

Allegato 1

TITOLO:

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

Descrizione ed analisi del problema

In Italia, al pari di altri paesi europei la popolazione immigrata è in continua espansione a causa di eventi globali e *locali* tra cui le crescenti disegualianze socio-economiche tra i paesi a sviluppo avanzato ed il resto del mondo, le guerre ed i disastri ambientali.

I dati italiani non solo confermano la tendenza ad un aumento del fenomeno¹, ma evidenziano una stabilizzazione di comunità intergenerazionali sempre più segmentate e ricche di componenti umane peculiari, ansiose di trovare un loro posto a pieno titolo nella società italiana.

L'Istat stima che al 1° gennaio 2009² la popolazione straniera residente sia pari a circa 3,9 milioni, il 6,5% del totale dei residenti; di questi il 95% sono persone provenienti da paesi a forte pressione migratoria (PFPM).

La realtà migratoria è molto articolata ed in continua evoluzione: oggi più della metà degli immigrati PFPM proviene dal continente europeo (52%), gli africani sono meno di ¼ (24%) e provengono prevalentemente dal Nord-Africa, gli asiatici sono il 16% ed i centro-sudamericani sono meno del 10%. Un immigrato PFPM su 2 è una donna (50,3%). Gli stranieri residenti sono una popolazione giovane, circa 1 su 5 è infatti minorenni e circa il 50% degli stranieri si trova nella fascia di età compresa tra 0 e 31 anni (tale proporzione è del 33% per gli italiani)³. Complessivamente i minorenni stranieri sono 852.453 e la maggior parte di essi, circa 519 mila, è nata in Italia, mentre la restante parte è giunta nel nostro Paese al seguito dei genitori. Gli stranieri nati in Italia, che sono la *seconda generazione*, rappresentano il 13,3% del totale degli stranieri residenti.

Il fenomeno impone, all'Italia, paese ospite, di individuare strategie efficaci per dare risposte ai bisogni di questa nuova popolazione non solo nell'ottica di rispetto dei diritti umani universali, ma anche per cogliere orizzonti culturali diversi e prevenire conflitti sociali che possono derivare dall'esclusione dai percorsi di cittadinanza, conflitti che inevitabilmente hanno ricadute negative sullo sviluppo dell'intera collettività.

L'abbondante letteratura scientifica in campo epidemiologico e sociale mostra che:

- la migrazione, anche quando avviene nelle migliori condizioni, rappresenta di per sé un fattore di rischio per la salute,
- gli immigrati spesso hanno un precario accesso alle risorse economiche, culturali, relazionali e vivono situazioni di privazione socio-economica; le condizioni di povertà assoluta o relativa, - scarso "capitale sociale", basso grado di "literacy" ... - rappresentano importanti fattori di rischio per la perdita della salute,
- le persone in condizioni di privazione socio-economica hanno maggiori difficoltà nell'accedere ai servizi e maggiori probabilità di ricevere cure di qualità scadente. I servizi, infatti sono spesso "meno permeabili" ai "poveri", agendo una sorta di esclusione morale,

¹ Bilancio Demografico della popolazione straniera (anni 2003 – 2008)

Popolazione straniera residente	1° gennaio 2003	1° gennaio 2004	1° gennaio 2005	1° gennaio 2006	1° gennaio 2007	1° gennaio 2008(b)
Numero	1.549.373	1.990.159	2.402.157	2.670.514	2.938.922	3.462.000
Variazione percentuale rispetto all'anno precedente	14,2	28,4	20,7	11,2	10,1	17,8
Incidenza percentuale degli stranieri sul totale della popolazione residente	2,7	3,4	4,1	4,5	5,0	5,8
di cui: Minorenni (a)						
Numero	353.546	413.293	503.034	587.513	666.293	787.000
Incidenza percentuale dei minorenni sulla popolazione straniera	22,8	20,8	20,9	22,0	22,7	22,7
Movimento naturale e migratorio	2002	2003	2004	2005	2006	2007(b)
Saldo naturale	31.456	31.132	45.994	48.838	54.318	60.000
Saldo migratorio con l'estero	151.932	411.970	380.737	266.829	237.614	516.000
Saldo naturale (per 1.000 residenti stranieri)	21,6	17,6	20,9	19,3	17,4	17,3
Saldo migratorio con l'estero (per 1.000 residenti stranieri)	104,6	232,8	173,4	105,2	95,1	149,0

² Fonte ISTAT: Cittadini Stranieri. Bilancio demografico anno 2008 e popolazione residente al 31 Dicembre.

³ Fonte ISTAT: Popolazione residente e popolazione straniera residente, per età e sesso al 1 gennaio 2008.

- per gli immigrati le ragioni della differenza si sommano alla non conoscenza della lingua, della cultura, del funzionamento dei servizi del paese ospite,
- tra i determinanti della salute l'organizzazione dei sistemi di welfare – inclusivi o esclusivi – riveste un peso rilevante sul benessere della popolazione immigrata e non (1-6).

