

PROGRAMMA NAZIONALE EQUITÀ NELLA SALUTE
AREA "CONTRASTARE LA POVERTÀ SANITARIA"

PROGETTO IN.4K.1_01
"ATTUALIZZAZIONE OPERATIVA ATTRAVERSO LA RICOGNIZIONE E VERIFICA
DELLE MODALITÀ DI EROGAZIONE DEI SERVIZI SANITARI VERSO LA POPOLAZIONE TARGET"

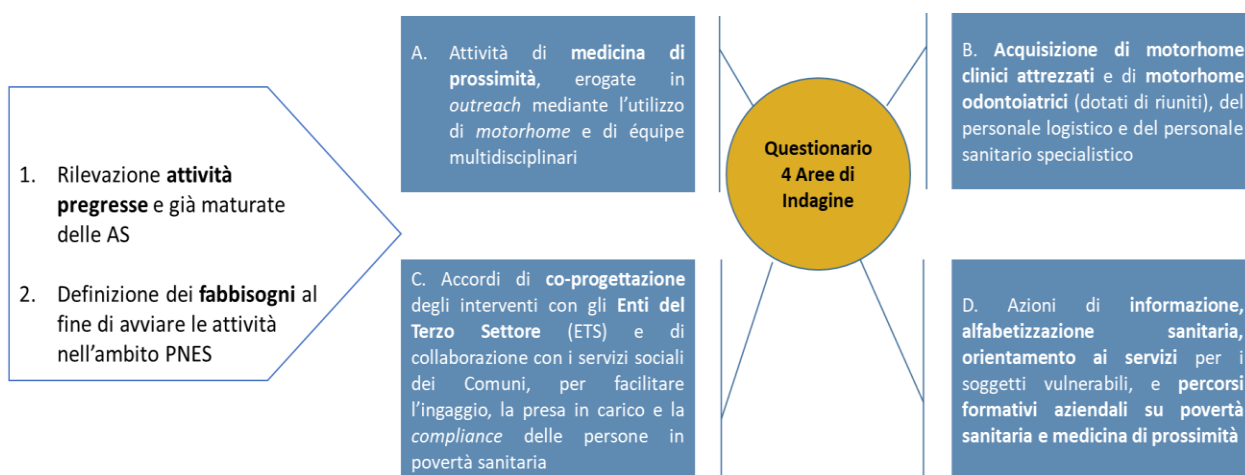
REPORT

Il progetto nell'ambito del Piano Operativo

Il progetto IN.4K.1_01 ha previsto la conduzione di una *survey*, mediante questionario, che è stata rivolta alle 38 Aziende Sanitarie (AS) delle 7 regioni di intervento.

L'obiettivo indicato nella scheda-progetto era di verificare, presso ciascuna azienda sanitaria (AS) "la disponibilità, nei territori interessati, di motorhome e/o ambulatori di prossimità da impiegare nel primo periodo di avvio e per il tempo utile all'approvvigionamento dei motorhome previsti dal Programma", ma l'INMP si è ben presto orientato ad utilizzare questa opportunità per rilevare presso ciascuna AS le attività pregresse e i fabbisogni di intervento relativamente alle seguenti 4 aree: esperienze di medicina di prossimità (*outreach*); disponibilità di *motorhome* (MH) e/o ambulatori di prossimità; attività di co-progettazione con Enti del Terzo Settore (ETS); attività di informazione/alfabetizzazione sanitaria/orientamento ai servizi per utenti vulnerabili e percorsi formativi aziendali sui temi della povertà sanitaria e la sanità pubblica di prossimità. Queste informazioni confluiranno nell'analisi propedeutica e funzionale alla implementazione delle attività di *outreach*.

Figura 1: Scopo e aree tematiche della survey



L'area "contrastare la povertà sanitaria" del Programma Nazionale per l'Equità in Salute, come esplicitato nel Piano operativo, prevede interventi nell'ambito della medicina di prossimità, essenzialmente attraverso l'*outreach* e l'attivazione di comunità, per raggiungere le persone vulnerabili dal punto di vista socio-economico e assicurare la presa in carico adeguata dei loro bisogni di salute, erogando *prestazioni* sanitarie di prima necessità all'interno di percorsi clinico-assistenziali, anche attraverso prestazione extra LEA.

