



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

2 Fonti e Metodi di analisi dei dati

2.1 FONTI

L'indagine condotta ha carattere multidisciplinare per cui le fonti utilizzate comprendono studi di carattere scientifico in materie differenti: socio-demografiche, sanitarie e giuridiche, nonché i dati contenuti in banche dati ufficiali e quelli raccolti ed elaborati tramite un'approfondita indagine sul campo.

2.1.1 Fonti Normative

L'analisi inerente al diritto di tutela della salute dei cittadini stranieri ha richiesto uno studio approfondito incentrato su tre livelli: europeo, nazionale e regionale. A tutti i livelli le fonti utilizzate riguardano: la normativa vigente, la ricerca scientifica e la giurisprudenza.

A livello europeo non ci sono documenti specifici in materia, per cui la normativa di interesse della ricerca è stata recuperata da diversi settori di intervento dell'Unione europea. Infatti sono stati analizzati documenti di natura sanitaria estrapolando esclusivamente la parte relativa ai cittadini stranieri e i documenti relativi alle politiche di integrazione con particolare focus sulla questione sanitaria. Tra le principali fonti possiamo menzionare: il Trattato sul Funzionamento dell'Unione Europea e i consecutivi documenti (Risoluzioni, Comunicazioni e Piani d'azione). La ricerca è stata estesa anche alla Carta Europea dei Diritti dell'Uomo rendendo l'analisi più ampia rispetto ai confini dell'Unione europea, comprendendo così l'intera Regione. Molto

significativa ai fini della ricerca è risultata anche la giurisprudenza della Corte di Giustizia la quale si è espressa in merito al diritto alla salute dei migranti in diverse circostanze.

A livello nazionale l'analisi è stata incentrata principalmente sulla normativa vigente con particolare focus sulla Costituzione italiana, la legge n. 40 del 1998 "Disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero", il Decreto legislativo n. 286 del 25 luglio 1998 - "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"; il Decreto del Presidente della Repubblica del 31 agosto 1999, l'Accordo fra Stato, Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano che prevede indicazioni per la corretta interpretazione della normativa e per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera, nonché una serie di documenti (circolari e linee guida) volti a rendere effettivo e coerente in tutto il territorio italiano il godimento da parte della popolazione straniera dei diritti relativi alla tutela della salute. È stato analizzato, inoltre, il Decreto-legge n. 113 del 2018 - Disposizioni in materia di sicurezza pubblica, prevenzione e contrasto al terrorismo e alla criminalità mafiosa, divenuto legge il 1° dicembre dello stesso anno (Legge n. 132 del 2018) e le modifiche che ha apportato nel sistema di accoglienza.

A livello regionale la fonte principale dell'analisi è costituita dalla Legge regionale n. 32 del 2009 - "Norme per l'accoglienza, la convivenza civile e l'integrazione degli immigrati in Puglia" e da una serie di circolari e linee guida. Sia a livello nazionale



Prevenzione 4.0
Fondo Asilo, Migrazione ed Integrazione
2014-2020



REGIONE PUGLIA



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI BARI ALDO MORO



Agenzia Regionale per la Salute ed il Sociale Puglia



NOVA ONLUS | CONSORZIO NAZIONALE PER L'INNOVAZIONE SOCIALE



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO
DELL'INTERNO

che regionale una particolare attenzione è stata dedicata anche alle ricerche scientifiche in materia e alla giurisprudenza della Corte.

2.1.2 Fonti socio-demografiche

La ricerca scientifica inerente al fenomeno migratorio e alle principali caratteristiche socio-demografiche dei migranti si è incentrata principalmente sull'analisi delle informazioni e dei dati presenti sui siti dell'Istat, Demolstat ed Eurostat che costituiscono una fonte sistematica di informazione rilevante per la ricerca in campo italiano ed europeo. Inoltre, sono stati analizzati i dati istituzionali e amministrativi del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali e del Ministero dell'Interno, con particolare focus sui report mensili e di monitoraggio relativi ai minori stranieri non accompagnati e sul cruscotto statistico il quale presenta giornalmente un quadro aggiornato sull'andamento degli arrivi e sulle presenze dei migranti nelle strutture di accoglienza. Oltre alla raccolta e all'elaborazione di questi dati la ricerca si è basata anche sull'analisi dei vari report di agenzie internazionali operanti nell'ambito della migrazione e dell'asilo come IOM e UNHCR, nonché World Health Organization specificamente per la parte relativa ai migranti.