Sul piano della salute molta attenzione è stata data all'aspetto epidemico e poca alla salute degli immigrati nel paese ospite, all'accesso ai servizi e alla raccolta sistematica di informazioni pur sapendo che è nel paese ospite che l'immigrato rischia di perdere il proprio capitale di salute; vi sono poi problemi in alcune aree specifiche quali ad esempio la salute della donna e materno-infantile, le malattie trasmissibili, gli incidenti e la violenza – morti evitabili -, l'ineguale accesso alla prevenzione - screening e vaccinazioni - il disagio psichico, specie nelle seconde generazioni, barriere legali, burocratiche, linguistiche, culturali ecc (7,8) .

In Italia è pertanto urgente che i Sistemi Sanitari Regionali in quanto responsabili della programmazione sanitaria⁴, siano in grado di conoscere e di monitorare i principali problemi di salute dei differenti gruppi di popolazione presenti nei propri territori e, tra questi, gli immigrati.

In altre parole per organizzare servizi efficaci ed efficienti, nell'ottica di equità cui sono ispirati i SSN⁵ e i SSR, in grado cioè di garantire le cure necessarie a chi ne ha bisogno, le Regioni devono essere in grado di avere risposte alle seguenti domande::

- quali sono i principali problemi di salute degli immigrati?
- le loro condizioni di salute sono diverse da quelle della popolazione italiana?
- i servizi sanitari regionali sanno rispondere a questi problemi di salute?

Per rispondere a questi interrogativi è necessario disporre di una metodologia di analisi della domanda di salute e dell'offerta, uno strumento di lettura condiviso che, con un linguaggio univoco, possa fornire informazioni tali che siano confrontabili tra le diverse realtà regionali.

Ad oggi, tuttavia i problemi da affrontare sono riferibili al fatto che:

- la lettura dei bisogni di salute degli immigrati non è una funzione svolta sistematicamente dalle Regioni a cui le modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione attribuiscono la competenza in materia di tutela della salute e di programmazione sanitaria;
- esistono indagini e rilevazioni anche a valenza nazionale che tuttavia non sono sistematiche e sono difficilmente confrontabili, in quanto utilizzano differenti definizioni di caso "immigrato" e non impiegano indicatori comuni per la misura e di monitoraggio del fenomeno;
- manca un coordinamento istituzionale su questa questione.

Soluzioni proposte

E' attualmente disponibile a livello nazionale una pubblicazione "La salute degli immigrati: metodologia di analisi"⁶ contenente il lavoro svolto da un Gruppo nazionale di esperti⁷ su mandato del Ministero del Lavoro, Salute e Politiche Sociali/CCM. Si tratta di uno strumento operativo che propone a coloro che a livello nazionale e regionale sono coinvolti nella lettura della domanda di salute e nella programmazione di servizi sanitari una metodologia di analisi per:

- la costruzione del profilo di salute,
- valutare l'offerta dei servizi da parte del Sistema Sanitario ed il relativo impatto economico, a partire da una definizione di caso condivisa e utilizzando flussi informativi correnti.

L'impiego di un linguaggio *univoco* e condiviso costituisce una prima tappa indispensabile non solo per la conoscenza e la sorveglianza del fenomeno nelle sue dinamiche temporali, ma anche per effettuare un confronto tra le realtà regionali ed avere un monitoraggio istituzionale stabile e continuo nel tempo, e non episodico, legato a specifici progetti.

⁴ Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione: "la tutela della salute rientra tra le materie di legislazione concorrente. Nelle materie di legislazione concorrente spetta alle Regioni la potestà legislativa, salvo che per la determinazione dei principi fondamentali, riservata alla legislazione dello Stato", 2001

⁵ ...il ruolo dello Stato in materia di sanità si è via via trasformato da una funzione preminente di organizzatore e gestore di servizi a quella di garante dell'equità nell'attuazione del diritto alla salute sancito dall'articolo 32 della Costituzione...E' compito del SSN: evidenziare le disuguaglianze e le iniquità e promuovere le azioni correttive migliorative; collaborare con le Regioni a valutare e migliorare (www.ministerosalute.it)

⁶ Il lavoro è stato presentato al Convegno nazionale La salute degli immigrati: un linguaggio comune per parlarne (Ancona 9 giugno 2009)

⁷ Il Gruppo nazionale tecnico-scientifico di esperti è nato nell'ambito del progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata in Italia" - Accordo Ministero della Salute/CCM – Regione Marche (Uff. I, n. DG/PREV/I3488/P/F 3 ad, 2007)

Infine una lettura condivisa tra le Regioni può fornire importanti informazioni per la programmazione degli interventi più appropriati di promozione della salute, di prevenzione e cura e consentire uno scambio delle migliori soluzioni individuate.