L'erogazione delle prestazioni sanitarie in *outreach* avverrà mediante l'utilizzo di *motorhome* (MH) clinici, dotati di attrezzature diagnostiche portatili o di medio-bassa complessità tecnologica, e di *motorhome* odontoiatriche, dotati di riuniti odontoiatrici. Il programma prevede, nell'ambito delle prestazioni di presa in carico anche - ove necessario - l'erogazione di medicinali di fascia C e di fascia A senza nota AIFA nonché di dispositivi medici durevoli (protesi odontoiatriche mobili).

Funzionali a tale modalità operativa saranno gli accordi di co-progettazione degli interventi con gli ETS e il coinvolgimento, nel partenariato operativo, dei servizi sociali dei Comuni, al fine di facilitare l'ingaggio e la *compliance* delle persone in povertà sanitaria e promuovere l'attivazione delle reti di comunità.

La presa in carico di bisogni di salute complessi sarà gestita unitamente all'orientamento ai servizi socio-sanitari territoriali e all'alfabetizzazione sanitaria, nell'ottica di rendere i destinatari consapevoli del proprio diritto alla salute e delle possibilità offerte per esercitare tale diritto, secondo il paradigma della sanità pubblica di prossimità.

Cronologia dell'attività svolta

- Dal 21 dicembre 2023: definizione del questionario a domande chiuse ed aperte, che si allega al presente report.
- Tra il 27 dicembre 2023 e il 10 gennaio 2024 invio del questionario alle Direzioni Generali delle 38 Aziende Sanitarie (AS), con richiesta di compilazione, a cui ha fatto seguito un'attività di back-office per assistenza e, eventuali, solleciti.
- Contestualmente all'invio del questionario, nel mese di gennaio 2024, sono state organizzate riunioni in ciascuna Regione con i referenti aziendali a cui era stato trasmesso. Nel corso degli incontri sono state condivise le finalità della *survey* avviata e forniti dettagli sulla compilazione del questionario.
- Raccolta dei questionari pervenuti all'INMP e inserimento delle informazioni fornite in un data base riassuntivo.
- Analisi dei dati e produzione del presente report.

Alla data del 31 marzo 2024 (termine previsto della durata del progetto IN.4K.1_01) sono state 33 le AS che hanno inviato il questionario compilato. Tuttavia, come effetto dei numerosi solleciti precedentemente effettuati, nei giorni successivi l'INMP ha ricevuto i rimanenti 5 questionari (dalle AS di Nuoro, Oristano, Gallura, Sulcis e Cosenza) e si è quindi integrato il presente report con le informazioni fornite.

RISULTANZE

Di seguito l'analisi delle risposte fornite in riferimento alle 4 aree e ai singoli quesiti proposti:

Area A

Attività di medicina di prossimità, erogate in *outreach* mediante l'utilizzo di motorhome (MH) e di equipe multidisciplinari (operatori sanitari, mediatori, ecc.)

1. Sono già attive o sono state programmate azioni per l'erogazione di prestazioni sanitarie in *outreach* a favore di persone in situazione di vulnerabilità socio-economica e/o stranieri/migranti?

Come riportato nella **Tabella 1** sottostante, 20 delle 38 AS hanno indicato di aver condotto azioni di erogazione di prestazioni sanitarie in *outreach*, a favore di persone in svantaggio socioeconomico/vulnerabili/ migranti, che sono tuttora attive per 12 di esse:

Tabella 1: Aziende sanitarie che hanno indicato esperienze di *outreach* pregresse e/o tuttora in corso

Regione	Aziende sanitarie con attività di <i>outreach</i>	di cui ancora attive
Basilicata	2 (PZ, MT)	1 (PZ)
Calabria	1 (CS)	1 (CS)
Campania	5 (NA1, NA2, NA3, CE, SA)	3 (NA1, NA3, SA)
Molise	1 (ASREM)	-
Puglia	4 (FG, BA, LE, BAT)	3 (BAT, FG, BA)
Sardegna	2 (SS, CA)	1 (SS)
Sicilia	5 (AG, CT, ME, PA, TP)	3 (ME, PA, TP)
TOTALE	20	12

Si anticipa che delle 20 AS che hanno indicato di aver condotto attività di medicina di prossimità, 8 AS hanno indicato di aver impiegato MH, con un utilizzo complessivo di 8 MH (il dettaglio circa le attività tramite MH è riportato di seguito: cfr. Area B, quesito1).

