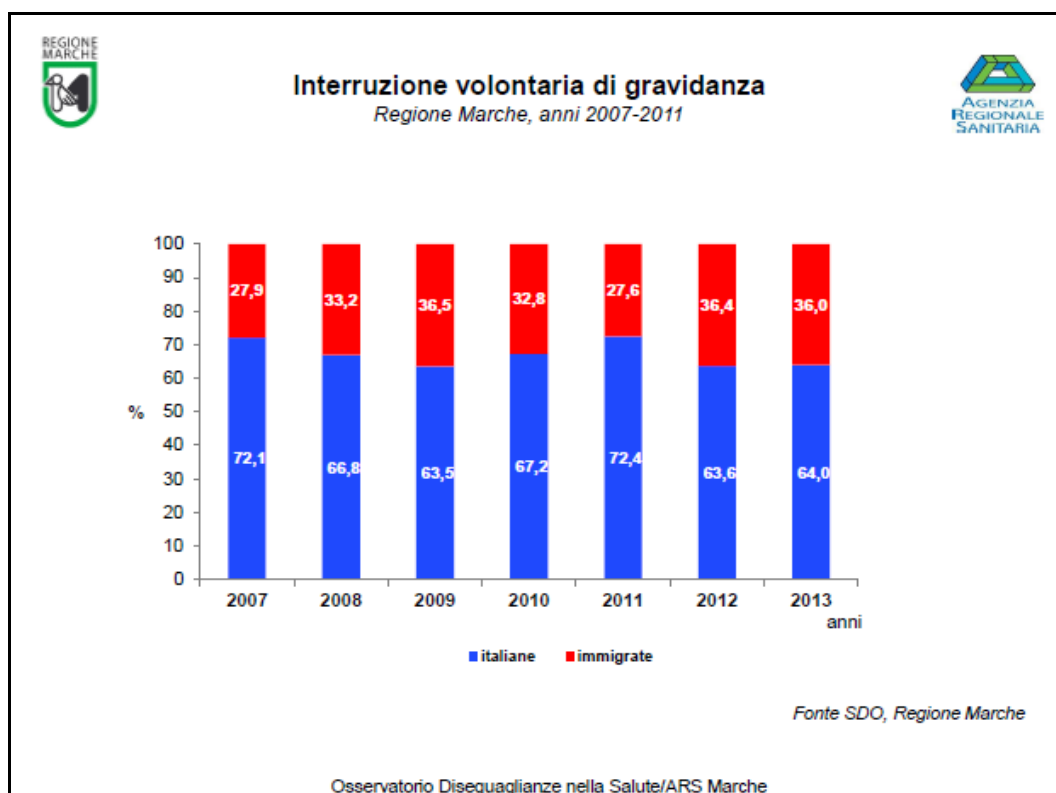
Osservatorio Diseguaglianze nella Salute/ARS Marche

Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute /ARS Marche

Via G. da Fabriano 3 – 60125 Ancona, Italia

Tel +39 0718064103 Fax +39 0718064056

<http://ods.ars.marche.it>

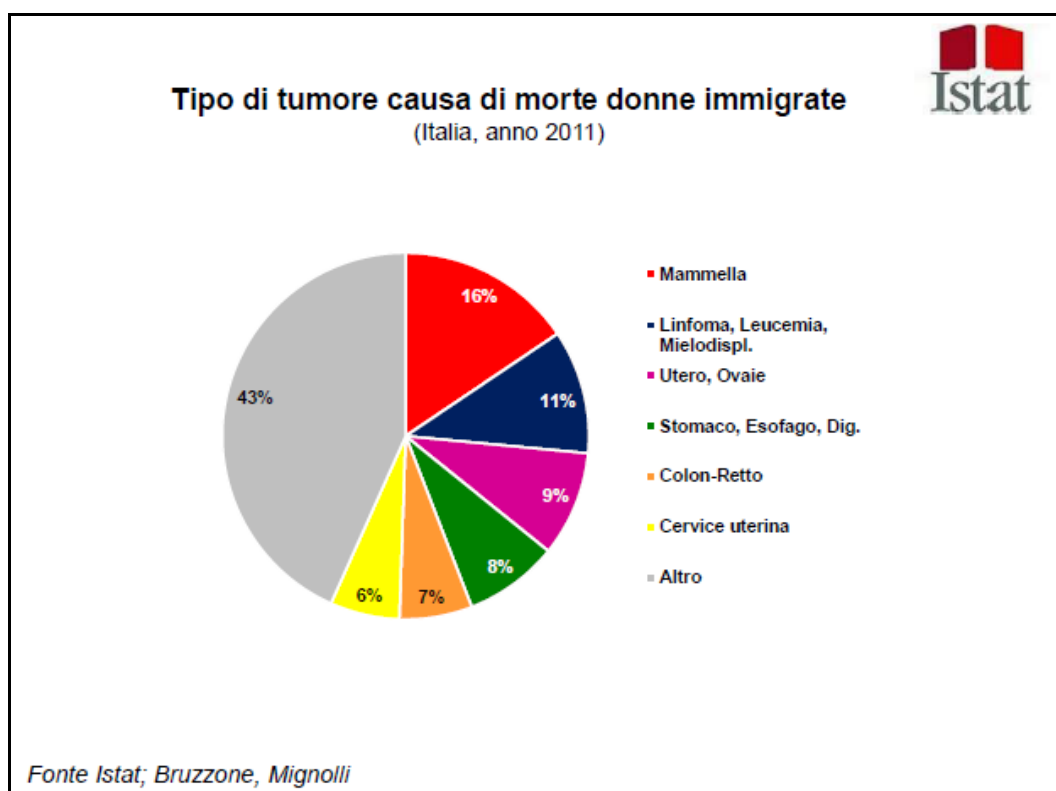
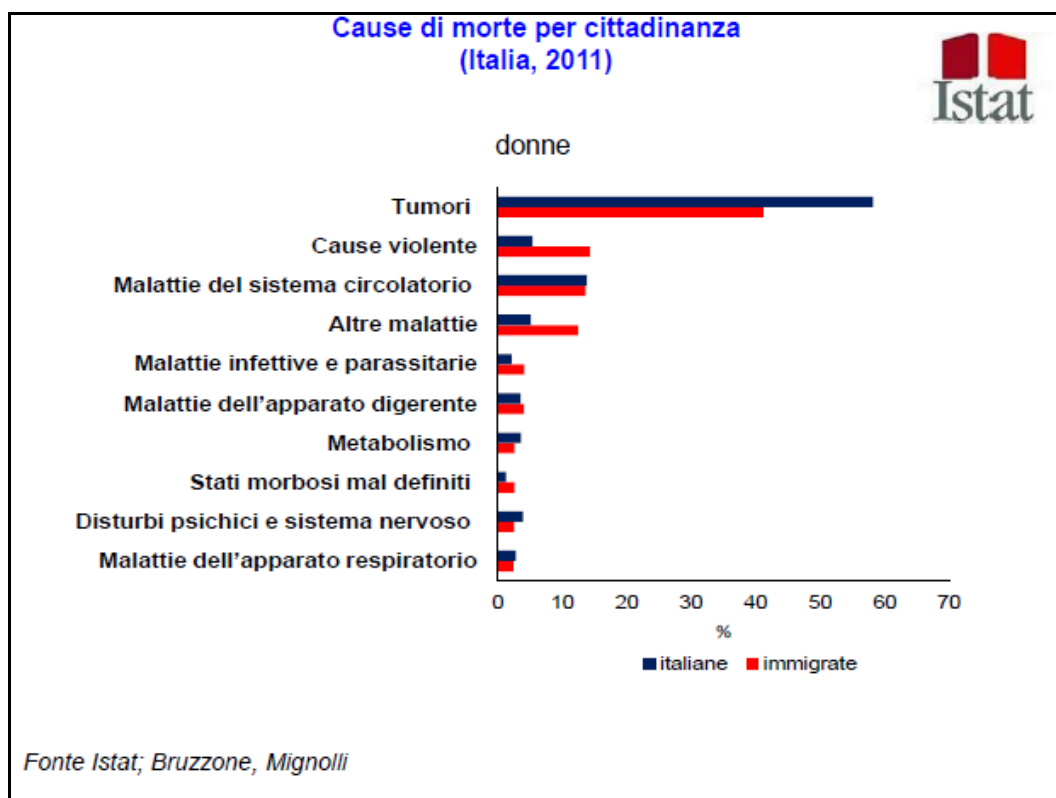


Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute /ARS Marche

Via G. da Fabriano 3 – 60125 Ancona, Italia

Tel +39 0718064103 Fax +39 0718064056

<http://ods.ars.marche.it>





pag.
1

ADUNANZA N. 275 LEGISLATURA N. IX

1

L'INCARICATO



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

OGGETTO: Monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, rep. Atti n. 255/CSR recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome"

LA GIUNTA REGIONALE

VISTO il documento istruttorio riportato in calce alla presente deliberazione predisposto dall'Agenzia Regionale Sanitaria dal quale si rileva la necessità di adottare il presente atto;

RITENUTO, per i motivi riportati nel predetto documento istruttorio e che vengono condivisi, di deliberare in merito;

VISTA la proposta del Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria che contiene il parere favorevole di cui all'articolo 16, comma 1, lettera d) della legge regionale 15 ottobre 2001, n. 20 sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica e l'attestazione dello stesso che dalla deliberazione non deriva né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione;

VISTO l'articolo 28 dello Statuto della Regione;

Con la votazione, resa in forma palese, riportata a pagina 1

D E L I B E R A

- di affidare all'ARS il monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 255 del 20 dicembre 2012 concernente "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" da parte degli Enti del SSR, secondo quanto descritto nell'Allegato A, parte integrante della presente deliberazione.

IL SEGRETARIO DELLA GIUNTA

Elisa Moroni

IL PRESIDENTE DELLA GIUNTA

Gian Mario Spacca



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Normativa e atti di riferimento

- Legge n. 833 del 23 dicembre 1978 istitutiva del Servizio Sanitario Nazionale;
- D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992, e successive modificazioni, che garantisce la salute come diritto fondamentale dell'individuo ed interesse della collettività (art.1);
- Legge costituzionale n. 3 del 18 ottobre 2001;
- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001 e successive modificazioni, recante: "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", che definisce i livelli essenziali di assistenza sanitaria garantiti dal Servizio sanitario nazionale, ai sensi dell'articolo 1 del D.Lgs. n. 502 del 30 dicembre 1992, e successive modificazioni;
- D.Lgs. n. 286 del 25 luglio 1998 "Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero";
- DPR n. 394 del 31 agosto 1999 "Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo n. 286 del 25 luglio 1998";
- Legge n. 189 del 30 luglio 2002 "Modifica alla normativa in materia di immigrazione e di asilo";
- DPR n. 334 del 18 ottobre 2004 "Regolamento di attuazione della L.189/02";
- Legge n. 94 del 15 luglio del 2009 "Disposizioni in materia di sicurezza pubblica";
- Legge n. 176 del 27 maggio 1991 "Ratifica ed esecuzione della convenzione sui diritti del fanciullo";
- D.Lgs. n. 30 del 6 febbraio 2007 "Attuazione della direttiva 2004/38/CE relativa al diritto dei cittadini dell'Unione e dei loro familiari di circolare e di soggiornare liberamente nel territorio degli Stati membri";
- Regolamento (CE) n. 883/2004 del Parlamento europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale;
- Regolamento (CE) n. 988/2009 del Parlamento europeo e del Consiglio del 16 settembre 2009, che modifica il Regolamento (CE) n. 883/2004 relativo al coordinamento dei sistemi di sicurezza sociale e determina il contenuto dei relativi allegati;
- Regolamento (UE) n. 1231/2010 del Parlamento europeo e del Consiglio del 24 novembre 2010, che estende il Regolamento (CE) n. 883/2004 e il regolamento (CE) n. 987/2009 ai cittadini di Paesi terzi cui tali regolamenti non siano già applicabili unicamente a causa della nazionalità;
- D.Lgs. n. 12 del 13 febbraio 2014 "Attuazione della direttiva 2011/51/UE, che modifica la direttiva 2003/109/CE del Consiglio per estenderne l'ambito di applicazione ai beneficiari di protezione internazionale";
- D.Lgs. n. 18 del 21 febbraio 2014, "Attuazione della direttiva 2011/95/UE recante norme sull'attribuzione, a cittadini di paesi terzi o apolidi, della qualifica di beneficiario di protezione internazionale"