La metodologia propone (9) :

- una chiara definizione di caso - l'immigrato viene definito come lo straniero, che soggiorna stabilmente in Italia, avente la cittadinanza di uno dei Paesi a Forte Pressione Migratoria (PFPM), siano questi appartenenti all'Unione Europea che non -;
- l'impiego dei flussi informativi correnti come fonti utili alla descrizione dei problemi di salute della popolazione immigrata; fonti scelte in base alla possibilità di identificare l'immigrato, sulla base del criterio della cittadinanza e l'effettiva disponibilità a livello di tutte le Regioni.
- un set di 36 indicatori semplici e fattibili, attraverso cui si possono indagare aspetti della salute della popolazione immigrata quali il ricorso al ricovero ospedaliero, la salute materno-infantile, gli infortuni sul lavoro, le malattie infettive, la mortalità, il ricorso ai servizi ed il relativo impatto economico. Di ciascun indicatore sono descritti il significato, il metodo di calcolo, le fonti da utilizzare per il numeratore ed il denominatore, la validità ed i limiti.

Fattibilità

La metodologia di analisi proposta per lo studio della salute della popolazione immigrata, nel periodo 2007 - 2008 è stata sperimentata in sei Regioni, due Province (Piemonte, Liguria, Emilia-Romagna, Marche, Lazio, Puglia, province di Reggio Emilia e di Cesena) e a livello nazionale (Istat, INAIL, Age.na.s) confermandone in tal modo la fattibilità.

Va rilevato che il lavoro è stato svolto in *rete*, con una forte sinergia tra enti nazionali (Istat, INAIL, AIE, Agenas) e Regioni; in particolare gli enti nazionali hanno fornito il sostegno ed il feed-back alle Regioni e i necessari approfondimenti conoscitivi relativi ai flussi informativi di cui sono titolari, allo scopo di utilizzarli al meglio per lo studio della popolazione immigrata.

Dunque esiste già una rete ed un modello di lavoro che può essere consolidata ed allargata affinché la lettura dei bisogni di salute della popolazione immigrata diventi un'attività istituzionale di tutte le regioni attraverso l'impiego di una metodologia già sperimentata.

Ci sono anche le condizioni per realizzare un coordinamento tecnico centrale per il feed-back alle regioni e per garantire un monitoraggio sistematico che oggi non viene effettuato.

E' importante sottolineare che i flussi informativi correnti hanno qualità ed accessibilità differente nelle varie realtà, per cui al fine di mettere tutte le Regioni in condizioni di descrivere il profilo di salute, sono state fatte precise scelte operative individuando indicatori semplici e facilmente calcolabili, limitando il ricorso ai tassi in considerazione della difficoltà di ottenere denominatori affidabili, a partire dalle stime disponibili sulla popolazione immigrata presente e/o residente nel nostro Paese.

Criticità

Le principali criticità sono legate ad alcuni aspetti "tecnici" e ad aspetti di "policy".

Gli aspetti tecnici sono relativi ai limiti dei flussi informativi sanitari che nascono con finalità economico-gestionali per cui alcune informazioni, non rilevanti ai fini della remunerazione ma utili per la descrizione della popolazione in studio, possono essere di qualità scadente. Nel caso specifico della popolazione immigrata si riscontrano maggiori difficoltà ad estrarre le informazioni perché, essendo il fenomeno migratorio in Italia, quantitativamente poco rilevante fino a pochi anni fa, i sistemi informativi non hanno sistematicamente tenuto conto dell'importanza della rintracciabilità dell'utente non italiano. A questo si aggiunge che il fenomeno migratorio è complesso e in continua evoluzione e che la *visibilità* dell'immigrato nei flussi informativi dipende anche dalle normative specifiche e questo può rendere difficoltose le analisi epidemiologiche.

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 nel paese ospite da parte della popolazione immigrata, il che denuncia una insufficiente, o discontinua, attenzione alla loro integrazione nei percorsi di salute e non solo.

Bibliografia

1. Nazroo JY. The Structuring of Ethnic Inequalities in Health: Economic Position, Racial Discrimination, and Racism. Am J Public Health 2003. 93: 277-284.
2. Costa G, Spadea T. Diseguaglianze di salute in Italia. Epidemiol Prev 2004; 28(3): 1-162.

