

co. Gli studenti nativi non hanno sostanzialmente modificato la loro performance in nessun livello scolastico. Gli alunni immigrati di prima generazione hanno avuto un significativo miglioramento nella II primaria e nella III secondaria di primo grado e un lieve peggioramento nella II secondaria di secondo grado. Anche i loro compagni di seconda generazione migliorano i loro esiti nella III secondaria di primo grado, mentre la situazione è leggermente peggiorata nella II primaria, nella V primaria e nella II secondaria di secondo grado.

Tab. 4.3 – Punteggi medi in Italiano e Matematica degli studenti nativi e di origine straniera per livello scolastico. A.s. 2012/13 e 2013/14

Classi	Materie	Invalsi 2012/13			Invalsi 2013/14		
		Nativi	I gen.	II gen.	Nativi	I gen.	II gen.
II primaria	Italiano	202	175	187	202	181	183
	Matematica	202	180	189	202	184	187
V primaria	Italiano	202	176	191	202	175	185
	Matematica	201	183	195	201	183	188
III secondaria I grado	Italiano	203	165	189	201	182	194
	Matematica	202	179	195	201	187	196
II secondaria II grado	Italiano	202	176	189	202	175	188
	Matematica	201	188	195	201	187	193

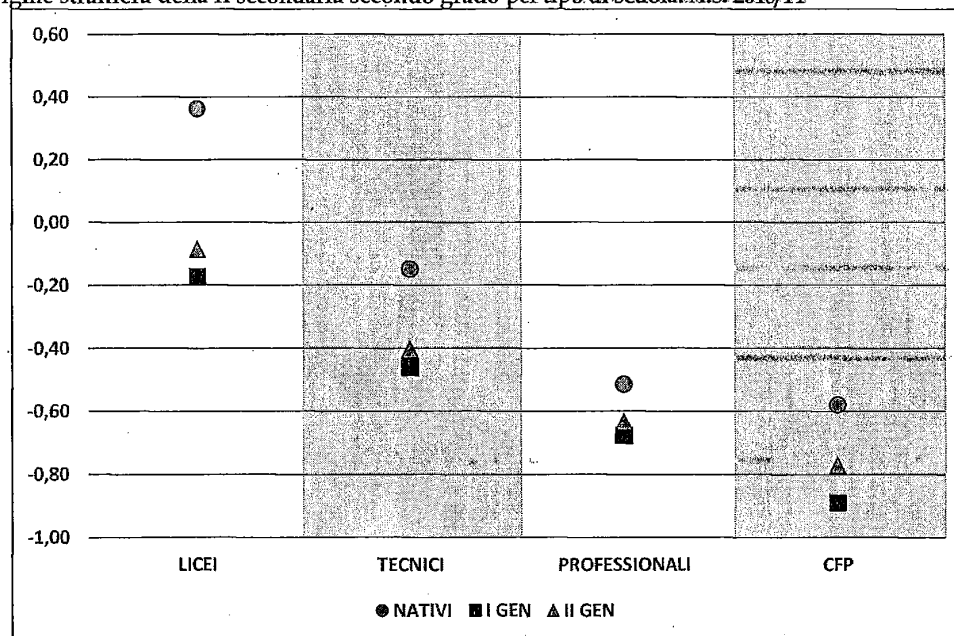
Fonte: elaborazioni Ismu su dati Invalsi

Tab. 4.4 – Punteggi medi in Italiano e Matematica degli studenti nativi e di origine straniera della II secondaria secondo grado per genere e per livello scolastico. A.s. 2013/14

Classi	Materie	Maschi				Femmine			
		Tutti	Nativi	I gen.	II gen.	Tutti	Nativi	I gen.	II gen.
II primaria	Italiano	200	202	180	183	200	202	182	184
	Matematica	203	205	184	189	197	198	184	185
V primaria	Italiano	197	199	172	181	203	205	179	190
	Matematica	203	204	186	190	197	199	181	187
III secondaria I grado	Italiano	197	199	178	190	203	204	186	197
	Matematica	202	203	191	199	198	199	184	193
II secondaria II grado	Italiano	197	199	171	185	203	205	180	192
	Matematica	204	205	190	196	196	197	185	189

Fonte: elaborazioni Ismu su dati Invalsi

Fig. 4.1 – Punteggio medio di indice di status socio-economico e culturale degli studenti nativi e di origine straniera della II secondaria secondo grado per tipo di scuola. A.s. 2013/14



Fonte: elaborazioni Ismu su dati Invalsi

I maschi (Tab. 4.4), inoltre, ottengono un punteggio più basso delle femmine nella prova di Italiano (ad eccezione per la II primaria) e un punteggio più alto nella prova di Matematica. Tuttavia, tali differenze non superano mai i 10 punti. La situazione rimane uguale stratificando per la cittadinanza. Gli studenti nativi maschi si dimostrano più preparati in Matematica rispetto alle loro compagne che spiccano maggiormente in Italiano, così come i loro compagni stranieri, di prima e seconda generazione.

Gli esiti sembrano dipendere anche da una serie di fattori ambientali, tra cui, *in primis*, lo status socio-economico e culturale della famiglia di origine. Per quanto riguarda gli studenti di II secondaria di secondo grado (Fig. 4.1), tale status risulta in media più elevato tra gli studenti italiani rispetto agli stranieri e, in entrambe le prove, al di là della cittadinanza, fa aumentare significativamente il punteggio ottenuto.

