



AZIENDA SANITARIA LOCALE DI LANCIANO – VASTO - CHIETI

**CORSO DI AGGIORNAMENTO PER
MEDICI DELLA CONTINUITA' ASSISTENZIALE**

ANNO 2016

Emergenza immigrati: la gestione del rischio infettivologico

A cura del Dr. Giuliano Salvio

Presentazione:

Il corso è stato progettato per informare I Medici della Continuità Assistenziale sulle principali emergenze sanitarie presentate dagli immigrati che, in misura incontrollabile ed in condizioni di emergenza negli ultimi mesi, generalmente irregolari ed in transito verso altri paesi europei, sono presenti nel territorio della Azienda Sanitaria di Lanciano – Vasto – Chieti, aggiornandoli sulle modalità di attivazione dell'assistenza, il rilievo di sospetto infettivologico, la terapia immediata o l'avvio presso i centri di assistenza territoriale appositamente predisposti oppure presso I reparti ospedalieri, in particolare il reparto di malattie infettive.

Obiettivi generali:

Il corso è finalizzato a condividere ed uniformare (secondo la normative vigente e le linee guida internazionali) le modalità operative e comportamentali dei Medici della Continuità Assistenziale quando vengono attivati per l'assistenza degli immigrati in particolare in caso di rischio infettivologico.

Obiettivi formativi tecnico-professionali:

Il corso si propone di:

1. Sviluppare la metodologia della medicina basata sulle prove di evidenza ed efficacia
2. Integrare le linee guida con gli ultimi aggiornamenti forniti dalla letteratura
3. Migliorare il rapporto costo – efficacia
4. Evitare medicalizzazioni ed uso di diagnostica inappropriata
5. Usare I farmaci realmente efficaci valutandoli rispetto al rapporto rischio-beneficio e costo-efficacia

Indice

Gli immigrati regolari.....	pag. 4
Gli immigrati irregolari.....	pag. 7
Un linguaggio comune: qualche definizione.....	pag. 9
La popolazione migrante in Italia.....	pag.10
Lo stato di salute della popolazione migrante.....	pag. 10
Accesso ai servizi sanitari.....	pag. 13
L'erogazione dell'assistenza tramite il SSN.....	pag. 16
Malattie infettive ed accesso alle vaccinazioni.....	pag. 19
L'immigrazione femminile.....	pag, 21
I bambini.....	pag.22
Protocollo operativo di sorveglianza sanitaria immigrati.....	pag.23
Valutazione dello stato di salute dei rifugiati.....	pag. 27
Note bibliografiche.....	pag. 31

I numeri della immigrazione in Italia

Gli immigrati regolari

All'inizio del 2015, secondo le stime riportate nel Dossier statistico Immigrazione 2015, pubblicato dal Centro studi e ricerche Idos, gli immigrati regolari in Italia (inclusi i comunitari e quelli non ancora iscritti in anagrafe) erano circa 5,5 milioni. In tre anni questo numero è aumentato dell'8,2%, passando da 5.011.000 immigrati regolari stimati nel 2012 a 5.421.000 stimati nel 2015. Tra questi, i 5.014.437 stranieri residenti in Italia a inizio 2015 costituiscono l'8,2% della popolazione complessiva residente in Italia a quella data. Tra i residenti stranieri, 1.491.463 (29,8%) sono cittadini comunitari. Di questi, la gran parte sono Rumeni (75,9%), seguiti dai cittadini Polacchi (6,6%), Bulgari (3,8%), Tedeschi (2,5%) e Francesi (1,9%).

In base ai dati forniti dal ministero dell'Interno e pubblicati nel Report Istat "Cittadini non comunitari: presenza, nuovi ingressi e acquisizioni di cittadinanza", i permessi di soggiorno per i migranti non comunitari in vigore a inizio 2015 erano 3.929.916, con un aumento dell'8,0% rispetto al 2012 e dell'1,4% rispetto al 2014. Di questi permessi, il 57,2% è stato rilasciato per soggiorni di lungo periodo, il 48,9% è stato rilasciato a donne e il 24,0% a minori. Si tratta quindi di una popolazione relativamente giovane, considerando che la quota di minori in Italia su tutta la popolazione residente è pari a 16,6%.

Si è comunque registrata in generale una lieve flessione pari al 3% del numero di nuovi permessi di soggiorno rilasciati nel 2014 (248.323 rispetto ai 255.646 concessi nel 2013), specialmente in alcune Regioni del Nord. Questa flessione riflette il calo di ingressi delle donne (-14%), non compensato dal contemporaneo incremento di ingressi degli uomini (+7,5%). Nel corso del 2014, il 40,8% dei nuovi permessi di soggiorno è stato rilasciato per motivi familiari, mentre solo il 23,0% è stato rilasciato per motivi di lavoro, con una forte contrazione rispetto al dato registrato nel 2013 (33,1%). Di contro, si è osservato un marcato incremento dei permessi di soggiorno rilasciati per asilo e protezione umanitaria, passati dal 7,5% nel corso del 2013 al 19,3% nel 2014. Infine, tra il 2013 e il 2014 si è registrato anche un forte incremento delle acquisizioni di cittadinanza (+28,7%). Delle 121.000 nuove acquisizioni registrate nel 2014 tra i migranti non comunitari con permesso di soggiorno, avvenute soprattutto nelle Province del Nord-ovest e Nord-est, quasi la metà riguardavano uomini (52%) e giovani di età inferiore a 30

anni (49,3%), tra i quali un crescente numero di giovani immigrati di seconda generazione, e oltre il 40% persone con cittadinanza marocchina e albanese.

Le zone di origine

Tra i 3.929.916 migranti non comunitari con valido permesso di soggiorno a inizio 2015, considerando le aree continentali di partenza, l’Africa è al primo posto con il 30,9% dei non comunitari, seguita dall’Europa centro-orientale (29,9%), dall’Asia (28,6%) e dall’America (10,6%), mentre le poche migliaia di persone provenienti dall’Oceania e gli apolidi costituiscono appena lo 0,1%. In generale, rispetto al 2012, sono aumentati gli immigrati dall’Asia (+17,7%) e dall’Africa (+8,9%), mentre sono rimasti sostanzialmente stabili i migranti provenienti dagli altri continenti (Fonte: Istat, 2015).

All’inizio del 2015, in totale, i soggiornanti africani erano 1.214.025. Tra di essi, i marocchini sono la prima collettività (42,7%) e risultano i più numerosi anche tra tutti i non comunitari provenienti da qualsiasi continente (13,2%). Tra i soggiornanti africani, le altre grandi comunità arrivano dall’Egitto (11,6%), Tunisia (9,9%), Senegal (8,5%), Nigeria (6,5%), Ghana (4,6%), Algeria (2,4%) e Costa d’Avorio (2,3%). Seguono poi Burkina Faso, Camerun, Eritrea, Somalia, Etiopia, Mauritius e Congo, ciascuno dei quali costituisce meno del 2%.

Tra gli europei non comunitari (1.173.852 soggiornanti), i più numerosi sono gli albanesi (42,5%). Seguono gli ucraini (20,2%), i moldavi (12,5%), i serbi/montenegrini/kosovari (9,2%), i macedoni (7,1%), i russi (3,4%), i bosniaci (2,5%), e i turchi (1,9%).

La quota di immigrati asiatici ha raggiunto a inizio 2015 un totale di 1.122.798 soggiornanti. Tra questi, le comunità più numerose sono costituite dai cinesi (29,6%), filippini (15,1%), Indiani (14,8%), bangladesi (12,4%) e pakistani (10,3%). A seguire troviamo le comunità dello Sri Lanka, Iran, Siria e Libano, ciascuna con una quota inferiore al 10%.

Infine, sono 415.989 i soggiornanti nel nostro Paese che provengono dal continente americano. Le principali comunità arrivano dal Perù (26,1%), dall’Ecuador (21,3%) e dal Brasile (10,7%). Seguono in ordine, con una quota inferiore al 10%, le collettività degli Stati Uniti, della Repubblica Dominicana, di Cuba, della Colombia e dell’Argentina.

La distribuzione in Italia

L'Italia, inizialmente considerata un territorio di passaggio verso altri Paesi, è diventata con il passare del tempo uno sbocco stabile. La distribuzione geografica dei residenti stranieri a inizio 2015 appare disomogenea (Fonte: Istat). Si riscontra infatti una maggiore presenza al Nord (59,4%, di cui il 34,4% nel Nord-ovest e il 25,0% nel Nord-est) e al Centro (25,4%) rispetto al Sud (10,8%) e alle Isole (4,4%), sebbene, rispetto al 2012, la proporzione di cittadini stranieri residenti al Nord e al Centro sia calata (-6,3% e -8,0% rispettivamente) e quella degli stranieri residenti al Sud o nelle Isole sia aumentata (+18,8%).