3. Marmot M. The status syndrome: how social standing affects our health and longevity. Bloomsbury Publishing Plc: London, 2004.
4. Opatow, S, Gerson J, Woodside S. From moral exclusion to moral inclusion: Theory for teaching peace. Theory Into Practice 2005; 44(4).
5. Freeman HP, Payne R. Racial injustice in health care. N Engl J Med 2000; 232; 1045-47.
6. Whitehead M. The concepts and principles of equity and health. Health Promotion International 1991; 6(3): 217-228.
7. Mladovsky P. Migration and health in EU health Systems. Euro Observer 2007; 9 (4)
8. Working Group on Patients and Community Empowerment, The WHO-HPH International Task Force on Migrant-Friendly and Culturally Competent Hospitals, Lai Fong Chiu Co-ordinator. Guidance for MFCC healthcare organisations, May, 2006
9. Gruppo di lavoro nazionale CCM /Ministero della Salute. La salute degli immigrati: metodologia di analisi, 2009

Allegato 2

Obiettivo generale

Conoscere i bisogni di salute della popolazione immigrata, attraverso un monitoraggio istituzionale e sistematico da parte dei SSR e del SSN nel suo insieme al fine di individuare le priorità di intervento

Obiettivi specifici

1. Svolgere a livello istituzionale – Sistemi Sanitari Regionali - la funzione di lettura sistematica del profilo di salute della popolazione immigrata (in sinergia tra Enti nazionali - Ministero, Age.na.s, Istat, Inail, AIE -).

Si intende coinvolgere istituzionalmente, i Sistemi Sanitari Regionali per effettuare l'analisi della domanda di salute della popolazione immigrata presente nei territori regionali, allo scopo di individuare le aree critiche necessitanti di interventi prioritari, utilizzando lo strumento proposto e diffuso a livello nazionale "La salute degli immigrati: metodologia di analisi".

2. Costruire un sistema di monitoraggio nazionale

A partire dal report "La salute degli immigrati: metodologia di analisi" che presenta un'analisi dettagliata delle fonti informative e degli indicatori utili alla descrizione dello stato di salute della popolazione immigrata, si intende estendere alle Regioni l'impiego della metodologia di analisi già sperimentata in sei regioni e a livello nazionale per la costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata. Ciò anche in collegamento con il Tavolo tecnico interregionale operante in sede di Coordinamento Commissione Salute del Ministero al fine di una ratifica da parte della Commissione Salute e della Conferenza Stato-Regioni di un sistema di monitoraggio stabile.

L'impiego di indicatori univoci consentirà inoltre di valutare e monitorare con criteri omogenei:

- la capacità di risposta ai bisogni da parte dei SSR,
- l'efficacia e l'efficienza dei servizi,
- l'impatto che le politiche di welfare hanno sulla salute della popolazione, particolarmente sui gruppi più svantaggiati quali gli immigrati.

La formazione orienterà ad un corretto utilizzo delle fonti per la costruzione del profilo di salute della popolazione immigrata e permetterà di condividere anche le scelte operative per la valutazione dell'impatto economico.

3. Affinare i flussi informativi ai fini della rintracciabilità dell'utente non italiano e per sviluppare strumenti più specifici di sorveglianza epidemiologica, anche per valutare lo stato di salute in relazione a fattori di rischio. Ad oggi, infatti, le analisi epidemiologiche effettuate a vari livelli utilizzano differenti "definizioni di caso" – immigrato – e differenti indicatori, rendendo molto difficile il confronto e l'elaborazione di conclusioni affidabili ai fini di orientare gli interventi.

L'impiego diffuso dei flussi informativi in modo sinergico tra regioni ed enti nazionali consentirà di migliorarne la qualità ai fini dello studio della popolazione immigrata, di costruire nuovi indicatori, più adeguati a descrivere la realtà e di sviluppare strumenti più specifici di sorveglianza epidemiologica

4. Confrontare i risultati regionali e nazionali ed individuare le priorità di intervento.

La produzione, per tutto il territorio nazionale, di informazioni quali-quantitative omogenee rende possibile un confronto tra le diverse realtà regionali affinché esse possano lavorare in rete e collaborare per l'individuazione delle priorità di intervento e delle soluzioni più efficaci.

Il benchmark tra le regioni, in collegamento anche con il Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e Servizi sanitari" è fondamentale per individuare e quindi implementare gli interventi più efficaci anche in un'ottica di efficienza dei servizi.

5. Effettuare la valutazione economica dell'assistenza sanitaria agli immigrati.

La mancanza di dati nazionali e locali dal punto di vista economico ha determinato l'insorgere di molte notizie errate sulla non sostenibilità economica dell'assistenza sanitaria agli immigrati, in particolare per i non regolari. L'impiego di indicatori univoci è di fondamentale importanza per stimare e monitorare l'impatto economico consentendo di dirimere le questioni relative ai costi dell'assistenza sanitaria agli immigrati, in particolare di quelli irregolari.

6. Realizzare un confronto con altri Paesi Europei e collaborazioni con istituzioni europee.

In Europa la definizione di "immigrato" non è univoca ed è ancora controversa, anche a causa della complessità concettuale ed operativa della categorizzazione degli immigrati. Vari studi, tra cui anche quelli epidemiologici si basano ad esempio sul criterio della presenza "legale o illegale", altri sul criterio dell'"appartenenza etnica", altri ancora sul concetto di "lavoratore migrante" o sul tempo di permanenza nel paese ospite; in ogni caso l'outcome delle analisi viene influenzato dal criterio scelto. Ai fini di poter effettuare a livello europeo un confronto tra le indagini che riguardano sia le condizioni di salute che l'uso e l'accesso ai servizi, si intende approfondire la definizione operativa da cui si parte.