Costituiscono una fonte importante anche i vari report nazionali che presentano un quadro dettagliato del fenomeno e delle caratteristiche socio-demografiche, giuridiche, economiche etc. dei migranti che arrivano in Italia, presentando, altresì, un dettagliato panorama anche del contesto regionale. Possiamo menzionare in particolar modo: il Dossier Statistico Immigrazione del Centro Studi e Ricerche IDOS, il Rapporto Immigrazione di Caritas e Migrantes, l'Atlante SPRAR, etc..

Sono state, inoltre, analizzate diverse pubblicazioni scientifiche sull'argomento specifico sia nazionali che

internazionali.

2.1.3 Indagine sul campo

Ai fini della ricerca, oltre a consultare siti europei e nazionali dai quali sono stati ricavati dati relativi al contesto di riferimento (Eurostat, Istat, Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali, Ministero dell'Interno, etc.), i Report di organizzazioni internazionali e di Istituti di ricerca prevalentemente nazionali e regionali, è risultato indispensabile organizzare una specifica indagine sul campo con la finalità di acquisire importanti dati/informazioni non disponibili in alcun altro database esistente (v. Allegato B).

Il questionario, costituito *ad hoc*, è stato distribuito, in tutti i Centri di accoglienza presenti nel territorio pugliese, con l'obiettivo principale di effettuare un'analisi delle caratteristiche sociodemografiche degli ospiti dei Centri, ricavare informazioni utili in merito ai servizi sanitari ad essi garantiti durante il percorso di accoglienza, nonché rilevare ulteriori bisogni ed esigenze che presentano in ambito medico e sanitario.

L'indagine sul campo è stata condotta dal Dipartimento di Scienze Politiche dell'Università degli Studi di Bari.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

2.1.4 Flussi del Servizio Sanitario Regionale (SSR)

I flussi ordinari del Servizio Sanitario Nazionale non consentono di individuare lo status giuridico dello straniero che richiede e ottiene prestazioni sanitarie (rifugiato, richiedente asilo, clandestino). All'interno dei flussi è possibile unicamente distinguere lo straniero residente (che ottiene l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale e accede alle prestazioni nella stessa modalità prevista per i cittadini europei) e lo straniero temporaneamente presente, che in occasione del primo contatto con il SSN riceve un codice identificativo detto STP (straniero temporaneamente presente). Detto codice viene erogato ai cittadini stranieri non comunitari irregolari, privi di permesso di soggiorno, che devono accedere al Servizio Sanitario.

Il codice STP ha una validità temporanea di sei mesi, può essere rinnovato in caso di permanenza sul territorio nazionale e garantisce l'accesso alle cure ospedaliere e ambulatoriali urgenti ed essenziali. È garantita inoltre la tutela sociale della gravidanza e maternità compreso l'accesso ai consultori familiari, la tutela della salute del minore, le vaccinazioni previste dai calendari nazionali e regionali e la profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive.

Al fine di descrivere lo stato di salute dei rifugiati in Puglia, si è utilizzato il codice STP come proxy dello stato di richiedente asilo o protezione internazionale o di rifugiato che non ha ancora perfezionato le procedure per l'ottenimento della residenza.

La caratterizzazione del profilo di salute degli stranieri temporaneamente presenti ha comportato innanzitutto la necessità di delineare aspetti demografici degli stessi.

Per valutare il profilo demografico degli stranieri temporaneamente presenti, è stata estratta l'anagrafe dei soggetti stranieri temporaneamente presenti sul territorio pugliese dal 2014 al 2018, fornito dal Nuovo Sistema Informativo Sanitario (EDOTTO) della Regione Puglia.

In tale elenco sono presenti i dati anagrafici degli

stranieri temporaneamente presenti, informazioni inerenti il luogo di residenza, lo stato civile, ASL di appartenenza, data di inizio iscrizione e data di fine iscrizione.

Ulteriori fonti di dati utilizzate per il disegno del profilo di salute degli stranieri temporaneamente presenti sono state:

- Archivio delle schede di dimissione ospedaliera (SDO) della Regione Puglia (comprendente tutte le prestazioni di ospedalizzazione effettuate presso ospedali pugliesi pubblici e privati) per gli anni 2014-2018.