16
Pall



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

le, su uno status uniforme per i rifugiati o per le persone aventi titolo a beneficiare della protezione sussidiaria, nonché sul contenuto della protezione riconosciuta”;

- D.Lgs. n. n. 40 del 4 marzo 2014, “Attuazione della direttiva 2011/98/UE relativa a una procedura unica di domanda per il rilascio di un permesso unico che consente ai cittadini di Paesi terzi di soggiornare e lavorare nel territorio di uno Stato membro e a un insieme comune di diritti per i lavoratori di Paesi terzi che soggiornano regolarmente in uno Stato membro”;
- Circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 24 marzo 2000 con la quale sono state fornite indicazioni applicative del menzionato D.Lgs. n. 286 del 25 luglio 1998;
- DGR Marche n. 1516 del 28 dicembre 2006 “Organizzazione di ambulatori di medicina generale presso i presidi distrettuali delle zone territoriali dell’ASUR Marche per immigrati non in possesso di soggiorno”;
- Circolare Assessorato alla Salute Marche Prot. n. 13/07/sal/ass del 4 gennaio 2008 “Applicazione della comunicazione del Ministero della Salute del 3 agosto 2007 (informativa alle Regioni avente ad oggetto “diritto di soggiorno per i cittadini comunitari – direttiva 38/2004 e D.lgs. 3 febbraio 2007”)”;
- Circolare del Servizio Sanità Regione Marche Prot. 456561/S04/CR del 12 agosto 2009 “Assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla UE. Disposizioni per ricongiungimento genitore ultrassessantacinquenne”;
- Circolare del Servizio Sanità Regione Marche Prot. 6770//ARS/ARS/P del 18 luglio 2014 “Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri destinati al soggiorno nel territorio regionale a seguito degli sbarchi sulle coste italiane”.

Motivazione

La Regione Marche, attraverso l’emanazione dei sopracitati atti amministrativi ha perseguito negli anni l’obiettivo di garantire in modo omogeneo su tutto il territorio marchigiano l’assistenza sanitaria a tutti gli stranieri, extracomunitari e comunitari, in coerenza con la Carta costituzionale e con i principi del Diritto comunitario.

Nell’ambito del progetto “Promozione della salute della popolazione immigrata” promosso dal Centro Nazionale per la Prevenzione ed il controllo delle Malattie (CCM) del Ministero della Salute, è stato istituito il Tavolo Interregionale “Immigrati e servizi sanitari” per realizzare un’indagine nazionale sulla salute della popolazione immigrata (realizzazione affidata alla regione Marche).

Le risultanze dell’indagine nazionale “Immigrati e servizi sanitari in Italia: le risposte dei sistemi sanitari regionali”, condotta nel 2008 dall’Osservatorio sulle Diseguaglianze nella salute dell’ARS Marche, con la quale è stato valutato il grado di adesione delle regioni alla normativa nazionale ed in particolare al DPR 394/99, hanno evidenziato una diffomità di risposte in tema di accesso alle cure della popolazione immigrata, pertanto, il suddetto Tavolo Interregionale ha elaborato il documento recante “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano”.

Nella seduta del 20/12/2012 la Conferenza Stato – Regioni ha approvato l’Accordo “Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l’assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome” (Rep. Atti n. 255/CSR del 20/12/2012 pubblicato in G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013,

111



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

suppl. ord. 9), al fine di garantire alla citata popolazione le iniziative più efficaci da realizzare per una maggiore uniformità, nelle Regioni e nelle Province autonome, dei percorsi di accesso e di erogazione delle prestazioni sanitarie, di cui al decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri sui livelli essenziali di assistenza, nonché oggetto di monitoraggio attraverso le rilevazioni dei modelli ministeriali di rendicontazione economica (allegato 6 del modello LA).