5. Migranti adulti e opportunità formative

di Fiorella Farinelli

L'analisi dei dati disponibili sulla partecipazione dei migranti adulti alle opportunità offerte dai Centri Territoriali Permanenti per l'educazione degli adulti (CTP), dai corsi serali della secondaria di secondo grado, dalle scuole di lingua del privato sociale e del volontariato offre elementi utili alla conoscenza del contesto socio-culturale dell'integrazione scolastica degli alunni stranieri. In primo luogo perché molti dei migranti adulti che accedono alle opportunità formative sono presumibilmente genitori o familiari degli alunni di cui si occupa il Rapporto, gli stessi quindi che devono interagire con la scuola e con gli insegnanti, dare un aiuto per i compiti a casa, orientare alle scelte scolastiche e professionali. I dati, inoltre, rivelano l'impegno, ma anche i limiti, del nostro sistema educativo pubblico nei complessi processi di integrazione sociale e culturale della popolazione immigrata.

Il monitoraggio di Indire

Dall'ultimo Rapporto Indire (2012)¹, emerge che sul totale dei frequentanti le scuole pubbliche per adulti – poco più di 325mil a – gli stranieri sono il 43,9%, con un trend in crescita tra il 2006/07 e il 2011/12.

Tab. 5.1 - Frequentanti italiani e stranieri dei corsi presso CTP/EDA (2006-2007 / 2011-2012)

	Italiani	Stranieri
2011/2012	164.648	160.388
2006/2007	261.503	118.623

Fonte: elaborazione su dati Indire

La partecipazione formativa degli adulti stranieri non si rivolge solo all'offerta che i CTP dedicano specificamente a loro, cioè i "corsi di integrazione linguistica e culturale" (CILS). Sebbene qui ci sia l'addensamento nettamente più consistente, ci sono studenti stranieri anche nelle altre tipologie formative attivate dai Centri. Soprattutto nei corsi annuali per il conseguimento dei titoli di studio del primo ciclo (CPC), e poi anche nei corsi brevi modulari di alfabetizzazione funzionale (CBM). Mentre solo il 6% dei frequentanti stranieri è nei corsi serali del secondo ciclo (CSC).

Tab. 5.2 - Distribuzione degli stranieri per tipologia di corso

Tipologia di corso	Numero frequentanti stranieri	%
CILS	79.118	49,3
CPC	57.246	35,4
CBM	14.270	8,9
CSC	9.776	6

Fonte: elaborazione su dati Indire

La particolare attrattività dei CTP è presumibilmente correlata a diversi tratti caratterizzanti la loro offerta formativa:

- la presenza di corsi di integrazione linguistica e culturale, quindi rispondenti a bisogni formativi di interesse primario per la popolazione straniera;
- la presenza di corsi annuali che aggiungono all'apprendimento di tipo linguistico la possibilità di conseguire i titoli di studio italiani del primo ciclo;
- l'alto tasso di diffusione dei Centri nel territorio;

¹ Il "Monitoraggio sulla scuola per adulti" svolto da Indire sull'anno scolastico 2011-2012 è l'ultimo Rapporto nazionale disponibile, non essendo stati svolti monitoraggi analoghi negli anni successivi. Il contesto istituzionale di riferimento è peraltro in via di evoluzione, a causa della prevista trasformazione dei Centri Territoriali Permanenti per l'educazione degli adulti in Centri per l'Istruzione degli Adulti finalizzati prevalentemente al conseguimento di titoli formali di istruzione. Ciò potrebbe determinare importanti mutamenti nella composizione dell'utenza.

- l'incardinamento negli istituti comprensivi e nelle scuole secondarie di primo grado, cioè negli istituti scolastici con cui gli stranieri entrano diffusamente in contatto in quanto genitori;
- l'adattabilità dell'offerta formativa alla specificità e all'articolazione dei bisogni formativi della popolazione straniera derivante dalla loro *mission* originaria.

La minore attrattività, viceversa, dei corsi serali di secondaria superiore potrebbe essere correlata a una minore rispondenza di questi percorsi scolastici ai bisogni formativi e professionali degli immigrati di prima generazione, all'ancora diffusa rigidità dei percorsi, all'impegno richiesto in termini di tempo e alle difficoltà linguistiche.

Coerentemente con l'insediamento territoriale della popolazione immigrata, il 71% dei frequentanti è nelle regioni settentrionali.

Tab. 5.3 - Distribuzione territoriale dei corsisti stranieri

	Numero corsisti stranieri	% sul totale nazionale
Nord	114.255	71
Centro	28.528	17,4
Sud	17.605	11,6

Fonte: elaborazione su dati Indire

Dall'analisi delle variabili di genere, età, titoli di studio, condizione occupazionale risulta che:

- la componente maschile (51%) è leggermente superiore a quella femminile (49%);
- l'età è piuttosto giovane, il 34% è tra i 20 e i 29 anni, quasi il 30% tra i 30 e i 39. Da segnalare che una quota leggermente superiore al 15% è tra i 16 e i 19 anni, si tratta quindi di giovanissimi in età di obbligo formativo che si ripartisce tra i corsi serali di scuola secondaria di secondo grado e CTP;
- il 29% dei corsisti ha un titolo di studio del primo ciclo, mentre sono il 33% i diplomati e i laureati, in maggioranza donne;
- il 33,1%, al momento dell'iscrizione, è occupato, il 37,6% è in cerca di prima occupazione, il 28,7% è disoccupato.