Il sistema SDO è stato istituito dal Decreto del Ministro della Salute 28 dicembre 1991 come strumento ordinario per la raccolta delle informazioni relative ad ogni paziente dimesso da tutti gli istituti di ricovero pubblici e privati, in tutto il territorio nazionale. Le informazioni presenti nelle SDO sono sia di tipo amministrativo che sanitario e vengono raccolte con l'obiettivo di valutare la produttività degli ospedali e dei singoli reparti se solo secondariamente per l'analisi epidemiologica. Ogni scheda di dimissione contiene le diagnosi di dimissione, distinte in principale e secondarie, che vengono codificate secondo la Classificazione Internazionale delle Malattie, 9ª revisione, Modificazione Clinica (International Classification of Diseases 9th revision, Clinical Modification, ICD9-CM). Il sistema ICD-9-CM contiene due classificazioni, una per le malattie ed una per le procedure, ciascuna delle quali è costituita da un indice alfabetico e da un elenco sistematico; si configurano così le seguenti quattro parti:

- indice alfabetico delle malattie e dei traumatismi
- elenco sistematico delle malattie e dei traumatismi
- indice alfabetico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche
- elenco sistematico degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO
DELL'INTERNO

L'elenco sistematico riporta, in ordine progressivo, i codici e le relative descrizioni delle malattie e dei traumatismi, dei sintomi e delle altre cause di ricorso ai servizi sanitari, delle cause esterne di traumatismo. La Classificazione analitica delle malattie e dei traumatismi comprende 17 capitoli, dei quali 10 sono dedicati a specifici organi o apparati anatomici, mentre gli altri 7 descrivono specifiche tipologie di condizioni che interessano l'intero organismo. Questa classificazione contiene unicamente codici numerici, compresi tra 001 e 999.9:

- Capitolo 1 Malattie infettive e parassitarie (001-139)
- Capitolo 2 Tumori (140-239)
- Capitolo 3 Malattie delle ghiandole endocrine della nutrizione e del metabolismo, e disturbi immunitari (240-279)
- Capitolo 4 Malattie del sangue e organi emopoietici (280-289)
- Capitolo 5 Disturbi mentali (290-319)
- Capitolo 6 Malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (320-389)
- Capitolo 7 Malattie del sistema circolatorio (390-459)
- Capitolo 8 Malattie dell'apparato respiratorio (460-519)
- Capitolo 9 Malattie dell'apparato digerente (520-579)
- Capitolo 10 Malattie dell'apparato genitourinario (580-629)
- Capitolo 11 Complicazioni della gravidanza, del parto e del puerperio (630-677)
- Capitolo 12 Malattie della pelle e del tessuto sottocutaneo (680-709)
- Capitolo 13 Malattie del sistema osteomuscolare e del tessuto connettivo (710-739)
- Capitolo 14 Malformazioni congenite (740-759)
- Capitolo 15 Alcune condizioni morbose di origine perinatale (760-779)

Capitolo 16 Sintomi, segni, e stati morbosi maldefiniti (780-799)

Capitolo 17 Traumatismi e avvelenamenti (800-999).

- Archivio delle prestazioni di Specialistica Ambulatoriale (comprendente tutte le prestazioni ambulatoriali effettuate presso ospedali pugliesi pubblici e privati, nonché presso i poliambulatori dei Distretti Socio-Sanitari e presso le strutture private accreditate non ospedaliere) per gli anni 2014-2018.

L'assistenza specialistica ambulatoriale comprende tutte le prestazioni, terapeutiche e riabilitative, di diagnostica strumentale e di laboratorio, riconosciute nei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA), erogate dai medici specialisti che operano negli ambulatori e nei laboratori del Servizio Sanitario Nazionale, ivi comprese le strutture private accreditate.

Tutte le prestazioni sono elencate nel nomenclatore in allegato 4 al DPCM 12 gennaio 2017, all'interno del quale ciascuna prestazione è identificata da uno specifico codice alfanumerico, ricavato dalla traduzione italiana della Classificazione internazionale degli interventi chirurgici e delle procedure diagnostiche e terapeutiche ICD-9-CM.

Fanno eccezione le procedure di laboratorio, per la cui codifica è stato adottato un sistema di numerazione progressiva delle prestazioni elencate in ordine alfabetico e per macro-tipologie e le prestazioni di genetica, il cui codice è composto dalla lettera G, seguita da un numero (1, 2 o 3) che identifica le diverse aree della disciplina.