Inoltre nell'ottica delle indicazioni del Consiglio d'Europa relative al rispetto del diritto universale alla salute è fondamentale conoscere le politiche sanitarie dei singoli paesi europei, comprenderne le policy per utilizzare l'esperienze più interessanti.

7. Realizzare di uno spazio web per lo scambio di documentazione, conoscenze ed esperienze e normative.

La comunicazione web è un supporto fondamentale al raggiungimento degli obiettivi sopra citati; si intende pertanto realizzare uno spazio web per uno scambio agile durante il lavoro di audit e di bench mark con le regioni non solo per il periodo del progetto.

8. Costruire un modello per la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive nei Centri dell'Immigrazione della Regione Calabria (Crotona e Lamezia Terme)

Si intende effettuare un'analisi di contesto delle condizioni igienico-sanitarie della popolazione presente nei Centri Immigrati della regione Calabria anche attraverso l'acquisizione dei report degli enti gestori in accordo con il Ministero dell'Interno; definire protocolli di sorveglianza attiva, di prevenzione e di cura delle malattie infettive (con particolare riguardo a tbc, HIV, epatite, MST, parassitosi e malattie cutanee) in accordo con le ASL di riferimento e gli enti gestori dei centri.

Tali protocolli saranno ratificati a livello regionale. Si intende inoltre applicare correttamente le procedure amministrative per l'erogazione dell'assistenza sanitaria a partire dall'iscrizione al SSR (STP, ENI, SSR).

Capo Progetto: Agenas - Giovanna Valentina De Giacomi		
Unità Operative Coinvolte		
Unità Operativa 1 Istat	Referente: Alessandra Burgio Marzia Loghi	<ul style="list-style-type: none"> - Partecipazione al coordinamento e raccordo delle attività regionali - Supporto all'Agenas per coinvolgimento delle Regioni anche attraverso la propria rete di referenti regionali e provinciali - Partecipazione alla formazione per la costruzione del sistema di monitoraggio -Supporto metodologico-statistico alle regioni per la verifica della qualità delle fonti, il corretto utilizzo delle fonti, la costruzione ed il calcolo degli indicatori - Messa a disposizione delle classificazioni ufficiali per le variabili di interesse - Confronto con altri Paesi Europei attraverso la conoscenza delle banche dati relative alla sanità e alla salute gestite dagli organismi internazionali (Eurostat, OECD, WHO) e i con referenti di altri paesi per collaborazioni internazionali

<p>Unità Operativa 2 Inail</p>	<p>Referente: Maria Luisa Calamita Adelina Brusco Daniela Gallieri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoraggio andamento dei lavoratori assicurati INAIL nei due gruppi di popolazione (immigrati e non) - Monitoraggio fenomeno infortunistico nei due gruppi di popolazione - Analisi approfondita degli infortuni nei due gruppi di popolazione - Indagine sulle malattie nei due gruppi di popolazione - Calcolo degli indici di incidenza rispetto alle principali variabili di interesse - Partecipazione al coordinamento del progetto - Supporto alle regioni per l'implementazione delle analisi di cui sopra mediante formazione, feed-back e confronto tra il livello nazionale e la realtà dei singoli territori.
<p>Unità Operativa 3 Regione Marche Osservatorio Epidemiologico Diseguaglianze</p>	<p>Referente: Patrizia Carletti Cristina Mancini</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Coordinamento scientifico in collaborazione con Agenas -Supporto alla formazione, sperimentazione ed implementazione sistema di monitoraggio - Produzione di report relativi al profilo di salute della popolazione immigrata nella regione Marche secondo gli standard del protocollo per la metodologia di analisi - Contributo al benchmark tra regioni - Contributo all'implementazione dello spazio web
<p>Unità Operativa 4 Regione Piemonte Servizio di Epidemiologia ASL TO3</p>	<p>Referente: Luisa Mondo</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alla formazione, sperimentazione ed implementazione sistema di monitoraggio - Produzione di report relativi al profilo di salute della popolazione immigrata nella regione Piemonte secondo gli standard del protocollo per la metodologia di analisi - Contribuire al confronto dei risultati delle analisi relative allo stato di salute e alle migliori strategie di offerta da parte dei servizi parte nei vari contesti regionali - Analisi dei costi dei ricoveri a carico di stranieri in Piemonte - Contributo all'implementazione dello spazio web.
<p>Unità Operativa 5 Regione Emilia Romagna Agenzia Regionale Sanitaria Sociale Emilia Romagna</p>	<p>Referente: Nicola Caranci Barbara Pacelli</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alla formazione necessaria alla costruzione del sistema di monitoraggio - Costruzione del rapporto della Regione Emilia-Romagna secondo gli standard del protocollo per la metodologia di analisi - Proposizione e sperimentazione di nuovi indicatori fattibili e riproducibili in altre regioni (esplorazione di altri archivi per indicatori). - Confronto con altri Paesi Europei e collaborazioni con istituzioni europee (confronto internazionale definizione operativa, indicatori, politiche sanitarie immigrazione) - Partecipazione al coordinamento del progetto - Supporto logistico e organizzativo (incontri, disseminazione risultati)
<p>Unità Operativa 6 Regione Lazio Laziosanità ASP Lazio</p>	<p>Referente: Silvia Casagrande</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Supporto alla formazione, sperimentazione ed implementazione sistema di monitoraggio - Produzione di report relativi al profilo di salute della popolazione immigrata nella regione