Il contributo delle scuole di volontariato e di privato sociale

I bisogni formativi dei migranti adulti non sono intercettati solo dalla scuola pubblica. Manca un censimento nazionale, ma nelle città grandi e medie soprattutto del Centro Nord una parte della domanda di apprendimento linguistico, spesso molto consistente e in qualche caso superiore a quella accolta dalle scuole pubbliche, si rivolge alle scuole del volontariato e del privato sociale: sia per carenze di vario tipo dell'offerta pubblica sia per la maggiore flessibilità e il più stretto intreccio tra apprendimento linguistico e attività di integrazione sociale che connotano l'offerta del terzo settore. Numerose sono le esperienze di collaborazione tra i CTP e questo tipo di scuole, soprattutto nella preparazione degli stranieri al superamento dei test di competenza linguistica che la normativa vigente richiede per alcuni processi di regolarizzazione. Altri ambiti da esaminare sono quelli della filiera della formazione professionale e dell'istruzione terziaria, sempre più frequentati da giovani adulti appartenenti all'immigrazione. È, però, in un sistema per l'apprendimento permanente che ancora non c'è – capace da un lato di coniugare percorsi di tipo formale e non formale, dall'altro di attivare dispositivi di certificazione delle competenze – che risiede la possibilità di sviluppo di un'offerta formativa adeguata alla molteplicità e specificità dei bisogni di crescita culturale e professionale della popolazione immigrata.

6. Studenti non autoctoni in Europa: percorsi scolastici fra apprendimento ed integrazione

di Carola Perillo e René Manenti

Il presente capitolo si concentra sull'analisi dei risultati dell'indagine PISA 2012 per l'area Matematica. PISA è una ricerca internazionale promossa dall'OCSE con scadenza triennale che verifica in quale misura giovani prossimi alla fine della scuola dell'obbligo (15 anni) abbiano acquisito competenze giudicate essenziali (la Lettura, la Matematica e le Scienze) per affrontare e risolvere i problemi della vita reale, svolgere un ruolo attivo nella società e continuare l'apprendimento per tutta la vita. Nel complesso sono state svolte cinque indagini (2000, 2003, 2006, 2009 e 2012), su un campione costituito da almeno 5 mila studenti di differenti paesi dell'area OCSE, i cui risultati offrono un monitoraggio costante sugli esiti dei sistemi d'istruzione nazionali.

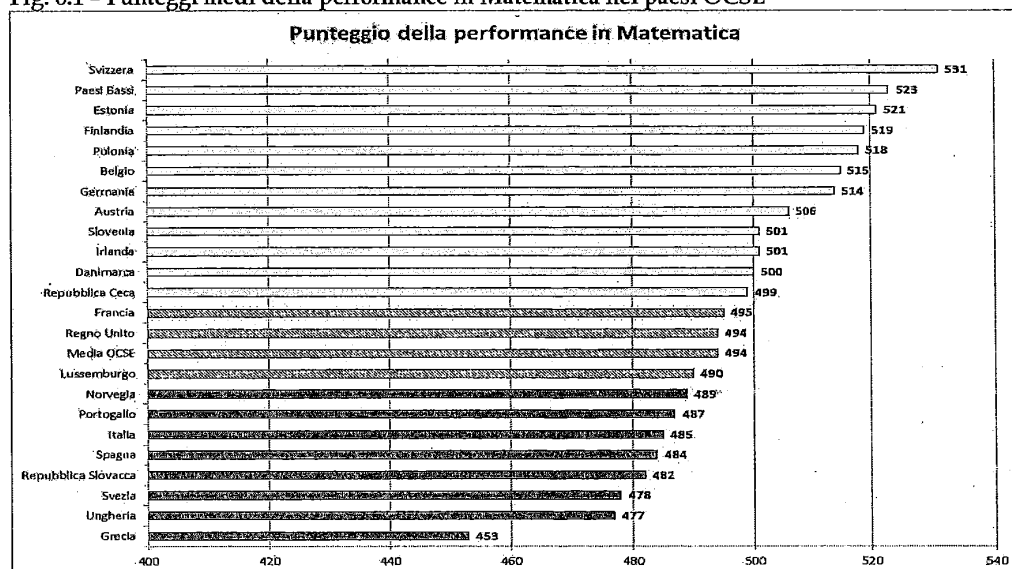
Partendo dai dati PISA 2012 si è ritenuto interessante proporre un quadro delle performance relative alla Matematica, confrontando i risultati degli studenti migranti con quelli degli studenti nati nel paese di rilevazione. I paesi oggetto di analisi sono i seguenti: a) i membri OCSE che hanno partecipato anche alle precedenti indagini PISA; b) i paesi europei membri della UE oppure non appartenenti all'Unione che però hanno relazioni importanti con le nazioni dell'Unione, soprattutto in riferimento ai percorsi migratori. Nello specifico i paesi considerati (fra quelli che hanno ottenuto punteggi utili nella rilevazione PISA 2012) sono raggruppati in tre categorie:

- *best performers*: paesi dell'area europea al di sopra della media OCSE (ossia quelli che hanno ottenuto un punteggio pari o maggiore di 500): Svizzera, Paesi Bassi, Estonia, Finlandia, Polonia, Belgio, Germania, Austria, Irlanda, Slovenia e Danimarca;
- *midrange performers*: nazioni vicine alla media OCSE (punteggio compreso fra 499 e 490, media OCSE 494): Repubblica Ceca, Francia, Regno Unito e Lussemburgo;
- *low performers*: paesi dell'area europea al di sotto della media OCSE (quindi con un punteggio medio inferiore a 490): Italia, Norvegia, Portogallo, Spagna, Repubblica Slovacca, Svezia, Ungheria e Grecia.