In base al report Istat "Cittadini non comunitari: presenza, nuovi ingressi e acquisizioni di cittadinanza", una distribuzione geografica simile si riscontra tra i migranti non comunitari con regolare permesso di soggiorno a inizio 2015, con una percentuale di presenze al Nord e al Centro (63,8% e 23,7% rispettivamente) leggermente superiore a quella registrata per i residenti stranieri, inclusi i comunitari. In generale, la Regione dove la presenza di stranieri non comunitari è più forte è la Lombardia (26,3%), seguita da Emilia-Romagna (12,0%) e Veneto (11,2%). Tuttavia, le diverse nazionalità si caratterizzano per una differente distribuzione sul territorio: i moldavi sono maggiormente concentrati in Veneto, i tunisini in Emilia-Romagna, mentre i cittadini del Bangladesh nel Lazio.

Nelle Province di Milano (12,0%) e Roma (8,9%) vive un quinto degli stranieri non comunitari presenti in Italia, ma accanto alle grandi città si collocano anche centri di minore ampiezza demografica: oltre Brescia anche Torino, Bergamo e Firenze. A livello nazionale, la prevalenza dei soggiornanti non comunitari sul totale della popolazione residente è pari al 6,5% e tocca il suo massimo in Emilia-Romagna (10,6%) e Lombardia (10,3%). Per 13 Province, tutte nell'area del Centro-Nord, il rapporto si colloca oltre il 10%. Quelle per le quali si registra la prevalenza più elevata sono Prato, Reggio nell'Emilia, Modena, Brescia, Mantova, Parma, Piacenza e Milano, per le quali il rapporto va dall'11% al 22,5%. Le Regioni che presentano la prevalenza più elevata di soggiornanti di lungo periodo sul totale degli stranieri non comunitari regolari sono, nell'ordine, il Trentino Alto Adige, il Veneto e le Marche, tutte con quote superiori al 60% (media nazionale del 57,2%). La prevalenza risulta più elevata nelle Province di dimensione medio-piccola, come Bolzano, Brescia, Pistoia, Belluno, Vicenza, Siena e Biella.

Gli immigrati irregolari in Italia, i rifugiati e i richiedenti asilo

La presenza irregolare è per definizione *difficile da quantificare* poiché non registrata negli archivi ufficiali. Ciononostante, una parte di essa viene intercettata dalle forze di polizia che registrano dati utili anche per stime numeriche. Nel Dossier statistico Immigrazione 2015 è riportato che gli stranieri intercettati dalle forze dell'ordine in condizione irregolare sono stati 30.906 (dati del ministero dell'Interno) e di essi il 50,9% è stato effettivamente rimpatriato (15.726).

In base a ulteriori stime fornite dalla Fondazione Ismu (Istituto per lo studio della multietnicità), c'era un numero di migranti irregolari pari a 383.000 all'inizio del 1991 (47% del totale dei migranti), 750.000 (34%) nel 2002 e 651.000 (17%) nel 2008. Negli anni successivi si è registrata una diminuzione degli irregolari che sono scesi a 454.000 (10%) nel 2010 fino a raggiungere 294.000 (6%) a inizio 2013. Questa diminuzione potrebbe essere dovuta all'effetto delle più recenti modifiche normative e all'impatto della crisi economica.

Il report Istat " Cittadini non comunitari: presenza, nuovi ingressi e acquisizioni di cittadinanza" riporta che tra il 2013 e il 2014 è più che raddoppiato il numero di permessi di soggiorno rilasciati a persone giunte in Italia in cerca di asilo politico e protezione umanitaria. I permessi rilasciati per questo motivo sono stati 47.873, pari al 19,3% del totale dei nuovi permessi concessi nel 2014 per qualsiasi motivo. Questa cifra è più che raddoppiata rispetto al 2013, quando i permessi rilasciati per asilo politico e protezione umanitaria hanno costituito il 7,5% del totale. Il 91,4% dei permessi per asilo, richiesta asilo e protezione umanitaria concessi nel 2014 è stato rilasciato a uomini, mentre il 4% ha riguardato minori. I Paesi di provenienza più frequenti sono stati il Mali (14,8%), la Nigeria (14,8%), Il Gambia (12,2%) e il Pakistan (11,5%).

La "primavera araba", la crisi Siriana e l'immigrazione in Italia

L'importante flusso migratorio che nel 2011 ha investito l'Europa, in seguito alla "primavera araba", ha avuto un impatto non trascurabile sul nostro Paese. La crisi politica registrata nel Nord Africa ha infatti intensificato gli sbarchi verso l'Italia. Si è trattato di un esodo costituito da potenziali richiedenti asilo e, pertanto, sottoposto alla tutela prevista dalla disciplina della protezione internazionale. In poco più di un anno, in Italia sono entrate più di 60 mila persone, prima tunisini e poi libici, ai quali si sono aggiunti altri nordafricani e africani dei Paesi subsahariani. A seguito dell'aumentato afflusso di migranti sulle coste italiane, presso i centri di accoglienza distribuiti sul territorio nazionale, il ministero della Salute e

l'Istituto superiore di sanità (Cnesps-Iss), in collaborazione con le Regioni, hanno attivato un sistema di sorveglianza sindromica con l'obiettivo di monitorare la salute della popolazione migrante e rispondere rapidamente a eventuali emergenze sanitarie.

Dopo l'aumento degli sbarchi registrato nel 2011 (62.692 persone sbarcate) si è osservata una diminuzione nel 2012 (13.297 persone), seguita però da un nuovo rapido incremento nel 2013 (42.925 persone) e nel 2014 (170.100 persone), soprattutto a seguito della crisi Siriana e delle persistenti difficili condizioni di vita in Eritrea (Fonte: Fondazione Ismu, xls 106 kb). Infatti, mentre nel 2011 la nazionalità delle persone sbarcate era prevalentemente tunisina (circa il 45%), nel 2013-2014 un quarto delle persone sbarcate erano di nazionalità Siriana (26,3% nel 2013 e 24,9% nel 2014) e un quinto di nazionalità eritrea (22,9% nel 2013 e 20,2% nel 2014). Infine, si osserva come il fenomeno degli sbarchi coinvolga sempre più spesso i minori, i quali nel 2014 hanno costituito il 13,1% delle persone sbarcate rispetto al 5,5% nel 2011, e le donne, passate dal 5,8% nel 2011 al 10,3% nel 2014.

Il fenomeno migratorio mondiale

I numeri parlano chiaro: il fenomeno migratorio è in costante crescita globalmente con modalità differenti a seconda di uomini, Paesi, cause, mezzi, direzioni. Secondo i dati pubblicati dall'Organizzazione internazionale per le migrazioni (Oim, International Organization for Migration) nel "World Migration Report 2010 - The Future of Migration: Building Capacities for Change", il numero dei migranti a livello mondiale è passato da 150 milioni nel 2000 a 214 milioni nel 2010, e le proiezioni per i prossimi anni confermano l'andamento. Per il 2050 si parla infatti di 405 milioni di persone migranti come risultato delle crescenti disparità demografiche, dei cambiamenti ambientali, delle nuove dinamiche economiche e politiche globali, delle rivoluzioni tecnologiche e dei network sociali.

Le implicazioni sociali e sanitarie sono considerevoli. I flussi migratori interessano infatti una moltitudine di popolazioni e di categorie di persone (lavoratori, studenti, rifugiati, ecc), ognuna con determinanti di salute, bisogni e livelli di vulnerabilità differenti. Inoltre, il fenomeno coinvolge direttamente un'ampia gamma di aspetti della vita quotidiana sia dei soggetti migranti che della popolazione locale.

Una delle sfide della sanità pubblica è di riuscire a garantire accesso ai servizi e percorsi di tutela per tutte quelle persone che, per diversi motivi, si trovano in condizioni di fragilità sociale. È dimostrato infatti che tra i principali determinanti

di salute ci sono i fattori socioeconomici che influenzano stili di vita e accesso ai servizi sanitari. La salute dei migranti e le tematiche di salute associate alle migrazioni sono dunque questioni cruciali per l'agenda internazionale dei governi e della società civile. È questa l'idea alla base della Risoluzione Oms sulla salute dei migranti approvata dalla 61esima Assemblea mondiale della sanità nel 2008.

Un linguaggio comune: qualche definizione

In quanto problema globale, la migrazione ha bisogno di un approccio d'insieme e di risposte coordinate. Un linguaggio comune è dunque indispensabile per il successo della collaborazione internazionale. Secondo quanto riportato dall'Oim nel Glossary on Migration, il termine "**migrazione**" definisce un processo di spostamento a livello di popolazione (da un Paese all'altro o all'interno di uno stesso Paese), indipendentemente dalla distanza, dalle cause o dalla composizione e include la migrazione di rifugiati, persone espatriate e chi si sposta per motivi economici.