Il citato documento, elaborato nell'ambito del Tavolo interregionale "Immigrati e Servizi sanitari" del Coordinamento della Commissione Salute con il contributo dei tecnici degli Assessorati alla Salute delle Regioni e P.A., è l'unico strumento operativo che raccoglie in modo sistematico le disposizioni normative per l'erogazione dell'assistenza sanitaria agli stranieri con l'obiettivo di ridurre le difficoltà nell'accesso alle prestazioni e la discrezionalità interpretativa delle regole per l'accesso alle cure, nonché assicurare la corretta ed omogenea applicazione della normativa in tutto il territorio nazionale al fine di garantire la tutela della salute di tutte le persone straniere presenti in Italia e al fine di migliorare la circolazione delle corrette informazioni tra gli operatori sanitari semplificandone il lavoro.

Nel documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" sono state sistematizzate le indicazioni emanate negli anni, al fine di favorire la più corretta applicazione della normativa nazionale e regionale per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata e straniera in Italia.

Il predetto Accordo prevede che alle attività in esso contemplate si provveda nei limiti delle risorse disponibili a legislazione vigente e, comunque senza nuovi o maggiori oneri a carico del FSN. La Regione Marche e gli Enti del SSR sono impegnati a darne attuazione, anche in considerazione delle eventuali modifiche ed aggiornamenti della normativa.

Al fine della verifica della corretta applicazione dell'Accordo stesso da parte degli Enti del SSR, è opportuno che l'ARS effettui il monitoraggio periodico delle azioni e delle iniziative adottate per dare seguito operativo alle indicazioni normative. Il monitoraggio avviene secondo quanto descritto nell'Allegato A, parte integrante della presente deliberazione.

Il Direttore dell'ARS fornisce le indicazioni operative e di aggiornamento tecnico per favorire l'attuazione dell'Accordo e delle successive modifiche normative.

Esito dell'istruttoria

Sulla base di quanto esposto nelle motivazioni del presente documento istruttorio, si propone:

- di affidare all'ARS il monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo Stato - Regioni n. 255 del 20 dicembre 2012 concernente "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" da parte degli Enti del SSR, secondo quanto descritto nell'Allegato A, parte integrante della presente deliberazione.

Il Responsabile del procedimento

Patrizia Carletti



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

PROPOSTA E PARERE DEL DIRETTORE DELL'AGENZIA REGIONALE SANITARIA

Il sottoscritto, considerata la motivazione espressa nell'atto, esprime parere favorevole sotto il profilo della legittimità e della regolarità tecnica della presente deliberazione e ne propone l'adozione alla Giunta Regionale. Attesta, inoltre, che dalla presente deliberazione non deriva, né può derivare alcun impegno di spesa a carico della Regione.

Il Direttore dell'Agenzia Regionale Sanitaria
Enrico Bordini

La presente deliberazione si compone di n. 9 pagine, di cui n. 3 pagine di allegati che formano parte integrante della stessa.

Il segretario della Giunta

Elsa Moroni

14



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

ALLEGATO A

Modalità di monitoraggio per la verifica dell'attuazione dell'Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e province autonome"

A seguito della sottoscrizione dell'Accordo Stato all'Accordo Stato – Regioni n. 255 del 20 dicembre 2012 sul documento recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" (G.U. n. 32 del 7 febbraio 2013, suppl. ord. 9), gli Enti del SSR provvedono a dare seguito alle azioni necessarie a garantire la concreta attuazione delle disposizioni contenute nel citato Accordo Stato-Regioni, adottando le procedure e la modulistica indicata, nonché tenendo conto delle modifiche ed integrazioni della normativa.

L'Agenzia Regionale Sanitaria (ARS) provvede alla comunicazione agli Enti del SSR degli aggiornamenti della normativa di riferimento nonché al monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo da parte degli Enti stessi, attraverso momenti periodici di verifica, almeno annuali, della corretta applicazione della normativa vigente, nonché attraverso l'emanazione di circolari esplicative.

L'attività di monitoraggio si svolge secondo le seguenti modalità.