Tali fonti di dati sono state rese disponibili dall'Osservatorio Epidemiologico della Regione Puglia.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

2.1.5 Sorveglianza sindromica sulle strutture di II livello

Nel 2011, a causa del clima di grave instabilità politica che ha interessato gran parte dei Paesi del Nord Africa, si sono verificati sulle coste italiane numerosi sbarchi di migliaia di immigrati che hanno costretto il Governo a dichiarare lo stato di emergenza umanitaria. Tale decisione si è resa necessaria per poter mettere in atto quelle misure di carattere straordinario e urgente finalizzate alla predisposizione di strutture idonee alle necessarie forme di assistenza umanitaria. Dopo la dichiarazione dello stato di emergenza umanitaria ad aprile 2011, in considerazione dell'importante afflusso di migranti a strutture di accoglienza di secondo livello, l'Istituto Superiore di Sanità e il Ministero della Salute con le Regioni hanno sviluppato un sistema di sorveglianza sindromica dedicato, finalizzato a rintracciare precocemente emergenze sanitarie nei Centri che ospitavano migranti nel territorio nazionale e porre in essere misure di contenimento. Il sistema è stato stabilito e normato nella circolare del Ministero della Salute n. 8636 del 7 aprile 2011.

La nuova ondata eccezionale di migrazione che ha interessato l'Italia dalla fine del 2013 ha richiesto la continuazione e il rafforzamento delle attività di sorveglianza sindromica. La situazione geopolitica, diversa rispetto al 2011 ha causato ovviamente una modifica dei flussi migratori che ha influito anche sul profilo epidemiologico. Per questo motivo è stata effettuata una revisione del protocollo della sorveglianza sindromica che ha interessato in particolar modo le definizioni di caso rispetto a quelle contenute nel Protocollo del 2011.

Innanzitutto è necessario spiegare che, in medicina, con il termine "sindrome" si intende un insieme di sintomi e segni clinici che caratterizza un determinato quadro clinico, non necessariamente collegato ad una sola malattia, ma che può essere simile a varie forme morbose con diversa eziopatogenesi (ad esempio, un quadro

caratterizzato da diarrea e disturbi gastrointestinali è una "sindrome" che può riconoscere diverse cause, batteriche, virali ecc). Nel momento in cui segni e sintomi sono riconducibili ad una causa ben nota, possiamo parlare di malattia.

La sorveglianza sindromica (focalizzata sulle sindromi e non sulle malattie tassonomicamente inquadrato) è finalizzata a evidenziare tempestivamente eventi rilevanti per la sanità pubblica, per permettere alle autorità sanitarie locali e regionali di poter intervenire in modo adeguato in caso di necessità. Le attività di sorveglianza sindromica non sostituiscono in nessun modo la notifica obbligatoria delle malattie infettive (DM 15 dicembre 1990 e successive modifiche ed integrazioni), che deve essere effettuata per ogni malattia diagnosticata sul territorio nazionale e, quindi, anche nei soggetti ospitati nei Centri di accoglienza.

La circolare del Ministero della Salute n. 8636 del 7 aprile 2011 istituisce un sistema di sorveglianza sindromica che si basa sulla osservazione continua, nei Centri di Accoglienza di primo livello, di 13 quadri sindromici:

1. Sindrome respiratoria acuta con febbre
2. Sospetta Tuberculosis polmonare
3. Diarrea CON presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi
4. Sindrome gastroenterica SENZA la presenza di sangue nelle feci
5. Malattia febbrile con rash cutaneo
6. Meningite, encefalopatia/delirio o encefalite
7. Linfadenite con febbre
8. Sindrome neurologica
9. Sepsis o shock non spiegati
10. Febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato
11. Ittero acuto
12. Infestazioni
13. Morte da cause non determinate.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Per la Regione Puglia, il protocollo delle attività di sorveglianza sindromica prevede che ogni giorno il Referente Sanitario della struttura di accoglienza compili ed invii all'Osservatorio Epidemiologico Regionale le schede di segnalazione, redatte sul modello allegato alla Circolare del Ministero della salute n. DGPREV/V/8636 del 7 aprile 2011. Tali schede riportano la suddivisione della popolazione residente nel centro per fascia d'età e il numero di casi di ogni sindrome osservati nel giorno precedente, sempre suddivisi per fascia di età (in maniera tale da rendere possibile il calcolo dei valori di incidenza). Anche in assenza di casi, si richiede che il Centro segnali lo zero reporting, ovvero la compilazione della scheda di sorveglianza con indicazione 0 (zero) casi per ogni sindrome. Tale prescrizione è finalizzata ad aumentare la sensibilità del sistema di sorveglianza.

L'Osservatorio Epidemiologico Regionale invia un report settimanale delle attività di sorveglianza sindromica al Ministero della Salute, all'Istituto Superiore di Sanità e alla Regione Puglia.