Volendo provare a classificare le molteplici tipologie di persone che rientrano nella definizione di migrante, si può sicuramente fare una prima differenziazione relativa allo status legale:

sono "**regolari**" i migranti che seguono canali legali di ingresso e permanenza

sono "**irregolari**" (secondo le definizioni dell'Oim) i migranti che non hanno uno status legale nel Paese che li ospita o in cui sono di passaggio. In particolare, in Italia il ministero dell'Interno distingue gli stranieri "irregolari" dai "**clandestini**": i primi hanno perduto i requisiti necessari per la permanenza sul territorio nazionale (per esempio, permesso di soggiorno scaduto e non rinnovato), di cui erano però in possesso all'ingresso in Italia; i secondi sono invece entrati in Italia senza regolare visto di ingresso.

Tra i regolari rientrano per esempio i "**rifugiati**" e i "richiedenti asilo". In base alla Convenzione delle Nazioni Unite sullo status dei rifugiati del 1951 e al Protocollo di New York del 1967, un rifugiato è una persona che «temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese; oppure che, non avendo una cittadinanza e trovandosi fuori del Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di siffatti avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra». In Italia, per richiedere il riconoscimento dello status di rifugiato è necessario presentare una

domanda motivata con l'indicazione delle persecuzioni subite e delle possibili ritorsioni in caso di rientro nel proprio Paese. Un “**richiedente asilo**” è invece una persona che richiede a un Paese lo status di rifugiato ed è in attesa della decisione in merito alla domanda presentata.

Un discorso a parte va fatto per i “**nomadi**”, gruppi etnici a cui manca un insediamento stabile e che si spostano periodicamente secondo una forma di mobilità legata alla forma di economia che li caratterizza ma che può essere praticata anche per motivi di tradizione storica e culturale. A questo proposito il ministero dell'Interno italiano parla di “comunità sprovviste di territorio” di cui fanno parte gli zingari (Rom, Sinti e Caminanti) non insediati su un territorio delimitato. Gli zingari presenti in Italia appartengono a tre gruppi: i Rom più diffusi al Centro e al Sud, i Sinti che vivono soprattutto al Nord e i Caminanti presenti in Sicilia. Il nomadismo, pur costituendo un aspetto fondante della loro identità, non rappresenta più una caratteristica peculiare di queste popolazioni che da tempo hanno assunto atteggiamenti di stanzialità. Come ricordato nella monografia a cura dell'Agenzia di sanità pubblica della Regione Lazio “Salute senza esclusione: campagna vaccinale per i bambini Rom e Sinti a Roma” (pdf 5,7 Mb): «Le comunità zingare attualmente presenti in Italia tendono alla sedentarizzazione, ma se da un lato permangono il gusto del viaggio e un forte sentimento di indipendenza rispetto al tessuto sociale e culturale circostante, dall'altro le politiche locali di sgombero e allontanamento impediscono nei fatti di raggiungere la piena stanzialità».

Una seconda distinzione si può fare in base al tempo di permanenza che può essere di lunga o breve durata. Un “migrante a lungo termine” è secondo l'Oim una persona che si trasferisce in un Paese diverso da quello di residenza per un periodo di almeno un anno così che il Paese di destinazione diventa quello di residenza reale. È invece un “migrante a breve termine” una persona che si trasferisce in un Paese diverso da quello di residenza per un periodo di almeno tre mesi (ma meno di un anno). Sono esclusi però i casi in cui questo trasferimento è legato a motivi di svago, vacanza, visita ad amici o parenti, affari o per trattamenti medici (in questo caso le persone generalmente sono definite “visitatori”). Appartengono a quest'ultima categoria i “migranti stagionali”: quelle persone cioè che si spostano per motivi di lavoro poiché la loro occupazione ha caratteristiche che dipendono da condizioni stagionali e si svolge quindi solo in alcuni periodi dell'anno come l'agricoltura e il turismo.

La popolazione migrante in Italia

Alla fine del 2011, secondo i dati riportati nel Dossier Caritas/Migrantes 2012, nel nostro Paese il numero complessivo degli immigrati regolari (inclusi i comunitari e quelli non ancora iscritti in anagrafe) era di oltre 5 milioni di persone, con un'incidenza sulla popolazione residente pari a 8,2%. I permessi di soggiorno per i migranti non comunitari in vigore alla fine del 2011 erano 3.637.724, mentre il numero stimato dei comunitari era di 1.373.000. Dal punto di vista delle aree di partenza, il continente europeo è al primo posto con il 50,8%, seguito da quello africano (22,1%), dall'Asia (18,8%) e dalle Americhe (8,3%). Il Dossier Caritas/Migrantes 2012 riporta inoltre una distribuzione geografica degli stranieri residenti nel nostro Paese disomogenea, con una maggiore presenza al Nord (63,4%) rispetto al Centro (23,8%), al Sud (9%) e alle Isole (3,8%). Per maggiori informazioni consulta le pagine di EpiCentro dedicate ai numeri della migrazione (in Italia, in Europa, nel mondo).

L'Italia, inizialmente considerata un territorio di passaggio verso altri Paesi, è diventata con il passare del tempo una meta stabile: per molte Province del Centro-Nord sembra avviato un processo di integrazione sul territorio delle collettività immigrate, mentre il Mezzogiorno rimane un'area dinamica in cui è difficile rintracciare caratteristiche di stabilizzazione. In questo percorso di inserimento un ruolo fondamentale lo giocano le donne che costituiscono una realtà sempre più significativa all'interno del nostro Paese. Il processo di femminilizzazione dei flussi migratori, e la conseguente concentrazione di donne in età fertile, porta in primo piano le questioni relative alla salute riproduttiva e materno-infantile ma anche quelle relative al contributo dato dai figli dell'immigrazione alla realtà italiana. Alla fine del 2010, le donne residenti con nazionalità estera sono oltre 2 milioni e 300 mila e costituiscono il 51,8% del totale degli stranieri (nel 2011 la presenza femminile tra i soli soggiornanti non comunitari è del 49,5%). Leggi in proposito anche l'approfondimento tematico sulla salute della donna e dei bambini migranti.

Lo stato di salute della popolazione migrante in Italia

Molti sono i fattori che condizionano il profilo di salute dei migranti. Prima dell'arrivo nel Paese ospite, questi comprendono l'esposizione a eventuali fattori di rischio (ambientali, microbiologici, culturali, ecc) e l'accesso a servizi sanitari preventivi e curativi nel Paese di origine e/o di immigrazione intermedia. A questi si aggiungono le conseguenze delle difficoltà fisiche e psicologiche affrontate durante il percorso migratorio. Dopo l'arrivo nel Paese ospite, diventano invece

significative le condizioni di vita (economiche, ambientali, ecc) e l'accesso ai servizi socio-sanitari.

La maggior parte di coloro che giungono in Italia è fondamentalmente in buona salute. Si osserva infatti il cosiddetto "effetto migrante sano", una forma di autoselezione all'origine in base a cui decide di emigrare solo chi è in buone condizioni di salute. Una volta nel nostro Paese, però, gli immigrati vedono progressivamente il loro stato di salute impoverirsi, poiché esposti a molti fattori di rischio legati a condizioni di vita generalmente precarie. Inoltre bisogna considerare che nel tempo la rilevanza dell'"effetto migrante sano" tenderà a diminuire, con la stabilizzazione del fenomeno migratorio e l'integrazione sociale dei migranti nelle realtà locali. Leggi in proposito anche l'approfondimento tematico sulle malattie infettive e l'accesso alle vaccinazioni tra la popolazione migrante.

Il sistema di sorveglianza Passi fornisce una fotografia sugli stranieri di età compresa tra 18 e 69 anni intervistati nel periodo 2008-2011. Ciò che emerge è che questo gruppo di popolazione percepisce in modo migliore il proprio stato di salute rispetto agli italiani e riferisce meno sintomi depressivi. Non si evidenziano differenze significative fra italiani e stranieri per quanto riguarda l'abitudine al fumo, il consumo di alcol a maggior rischio e l'inattività fisica, mentre fra gli stranieri è significativamente più bassa la prevalenza di persone in eccesso ponderale. Gli stranieri aderiscono meno frequentemente degli italiani ai programmi di screening, ma sembrano più attenti degli italiani per quanto riguarda la sicurezza stradale. Come gli italiani hanno una bassa percezione del rischio di incidenti domestici e di contrarre una malattia legata al loro lavoro, ma sono più consapevoli del rischio di infortunio in ambiente lavorativo. Leggi in proposito anche l'approfondimento tematico sui gli stranieri nel Pool Passi 2008-11.