In prima istanza si presentano i risultati medi per nazione secondo le performance in Matematica (Fig. 6.1). Si sono definite delle categorie di analisi in base ai *range* di punteggio per la performance. Tale suddivisione è basata sulla decisione di prendere come punto di riferimento la media OCSE (494) e considerare come paesi ad alta performance quelli che ottengono punteggi dalla decina superiore alla media (quindi da 500) e come paesi a bassa performance quelli che ottengono punteggi nella decina inferiore alla media (da 489); i restanti paesi vengono considerati omogenei con la media, poiché non si riscontra una variazione superiore ai 5 punti.

Le nazioni che realizzano le peggiori prestazioni in Matematica si possono suddividere in un primo gruppo costituito da Norvegia (489), Portogallo (487), Italia (485), Spagna (484) e Repubblica Slovacca (482); ed un secondo che si attesta al di sotto dei 480 punti, composto da Svezia (478), Ungheria (477) e Grecia (453). I gruppi di risultati si mostrano omogenei al loro interno: per la categoria con i risultati meno elevati, la media è di 479 punti con un coefficiente di variazione pari a 0,025 (va comunque notato che fra le due punte estreme – il risultato della Grecia e Norvegia – all'interno di questo sottoinsieme si hanno 36 punti di differenza). Minima è invece la variabilità della distribuzione dei paesi che si attestano prossimi alla media OCSE: la media del gruppo è 494, con un punteggio minimo di 490 per il Lussemburgo e massimo di 499 per la Repubblica Ceca, con un coefficiente di variazione pari a 0,005. Nel terzo gruppo, quello che si riferisce alle nazioni con le migliori performance, si riscontra una media di 513, con la punta massima di 531 per la Svizzera e la minima di 500 per la Danimarca; anche in questo caso il coefficiente di variazione è minimale (0,021).

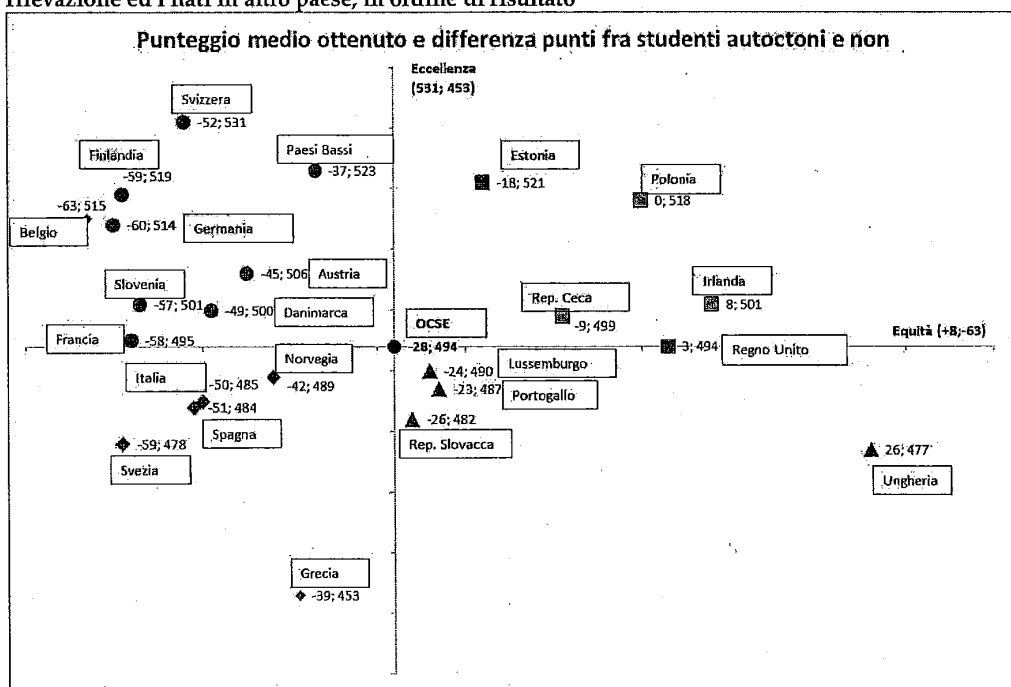
Fig. 6.1 – Punteggi medi della performance in Matematica nei paesi OCSE