Obiettivo

Garantire la corretta ed omogenea applicazione nel territorio regionale delle normative nazionali e regionali relative alla erogazione dell'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata

Azioni

- a) Costituzione di Gruppo di Lavoro regionale permanente per la implementazione dei percorsi e delle azioni per il miglioramento dell'accesso e della fruizione dei servizi sanitari da parte della popolazione immigrata (entro 30 gennaio 2015)
- b) Consolidamento attività di help-desk (avviato nel 2011 con il coordinamento dell'ARS Marche) da parte di operatori amministrativi esperti del SSR Marche a sostegno degli amministrativi dei front e back-office del SSR Marche (a partire da febbraio 2015)
- c) Formazione ed aggiornamento degli operatori del SSR (a partire da marzo 2015)
- d) Monitoraggio della corretta ed omogenea applicazione nel territorio regionale delle normative nazionali e regionali relative alla erogazione dell'assistenza sanitaria alla popolazione straniera attraverso i seguenti indicatori (a partire da febbraio 2015):
 - 1. iscrizione al SSN dei minori con genitori stranieri senza pds
 - 2. iscrizione al SSN dei Minori Stranieri non Accompagnati

44 fl



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

3. iscrizione obbligatoria al SSN per i cittadini stranieri extra-comunitari per i quali è stata presentata domanda di emersione dal lavoro irregolare, nelle more della conclusione della procedura disciplinata dall'art. 5 del decreto legislativo n. 109 del 16 luglio 2012
4. iscrizione volontaria al SSN (D.M. 8.10.1986) per gli extra-comunitari oltre i 65 anni con primo ingresso in Italia per ricongiungimento familiare dopo il 5 novembre 2008
5. iscrizione obbligatoria al SSN di genitore comunitario di minori italiani
6. erogazione agli immigrati extra-comunitari STP delle cure essenziali atte ad assicurare il ciclo terapeutico e riabilitativo completo, compresi anche eventuali trapianti
7. mantenimento per gli stranieri dei programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva (D.lgs 286 25.07.1998, art. 35)
8. iscrizione volontaria (D.M. 8.10.1986) per i cittadini comunitari residenti in Italia e in particolari condizioni (dispongono di risorse economiche sufficienti)
9. iscrizione al SSN a tempo indeterminato per i cittadini comunitari residente in Italia e in possesso di "attestazione di soggiorno permanente"
10. iscrizione al SSN dei richiedenti protezione internazionale
11. iscrizione al SSN degli stranieri detenuti e/o con pds per motivi di giustizia
12. mantenimento dell'erogazione dell'assistenza sanitaria (al pari degli extra-comunitari STP) tramite rilascio di tesserino con codice ENI (o analogo) a cittadini comunitari soggiornanti, indigenti, senza TEAM, senza attestazione di diritto di soggiorno, senza i requisiti per l'iscrizione al SSN (e relativo flusso informativo ai sensi Circ. Min. della Salute DG RUERI/II/3152-P/I.3.b/1 del 19 febbraio 2008: "di tutte queste prestazioni dovrà essere tenuta, da parte delle ASL, contabilità separata, da cui risulti l'identità del cittadino comunitario e le prestazioni ricevute, di cui si terrà conto per l'azione di recupero e negoziazione nei confronti degli Stati competenti in sede comunitaria o diplomatica")
13. adeguamento disponibilità oraria ambulatori STP (DGRM 1516/2006)

Strumenti

Divulgazione ai responsabili ed operatori degli Enti del SSR dell'Accordo CSR 255/2012 recante documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e province autonome"

Atti formali per i punti a), b)

Incontri con frequenza trimestrale del Gruppo di Lavoro regionale permanente (discussione e risoluzione criticità, indicazioni regionali conseguenti, documentati con verbali ed eventuali atti amministrativi)

Audit periodici con associazioni di tutela

Attività documentata di informazione/formazione degli operatori del SSR

11

fla



DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

Monitoraggio epidemiologico/valutativo accesso ai servizi del SSR Marche da parte della popolazione straniera (report periodici) e disponibilità oraria ambulatori STP

19