Anche nell'ambito dell'indagine 2008-2011 condotta nell'ambito dell'Osservatorio epidemiologico cardiovascolare/Health Examination Survey, è stato possibile raccogliere alcune informazioni sui migranti intervistati. Secondo i dati a disposizione, la popolazione di migranti risulta mediamente più giovane, come atteso; la prevalenza dei fumatori sia negli uomini che nella donne è più elevata, mentre l'obesità ha una prevalenza più bassa, come del resto minore è l'inattività fisica lavorativa rispetto al campione italiano per entrambi i generi; queste caratteristiche si riscontrano anche nel confronto specifico per età. Leggi in proposito anche l'approfondimento tematico sui dati Oec/Hes.

Anche la disponibilità di flussi informativi ben consolidati sulle prescrizioni farmaceutiche può fornire indicazioni utili per descrivere le condizioni di salute e l'accesso alle prestazioni sanitarie tra i migranti. Inoltre, le differenze che si osservano fra immigrati e italiani possono rappresentare bisogni non adeguatamente coperti oppure essere il tracciante di una diversa prevalenza di patologia. Nell'insieme, comunque, i dati a disposizione indicano che il Ssn garantisce un buon livello di accesso all'uso dei farmaci, con un livello di spesa che, tenuto conto dell'età giovane della popolazione immigrata, è molto contenuto. Leggi in proposito anche l'approfondimento tematico su farmaci e immigrati.

Diversi studi dimostrano che molte patologie croniche, tra cui il diabete, colpiscono maggiormente i gruppi socialmente sfavoriti. Tra questi, le persone immigrate rappresentano una fascia di popolazione particolarmente svantaggiata poiché non sempre hanno accesso ai servizi nei tempi e nei modi che sarebbero necessari. Dunque, favorire un accesso regolare ai servizi preposti all'assistenza alla malattia diabetica nei pazienti e potenziare le competenze individuali su questa patologia diventano obiettivi primari, sia per la prevenzione e gestione del singolo che per la salute pubblica in generale. Sul sito del progetto Igea, è presente un'ampia sezione dedicata al diabete e alle disuguaglianze sociali di salute in cui è disponibile anche un filmato realizzato dall'Iss in collaborazione con l'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (Inmp).

Accesso ai servizi sanitari

La tutela della salute in Italia è sancita dall'articolo 32 della Costituzione che, identificando la salute come "fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" non la vincola alla cittadinanza italiana o allo status (regolare o irregolare) di residenza. Da questo principio deriva la legislazione attualmente in vigore che sancisce il diritto di qualunque cittadino straniero in Italia di usufruire dei servizi sanitari pubblici a prescindere dalla sua situazione amministrativo-giudiziaria (Titolo V della legge 40 del 1998 attuata con norme nazionali, regionali e locali).

L'assistenza sanitaria al cittadino straniero in Italia è regolata da alcune norme nazionali e condizionata da politiche locali. Nel nostro Paese, il testo di riferimento giuridico sull'immigrazione è il Decreto Legislativo n. 286 del 1998 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" che, con il relativo Regolamento d'attuazione (D.P.R

n. 394/1999), per la prima volta propone un corpo giuridico moderno volto a superare in ambito sanitario un approccio legato all'emergenza, garantendo il diritto di inclusione ordinaria degli stranieri nel sistema di tutela della salute di tutti i cittadini. L'articolo 34 affronta il tema dell'assistenza agli stranieri iscritti al Servizio sanitario nazionale (Ssn), dunque regolarmente soggiornanti in Italia. L'articolo 35 è invece dedicato alle condizioni di assistibilità degli stranieri non iscritti al Ssn o perché migranti a breve termine (studenti, turisti, ecc) o perché non in regola con le norme di ingresso e soggiorno. Alcune modifiche sono state introdotte con il D.P.R. 334/2004 che stabilisce per esempio che l'iscrizione non decade nella fase di rinnovo del permesso di soggiorno. Il Testo unico ha rappresentato un momento di svolta perché ha influenzato direttamente i successivi Piani sanitari nazionali e ha dato un input significativo anche alle politiche regionali e locali che, nella realtà quotidiana, sono di fatto protagoniste della reale offerta sanitaria ai migranti. Per approfondire il tema leggi anche il documento "La tutela della salute degli immigrati nelle politiche locali", a cura della Caritas Diocesana di Roma (luglio 2010) e l'approfondimento dedicato sul sito salute internazionale.info

Per fornire uniformità di risposta in tema di accesso alle cure da parte della popolazione immigrata nelle Regioni e nelle Province autonome e per raccogliere in un unico strumento operativo le disposizioni normative nazionali e regionali relative all'assistenza sanitaria agli immigrati, anche al fine di semplificare la corretta circolazione delle informazioni tra gli operatori sanitari, il 20 dicembre 2012, la Conferenza Permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, ha definito un Accordo sul documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome italiane".

Un discorso a parte merita l'offerta sanitaria nei Centri di immigrazione. Attualmente esistono tre tipologie di Centri dell'immigrazione in Italia. I Centri di accoglienza (Cda) (L.563/95) hanno lo scopo di fornire un primo soccorso ai migranti al momento della loro individuazione sul territorio nazionale e di accoglierli per il tempo necessario a stabilire la loro identità e la legittimità o meno della loro permanenza sul territorio nazionale.

Una volta definita la procedura amministrativa da seguire, immigrati richiedenti asilo vengono ospitati in Centri di accoglienza per richiedenti asilo (Cara) per il periodo necessario alla loro identificazione e all'esame della domanda d'asilo da parte della Commissione Territoriale (DPR 303/2004 - D.Lgs. 28/1/2008 n°25).

Sono invece trasferiti in Centri di identificazione ed espulsione (Cie - così denominati con decreto legge 23 maggio 2008, n. 92 e previsti dall'art. 14 del Testo Unico sull'immigrazione 286/98, come modificato dall'art. 12 della legge 189/2002D.L. 92/2008) gli immigrati irregolari. Queste sono strutture destinate al trattenimento, convalidato dal giudice di pace, degli stranieri extracomunitari irregolari e destinati all'espulsione.

Mappe sul numero, la capacità e la distribuzione geografica dei Cie e dei Cara/Cda sono pubblicate periodicamente dal ministero dell'Interno. Come dettagliato nella scheda tematica pubblicata dal ministero dell'Interno, i Centri di immigrazione sono pianificati dalla Direzione Centrale dei Servizi Civili per l'Immigrazione e l'Asilo e gestiti a cura delle Prefetture - Uffici Territoriali del Governo (Utg) tramite convenzioni con enti, associazioni o cooperative aggiudicatrici di appalti del servizio. Tra le prestazioni richieste sono comprese sia l'assistenza sanitaria che la cura dell'igiene ambientale.

Centri di accoglienza nella ASL di Lanciano -Vasto - Chieti

COMUNE	NOME STRUTTURA	MASCHI	FEMMINE	MINORI	TOTALE OSPITI
LENTELLA	AZ.IL BOSCO DEGLI ULIVI	39	0	0	39
PALMOLI	EX ED. SCOLASTICO	61	0	0	61
CARUNCHIO	HOTEL VITTORIA	48	0	0	48
CARUNCHIO	CASOLARE	8	0	0	8
CARUNCHIO	CASA (NUCLEI FAMILIARI)	2	3	1	6
SCHIAVI D'ABRUZZO	HOTEL LE SILFIDI (MONTE PIZZUTO)	68	0	0	68
SANSALVO	B&B LE MUSE	15	0	0	15
VASTO	CASA QUATTROCCHI	6	8	2	16
VASTO	HOTEL CONTINENTAL	72	1	0	73
TORINO DI SANGRO	VALTRIGNO CAMPING SANGRO	80	4	0	84
TORINO DI SANGRO	HOTEL COSTA LECCETA	81	0	0	81

PRETORO	HOTEL LO SCOIATTOLO	16	0	0	16
CHIETI	VILLAGGIO DELLA SPERANZA	58	0	0	58
ROCCAMONTEPIANO	OSTELLO L'ASILO	22	0	0	22
CASTELFRENTANO	VOLO DEL COLIBRI CASA FAM.	0	1	1	2
TOTALE		576	17	4	597

L'EROGAZIONE DELL' ASSISTENZA SANITARIA TRAMITE IL SSN

Gli immigrati regolari sono iscritti, con documenti che attestano la loro posizione legale, reddituale, ecc., al SSN con le stesse modalità e gli stessi diritti dei cittadini Italiani.

Gli immigrati irregolari sono iscritti al SSM attraverso una procedura che passa attraverso l'attribuzione del codice ST:

Codice STP (Straniero Temporaneamente Presente)

L'assistenza sanitaria nei confronti degli stranieri privi di permesso di soggiorno viene erogata attraverso il rilascio di un tesserino con codice regionale individuale STP (Straniero Temporaneamente Presente) che identifica l'assistito per tutte le prestazioni erogabili con finalità prescrittive e di rendicontazione. Il codice STP può essere rilasciato dalle ASL, dalle Aziende Ospedaliere, dai Policlinici Universitari e dagli IRCCS.