Fonte: Elaborazione CSER su base dati PISA 2012

Con l'intento di trovare delle similitudini si è elaborato un grafico (Fig. 6.2) a dispersione avente sull'asse delle ascisse le differenze di punteggio ottenute nei diversi paesi fra studenti migranti e non (definiremo questo asse "Equità" nel risultato fra nativi e migranti rispetto alla Matematica), mentre sull'asse dell'ordinate la media punteggio per paese (asse "Eccellenza" nella performance di Matematica), assumendo come punto di intersezione fra gli assi il punteggio medio OCSE. Come si può notare dal grafico, nell'area in alto a sinistra si concentrano quei paesi che hanno studenti che hanno ottenuto punteggi complessivi nel test di Matematica molto superiori alla media (da 500 a 531) e però conservano un grave *gap* di preparazione degli studenti non autoctoni (differenza di punteggio superiore ai -28 punti della media OCSE), con punte di differenza che vanno dal massimo dei -63 punti realizzati in Belgio, al picco minimo di -37 dei Paesi Bassi: i dati mostrano come questi paesi siano orientati all'eccellenza nei risultati scolastici, senza però essere riusciti a realizzare un modello di integrazione per gli studenti stranieri (*Excellent but Unequal Educational Opportunity System*). Nel quadrante in alto a destra ritroviamo le nazioni che, collocandosi al di sopra della media OCSE (in un range che va da 521 dell'Estonia a 499 della Repubblica Ceca), sono riuscite anche ad attenuare le differenze fra studenti autoctoni e non, mostrando anche delle aree di eccellenza degli studenti migranti per Irlanda e Regno Unito: in questo quadrante i dati indicano una più evidente propensione all'integrazione degli studenti non autoctoni (*Good and Equal Educational Opportunity System*). Nel quadrante in basso a destra si collocano quei paesi che sono prossimi alla media OCSE come scarto di punteggio fra le performance degli studenti autoctoni e non; questi però risultano al di sotto della media per risultato (dal 490 del Lussemburgo al 477 dell'Ungheria): complessivamente questi paesi realizzano performance appena inferiori alla media in Matematica, ma mostrano risultati soddisfacenti all'accompagnamento di tutti gli studenti verso l'acquisizione di competenze di base (*Fairly Good and Fairly Equal Educational Opportunity System*). Nel quadrante in basso a sinistra troviamo le nazioni che hanno ottenuto mediamente i peggiori risultati sia come performance in Matematica, sia come divario fra studenti autoctoni e migranti: questi sistemi scolastici appaiono i meno efficaci sia come risultati che come modello di integrazione (*Poor and Unequal Educational Opportunity System*).

Fig. 6.2 – Differenza di punteggio ottenuto nella performance di Matematica fra i nati nel paese di rilevazione ed i nati in altro paese, in ordine di risultato



Fonte: Elaborazione CSER su base dati PISA 2012

Le varie riforme del sistema scolastico, operate da tutti i paesi dell'area di influenza della UE a partire dagli anni Ottanta, sono state tese principalmente a prolungare l'obbligo scolastico al fine di assicurare agli studenti almeno l'acquisizione di solide competenze di base, ad ampliare l'offerta formativa e a evitare l'abbandono scolastico. Riconoscendo la rilevanza di queste iniziative rispetto all'intera popolazione scolastica, occorre però sottolineare come il fenomeno migratorio ha posto ai sistemi scolastici e formativi ulteriori problematiche, fra cui un'educazione interculturale che valorizzi le differenze e favorisca l'apprendimento di tutti gli studenti rappresenta sicuramente una tra le principali sfide.

Mantenere, quindi, una prospettiva interculturale nelle strategie educative, ponendo particolare attenzione al riconoscimento delle differenze, appare come la via più idonea per rispondere alle necessità di una società globale e soprattutto alle prospettive, professionali e sociali, delle nuove generazioni. È chiaro che una tale trasformazione, nel sistema educativo, chiama in gioco più soggetti, partendo dalle istituzioni preposte alla definizione delle strategie educative, passando per le istituzioni scolastiche, gli insegnanti e la loro formazione, fino al coinvolgimento delle famiglie. Tutti soggetti che sono fondamentali per la costruzione di un sistema educativo democratico e partecipato che si ponga come obiettivo non solo l'acquisizione di pari competenze, ma anche la formazione di un "cittadino interculturale".



Sicily, Italy: Assessing health-system capacity to manage sudden large influxes of migrants

Joint report on a mission of the Regional Health Authority of Sicily
and the WHO Regional Office for Europe,
with the support of the Italian Ministry of Health



Abstract

WHO's new European health policy framework, Health 2020, has drawn particular attention to the area of migration and health, along with other issues related to population vulnerability and human rights. Health 2020 provides a comprehensive framework for public health work, as well as values and approaches to much-needed action, in the field of migration and health. Countries of the WHO European Region have experienced a sudden influx of migrants on several occasions in recent years. This has posed significant challenges to the health systems of the recipient countries: it has required a scaling-up of basic services to facilitate the appropriate response to the essential needs of the migrants and to fulfil their fundamental human rights. The capacity of health systems to respond to the arrival of displaced populations and resulting migrant crises largely depends on system readiness, adequate emergency management capabilities and effective multisectoral coordination mechanisms. The recent experience arising from crises in North Africa and the Middle East in particular underlines the need to identify best practices, share experiences and enter into an efficient policy dialogue between stakeholders. It also suggests the need for a long-term programme addressing migrants and health, consistent with World Health Assembly resolution WHA 61.17 of 2008 and the Global Consultation on Migrant Health of 2010 in Madrid, Spain. In response to the mass migration to Lampedusa in 2011, the Italian Ministry of Health supported WHO with a direct contribution to develop a systematic and evidence-based response to the public health needs of migrants within the framework of the Public Health Aspects of Migration in Europe project; this project supports the ongoing work of the WHO European Region to strengthen national and local capacities of Member States to address migrants' health needs and aspects of public health associated with migrant crises.