Nell'analisi, il tasso di incidenza delle sindromi notificate è stato espresso come numero di eventi per giorni-persona di osservazione, considerando al numeratore il numero di casi notificati e al denominatore l'osservazione espressa in giorni-persona; il risultato è stato successivamente moltiplicato per 100.000. Tale modalità è stata altresì utilizzata nelle sub-analisi per anno di rilevamento e fascia di età.

2.1.6 Siero prevalenza di malattie infettive vaccinoprevenibili

Dal 2009 l'Osservatorio Epidemiologico Regionale (OER), in collaborazione con l'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari, ha avviato un'attività di screening delle epatiti virali e dell'HIV sui residenti del CARA di Bari Palese.

Tale attività è stata successivamente normata dalla Delibera di Giunta Regionale 565/2014.

L'attività è finalizzata a rintracciare precocemente e in fase asintomatica soggetti affetti da malattie infettive che potrebbero essere contagiosi e generare focolai epidemici all'interno di comunità ristrette come i CARA, caratterizzate tra l'altro da una importante componente di promiscuità in relazione all'età media e agli stili di vita dei residenti. Inoltre, la diagnosi precoce di epatite virale migliora le possibilità di trattamento e riduce la comparsa di complicanze.

I prelievi di sangue vengono eseguiti presso l'ambulatorio del centro e analizzati presso l'U.O.C. Igiene dell'Azienda Ospedaliero-Universitaria Policlinico Bari.

Lo screening sierologico è eseguito utilizzando gli algoritmi diagnostici e le procedure indicate in linee guida internazionali; in particolare, i prelievi di sangue sono finalizzati alla determinazione dello stato sierologico per:

Virus dell'Epatite B (Figura 2.1):

- HBsAg ovvero antigene di superficie (indicativo dello stato di infezione)
- Anti-HBs ovvero anticorpi anti antigene di superficie (indicativo dell'avvenuta immunizzazione)
- Anti-HBc ovvero anticorpi anti antigene core (indicativo della pregressa infezione)
- HBV DNA (indicative della infezione in atto).

Virus dell'Epatite C (Figura 2.2):

- Anticorpi anti-HCV (indicativo dell'infezione, pregressa o in atto, test eseguito come screening)
- HCV-RNA (eseguiti solo su soggetti positivi alla ricerca di anticorpi anti-HCV, indicativi di infezione in atto).

HIV (antigene p24).



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Figura 2.1 - Flow-chart dello screening dell'infezione da virus Epatite B