Il codice STP è un codice identificativo composto da 16 caratteri:

- tre caratteri costituiti dalla sigla STP
 - tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla regione
 - tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla ASL (Azienda Sanitaria) che attribuisce il codice
 - sette caratteri per il numero progressivo attribuito al momento del rilascio. (Fig.7)
- Esso viene attribuito in occasione della prima erogazione delle prestazioni qualora lo straniero che ricorra alle prestazioni sanitarie non ne sia in possesso o può altresì essere rilasciato preventivamente al fine di facilitare l'accesso alle cure, in particolare ai programmi di prevenzione

Il codice STP viene rilasciato allo straniero privo di permesso di soggiorno a seguito di una dichiarazione dei propri dati anagrafici e di una dichiarazione di indigenza (vedi allegato) e viene utilizzato per ricevere le prestazioni sanitarie

essenziali a parità di condizioni con il cittadino italiano per quanto riguarda le quote di partecipazione alla spesa (ticket).

Validità e durata del codice STP

Il codice STP ha validità su tutto il territorio nazionale e durata di 6 mesi. È rinnovabile in caso di permanenza dello straniero sul territorio nazionale.

Documenti richiesti per il rilascio del codice STP

Le informazioni richieste dalla ASL/struttura sanitaria per il rilascio del codice STP sono:

- nome, cognome, sesso, data di nascita, nazionalità.

Qualora non fosse possibile esibire un documento di identità è sufficiente la registrazione delle generalità fornite dall'assistito.

I dati registrati dalla ASL/struttura sanitaria sono riservati e possono essere comunicati solo su richiesta ufficiale scritta da parte dell'autorità giudiziaria.

Utilizzo del codice STP

Il codice STP deve essere utilizzato per:

- la prescrizione su ricettario regionale di prestazioni sanitarie (esami clinico-strumentali, visite specialistiche),
- la prescrizione di farmaci erogabili, a parità di condizioni di partecipazione alla spesa con cittadini italiani, da parte delle farmacie convenzionate,
- la rendicontazione, ai fini del rimborso, delle prestazioni erogate dalle strutture accreditate del SSR.

Partecipazione alla spesa (Ticket)

Le prestazioni sanitarie sono erogate senza oneri a carico dei richiedenti, fatte salve le quote di partecipazione alla spesa a parità con i cittadini italiani.

Lo straniero STP è **esonerato dalla quota di partecipazione alla spesa (ticket), in analogia con il cittadino italiano**, per quanto concerne

- le prestazioni sanitarie di primo livello, ad accesso diretto senza prenotazione e impegnativa; (quali ad esempio quelle di medicina generale, SERT, DSM, Consultori Familiari);
- le prestazioni di urgenza erogate presso il Pronto Soccorso secondo i criteri di esenzione già definiti per i cittadini italiani;
- le prestazioni erogate a tutela della gravidanza e della maternità;
- le prestazioni di prevenzione erogabili attraverso le articolazioni territoriali del Dipartimento di Prevenzione (piano nazionale e regionale dei vaccini, screening, prevenzione HIV);

- le prestazioni erogabili in esenzione, secondo i criteri e i limiti previsti dalla normativa in atto per i cittadini italiani, in presenza di patologie croniche, patologie rare e stati invalidanti (con conseguente rilascio di Attestato di esenzione);
- età/condizione anagrafica (inferiore ai 6 o superiore ai 65 anni), alle stesse condizioni con i cittadini italiani.

Per tutte le altre situazioni (prestazioni di II livello, di diagnosi e cura, medicina riabilitativa e preventiva, alimenti speciali, presidi specifici...) si applicano le condizioni previste per il cittadino italiano.

Qualora il cittadino straniero privo di permesso di soggiorno ed in possesso del codice STP, non avesse risorse sufficienti per il pagamento del ticket, è possibile applicare, a seguito di una sua dichiarazione (allegato), il **codice di esenzione X01** che vale esclusivamente per la specifica prestazione effettuata.

CODICE ENI

Codice attribuito a soggiornanti comunitari indigenti, senza TEAM (Tessera Europea di Assicurazione Malattia) che, senza attestazione di diritto di soggiorno, senza requisiti per l'iscrizione al SSN.

- Codice ENI: è un codice identificativo composto da 16 caratteri
- Tre caratteri costituiti dalla sigla ENI
- Tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla Regione
- Tre caratteri costituiti dal codice ISTAT relativo alla ASL (Azienda Sanitaria) che attribuisce il codice
- Sette caratteri per il numero progressivo attribuito al momento del rilascio.

Dalla teoria alla pratica

Le buone norme, tuttavia, non bastano a garantire l'accesso ai servizi e alle prestazioni sanitarie. La "paura" e la diffidenza nei confronti del Ssn da parte delle persone in condizione di irregolarità giuridica rimangono elementi non trascurabili, specialmente dopo l'introduzione della legge 94/2009 che ha introdotto il reato di ingresso e soggiorno irregolare con successivo obbligo di denuncia per pubblici ufficiali e incaricati al pubblico servizio. Per quanto riguarda la sanità però, l'obbligo di denuncia è in netto contrasto con quanto scritto nel comma 5 dell'Art 35 del Testo Unico in cui si ribadisce il divieto di segnalazione alle autorità sullo straniero non in regola con le norme sul soggiorno. Questa contraddizione ha prodotto confusione e discrezionalità tra gli operatori e diffuso timore da parte degli immigrati.

Di fronte alla mobilitazione generale del mondo sanitario, il Ministero dell'Interno, il 27 novembre 2009, ha emanato una circolare (la numero 12) che ha fornito chiarimenti riguardo all'incoerenza delle due normative, ribadendo la permanenza del divieto di segnalazione verso gli stranieri irregolari che si rechino presso le strutture sanitarie (salvo il caso in cui il personale stesso sia tenuto all'obbligo del referto, ai sensi dell'art. 365 del codice penale, a parità di condizioni con il cittadino italiano).

Si aggiungono a questo le difficoltà linguistiche e le differenze culturali che mettono in evidenza come il tema della promozione della salute nei confronti dei migranti vada affrontato all'interno di un approccio più ampio che includa l'inserimento sociale nel senso più lato del termine. In tutto questo diventa basilare la formazione degli operatori, per una efficace presa in carico dei migranti. Inoltre, per favorire l'integrazione, diventa sempre più necessaria l'informazione-mediazione verso gli stranieri e la comunicazione verso la società ospitante.

Malattie infettive e accesso alle vaccinazioni tra i migranti

La maggior parte di coloro che giungono in Italia è in buona salute. Questo è stato dimostrato anche dopo l'analisi dello stato di salute di persone giunte nell'ambito di flussi di immigrazione eccezionali, come quello verificatosi nel 2011 a seguito della crisi del Mediterraneo.

Lo stato di salute: dall'arrivo in Italia all'inserimento demografico

Il cosiddetto "effetto migrante sano" (osservato anche in Italia in quanto Paese di immigrazione relativamente recente) è conosciuto da tempo e, secondo una delle teorie più accreditate, dipende dal fatto che solo i soggetti più forti e sani tendono a optare per il difficile percorso migratorio, auto-selezionandosi quindi già nei Paesi di origine.

Ciò nonostante, lo stato di benessere di questi migranti "pionieri" può esaurirsi nel tempo a causa di condizioni di vita e di lavoro precarie e dello scarso accesso ai servizi sanitari nel Paese ospite. I timori legati alla condizione di irregolarità e la scarsa conoscenza del diritto di accesso ai servizi sanitari, delle modalità di fruizione degli stessi e della lingua locale sono infatti alcuni tra i principali fattori che impediscono ai migranti di accedere a percorsi di prevenzione, di diagnosi precoce e di terapia ambulatoriale in Italia e li spingono piuttosto a rivolgersi al Servizio sanitario nazionale (Ssn) in condizioni di urgenza (presso i pronto soccorso)

È verosimile inoltre che nel tempo la rilevanza dell'“effetto migrante sano” in Italia tenda a diminuire. Infatti con la stabilizzazione del fenomeno migratorio, i nuovi immigrati giungeranno seguendo percorsi già attuati da parenti o amici che si trovano in Italia. Questo tragitto, più semplice e meno rischioso, richiede una minore autoselezione iniziale ed è motivato oltre che dalla ricerca di lavoro anche dall'opportunità di ricongiungimento familiare. I nuovi arrivi presenteranno quindi caratteristiche più eterogenee dal punto di vista demografico e dello stato di salute. Nel contempo anche la popolazione già immigrata nel Paese ospite tenderà a stratificarsi demograficamente nel tempo per invecchiamento della prima generazione immigrata e sviluppo di nuove generazioni, nate nel Paese ospite.

Malattie infettive e migrazione?

Condizioni di vita caratterizzate da povertà e degrado e uno scarso accesso ai servizi clinici e di prevenzione possono favorire l'insorgenza e lo sviluppo di patologie. Questo aspetto è particolarmente rilevante per le malattie infettive, patologie che si diffondono più facilmente in condizioni di scarsa igiene e sovraffollamento.