		Lazio secondo gli standard del protocollo per la metodologia di analisi - Contributo al benchmark tra regioni
Unità Operativa 7 Regione Puglia Osservatorio Epidemiologico Regionale	Referente: Domenico Martinelli	- Supporto alla formazione, sperimentazione ed implementazione sistema di monitoraggio - Contributo al benchmark tra regioni - Produzione di report periodici sul profilo di salute della popolazione immigrata a livello regionale e basati sugli indicatori proposti a livello nazionale - Verifica e affinamento dei flussi informativi utili - Partecipazione al coordinamento del progetto - Supporto allo sviluppo di protocolli di sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive nei Centri dell'Immigrazione
Unità Operativa 8 AUSL Reggio Emilia Unità Epidemiologia	Referente: Silvia Candela	- Supporto alla formazione, sperimentazione ed implementazione sistema di monitoraggio. - Contributo al benchmark tra regioni - Proposizione e sperimentazione di nuovi indicatori fattibili e riproducibili in altre regioni
Unità Operativa 9 AUSL Cesena U.O. di Epidemiologia e Comunicazione	Referente: Mauro Palazzi Patrizia Vitali	- Supporto alla formazione, sperimentazione ed implementazione sistema di monitoraggio. - Contributo al benchmark tra regioni
Unità Operativa 10 Regione Calabria Dipartimento Tutela Salute e Politiche Sanitarie	Referente: Giacomino Brancati Lorenzo Surace	- Realizzazione dell'obiettivo specifico 8

Associazione Italiana Epidemiologia	Referente Adele Seniori Costantini	Garante metodologico
--	--	----------------------

Allegato 3

Piano di Valutazione

Obiettivo generale	Conoscere i bisogni di salute della popolazione immigrata, attraverso: - il consolidamento del network interregionale, nazionale ed europeo - il monitoraggio istituzionale e sistematico da parte dei SSR al fine di individuare le priorità di intervento
<i>Indicatori di risultato</i>	- Definizione e realizzazione di un sistema di monitoraggio istituzionale per l'analisi della domanda/offerta e costi assistenza sanitaria per gli immigrati nelle regioni e a livello regionale e nazionale
<i>Standard di risultato</i>	- Network costituito da Regioni (70%) ed enti nazionali (Ministero Lavoro, Politiche Sociali e Salute, Istat, Inail, MEF) - Sistema di monitoraggio definito e sperimentato - Relazione periodica nazionale di sintesi - Ratifica del Sistema di monitoraggio da parte del Ministero, Commissione Salute, Conferenza Stato - Regioni

Obiettivo Specifico 1	Svolgere a livello istituzionale – Sistemi Sanitari Regionali - la funzione di lettura sistematica del profilo di salute della popolazione immigrata (sinergia tra Enti nazionali - Ministero, Age.na.s, Istat, Inail, AIE - e Regioni).
<i>Indicatori di risultato</i>	- Adesioni/accordi tra/con Regioni ed enti nazionali
<i>Standard di risultato</i>	- Accordi formali e sostanziali sottoscritti da parte delle Regioni (70%) ed Enti centrali . - Presentazione obiettivi del progetto al Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari" (verbali incontri)

Obiettivo Specifico 2	Costruire un sistema di monitoraggio a valenza nazionale attraverso lo strumento proposto e diffuso a livello nazionale "La salute degli immigrati: metodologia di analisi"
<i>Indicatori di risultato</i>	- Formazione sul campo e audit dei referenti regionali per l'analisi ed il corretto utilizzo dei flussi e l'acquisizione della metodologia di analisi - Condivisione ed impiego set di indicatori univoci comuni e fattibili a livello regionale secondo la metodologia proposta da parte delle regioni
<i>Standard di risultato</i>	- Incontri formativi (n. 5 per Regione), contatti locali, tutoraggio e feed-back anche via web - Calcolo indicatori comuni (report regionali) e realizzazione sistema di monitoraggio - Ratifica del Sistema di monitoraggio da parte del Ministero, Commissione Salute, Conferenza Stato - Regioni