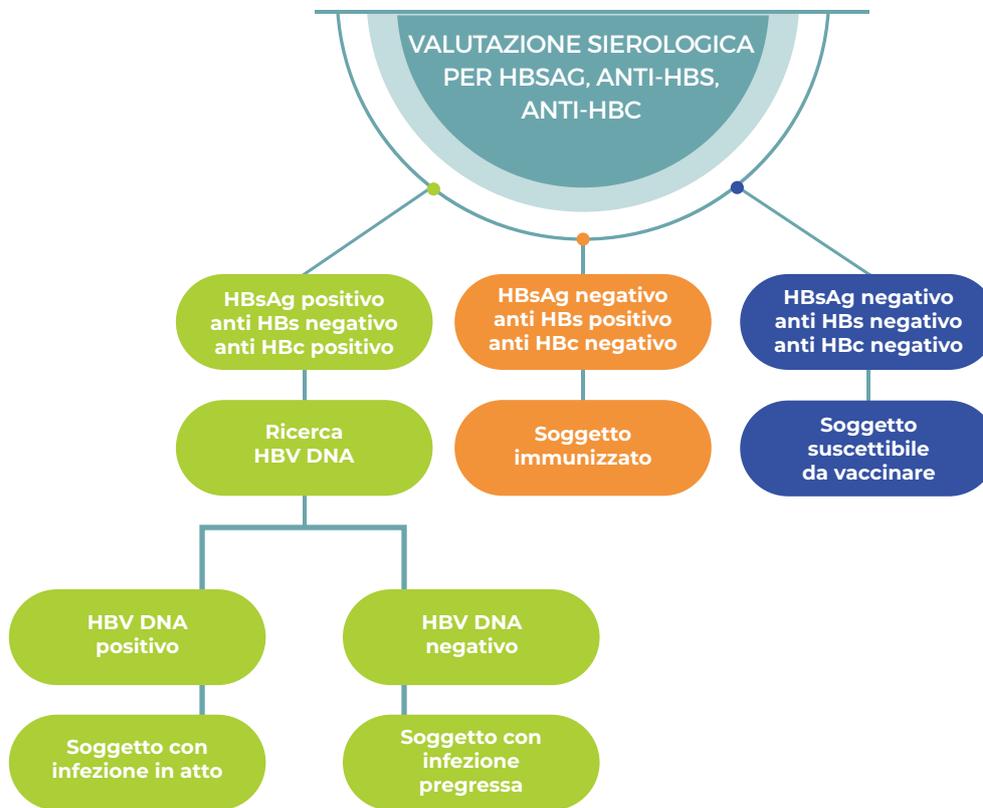
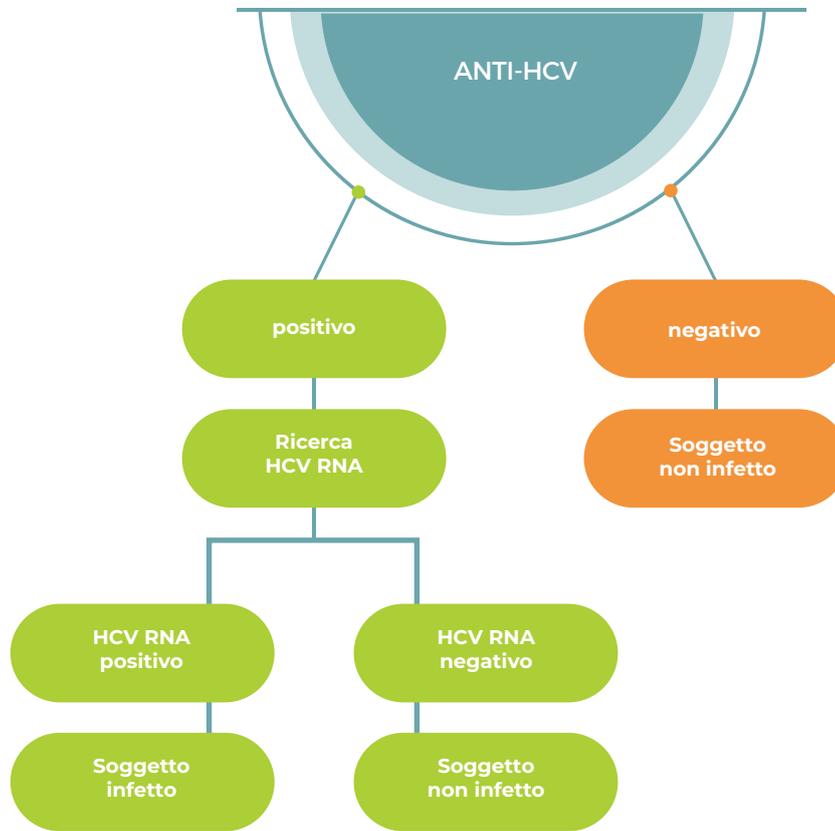




Figura 2.2 - Flow-chart dello screening per infezione da virus dell'Epatite C



n.b. I risultati dei test vengono registrati in form standardizzati e informatizzati in un Database File-MakerPro.



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

2.1.7 Attività di vaccinazione presso il C.A.R.A. Bari-Palese

Dal 2011 il Ministero della Salute ha raccomandato che tutti i rifugiati di età inferiore ai 18 anni ricevano le vaccinazioni appropriate per età. A tal fine l'OER Puglia ha istituito un protocollo per l'immunizzazione dei bambini residenti presso il CARA di Bari Palese, che comprende anche attività di depistage immunitario finalizzate ad una più puntuale ricostruzione dello storico vaccinale (infatti, spesso i richiedenti asilo e protezione sono sprovvisti di documentazione sanitaria relativa alle vaccinazioni eseguite nel Paese d'origine e la ricostruzione dello storico vaccinale si basa su dati anamnestici ed esami sierologici).

Le attività di depistage immunitario e vaccinazione sono pianificate e svolte in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'Asl di Bari con frequenza stabilita d'intesa tra l'OER e la Direzione Sanitaria del CARA in relazione alla effettiva presenza di minori migranti.

Gli operatori sanitari, in collaborazione con mediatori culturali, esaminano la documentazione sanitaria dei bambini e valutano il programma di immunizzazione del Paese di origine attraverso il sito Web di WHO

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/schedules, nel quale sono riportati i calendari vaccinali di tutti gli Stati del mondo.

Nei casi dubbi, possono essere effettuati test sierologici per epatite B, morbillo, rosolia e varicella.

Per ogni bambino, viene preparato un programma di vaccinazione specifico e le vaccinazioni sono somministrate previo consenso informato scritto dei genitori, raccolto in inglese o francese e con il supporto di mediatore culturale.