Per esempio, morbillo, difterite, influenza, pertosse e infezioni respiratorie acute sono malattie a rischio epidemico in condizioni di sovraffollamento, mentre condizioni igieniche insufficienti possono aumentare il rischio di infezioni gastro-intestinali. Il rischio di malattie prevenibili da vaccino dipende invece dall'accesso ai servizi vaccinali.

Alcune patologie ad alta endemia in Paesi a forte spinta migratoria, come l'epatite B e la tubercolosi, possono essere asintomatiche al momento dell'arrivo in un Paese di immigrazione, ma manifestarsi in seguito. In particolare sono le condizioni di vita di un individuo (ad esempio abitative e alimentari) ad avere un ruolo rilevante nel favorire la progressione di queste patologie.

Se si considera che la prevenzione gioca un ruolo fondamentale nell'evitare l'insorgenza e la diffusione di malattie infettive nella popolazione, e che sono disponibili per molte di queste patologie terapie mirate risolutive, è evidente che combattere le disuguaglianze di accesso ai servizi sanitari e intervenire sui determinanti sociali della salute è particolarmente rilevante dal punto di vista della sanità pubblica.

L'immigrazione femminile

21 febbraio 2013 - Negli ultimi anni si è potuto osservare, sia a livello internazionale che quello locale, il rafforzamento del processo di femminilizzazione dei flussi migratori che, anche in Europa ed in Italia, ha comportato un progressivo aumento della componente femminile della popolazione straniera. Questo fenomeno nel nostro territorio si coniuga con una sempre maggior “strutturalità” della presenza di migranti e conseguentemente con una caratterizzazione dell’attuale realtà italiana come società multiculturale.

Attraverso i dati annuali del Dossier Statistico Caritas/Migrantes 2012 (pdf 483 kb) è possibile apprezzare la rilevanza di questa situazione: mentre all’inizio degli anni '90 le donne straniere presenti in Italia non raggiungevano le 300 mila unità, all’inizio del secondo millennio avevano superato il milione di unità. Alla fine del 2010, le donne residenti con nazionalità estera sono oltre 2 milioni e 300 mila e costituiscono il 51,8% del totale degli stranieri (nel 2011 la presenza femminile tra i soli soggiornanti non comunitari è del 49,5%).

Caratteristiche dell’immigrazione femminile in Italia

L’incidenza femminile si differenzia all’interno delle collettività straniere: in generale la componente femminile è molto maggiore tra gli immigrati provenienti dall’Europa Orientale rispetto a quelli di origine africana o asiatica, con punte di oltre il 70% per molti Paesi dell’Est Europa, dell’Ex-Unione Sovietica e del Brasile.

La distribuzione territoriale è simile a quella di tutta la popolazione migrante: 37% risiede nelle Regioni del Nord-Ovest, 29% in quelle del Nord-Est, 22% nel Centro, il 9% al Sud e il 3% nelle Isole.

Esiste una grande varietà anche nei profili e nei percorsi di integrazione che caratterizzano l’immigrazione femminile che, sebbene sia ancora in larga parte determinata dai ricongiungimenti familiari, in particolare per alcune nazionalità (Pakistan, Bangladesh, Egitto, Macedonia, Tunisia, Giordania, Algeria), si declina in molteplici forme. Sono sempre di più, infatti, le donne straniere “primomigranti” (breadwinner o “apripista”) – storicamente provenienti dalle Filippine e in tempi più recenti originarie del Sud America e dell’Europa orientale – che arrivano sole in Italia e attivano a loro volta catene migratorie al femminile o familiari, oppure si assumono autonomamente la responsabilità di inviare rimesse economiche per sostenere la famiglia nel Paese di origine, affrontando così anche le complessità legate ai legami familiari transnazionali. Di particolare rilievo anche la presenza delle donne rifugiate o richiedenti asilo o delle vittime della tratta e dello

sfruttamento della prostituzione, che presentano profili di vulnerabilità specificamente legati alla loro esperienza migratoria.

I bambini

Un'evidente ricaduta della consistente presenza femminile straniera, che si caratterizza anche per la giovane età, è osservabile sulla natalità. Nel 1986 i nati da genitori entrambi stranieri erano solo l'1% del totale dei nati in Italia e nel 1996 il 4,5%, mentre nel 2010 circa 2 nuovi nati su 10 sono stranieri e, considerando le sole Regioni del Nord dove è maggiore la concentrazione e l'inserimento socio-lavorativo della popolazione immigrata, le nascite da madri straniere salgono al 30% del totale. Con una media di 2,13 figli ciascuna, le donne straniere contribuiscono significativamente alla fecondità nazionale e a invertire il trend del calo demografico della popolazione italiana.

Ricadute sull'assistenza sanitaria

A fronte di questa situazione aumenta sempre più l'attenzione per la tutela della maternità tra le immigrate che partoriscono in Italia. Si osserva, infatti, una loro maggiore difficoltà nella fruizione dei servizi a disposizione nel percorso nascita e nel cogliere le opportunità di salute e assistenza nel periodo della gravidanza e del post-partum, nonostante le donne straniere facciano riferimento al consultorio più che le italiane.

Carenze conoscitive in termini di health literacy tra le donne immigrate sono riscontrabili anche in altri percorsi. L'analisi del maggior ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza (Ivg) tra le donne immigrate mette in luce, infatti, la necessità di promuovere informazioni e servizi che siano loro di supporto nelle scelte di procreazione consapevole, data le difficoltà che le straniere incontrano nell'orientarsi e nell'utilizzare correttamente la contraccezione.

I servizi e le politiche sono quindi chiamati a impegnarsi a rafforzare l'intero ambito della salute riproduttiva e della prevenzione, attraverso strategie di empowerment e offerta attiva per una reale inclusione sociale delle donne immigrate.



Ministero della Salute
DIPARTIMENTO DELLA COMUNICAZIONE E PREVENZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE SANITARIA
UFFICIO V

Oggetto: Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall’Africa settentrionale.

PREMESSA

L’arrivo di un elevato numero di immigrati in tempi relativamente brevi richiede alle Autorità Sanitarie un importante impegno per identificare e gestire tempestivamente possibili eventi che riguardano lo stato di salute della popolazione immigrata.

Per questo motivo, il Ministero della Salute e l’Istituto Superiore di Sanità (CNESPS), in collaborazione con le Regioni, intendono attivare un sistema di sorveglianza sindromica che verrà mantenuto per tutta la durata dell’emergenza immigrazione.

La finalità è quella di rilevare eventuali specifiche emergenze di salute pubblica, per poter intervenire tempestivamente ed in maniera efficace, controllando o quantomeno minimizzando gli effetti negativi.

In relazione alla presenza di numerosi minori, inoltre, dovrà essere valutata la necessità di somministrare le vaccinazioni previste dal nostro calendario vaccinale, in relazione alla certificazione del Paese di provenienza, eventualmente presente, e dell’età dei soggetti.

1. Attività di Sorveglianza sindromica

L’obiettivo principale della sorveglianza sindromica è rilevare precocemente qualsiasi evento che possa rappresentare un’emergenza di salute pubblica ed organizzare una risposta tempestiva e appropriata.

Si premette che gli interventi sulle misure di isolamento di casi sospetti di malattie infettive e diffuse, ovvero le misure quarantenarie, saranno di competenza degli Uffici periferici territoriali di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF) del Ministero della Salute, per le implicazioni relative alla applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale 2005 (misure di profilassi internazionale per la riduzione del rischio di diffusione transfrontaliera di malattie infettive ed altri rischi per la salute umana).

Le attività di **assistenza di I Livello**, realizzate sul campo (sul molo, sulle imbarcazioni, etc.) da personale medico e paramedico (CRI, Protezione Civile, GdF, PS, ASL, INMP Sicilia, Medici senza Frontiere, Cavalieri di Malta, etc...) devono prevedere una prima valutazione clinica degli immigrati al loro arrivo (rilevando i parametri vitali ed eventuali manifestazioni sospette di malattie infettive e diffuse) per selezionare le persone da inviare direttamente alla Struttura di Accoglienza (Centri di Primo Soccorso e Assistenza-CPSA, Centri di Accoglienza-CDA; Centri Accoglienza per Richiedenti Asilo-CARA; Centri Identificazione Espulsione-CIE) dove verrà svolta una assistenza di II livello, o che diversamente **necessitano di un intervento sanitario urgente con ricovero in idonea struttura di cura**.

La operatività e la tempestività del flusso informativo nelle attività assistenziali di I Livello sono garantite dal Medico del Ministero della Salute, ove presente, oppure secondo un ordine di priorità, dal

Medico del Servizio Sanitario Regionale, della Croce Rossa Italiana, delle altre Amministrazioni dello Stato, o di qualunque altro servizio sanitario incaricato dalla autorità regionale per operare in tale contesto. Per le persone che vengono indirizzate alle Strutture di Accoglienza di II Livello dovrà essere attivata una sorveglianza sindromica secondo le definizioni di caso riportate all'Allegato 1.