2. Se sì, indicare, sinteticamente i territori e la tipologia di intervento, i soggetti coinvolti nell'attuazione, le tipologie di destinatari, l'adesione e i risultati ottenuti rispetto alle aspettative, il numero e il profilo degli operatori, eventuali finanziamenti, le criticità emerse)

Le AS che hanno dichiarato di aver svolto attività in *outreach* hanno indicato come fonti di finanziamento: Fondo Asilo, Migrazione e Integrazione (FAMI), PON Inclusione, Fondi aziendali o regionali o del Piano Sanitaria Nazionale, INMP, Komen Italia/Fondazione Policlinico Agostino Gemelli.

Tali attività, quando realizzate tramite *motorhome* (MH), hanno riguardato: screening oncologici, cure primarie, alfabetizzazione sanitaria, promozione della salute, assistenza psicosociale.

Le criticità riportate sono state: necessità di rafforzare la collaborazione tra gli Enti del terzo settore (ETS) e la pubblica amministrazione per facilitare la condivisione di risorse, competenze, esperienze e buone pratiche, oltre a stimolare l'innovazione sociale e la sussidiarietà; difficoltà di individuazione dei senza fissa

dimora.

3. Quali sono le U.O. della ASL/ASP coinvolte nelle attività in *outreach*?

Le UU.OO. che sono state indicate come quelle coinvolte nelle attività di prossimità risultano essere assai diversificate, in ragione delle differenti azioni che sono state condotte e della specifica organizzazione delle AS che hanno realizzato gli interventi. Di seguito si riportano quelle menzionate:

- UOSD Unità Operativa Semplice di Strada.
- UOC Integrazione Sociosanitaria, UOC Epidemiologia e Prevenzione, UOC Cure Primarie.
- UU.OO.SS. Cure Primarie e Assistenza Territoriale.
- Dipartimento di Salute mentale (specificatamente CSM e Neuropsichiatria), U.O. Materno Infantile.
- Dipartimento di Prevenzione - SISP Area Metropolitana.
- Dipartimento di Prevenzione, Dipartimento Attività territoriali, U.O. Scienze radiologiche, Dipartimento Materno-infantile e Diagnostica di laboratorio.
- UO Servizio Sociale Professionale, UOC Centro Gestionale Screening, UOS Screening Mammografico, UOC DSM, UOC SERT, UOC NPIA, UOC Coordinamento Consultoriale, Dipartimento Cure Primarie.
- Dipartimento Salute della Famiglia, UOC Integrazione Radiologia Ospedaliera e territoriale, UOS Isole minori- (Poliambulatorio Lampedusa).
- S.C. Prevenzione e Promozione della salute.
- Struttura Complessa Prevenzione e promozione della salute, Struttura Complessa Anestesia Territoriale e Cure Palliative, Distretti sanitari.
- UOC Assistenza territoriale e tutela delle fragilità, UU.OO.CC. Distretti territoriali, UOC Farmacia territoriale.

4. Ritieni di segnalare specifiche aree del territorio o Distretti nei quali è più urgente intervenire in *outreach*? (Se sì, indicare quali e per quali ragioni)

Le aree segnalate dalle AS in cui è più urgente intervenire in *outreach* sono risultate essere prevalentemente: aree metropolitane disagiate, distretti con forte presenza di persone senza fissa dimora e/o migranti irregolari, aree di sbarco e strutture di accoglienza, campi Rom, aree rurali e montane poco accessibili, isole minori. Nel dettaglio:

- Distretti con forte presenza di migranti irregolari e persone senza fissa dimora.
- Aree a forte presenza di persone straniere e/o campi Rom e/o strutture di accoglienza migranti.
- Aree rurali, difficilmente raggiungibili e poco collegate dal trasporto pubblico.
- Centro di accoglienza per migranti (SAI) e zone di sbarco.
- Aree del territorio provinciale con presenza non solo di lavoratori stranieri extracomunitari ma anche di migranti irregolari, anche di minore età.
- Distretti delle zone montane. Aree montane. Località montane e isole minori.
- Sub-distretti per limitazioni orografiche e distanza dai servizi territoriali. Aree periferiche dei distretti.
- Centri storici delle città, periferie urbane, comuni disagiati a causa della lontananza dai servizi.
- Aree urbane dove c'è la maggiore concentrazione di nuclei familiari extracomunitari, Centri di accoglienza per stranieri, aree extraurbane, in corrispondenza delle zone agricole e maggiormente distanti rispetto alle strutture sanitarie.