Le vaccinazioni somministrate vengono registrate

in form standardizzati e informatizzati in un Database File-MakerPro.

Tutte le vaccinazioni sono state inoltre inserite nell'Anagrafe Informatizzata GIAVA della Regione Puglia.



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea



MINISTERO DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

2.2 METODI DI ANALISI

Le analisi condotte nella presente relazione fanno riferimento ai metodi comunemente utilizzati nella statistica descrittiva e nella demografia al fine di calcolare tutti gli indicatori utili all'interpretazione dei dati (indici sintetici, percentuali, tassi). A supporto delle analisi vengono riportati grafici e tabelle. Per analizzare i dati raccolti è stato utilizzato il software R (versione 3.5.2).

2.2.1 Indicatori socio-demografici (indagine sul campo)

Il questionario dell'indagine sul campo è caratterizzato da domande prevalentemente chiuse ed è stato distribuito a tutti i Centri sia di prima che di seconda accoglienza¹ presenti nella Regione Puglia. I questionari sono stati compilati, per omogeneità, dal personale strutturato dei Centri. Questi ultimi sono stati suddivisi in due grandi gruppi più omogenei al loro interno secondo il livello di accoglienza: da un lato i CARA/CAS (come Centri di prima accoglienza) e dall'altro, gli SPRAR (come Centri di seconda accoglienza). In questa indagine i CAS (Centri di Accoglienza Straordinaria) sono stati analizzati insieme ai Centri di prima accoglienza pur conoscendo la loro evoluzione in direzione di un carattere sempre meno straordinario che gli ha conferito una natura piuttosto ibrida.

Le domande che compongono il questionario sono distinte sostanzialmente in quattro sezioni rispondenti ognuna a precise finalità quali:

- cogliere le principali caratteristiche socio-demografiche degli ospiti dei Centri (numerosità, sesso, età, cittadinanza, status giuridico, condizione di vulnerabilità, capacità linguistiche, durata di permanenza, etc.);

- descrivere la domanda e l'offerta di servizi sanitari del sistema di accoglienza (sintomi/patologie, tipologia di intervento, tipologia di personale, etc.);
- rilevare le criticità e le esigenze in campo sanitario in modo da poter sviluppare in maniera massimamente efficace le attività progettuali;
- raccogliere l'opinione degli operatori dei Centri in merito all'utilità di alcune azioni progettuali (formazione specializzata, glossario multilingue, app, totem, Centro Servizio Operativo, etc.).

L'indagine conoscitiva è stata avviata nel 2019. Ai fini dell'indagine risultava opportuno raccogliere i dati corrispondenti all'arco temporale di un anno solare concluso, pertanto si è chiesto di rispondere alle 50 domande del questionario con le informazioni relative al 2018.

I dati raccolti sono di carattere sia quantitativo che qualitativo. Diverse difficoltà di contesto hanno segnato detta indagine. Tra tutte, citiamo le profonde modifiche che il sistema di accoglienza ha subito ha seguito dell'emanazione del "Decreto Sicurezza" entrato in vigore nel ottobre del 2018 e divenuto legge il 1° dicembre dello stesso anno, nonché l'emergenza sanitaria che ha sconvolto comprensibilmente l'ordine delle priorità con sensibili effetti sui tempi programmati. Si coglie l'occasione di ringraziare quanti hanno collaborato dedicando il loro tempo alla compilazione del questionario cogliendo l'utilità e la rilevanza di questa indagine.

2.2.2 Indicatori socio-anagrafici (Anagrafe Sanitaria Pugliese)

La popolazione è costituita dagli stranieri registrati all'anagrafe sanitaria pugliese nel periodo compreso

1. Alcuni Centri non hanno potuto partecipare all'indagine a causa dei cambiamenti normativi che hanno modificato in maniera importante la regolazione in particolare i Centri di seconda accoglienza in seguito all'emanazione del c.d. "Decreto Sicurezza" diventato legge dello Stato nel 2018.



Progetto cofinanziato dall'Unione Europea

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo



MINISTERO DELL'INTERNO

tra il 1 Gennaio 2014 e il 31 dicembre 2018. Nello specifico, vengono considerate nell'analisi solo le persone straniere presenti sul territorio italiano prive di permesso di soggiorno e/o indigenti, identificate con il codice ENI (Europeo Non Iscritto) o con il codice STP (Straniero Temporaneamente Presente). I dati sono stati estratti dal sistema Edotto, il Sistema Informativo Sanitario della Regione Puglia.