Obiettivo Specifico 3	Affinare i flussi informativi ai fini della rintracciabilità dell'utente non italiano e per sviluppare strumenti più specifici di sorveglianza epidemiologica
<i>Indicatori di risultato</i>	- Analisi della qualità dei flussi informativi da parte delle regioni per ottimizzarne l'utilizzo nello studio della popolazione immigrata - Esplorazione di altre fonti e archivi per costruire e sperimentare nuovi indicatori
<i>Standard di risultato</i>	- Nuovi indicatori sperimentati nelle realtà più avanzate - Aggiornamento del documento nazionale "La salute degli immigrati: metodologia di analisi"

Obiettivo Specifico 4	Confrontare i risultati regionali e nazionali ed individuare le priorità di intervento.
<i>Indicatori di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Confronto tra le Regioni delle informazioni derivanti dall'analisi domanda di salute/offerta dei servizi popolazione immigrata e costi assistenza sanitaria - Individuazione dei principali problemi di salute - Disamina e diffusione delle soluzioni più efficaci in termini di offerta già sperimentate nei contesti regionali
<i>Standard di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Relazione nazionale di sintesi sui principali problemi di salute, sulle priorità di intervento e sulle soluzioni assistenziali più efficaci - Diffusione delle informazioni e delle soluzioni più efficaci al fine di estenderne l'implementazione nelle Regioni (anche in sede di Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari" in sede di Coordinamento Commissione Salute)
Obiettivo Specifico 5	Effettuare la valutazione macroeconomica dell'assistenza sanitaria agli immigrati
<i>Indicatori di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Analisi dei costi delle principali prestazioni assistenziali fornite alla popolazione immigrata regolare e non, attraverso l'utilizzo dei modelli di rilevazione dei L.A., SDO e loro valorizzazione, farmaceutica
<i>Standard di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Relazione nazionale sull'impatto economico relativo all'assistenza sanitaria agli immigrati, in particolare di quelli irregolari. - Diffusione delle informazioni (anche in sede di Tavolo tecnico interregionale "Immigrati e servizi sanitari" in sede di Coordinamento Commissione Salute)
Obiettivo Specifico 6	Realizzare un confronto con altri Paesi Europei e collaborazioni con istituzioni europee.
<i>Indicatori di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Sondaggio sulla fattibilità di un confronto internazionale di un nucleo di indicatori (a partire dalla definizione di "immigrato") particolarmente significativi e fattibili nei differenti ambiti - Conoscenza delle politiche sanitarie dei singoli paesi europei e delle esperienze più avanzate
<i>Standard di risultato</i>	- Produzione di relativo documento descrittivo
Obiettivo Specifico 7	Realizzare uno spazio web per uno scambio con le regioni durante il lavoro (audit e benchmark), permanente oltre la durata del progetto
<i>Indicatori di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizzazione di spazio web (con contributo delle regioni e degli Enti nazionali all'alimentazione del sito web)
<i>Standard di risultato</i>	- sito web attivo ed aggiornato
Obiettivo Specifico 8	Costruire un modello per la sorveglianza ed il controllo delle malattie infettive nei Centri dell'Immigrazione della regione Calabria
<i>Indicatori di risultato</i>	<ul style="list-style-type: none"> - Accordo con Ministero dell'Interno per l'acquisizione dei report degli enti gestori per il monitoraggio dell'applicazione degli interventi sanitari secondo quanto previsto dal capitolato per gli enti gestori - Analisi di contesto delle condizioni igienico-sanitarie della popolazione presente nei Centri Immigrati con particolare riferimento sui fattori di rischio su cui intervenire - Definizione di protocolli di sorveglianza attiva, prevenzione e cura delle malattie infettive trasmissibili condivisi con le ASL di riferimento, gli enti gestori e la Regione Calabria, a partire dai flussi informativi correnti sulle malattie infettive - Corretta applicazione delle procedure amministrative per l'erogazione dell'assistenza sanitaria: numero di iscrizioni iscrizione al SSR (STP, ENI, SSR)
<i>Standard di risultato</i>	- Accordo formali stipulato con Ministero dell'Interno per l'

	<p>acquisizione dei report degli enti gestore l'analisi delle condizioni igienico-sanitarie</p> <ul style="list-style-type: none">- Relazione periodica sulle condizioni igienico-sanitarie nei Centri- Protocolli condivisi di sorveglianza delle malattie infettive (n. minimo 5 protocolli specifici)- Impiego di cartella clinica informatizzata- immigrati iscritti al SSR (STP, ENI, SSR) pari al 100%
--	---