Keywords

DELIVERY OF HEALTH CARE – organization and administration

EMERGENCIES

EMIGRATION AND IMMIGRATION

HEALTH SERVICES NEEDS AND DEMAND

REFUGEES

TRANSIENTS AND MIGRANTS

Address requests about publications of the WHO Regional Office for Europe to:

Publications
WHO Regional Office for Europe
UN City, Marmvej 51
DK-2100 Copenhagen Ø, Denmark

Alternatively, complete an online request form for documentation, health information, or for permission to quote or translate, on the Regional Office website (<http://www.euro.who.int/request>).

ISBN 978 92 890 5070 8

© World Health Organization 2014

All rights reserved. The Regional Office for Europe of the World Health Organization welcomes requests for permission to reproduce or translate its publications, in part or in full.

The designations employed and the presentation of the material in this publication do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

The mention of specific companies or of certain manufacturers' products does not imply that they are endorsed or recommended by the World Health Organization in preference to others of a similar nature that are not mentioned. Errors and omissions excepted, the names of proprietary products are distinguished by initial capital letters.

All reasonable precautions have been taken by the World Health Organization to verify the information contained in this publication. However, the published material is being distributed without warranty of any kind, either express or implied. The responsibility for the interpretation and use of the material lies with the reader. In no event shall the World Health Organization be liable for damages arising from its use. The views expressed by authors, editors, or expert groups do not necessarily represent the decisions or the stated policy of the World Health Organization.

Edited by Lydia Wanstall

Publication and cover illustration designed by GIOVANNIRUSSOGRAFICO

Printed by AREAGRAPHICA SNC DI TREVISO GIANCARLO & FIGLI

Acknowledgments

The WHO Public Health Aspects of Migration in Europe project team at the WHO Regional Office for Europe would like to express sincere appreciation to the Italian Ministry of Health for its commitment and funding to improve the national health system in the area of migration health. The team is also grateful to the Ministry of the Interior of Italy, the National Institute for Health, Migration and Poverty, the Prefecture Office of Agrigento, the Regional Health Authority of Sicily, the Municipality of Lampedusa, the Coast Guard Authority, the Carabinieri and the Police Force for their assistance during the assessment.

Special thanks go to the Health Councillor of the Sicily Region, Dr Lucia Borsellino, Dr Francesco Bongiorno for coordinating the work with Regional Health Authority, and to all staff of the Regional Health Authority of Sicily and the health authorities of Palermo, Trapani, Agrigento, Siracusa, Ragusa and Caltanissetta for their collaboration and technical support, as well as their active participation in the work of the team members during the mission.

Particular thanks also go to Dr Giuseppe Annunziata of the International Centre for Migration, Health and Development, a WHO collaborating centre, who drafted the report.

Contributors

Members of the mission team

WHO European Office for Investment for Health and Development, WHO Regional Office for Europe

- Dr Santino Severoni
- Mr Matteo Dembech

International Centre for Migration, Health and Development, Geneva, Switzerland

- Dr Giuseppe Annunziata

Health Council of the Sicily Region, Palermo, Italy

- Mr Francesco Bongiorno
- Dr Mario Palermo

Peer reviewers and contributors

Directorate-General for European and International Relations, Italian Ministry of Health, Rome, Italy

- Dr Daniela Rodorigo

Directorate-General of Prevention, Italian Ministry of Health, Rome, Italy

- Dr Giuseppe Ruocco

National Institute for Health, Migration and Poverty, Rome, Italy

- Dr Concettina Mirisola
- Dr Gianfranco Costanzo

Central Service of the System of Protection for Asylum Seekers and Refugees (SPRAR), Rome, Italy

- Dr Daniela Di Capua, Director of SPRAR

Italian Red Cross, Rome, Italy

- Dr Alessandra Diodati

Abbreviations

ASP	provincial health authority
CARA	open centre for asylum seekers
CIE	closed centre for identification and expulsion
CPSA	centre of first assistance and aid
NGO	nongovernmental organization
SPRAR	System of Protection for Asylum Seekers and Refugees
STP	temporarily present foreigner

Executive summary

Italy is one of the main points of entry into Europe for migrants from Africa and the Middle East. In particular, the coastlines of Sicily and the island of Lampedusa have been affected by influxes of migrants since the 1990s. During the mass migration of about 60 000 people to Lampedusa in 2011, the WHO Regional Office for Europe and the Italian Ministry of Health conducted a series of assessments of the public health impact and the emergency preparedness and response activities of the health system. The assessment teams used the existing WHO toolkit for assessing health-system capacity for crisis management (1). They realized, however, that addressing the unusual context of massive and sudden influxes of migrants required a more specific tool. As a result, the toolkit was extensively revised during a two-day expert consultation held in Rome on 28–29 May 2013 and an almost entirely new assessment toolkit drafted.

According to the Ministry of the Interior of Italy, 35 085 migrants landed on the coastline of Italy between January and October 2013, the majority of them in Sicily and Lampedusa. The influx was concentrated in the summer, with about 50% of the landings occurring in July and August. The WHO Regional Office for Europe organized a mission to Sicily both to pilot the draft toolkit for assessing local health-system capacity to manage sudden massive influxes of migrants and simultaneously to assess ongoing preparedness and response activities.