Alcune AS hanno individuato e segnalato in modo puntuale le località e i distretti dei territori di loro competenza che potrebbero essere oggetto degli interventi del PNES.

È importante evidenziare che è risultata una perfetta corrispondenza tra le tipologie di persone e di contesti territoriali rispetto ai quali le AS hanno indicato essere più urgente intervenire e le tipologie di criteri di individuazione della popolazione beneficiaria (riferite alla persona o al contesto) che l'INMP ha indicato in precedenza nel documento "Criteri di individuazione della popolazione target e modalità di attestazione dei requisiti".

5. Esistono nel territorio della ASL/ASP ambulatori di prossimità già attivi (ambulatori a bassa soglia, ambulatori STP, ambulatori territoriali aperti con orario continuato)?

Come riportato nella **Tabella 2** che segue, 18 AS hanno indicato l'esistenza di ambulatori di prossimità nei propri territori di competenza. Di queste 18 AS, 12 hanno specificato che si tratta di Ambulatori STP/ENI presenti nei distretti sanitari. Per molte di esse, è stata riportata una presenza capillare con un ambulatorio per ciascun distretto; altre hanno riportato l'esistenza di strutture dedicate che offrono prestazioni diversificate, come strutture di riferimento dell'azienda per l'assistenza a popolazioni migranti/vulnerabili.

Tabella 2: Aziende sanitarie con Ambulatori di prossimità e STP/ENI

REGIONE	Aziende con ambulatori di prossimità, STP/ENI, ecc. esistenti	di cui STP /ENI
Basilicata	1 (PZ)	1 (PZ)
Calabria	3 (RC, KR, CS)	1 (CS)
Campania	5 (NA 1, NA 2, NA 3, CE, SA)	4 (NA1, NA2, NA3, CE)
Molise	-	
Puglia	4 (FG, LE, TA, BA)	3 (FG, LE, TA)
Sardegna	1 (CA)	1 (CA)
Sicilia	4 (CL, CT, ME, TP)	3 (CT, ME, TP)
TOTALE	18	12

6. Se sì, indicare in quali territori/distretti sono presenti, i servizi erogati, le dotazioni tecnologiche e strumentali esistenti.

Nelle risposte al questionario non sono state indicate chiaramente le dotazioni tecnologiche e strumentali degli ambulatori di prossimità e/o STP/ENI, tuttavia dalla descrizione delle tipologie di prestazioni erogate, ove riportate, è possibile desumere che le attrezzature sono funzionali alla medicina di base e alla ginecologia e ostetricia (1 AS ha specificato la disponibilità nella struttura di un ecografo e di un colposcopio).

Area B

Acquisizione di motorhome clinici (dotati di attrezzature diagnostiche portatili o di medio-bassa complessità tecnologica) e di motorhome odontoiatrici (dotati di riuniti), del personale necessario alla

loro conduzione su strada, del personale sanitario specialistico e di quanto necessario all'erogazione del servizio (ad esempio: dispositivi medici durevoli quali protesi odontoiatriche mobili).

1. Sono già disponibili motorhome attrezzati (della ASL/ASP o di terzi) per l'erogazione di prestazioni sanitarie?

8 delle 38 AS hanno indicato di disporre di motorhome/camper per l'erogazione di prestazioni in *outreach*.

2. Se sì, indicarne: il numero, le dotazioni tecnologiche e strumentali, se sono utilizzati dalla ASL/ASP o da Terzi, in quali territori/distretti sono disponibili e quale tipologia di interventi realizzano.

Come riportato nella **Tabella 3** sottostante, delle 8 AS che hanno risposto in modo affermativo alla domanda precedente, 6 AS dispongono di 1 MH e 2 AS dispongono di 2 MH, per un totale complessivo di 10 motorhome. L'AS ME ha riportato di impiegare 1 MH per attività di *screening* noleggiando il mezzo periodicamente mentre l'AS CS ha indicato di impiegare 1 MH, anch'esso per attività di *screening*, concesso in comodato gratuito dall'amministrazione provinciale, che ne è la proprietaria.