Cronoprogramma generale

Mese	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	
Attività																									
Obiettivo specifico 1																									
Adesioni formali/sostanziali Regioni																									
Identificazione referenti regionali per realizzazione progetto																									
Presentazione progetto al Tavolo interregionale "Servizi Immigrati" c/o Commissione Salute																									
Obiettivo specifico 2																									
Formazione sul campo e audit dei referenti regionali																									
Calcolo set indicatori nazionali nelle regioni aderenti al progetto																									
Prod. Documento tecnico su funzionamento network e Sistema di monitoraggio interregionale/nazionale																									
Ratifica Documento tecnico in sede Ministero Lavoro, Salute, Politiche Sociali (Commissione Salute, Conferenza Stato-Regioni)																									
Obiettivo specifico 3																									
Analisi qualità flussi informativi utili nelle regioni e report sintetico																									
Esplorazione nuove fonti informative e sperimentazione nuovi indicatori																									
Aggiornamento documento nazionale "Salute immigrati: metodologia di analisi"																									
Diffusione dei risultati																									
Obiettivo specifico 4																									
Benchmark tra regioni: individuazione priorità di intervento																									
Benchmark tra regioni: individuazione migliori soluzioni di offerta																									
Presentazione relazione nazionale al Tavolo interregionale "Servizi Immigrati" c/o Comm. Salute e al Ministero																									
Diffusione dei risultati																									
Obiettivo specifico 5																									
Analisi macroeconomica dei principali costi dell'assistenza sanitaria agli immigrati																									
Produzione relazione economica																									
Diffusione risultati e presentazione relazione al Tavolo interregionale "Servizi Immigrati" c/o Comm. Salute e al Ministero Lavoro, Salute, Politiche Sociali																									
Obiettivo specifico 6																									
Confronto e collaborazione con altri Paesi europei																									
Analisi comparata della definizione operativa di "immigrato"																									
Valutazione fattibilità indicatori comuni con altri Paesi europei																									
Analisi comparata sintetica su politiche nazionali assistenza sanitaria immigrati																									
Produzione e diffusione documento																									
Ob. 7																									
Costruzione e realizzazione sito web																									
Obiettivo specifico 8																									
Accordo con Ministero Interno (acquisizione report enti gestori)																									
Relazione periodica sulle condizioni igienico-sanitarie dei Centri e sui fattori di rischio su cui intervenire (coll. Con enti gest. e ASL)																									
Definizione e applicazione protocolli di sorveglianza, prevenzione e curadelle mal. infettive condivisi, a partire dai flussi informativi correnti																									
Realizzazione e utilizzo cartella clinica informatizzata in contesto transculturale																									
Iscrizione sanitaria per corretta erogazione assistenza																									
Diffusione risultati																									

Allegato 4

Piano Finanziario per ciascuna Unità Operativa

Unità Operativa 1 - Istat	
Risorse	Totale in E
Personale	
Beni e servizi	
Missioni	
Spese generali	
Totale	0

Unità Operativa 2 - INAIL	
Risorse	Totale in E
Personale	
Beni e servizi	20.000
Missioni	10.000
Spese generali	
Totale	30.000

Unità Operativa 3 – Regione Marche	
Risorse	Totale in E
Personale	52.000
Beni e servizi	5.000
Missioni	5.000
Spese generali	1.000
Totale	63.000

Unità Operativa 4 – Regione Piemonte	
Risorse	Totale in E
Personale	25.000
Beni e servizi	2.000
Missioni	5.000
Spese generali	1.000
Totale	33.000

Unità Operativa 5 – Regione Emilia Romagna	
Risorse	Totale in E
Personale	40.000
Beni e servizi	3.000
Missioni	0
Spese generali	0
Totale	43.000

Unità Operativa 6 – Regione Lazio	
Risorse	Totale in E
Personale	10.000
Beni e servizi	2.000
Missioni	20.000
Spese generali	1.000
Totale	33.000

Unità Operativa 7 – Regione Puglia	
Risorse	Totale in E
Personale	30.000
Beni e servizi	2.000
Missioni	5.000
Spese generali	1.000
Totale	38.000

Unità Operativa 8 – AUSL Reggio Emilia	
Risorse	Totale in E
Personale	28.000
Beni e servizi	2.000
Missioni	2.000
Spese generali	1.000
Totale	33.000

Unità Operativa 9 – AUSL Cesena	
Risorse	Totale in E
Personale	28.000
Beni e servizi	2.000
Missioni	2.000
Spese generali	1.000
Totale	33.000

Unità Operativa 10 – Regione Calabria	
Risorse	Totale in E
Personale	24.000
Beni e servizi	10.000
Missioni	5.000
Spese generali	1.000
Totale	40.000

Unità Operativa Coordinamento – Agenas	
Risorse	Totale in E
Personale	30.000
Beni e servizi	167.000
Missioni	35.000
Spese generali	2.000
Totale	234.000

Piano Finanziario Generale

Risorse	Totale in Euro
Personale	267.000
Beni e servizi	215.000
Missioni	89.000
Spese generali	9.000
Totale	580.000