The mission took place on 9–16 October 2013. Team members included two experts from the Public Health Aspects of Migration in Europe project of the WHO European Office for Investment for Health and Development of the WHO Regional Office for Europe; an emergency consultant from the International Centre for Migration, Health and Development; and two officials from the Health Council of the Sicily Region. The team visited various types of migrant centres in Mineo, Caltanissetta, Trapani, Agrigento, Siracusa, Porto Empedocle, Pozzallo and Lampedusa. This report presents the mission's findings and recommendations.

The main public health concern identified by the assessment is the persistently overcrowded migrant centres. These already overused facilities receive between 100 and 500 new arrivals daily, resulting in the poor hygienic conditions observed, to different degrees, in all the centres visited.

In terms of emergency preparedness and response, interministerial coordination and several aspects of the existing health information system represent key leadership issues that need further strengthening. In this regard, WHO can support the regional authorities in setting up sustainable regional mechanisms of preparedness for and response to influxes of migrants. These would also reduce repeated declarations of a state of emergency and requests for ad hoc vertical interventions by national civil protection authorities.

The mission took place a few days after the sinking off Lampedusa of a boat containing refugees from Africa, which resulted in the tragic loss of more than 370 lives. Aside from any managerial difficulties, the dedication to work and humanity shown by many health and non-health staff, officials and the general public in trying to reduce the suffering of migrants should be highlighted.

The assessment team detected a need to address several public health and leadership issues during the mission. As a result, five key recommendations in need of urgent consideration are listed here, with the aim of prompting vital action.

Five urgent recommendations in need of immediate consideration

- 1 Urgently establish and maintain minimum standards of living conditions in all existing types of migrant centres, according to the right to life with dignity set out in the Universal Declaration of Human Rights.
- 2 Identify and map sites that are already used or could be used as additional migrant centres and certify the adequacy of any site chosen as a migrant centre before using it.
- 3 Improve coordination and the flow of information between the regional and provincial representatives of the Ministry of the Interior and Ministry of Health.
- 4 Establish a common health information management system and revise the existing syndromic surveillance system.
- 5 Define and implement a public health risk communication strategy.

Introduction

Owing to its geographical position, Italy represents one of the main points of entry into Europe for migrants from Africa and the Middle East. In particular, many groups of migrants have arrived at the coastlines of Sicily (Fig. 1) and the island of Lampedusa since the 1990s. When such influxes take place over a short period and/or involve large numbers of people they have a dramatic impact on the receiving country.

Migrants being rescued at the shore of Lampedusa, Sicily



©WHO/Matteo Dembech

In the five months between February and June 2011, because of the turmoil in Libya, mass migration to Lampedusa of about 60 000 people took place, overstretching the local health system and resulting in the national authorities declaring a state of emergency. During the period March 2011 – February 2012, the WHO Regional Office for Europe conducted a series of assessments jointly with the Italian Ministry of Health to evaluate the public health impact of that event and the level of emergency preparedness of the local health system. The assessment teams used the existing WHO toolkit for assessing health-system capacity for crisis management (1). They realized, however, that addressing the unusual context of massive and sudden influxes of migrants required a more specific tool. Responding quickly and efficiently to sudden large numbers of people arriving from abroad can be complex, resource intensive and politically sensitive. Using an all-hazard approach, preparing for and responding to this type of event require dedicated knowledge and practice, as well as specific tools.

As a result, the existing toolkit was extensively revised during a two-day expert consultation held in Rome on 28–29 May 2013, involving over forty experts from governmental and nongovernmental organizations (NGOs) of the WHO European Region. The outcome of the expert consultation was a draft toolkit for assessing local health-system capacity to manage sudden massive influxes of migrants. During the consultation, the experts also decided to pilot the draft assessment toolkit at the country level.

Soon after the consultation, because of the crisis in the Syrian Arab Republic and a combination of other factors, migrants again began to arrive at the Italian coast in considerable numbers. According to the Ministry of the Interior, 35 085 migrants landed in Italy between January and October 2013, the majority in Sicily and Lampedusa. The influx was concentrated in the summer, with about 50% of the landings occurring in July and August. Consequently, in consultation with local health authorities, the decision was made to pilot the draft assessment toolkit in Sicily and simultaneously to form a picture of the ongoing preparedness and response efforts and to provide any necessary technical assistance to the Sicilian regional health authorities.

Methodology

The mission's aims were to:

- pilot the draft toolkit for assessing local health-system capacity to manage sudden massive influxes of migrants;
- assess the ongoing preparedness and response activities of the local health system;
- plan ad hoc technical assistance if required.

Pre-assessment meetings took place at the Italian Ministry of Health and in Palermo with the regional health authority and representatives of each province's health authority to discuss the objectives, scope and methodology of the assessment. The latter meeting discussed the situation in each province and migrant disembarkation hot spots.

Members of the assessment team undertook site visits at migrant centres and locations selected because of ongoing influxes of migrants. They carried out semi-structured interviews with key government officials, staff of subnational and local health authorities, managers of migrant centres, health staff working in migrant centres and NGO representatives. Whenever possible, they also interviewed migrants hosted in migrant centres. The draft assessment toolkit – and consequently the interviews – was based on the WHO health-system framework, which is divided into six key functions (Table 1).

Table 1. The WHO health-system framework

Functions	Overall goals/outcomes
Leadership and governance	Improved health (level and equity)
Health workforce	Responsiveness
Medical products, vaccines and technology	Social and financial risk protection
Health information	Improved efficiency
Health financing	
Service delivery	

Source: WHO (2).