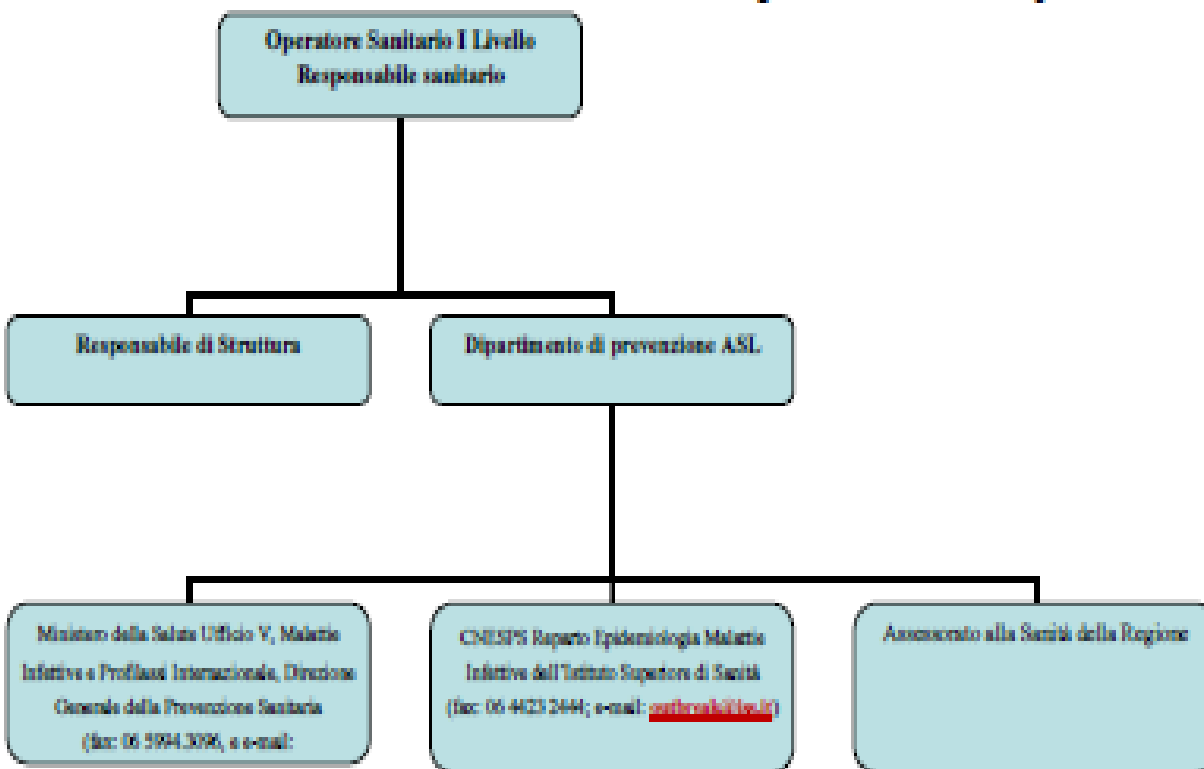
2. Modalità di segnalazione delle sindromi

I dati, raccolti e aggregati attraverso l'Allegato 2, dovranno essere trasmessi quotidianamente entro le ore 10,00 del giorno successivo dal Responsabile sanitario della Struttura di Accoglienza di II Livello al Responsabile della Struttura (Ministero dell'Interno) e alla ASL di competenza, la quale provvederà a trasmettere i dati immediatamente secondo il flusso riportato in Figura 1.

Si precisa che tale sorveglianza sindromica non sostituisce in nessun modo la notifica obbligatoria di Malattia Infettiva (DM 15 dicembre 1990), che deve essere effettuata per ogni malattia diagnosticata nei soggetti appartenenti alla collettività immigrata, secondo le modalità previste dalla normativa vigente. Si ravvisa, quindi, la necessità di identificare, per ogni Struttura di Accoglienza, un Laboratorio di riferimento diagnostico ove inviare campioni clinici in caso di necessità. Nel caso in cui si verifichi un repentino aumento del numero di casi sospetti della stessa malattia in un limitato periodo di tempo all'interno del Struttura di Accoglienza, sarà sufficiente la conferma di almeno 5 casi sospetti, mentre per gli altri basterà la diagnosi su base clinica.

L'indagine di una eventuale epidemia seguirà le procedure previste dalla Circolare n. 4 del 13/3/1998 (Protocollo 400.3/26/1189) "Misure di Profilassi per esigenze di Sanità pubblica" e sarà condotta dalla ASL di competenza.

Nel caso in cui all'interno delle Strutture di Accoglienza si renda necessario il trasferimento del paziente in **strutture di assistenza ospedaliere** sul territorio, le attività relative al trasferimento saranno coordinate dal Responsabile Sanitario in collaborazione con il Responsabile di struttura e, comunque, secondo quanto disposto dalle Autorità sanitarie regionali.



Definizione di caso delle 13 sindromi da sorvegliare e segnalare

1. Infezione respiratoria con febbre

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- Tosse
- Gola arrossata
- Faringite
- Bronchite
- Polmonite
- Broncopolmonite
- Bronchiolite
- rantoli
- Respirazione affannosa/difficile
- Emottisi
- Radiografia con presenza di infiltrati o anomalie mediastiniche

più Febbre (>38,0 °C riportato in cartella, misurata o riferita dal paziente)

2. Sospetta Tuberculosis polmonare

Tutti i seguenti sintomi:

- Tosse produttiva (con escreato) da più di 3 settimane
- Febbricola serotina da almeno 3 settimane e da non oltre 1 mese
- Sudorazione notturna (da almeno 3 settimane e da non oltre 1 mese)
- Astenia
- Dimagrimento negli ultimi 3 mesi

3. Diarrea CON presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- Diarrea
- Scariche diarroiche frequenti (almeno 3 scariche al giorno)
- presenza di muco o pus nelle feci
- dolore addominale
- Gastroenterite con vomito

più sangue nelle feci (è sufficiente la presenza di sangue nelle feci, senza la conferma di laboratorio).

NB: Un sanguinamento gastrointestinale primario, ad es. dovuto ad ulcera, può presentarsi con diarrea dovuta alla presenza di sangue nell'intestino. Se descritto, questo caso non va incluso.

4. Gastroenterite (diarrea, vomito) SENZA la presenza di sangue

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- Diarrea
- Scariche frequenti (almeno 3 scariche di feci non formate al giorno)
- Vomito
- Gastroenterite
- Dolore addominale

Senza sangue nelle feci (può non essere evidente, ma se il vomito è dovuto all'assunzione di un farmaco, ad es. un chemioterapico, il caso non deve essere incluso).

NB: La nausea da sola non è sufficiente a identificare questa sindrome.

5. Malattia febbrile con rash cutaneo

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- Rash (i rash possono essere definiti come eritematosi, maculari, papulari, vescicolari, pustolosi o con una combinazione di questi termini. Ognuno di essi va incluso nella definizione)
- Esantema

Più Febbre (>38,0°C riportato in cartella, misurata o riferita dal paziente).

Oppure Diagnosi clinica di morbillo, rosolia, quinta malattia, roseola, varicella

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- Meningite (senza considerare se è dovuta a virus, batteri, funghi o altre cause)
- Encefalite (senza considerare se è dovuta a virus, batteri, funghi o altre cause)

Oppure uno dei seguenti:

- Encefalopatia
- Stato mentale alterato
- Confusione
- Delirio
- Stato di coscienza alterato
- Disorientamento

Più Febbre (>38,0°C riportato in cartella, misurata o riferita dal paziente).

7. Linfadenite con febbre

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- ingrossamento dei linfonodi
- linfadenopatia
- linfadenite

Più Febbre (>38,0°C, registrata alla visita o riportata dal paziente)

8. Sindrome botulino-simile

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- Paralisi o paresi dei nervi cranici
- Ptosi palpebrale
- Visione offuscata
- Visione doppia (diplopia)
- Difficoltà nel parlare (disfonia, disartria, disfagia)
- Paralisi discendente
- Stipsi

Più assenza di cronicità dovuta a storia clinica conosciuta (per cancro, sclerosi multipla, miastenia grave, infarto). **Oppure:** Diagnosi o sospetto di botulismo.

NB: I sintomi attribuiti a possibili nuovi casi di miastenia grave o sclerosi multipla devono essere considerati.

9. Sepsi o shock non spiegati

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- Sepsi

- Shock settico
- Ipotensione grave che non risponde alla terapia medica

Più non ci deve essere diagnosi di danno congestizio al cuore o infarto miocardico acuto oppure in seguito a trauma.

10. Febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato

Almeno uno dei seguenti sintomi:

- Rash petecchiale, con eventuali aree purpuriche
- Enantema emorragico

Più Febbre (>38,0° riportato in cartella, misurata o riferita dal paziente).

NB: Vanno escluse le diagnosi di leucemia acuta.

11. Ittero acuto

Tutti i seguenti sintomi:

- Ittero
- febbre maggiore di 38.0 °C (riportato in cartella, misurata o riferita dal paziente)
- cefalea,
- malessere,
- mialgie,
- epatomegalia, con/senza rash, con esclusione di preesistenti quadri di flogosi epatica cronica o alcolica

12. Infestazioni

Tutti i seguenti sintomi

- Lesioni da grattamento,
- Papule, vescicole o piccoli cunicoli lineari,
- Presenza di parassiti

13. Morte da cause non determinate

Morte da cause non determinate.

Valutazione dello stato di salute nei rifugiati nell'UE

Valutazione dello stato di salute (VSS) — La valutazione dello stato di salute consiste nell'accertamento delle condizioni fisiche e mentali dei migranti effettuato prima della partenza o all'arrivo in un paese di transito o di destinazione. La valutazione dello stato di salute comporta un esame medico e la raccolta dell'anamnesi del migrante. Tra i servizi correlati possono rientrare un trattamento preventivo e/o terapeutico o l'affidamento del migrante ad altri operatori a fini di trattamento, consulenza, educazione sanitaria, preparazione dei formulari sanitari di migrazione e assistenza sanitaria per il viaggio. La valutazione dello stato di salute serve anche a identificare le condizioni mediche significative (CMS) in modo da poter elaborare gli opportuni piani

per assicurare che i migranti assistiti viaggino in modo sicuro e dignitoso, siano idonei al viaggio, ricevano se del caso un'opportuna assistenza sanitaria e non presentino un rischio sanitario per gli altri viaggiatori o per le collettività d'accoglienza.

Medico esaminatore — Nel contesto di questo documento, per medico esaminatore si intende l'operatore sanitario che effettua la valutazione iniziale dello stato di salute, a prescindere dai successivi contatti del migrante con altri operatori sanitari nei punti di follow-up o di trattamento.

Condizioni — Le alterazioni dello stato fisico o psichico del soggetto interessato che vengono identificate o evidenziate dal soggetto stesso o dal medico esaminatore sulla base dell'anamnesi, dell'esame medico e dei test successivi.

Condizione medica significativa (CMS) — Una CMS è una condizione, malattia o disabilità che può avere probabilmente un impatto sul viaggio o sull'alloggiamento/insediamento dei rifugiati o dei migranti nelle varie fasi. Nella fase prima della partenza una CMS può essere una condizione che pregiudica la capacità di una persona di prendere una decisione consapevole (ad esempio turbe o disabilità mentali, turbe legate all'abuso di sostanze) o una condizione che evidenzia la necessità di un importante sostegno sanitario nel luogo di destinazione finale (ad esempio condizioni croniche gravi o in via di deterioramento, condizioni che richiedono un trattamento specializzato). Nella fase del viaggio una CMS può essere una condizione che pregiudica l'idoneità di una persona a viaggiare o evidenzia la necessità di soluzioni specifiche durante il viaggio, come ad esempio la messa a disposizione di un accompagnatore medico, di una sedia a rotelle o di una barella. Nella fase di arrivo la presenza di una CMS impone l'attivazione di soluzioni adeguate per garantire la continuità dell'assistenza sanitaria, come ad esempio il deferimento ad altri operatori sanitari nonché altri fattori di reintegrazione sanitaria.

Salute durante il viaggio — È la salute delle persone nella fase di viaggio (o spostamento) della migrazione. In tale contesto l'assistenza sanitaria comporta la mitigazione dei rischi sanitari che potrebbero derivare dal viaggio. Questi rischi sanitari derivano dall'interazione di diversi fattori, tra cui la durata del viaggio, la natura e le condizioni del viaggio (ad esempio su strada, in aereo, per nave ecc.), il livello d'accesso ad adeguate strutture sanitarie in itinere e nel punto di destinazione finale e le condizioni sanitari preesistenti del viaggiatore.

Idoneità al viaggio — Il possesso di una condizione fisica e mentale che consente alla persona di viaggiare in sicurezza senza un rischio significativo di deterioramento delle condizioni sanitarie in circostanze normali, senza il rischio di pregiudicare la sicurezza

degli altri passeggeri o di causare, a motivo di condizioni sanitarie prevedibili, un onere logistico o finanziario (ad esempio la necessità di dirottare un volo per cercare assistenza medica). Ciò implica una valutazione dei rischi posti dal viaggio e dell'eventuale necessità di stabilizzazione prima della partenza.

Continuità dell'assistenza — Nel contesto della migrazione, la continuità dell'assistenza è legata al principio di stabilire meccanismi adeguati per assicurare la continuità delle cure sanitarie tra i paesi d'origine, di transito e di destinazione. Ciò vale per le persone aventi condizioni croniche note, ma stabili, che richiedono un'assistenza medica durevole (ad esempio diabete insulino-dipendente, ipertensione con complicanze, attacchi epilettici ecc.) nonché quelle che richiedono una continuità di trattamento e per le quali l'interruzione del trattamento potrebbe avere un notevole impatto sulla salute pubblica (ad esempio tubercolosi, HIV/AIDS). Tale concetto potrebbe essere applicabile anche a coloro che potrebbero richiedere nel prossimo futuro un'assistenza specializzata (ad esempio necessità di intervento chirurgico, gravidanza con una storia pregressa di complicazioni, salute mentale) o a coloro che presentano bisogni specifici in materia di alloggio, scolarizzazione e/o accoglienza in strutture specializzate. Le cartelle cliniche delle persone che necessitano di una continuità dell'assistenza sanitaria devono essere contrassegnate in modo visibile dal medico esaminatore.

Alcune informazioni di cui tener conto all'atto di eseguire l'esame medico

Al momento dello screening dei migranti neoarrivati sintomatici e asintomatici si deve tener conto di alcune patologie a seconda del paese d'origine. Un transito prolungato attraverso diversi paesi e contesti che presentano un quadro epidemiologico variato nel passaggio dal paese d'origine a quello di destinazione determinerà le malattie da prendere in esame.

Malattie infettive da prendere in considerazione in contesti sovraffollati

Condizioni di vita subottimali, ricoveri, centri di raccolta e campi di rifugiati affollati possono accrescere il rischio di diffusione di pidocchi e/o pulci che, in casi rari, possono trasportare malattie come ad esempio le malattie portate dai pidocchi (febbre ricorrente dovuta a *Borrelia recurrentis*, febbre delle trincee dovuta a *Bartonella quintana*, tifo epidemico dovuto a *Rickettsia prowasekii*) e tifo murino nonché la diffusione di acari (scabbia). Negli ultimi mesi sono stati segnalati casi sporadici di febbre ricorrente nei Paesi Bassi, in Germania, in Finlandia e in Belgio tra i migranti provenienti da Eritrea, Somalia e Sudan.

I focolai di malattia da meningococco sono stati associati al sovraffollamento dei centri che accolgono i rifugiati. Le camerate comuni, la scarsa igiene e l'accesso limitato all'assistenza medica contribuirebbero a questa problematica. Il tasso di presenza di meningococco è risultato più elevato nelle persone che vivono in luoghi sovraffollati e la maggior parte dei casi sono legati all'esposizione a portatori asintomatici. La malattia da meningococco viene di solito segnalata in bambini, ma è comunque un'importante causa di meningite e di setticemia negli adolescenti, nei giovani adulti e negli adulti, soprattutto in ambienti densamente popolati come i campi per rifugiati. Il sovraffollamento è associato anche a una più frequente trasmissione di morbillo, varicella e influenza.

Malattie infettive da prendere in considerazione per la diagnosi differenziale durante l'esame clinico:

Febbre	Febbre tifoide Malaria Malattie portate dai pidocchi Leishmaniosi viscerale
Sintomi respiratori	Tubercolosi Influenza
Sintomi gastrointestinali	Colera Febbre tifoide Elmintiasi: ascaris, trichinella, anchilostoma
Piaghe	Leishmaniosi cutanea Difterite cutanea
Eruzioni cutanee	Morbillo Rosolia Malattie portate dai pidocchi
Meningite o altri sintomi neurologici	Rabbia Meningite da meningococco

Bibliografia:

Questa raccolta costituisce il materiale didattico del corso di aggiornamento promosso dalla Regione Abruzzo e può essere utilizzato esclusivamente a completamento delle relazioni dei Docenti del corso e non può essere divulgato per altri scopi.

Le fonti utilizzate sono I siti di:

- Ministero della Sanità
- Regione Abruzzo
- Caritas Italiana
- Epicentro
- IOM OIM
- Migrantes
- Polizia di Stato