Tabella 3: Aziende sanitarie che già dispongono di Motorhome (MH)

REGIONE	Aziende sanitarie	Numero di MH	Tipologia di MH/Attività svolta
Basilicata	-	-	-
Calabria	CS	1 (comodato d'uso gratuito)	screening
Campania	AV	1	screening
Molise	-	-	-
Puglia	FG	2	1 screening 1 clinico
Sardegna	SS	1	clinico
Sicilia	ME	1 (affitto periodico)	screening
	PA	1	screening
	SR	1	radiologia
	TP	2	1 clinico 1 odontoiatrico
TOTALE	8	10	

Solo 1 azienda (SS) ha fornito indicazioni relative alla dotazione strumentale. Tuttavia, in considerazione delle indicazioni fornite dalle AS (e riportate testualmente) circa le attività a cui i MH sono destinati, è possibile dedurre l'allestimento e la dotazione:

1. **ASP Cosenza:** 1 motorhome attrezzato per la diagnostica mammografica.

2. **ASL Avellino:** 1 camper per le prestazioni di screening mammografico e cervice.
3. **ASL Foggia:** 1 ambulatorio mobile per lo screening e la prevenzione delle patologie oncologiche della mammella; 1 ambulatorio mobile per la medicina di prossimità alle popolazioni che vivono negli insediamenti informali e per gli screening oncologici finalizzati alla prevenzione del carcinoma cervico – vaginale (pap – test).
4. **ASP Messina:** 1 unità mobile per le attività di screening, che viene affittata per periodi specifici (Progetto FAMI: "ICARE") e 1 unità di proprietà, utilizzata per le attività emotrasfusionali e che, nel periodo Covid, è stata usata per l'esecuzione di tamponi e successivamente per le vaccinazioni.
5. **ASP Palermo:** 1 motorhome per lo screening del cervico-carcinoma, screening mammografico e vaccinazioni.
6. **ASP Siracusa:** 1 unità mobile di Radiologia (non mammografie).
7. **ASP Trapani:** 1 motorhome clinico e 1 motorhome odontoiatrico.
8. **ASL Sassari:** 1 motorhome attrezzato per il servizio itinerante di prevenzione. Dotazioni strumentali: spirometro, elettrocardiografo, analizzatore per emoglobina glicata, profilo lipidico, ecografo. Postazione informatizzata per prenotazione esami screening oncologici, pap test, mammografia e distribuzione contestuale di kit per la ricerca del sangue occulto nelle feci.

Alle 8 AS che hanno indicato di disporre di MH, si aggiunge l'ASP di Agrigento, che ha indicato di aver utilizzato in passato 1 MH per attività di screening oncologici, acquisito tramite apposita convenzione, oggi non più attiva.

3. Quale ritiene sia il fabbisogno (numerico) di motorhome attrezzati utile a soddisfare le necessità delle persone vulnerabili dal punto di vista socio economico (incluse persone straniere/migranti) presenti nel territorio della ASL?

Si riporta nella **Tabella 4** sottostante il fabbisogno di MH espresso dalle 38 AS, che complessivamente è di 94 unità. Solo l'Asp di Reggio Calabria ha indicato il proprio fabbisogno distinguendo tra MH clinici e MH odontoiatrici. L'Asp di Cosenza ha espresso un fabbisogno di MH polifunzionali.

Tabella 4: Fabbisogno di motorhome espresso dalle Aziende Sanitarie

AZIENDE SANITARIE	NUMERO AZIENDE	FABBISOGNO MOTORHOME
NA1, BE, SA, TP, ASREM	5	NR / 0
BR, TA, AG	3	1
NA2, CE, AV, CA, EN, NU, OR	7	2
BAT, FG, LE, CL, CT, ME, RG, SR, CZ, KR, VV, SS, OG, MD, PZ, MT, GA, SU	18	3
BA, PA	2	4
NA3	1	3
RC	1	6 (3 clinici + 3 odontoiatrici)
CS	1	6 (polifunzionali)
TOTALE	38	94

4. Quali criticità potrebbero emergere nell'utilizzo di motorhome e compromettere il buon esito dell'intervento?

Nella **Tabella 5** che segue sono riportate le principali criticità indicate dalle AS nell'utilizzo di MH:

Tabella 5: Criticità indicate dalle Aziende Sanitarie nell'utilizzo di MH

Criticità	Azienda Sanitaria	Numero
Nessuna criticità	BAT, FG, LE, CL, MT, EN	6
Scarsa disponibilità di operatori interni alla ASL da dedicare a tali attività/Carenza personale (assistenziale, logistico) che conosca le lingue, con adeguate e specifiche professionalità/Supporto logistico e assenza di personale formato e dedicato	NA2, BR, TA, BA, AG, RA, CZ, SS, OG, PZ; GA	11
Carenza di personale, eccesso di domanda, e sopravvalutazione della risposta sanitaria da parte dell'utenza informazione sulla natura della medicina di prossimità	NA3	1
Azioni difficilmente governabili dal distretto sanitario	CE	1
Mancanza sia del personale necessario al funzionamento sia del finanziamento necessario alla gestione delle attività previste	AV	1
Criticità per attività di back-office per rintracciare i luoghi e procedere con il rilascio delle autorizzazioni	CT	1
Difficoltà di reperimento di risorse umane	SU	1
Criticità logistiche	PA	1
Fattori culturali nell'interazione tra operatori e utenti	SR	1
Comunicazione difettuale	KR	1
Scarsa adesione in mancanza di una buona campagna informativa	RC	1
Adeguate numero di personale e fornitura di presidi e farmaci	CA	1
Peculiarità dell'assetto urbanistico	NU	1
Difficoltà logistico-organizzative dovute all'orografia del territorio	CS	1
NR / Non risponde	NA1, BE, SA, ME, TP, VV, MD, ASREM, OR	9
TOTALE		38

È utile segnalare che, analizzando le indicazioni fornite dalle AS, le tipologie di criticità che potrebbero esserci nell'utilizzo di MH (carenza/assenza di personale sanitario e sociosanitario dedicato e adeguatamente formato, assenza di personale logistico e altre criticità logistico-organizzative,

necessità di una *governance* sovra-distrettuale per l'attività territoriale di *outreach*, scarsa adesione della popolazione target in assenza di adeguate campagne informative) sono state prese in conto già nella fase di programmazione del PNES e dell'area contrastare la povertà sanitaria, identificando, di conseguenza, specifiche azioni e risorse finanziarie per superare tali criticità.

Area C

Accordi di co-progettazione degli interventi con gli Enti del Terzo settore (ETS) e con i servizi sociali dei Comuni, per facilitare l'ingaggio, la presa in carico e la *compliance* delle persone in povertà sanitaria.

1. Sono già in essere accordi di co-progettazione con ETS per interventi attinenti all'assistenza sanitaria a persone vulnerabili e persone straniere/migranti?

Il questionario prevedeva la possibilità di indicare accordi già in essere tra l'AS e gli ETS del territorio, sia stipulati per attività attinenti alla materia specifica che relativi ad altre aree di intervento. 18 AS hanno riportato di avere accordi di co-progettazione in essere, di cui:

- 16 sulla materia specifica (NA1, NA3, SA, BAT, FG, TA, BA, ME, PA, TP, KR, CA, SS, PZ, ASREM, EN);
- 4 su altre materie (RC, RG, CE, CS).

2. Se sì, indicare sinteticamente la finalità, i soggetti coinvolti, le tipologie di destinatari, le criticità emerse nella fase di attuazione.

Gli accordi sulla materia specifica coinvolgono Comuni, ETS, altre AS, Aziende Ospedaliere, l'INMP e riguardano prevalentemente:

- Costruire una rete per interventi di presa in carico di soggetti senza fissa dimora
- Prevenire, curare e riabilitare il disagio psicologico e assicurare assistenza sanitaria ai cittadini richiedenti asilo/migranti
- Favorire l'acquisizione da parte delle Aziende sanitarie di conoscenze e competenze a sostegno dell'implementazione del Piano d'azione salute per e con le comunità Rom, Sinti e Caminanti
- Migliorare salute psichica delle persone in carico ai CSM

Gli accordi per la realizzazione di interventi in altre aree riguardano:

- Servizio di mediazione culturale in loco e a chiamata.
- Assistenza a pazienti psichiatrici (anche minori), immigrati in stato di disagio, tossicodipendenti e soggetti privi di reddito.
- Accordi con privati e ETS per la gestione della salute dei migranti.

La distinzione tra materia specifica e altre materie appare, nelle descrizioni fornite, piuttosto sfumata e di difficile classificazione. Al contempo, si evidenzia che nella maggior parte di questi casi, le esperienze riportate si caratterizzano più come frutto di partenariati di progetto e di affidamenti di servizi rivolti all'utenza che come esiti di accordi di co-progettazione, secondo quanto previsto nel decreto legislativo n. 117 del 2017. Tuttavia la sussistenza di tali relazioni, che in 15 casi vede anche l'esistenza di elenchi/albi di ETS (vedi domanda successiva), è indice di una buona presenza di ETS attivi sul territorio, elemento che permetterà di sviluppare gli accordi previsti.