WHO defines health systems as comprising all the resources, organizations and institutions that are devoted to taking interdependent action aimed principally at improving, maintaining or restoring health. In order to fulfil their purpose, health systems need to perform all six key functions of the WHO health-system framework in full (Box 1).

Box 1. Details of the six key functions of the WHO health-system framework

Leadership and governance (also called stewardship) are arguably the most complex function of any health system; it is also the most critical. Successful leadership and governance require strategic policy frameworks that are combined with oversight, coalition-building, accountability and appropriate regulations and incentives. In relation to crisis management, this means ensuring that national policies provide for a health-sector crisis-management programme. Effective coordination structures, partnerships and advocacy are also needed, as well as relevant, up-to-date information for decision-making, public-information strategies and monitoring and evaluation.

Health workforce (human resources for health) includes all health workers engaged in action to protect and improve the health of a population. "A well-performing health workforce is one, which works in ways that are responsive, fair and efficient, to achieve the best health outcomes possible, given available resources and circumstances." This necessitates the fair distribution of a sufficient number and mix of competent, responsive and productive staff. A preparedness programme aims to ensure that such staff represents an integral part of the health workforce by conducting training-needs assessments, developing curricula and training material and organizing training courses.

A well-functioning health system ensures equitable access to essential medical products, vaccines and technologies of assured quality, safety, efficacy and cost-effectiveness, and their scientifically sound and cost-effective use. Medical equipment and supplies for prehospital activities, hospitals, temporary health facilities, public health pharmaceutical services, laboratory services and reserve blood services needed in case of a crisis also fall under "medical products, vaccines and technologies".

A well-functioning health information system is one that ensures the production, analysis, dissemination and use of reliable and timely information on health determinants, health-system performance and health status. A health

information system also covers the collection, analysis and reporting of data. This includes data gathered through risk and needs assessments (hazard, vulnerability and capacity) and those relating to early-warning systems and the overall management of information.

A good health-financing system ensures the availability of adequate funds for the health system, and its financial protection in case of a crisis. In addition to providing funds for essential health-sector crisis-management programmes, it ensures that crisis victims have access to essential services and that health facilities and equipment are adequately insured for damage or loss.

Service delivery is the process of delivering safe and effective health interventions of high quality, both equitably and with a minimum waste of resources, to individuals or communities in need of them. The crisis-preparedness process provided by the WHO health-system framework makes it possible to review the organization and management of services, ensure the resilience of health-care facilities and safeguard the quality, safety and continuity of care across health facilities during a crisis.

Source: WHO (2).

Constraints

The summer of 2013 saw a rapid increase in arrivals at migrant disembarkation hotspots in the Sicily region, as well as alarming overcrowding in migrant centres. This led the WHO mission, in consultation with the local health authority, to change its assessment programme to begin with Sicily. The limited time consequently available made it impossible to conduct a pre-assessment desktop review to collect background data; however, the WHO Regional Office for Europe had already completed a series of assessments in Sicily and Lampedusa, so this report refers to the earlier documents to provide background information (2, 3).

The Ministry of the Interior responded to the crisis of overcrowded migrant centres by organizing temporary emergency accommodation, but did not involve health authorities during the identification and selection of the sites.

At the time of the mission the regional authorities had declared a state of emergency and asked for the support of the regional civil protection authorities. Endorsement of the declaration by the national government would lead to national civil protection authorities taking over responsibility for the response operation. As a result, it was not possible to meet high-ranking regional civil protection officers during the mission.

Overall findings and recommendations

The emergencies caused by influxes of migrants to the Sicily region can be defined as a series of small-scale repeated events involving migrants landing in numbers ranging from tens to several hundred, sometimes simultaneously in multiple locations, over a relatively short period. The comparatively large geographical area affected by the events and the multiplicity of landing sites pose particular emergency management challenges. These range from the need to coordinate different actors, including various institutional bodies belonging to different ministries, to the logistic complexity of the search and rescue and settlement processes.

Public health risk assessment

Public health risks arise from both health issues in the migrants' native countries and health conditions during the journey and settlement. They mostly relate to unsafe trips, overcrowded arrival settlements with inadequate water and sanitation systems, and cultural barriers. Vaccine-preventable diseases represent health risks in people coming from countries where immunization coverage is low. Unsafe and long journeys in overcrowded boats expose migrants to physical and psychological trauma, dehydration, nutritional disorders, hypothermia and infectious diseases. Crowding in reception centres (Fig. 2) can facilitate the transmission of various infectious diseases, including acute respiratory infections, diarrhoeal diseases, tuberculosis and skin diseases such as scabies.

Although the majority of migrants are young people in generally good health at the time of departure, some are affected by chronic diseases and in need of continuity of care. The absence or interruption of treatment for chronic diseases can be life-threatening and represent a health risk. Health risks are particularly high in vulnerable groups of migrants such as pregnant women and very young children.

At the time of the assessment in Sicily a poliomyelitis (polio) outbreak occurred in the Syrian Arab Republic. Frequent population movements and vaccination gaps in some European countries increase the risk of the international spread of wild poliovirus: as long as the virus is circulating in the world and vaccination coverage is not optimal, polio threatens to return to the WHO European Region. In response to the outbreak, the Syrian Arab Republic launched