Le analisi vengono effettuate e suddivise sulla base delle caratteristiche socio-anagrafiche degli immigrati, ovvero:

- anno di iscrizione all'anagrafe (2014, 2015, 2016, 2017, 2018)
- provincia/ASL di iscrizione (BA, BAT, BR, FG, LE, TA)
- sesso (F, M)
- classe di età (0-10, 11-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, >70)
- area geografica di provenienza degli immigrati (Africa, America, Asia, Europa, Oceania)
- stato civile (Non definito, Celibe/Nubile, Coniugato/a, Separato/a, Divorziato/a, Vedovo/a, Stato libero, Non dichiarato).

I dati relativi ai singoli indicatori anagrafici vengono riportati in forma di tabelle con l'indicazione del numero assoluto (N) e percentuale (%) degli eventi e rappresentati graficamente con istogrammi, aerogrammi, linee di tendenza e piramidi delle età, in base alla natura delle variabili.

Per alcuni indicatori è disponibile il confronto con i dati dei residenti pugliesi nel quinquennio 2014-18, resi fruibili dall'ISTAT (<http://demo.istat.it/>).

2.2.3 Ospedalizzazione, degenza e diagnosi

Gli indicatori relativi alle ospedalizzazioni, alla degenza e alle diagnosi si basano sulle informazioni derivanti dalle Schede di Dimissione Ospedaliera (SDO) rilasciate dal Ministero della Salute ed estratte da Edotto, il Sistema Informativo Sanitario della Regione Puglia

(<https://www.sanita.puglia.it/web/pugliasalute/edotto>).

Sono analizzati i dati relativi al periodo 2014-2018.

Le analisi vengono condotte sulla base di caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche degli immigrati ed espresse in termini di numero assoluto (N) e percentuale (%) degli eventi, media±deviazione standard e tassi di evento (x opportuno fattore di moltiplicazione). In particolare, i risultati riguardano tutti gli iscritti attivi all'anagrafe sanitaria migranti (2014-18), analizzati per le seguenti variabili di stratificazione:

- anno di ospedalizzazione (2014, 2015, 2016, 2017, 2018);
- regime di ricovero (ordinario, day-hospital);
- sesso (F, M);
- classe di età (0-10, 11-20, 21-30, 31-40, 41-50, 51-60, 61-70, >70);
- area geografica di provenienza degli immigrati (Africa, America, Asia, Europa, Oceania);
- modalità di dimissione ospedaliera;
- diagnosi principale.

Con riferimento alle diagnosi, si precisa che esse rispettano il sistema di classificazione internazionale ICD-9 CM (*International Classification of Diseases – Clinical Modification*), applicato anche nel nostro Paese a partire dal 1° Gennaio 2009.

Particolare attenzione viene prestata in questo lavoro ai traumatismi, ai parti e agli aborti rappresentando questi le diagnosi principali più frequenti tra gli immigrati. I tassi di dimissione con diagnosi di parto o aborto vengono calcolati solo sulle donne in età fertile (15-49 anni).

I risultati sono presentati in forma tabellare e grafica (istogrammi e aerogrammi).

2.2.4 Prestazioni specialistiche ambulatoriali

Gli indicatori relativi alle prestazioni specialistiche ambulatoriali si basano sui dati derivanti dai flussi informativi presenti sulla piattaforma Edotto, il



Progetto cofinanziato
dall'Unione Europea



MINISTERO
DELL'INTERNO

FONDO ASILO, MIGRAZIONE E INTEGRAZIONE 2014 - 2020 (FAMI)
Obiettivo specifico Asilo - Obiettivo nazione Accoglienza/Asilo

Sistema Informativo Sanitario della Regione Puglia
(<https://www.sanita.puglia.it/web/pugliasalute/edotto>).

Sono analizzati i dati relativi al periodo 2014-2016.

Le analisi vengono condotte sulla base di caratteristiche socio-anagrafiche e cliniche degli immigrati ed espresse in termini di numero assoluto (N) e percentuale (%) degli eventi e tassi di evento (x opportuno fattore di moltiplicazione). In particolare, i risultati riguardano tutti gli iscritti attivi all'anagrafe sanitaria migranti nel periodo 2014-16 e si concentrano sui tassi per:

- anno di prestazione (2014, 2015, 2016);
- ASL/provincia di erogazione delle prestazioni;
- sesso (F, M);
- branca delle prestazioni specialistiche, classificate in Mediche, Chirurgiche e Servizi.

I risultati sono presentati in forma tabellare e grafica (istogrammi e aerogrammi).