3. Nel territorio di riferimento è presente un elenco/albo di ETS di cui l'ASL si avvale per le collaborazioni utili all'erogazione dei servizi?

Nel caso di 16 AS è riportata l'esistenza di un elenco/albo degli ETS, di cui l'AS si avvale per definire i soggetti con cui siglare le collaborazioni utili all'erogazione dei servizi.

4. Se sì, specificare quali ETS e che tipo di accordo-collaborazione è in vigore.

Solamente 4 AS hanno risposto nel merito a questa domanda, indicando:

- ASL Caserta: *short list* per la realizzazione di Progetti Terapeutico Riabilitativi Individuali sostenuti da Budget di Salute (PTRP/BdS)
- ASP Messina: è presente uno specifico Albo degli ETS disponibili ad avviare percorsi di co-progettazione con il Dipartimento di Salute Mentale nell'ambito dei Budget di Salute. L'Albo è aperto e aggiornato trimestralmente.
- ASL Sassari: approvazione di elenco definitivo degli operatori economici con offerte idonee. Fondo inclusione persone con disabilità, L. n° 69/2021, annualità 2022-2023
- ASP Cosenza: Elenco regionale di Enti autorizzati e accreditati per trasporto infermi

Area D

Azioni di informazione, alfabetizzazione sanitaria e orientamento ai servizi per i soggetti vulnerabili, inclusi migranti e popolazione straniera, e formazione degli operatori sanitari dedicati ai temi relativi alla povertà sanitaria e alla medicina di prossimità

In questa area sono state indagate le attività pregresse/in corso sia per l'informazione e l'orientamento ai servizi a favore della popolazione target sia per la formazione degli operatori sanitari, per potenziare la capacità dei servizi di interagire e prendere in carico i bisogni della popolazione target.

1. Sono attualmente in essere o sono state già sperimentate attività di informazione, alfabetizzazione e orientamento sanitario rivolte ai suddetti destinatari?

Riguardo le attività di **informazione e orientamento sanitario**:

- 13 AS hanno indicato attività di alfabetizzazione in corso: NA3, CE, SA, BAT, FG, ME, PA, TP, RC, KR, CA, Sulcis, ASREM.
- 9 AS hanno riportato esperienze pregresse di informazione e orientamento sanitario, non più attive: NA 1, NA 2, BV, BAT, LE, TA, RA, RG, PZ.

2. Se sì, quali?

Tra gli interventi realizzati:

- Sensibilizzazione e alfabetizzazione sanitaria erogate dai Consulenti facenti capo ai servizi Materno-Infantili, dai SERT e altri Servizi di Igiene Mentale.
- Sensibilizzazione/educazione alla salute collegate al servizio e agli sportelli di mediazione culturale presenti presso i servizi distrettuali ad accesso diretto.

- Alfabetizzazione sanitaria, informazione ed orientamento ai servizi, accompagnamento di soggetti vulnerabili ai servizi territoriali.
- Incontri di formazione e orientamento presso i centri diurni per anziani e presso i centri di accoglienza per persone senza fissa dimora.
- Prodotti audio e video diffusi presso gli ambulatori/reparti dell'AS e presso le sedi di ETS. Argomenti: prevenzione delle patologie veneree, igiene personale, gravidanza, vulnerabilità psichica.
- Promozione di sinergie e strumenti per l'equità nell'accesso all'assistenza sanitaria dei Rom, Sinti e Caminanti, per diffondere la cultura della Sanità Pubblica di Prossimità (SPP).

3. Nel piano formativo aziendale rivolto agli operatori, sono presenti percorsi dedicati ai temi relativi alla povertà sanitaria e alla medicina di prossimità?

11 AS (NA 1, NA 2, SA, TA, PA, TP, RC, CA, PZ, MT, EN) hanno indicato la realizzazione di percorsi formativi per i propri operatori sui temi relativi alla povertà sanitaria e alla sanità pubblica di prossimità e/o su ambiti della presa in carico dei bisogni di soggetti vulnerabili/migranti. Tra questi:

- Percorso formativo rivolto al personale sanitario e tecnico dell'AS per facilitare e migliorare l'approccio all'accoglienza e alla presa in carico della persona in condizione di fragilità sociale, con particolare riferimento alla popolazione migrante.
- Corsi di formazione aziendale sul contrasto delle disuguaglianze nella sanità per gli operatori delle strutture preposte all'accoglienza dei richiedenti e titolari di protezione internazionale.
- Percorso formativo per gli operatori sanitari su temi di antropologia medica, sociologia della salute, etnopsicologia, etnopsichiatria, mediazione trans-culturale, ecc.
- Corsi di formazione per personale sanitario e amministrativo per agevolare l'accesso ai servizi di salute da parte dei gruppi socialmente più vulnerabili, soprattutto la popolazione immigrata.
- Piano regionale finalizzato all'offerta di percorsi formativi per gli operatori delle strutture sanitarie incentrati sulla trattazione degli aspetti sanitari delle patologie riferibili agli stranieri e sulla mediazione linguistica e culturale.

Considerazioni conclusive

Nel complesso, le risposte fornite dalle 38 aziende sanitarie, e riportate integralmente nell'Allegato 2 al presente report, costituiscono un'importante base conoscitiva, caratterizzata da gradi di approfondimento differenziati in base al diverso grado di accuratezza delle informazioni che sono state riportate.

In particolare, emerge un numero significativo di aziende sanitarie che ha esplicitato competenze e esperienze, con diversi gradi di strutturazione, nella presa in carico dei vulnerabili, mediante ambulatori e attività di prossimità, anche con azioni di *outreach* e impiego di unità mobili, unite a relazioni di collaborazione con ETS. Al contempo, va considerato che 8 aziende sanitarie hanno risposto NO/NR alla grande maggioranza dei quesiti di tutte e 4 le aree indagate, indicando quindi di non avere esperienze pregresse o in corso in termini di strutture/attività di prossimità, collaborazioni con ETS, attività di alfabetizzazione sanitaria dei destinatari e attività formative degli operatori sui temi dell'equità, della sanità di prossimità, della povertà sanitaria, ecc.

Infine, è necessario evidenziare che le informazioni ricevute in merito alle dotazioni strumentali presenti negli ambulatori di prossimità sono state scarse rispetto al numero di ambulatori che sono

stati indicati e che nel caso di molte aziende è pari ad almeno 1 ambulatorio di prossimità/STP per ciascun distretto territoriale. È possibile ipotizzare che il referente non abbia avuto adeguato accesso alle informazioni richieste e/o sufficiente tempo per la loro raccolta.

Per concludere, la conduzione della *survey* ha permesso di compiere una necessaria ricognizione, propedeutica e funzionale all'implementazione delle attività dell'area "Contrastare la povertà sanitaria", rispetto alla quale il riscontro di gradi di esperienza molto diversificati tra le AS comporta la necessità di considerare azioni di collaborazione e sostegno diversificate e personalizzate.

Annesso: Tabella delle sigle utilizzate nel presente report per l'individuazione delle aziende sanitarie

Allegato 1: Form Questionario somministrato

Allegato 2: n. 38 prospetti riassuntivi dei dati rilevati per ciascuna Azienda sanitaria

TABELLA DENOMINAZIONI DELLE AZIENDE SANITARIE

AZIENDA SANITARIA	DENOMINAZIONE UTILIZZATA	AZIENDA SANITARIA	DENOMINAZIONE UTILIZZATA
Basilicata		ASL Brindisi	BR
ASP Potenza	PZ	ASL Foggia	FG
ASP Matera	MT	ASL Lecce	LE
Calabria		ASL Taranto	TA
ASP Catanzaro	CZ	Sardegna	
ASP Crotone	KR	ASL Cagliari	CA
ASP Cosenza	CS	ASL Gallura	GA
ASP Reggio Calabria	RC	ASL Medio Campidano	MD
ASP Vibo Valentia	VV	ASL Ogliastra	OG
Campania		ASL Oristano	OR
ASL Napoli 1	NA1	ASL Sassari	SS
ASL Napoli 2	NA2	ASL Sulcis Iglesiente	SU
ASL Napoli 3	NA3	Sicilia	
ASL Avellino	AV	ASP Agrigento	AG
ASL Benevento	BE	ASP Caltanissetta	CL
ASL Caserta	CE	ASP Catania	CT
ASL Salerno	SA	ASP Enna	EN
Molise		ASP Messina	ME
Azienda Sanitaria Regionale Molise	ASREM	ASP Palermo	PA
Puglia		ASP Ragusa	RG
ASL Bari	BA	ASP Siracusa	SR
ASL Barletta Andria Trani	BAT	ASP Trapani	TP