

Accoglienza sanitaria dei migranti forzati, tutela della salute pubblica e dei lavoratori dei centri di accoglienza

Rif. DGR Marche n. 857 del 12/10/2015: "Protocollo di Intesa tra la Regione Marche, le Prefetture, l'ANCI per la realizzazione di interventi di accoglienza e di integrazione atti a fronteggiare il flusso straordinario di cittadini stranieri provenienti dai paesi terzi"



**Agenzia Regionale Sanitaria / Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute
Regione Marche**

Gruppo di lavoro regionale ASUR Marche

Luglio 2017

Indice

1. Presentazione	pag. 3
2. Il percorso della prima accoglienza sanitaria	pag. 5
2.1. I problemi di salute dei profughi	pag. 5
2.2. Il diritto alla salute e l'assistenza sanitaria	pag. 7
2.3. Le procedure dell'accoglienza sanitaria	pag. 9
2.3.1. Valutazione sanitaria	pag. 10
2.3.2. Provvedimenti di Sanità pubblica	pag. 12
3. Comunicazione tra le amministrazioni	pag. 13
4. La tutela della salute degli lavoratori dei centri di accoglienza	pag. 13
4.1. Sicurezza negli ambienti di lavoro	pag. 13
4.1.1. Definizioni ed elementi salienti del decreto	pag. 14
4.1.2. Obblighi non delegabili del Datore di lavoro (art. 17 D.lgs 81/2008)	pag. 15
4.1.3. Che cosa è la valutazione dei rischi?	pag. 15

SCHEDE TECNICHE

Scheda 1 – Scabbia	pag. 17
Scheda 2 – Pediculosi	pag. 19
Scheda 3 – Alcune informazioni sulle epatiti e sull'HIV	pag. 21
Scheda 4 – Norme generali di prevenzione e igiene	pag. 24
Scheda 5 – Scheda individuale di prima valutazione clinica dei migranti	pag. 29
Scheda 6 – Percorso per il controllo della malattia tubercolare	pag. 31
Scheda 7 – Verifica dello stato vaccinale	pag. 33
Scheda 8 – Indicazioni operative minime per il Medico Competente	pag. 35

Il presente documento è stato redatto da un Gruppo di lavoro di professionisti del Servizio Sanitario della Regione Marche coordinato dall'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute dell'Agenzia Regionale Sanitaria Marche:

Massimo Agostini (Direttore Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche / AV1, Presidente Società Italiana Igiene)

Claudio Angelini (Direttore Servizio Igiene Sanità Pubblica ASUR Marche / AV5)

Antonio Barboni (Direttore Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ASUR Marche / AV3)

Rossana Anna Belfiglio (Dirigente medico Servizio Igiene Sanità Pubblica ASUR Marche / AV4)

Vincenzo Calvaresi (Direttore Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche / AV5)

Giuseppe Ciarrocchi (Direttore Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche / AV4)

Miria De Santis (Assistente sanitaria Servizio Igiene Sanità Pubblica ASUR Marche / AV5)

Erika Fratello (Assistente sanitaria Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche / AV 4)

Patrizia Marcolini (Dirigente medico Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche / AV2)

Francesco Migliozi (Direttore Servizio Igiene Sanità Pubblica ASUR Marche / AV3)

Nicoletta Orazi (Dirigente medico Servizio Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro ASUR Marche / AV3)

Stefania Pagani (Medico legale ASUR Marche / AV2)

Giuliano Tagliavento (Dirigente PF Prevenzione e promozione della salute nei luoghi di vita e di lavoro Agenzia Regionale Sanitaria Marche)

Mariangela Trovato (Assistente sanitaria Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche / AV 4)

Si ringraziano per i contributi specifici:

Anna Maria Calcagni (Specialista in Pneumotisiologia)

Daniel Fiacchini (Dirigente Medico Dipartimento di Prevenzione ASUR Marche / AV 2)

Claudio Piersimoni (Dirigente medico Laboratorio Unico Regionale per la diagnostica dei micobatteri, Laboratorio di Patologia clinica, A.O.U. Ospedali Riuniti Ancona)

Coordinamento a cura di Patrizia Carletti, Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute dell'Agenzia Regionale Sanitaria Marche

Segreteria tecnica ed organizzativa: Marco Refe, Stefania Vichi, Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute dell'Agenzia Regionale Sanitaria Marche

1. Presentazione

In fuga da guerre, persecuzioni, torture, miseria, i profughi affrontano lunghi viaggi al limite della sopportazione fisica e psicologica. Tutti coloro che si occupano dell'accoglienza dei migranti forzati devono aver ben presente il carico di dolore di ciascuno di essi ed il disagio psicologico che spesso ne deriva e cercare di realizzare al meglio l'accoglienza in tutti i suoi aspetti: significa non solo cibo e un tetto decente, ma soprattutto dare loro la possibilità di autogestire la propria vita, di andare a scuola, di curarsi, di lavorare e di guadagnare.

Il sistema europeo di asilo è basato sulla applicazione della Convenzione di Ginevra relativa allo status dei rifugiati del 28 luglio 1951, integrata dal Protocollo di New York del 31 gennaio 1967 per cui, in ottemperanza a principio di *non-refoulement*, “nessuno può essere rinvio in un paese nel quale rischia di essere nuovamente esposto alla persecuzione”. Particolare attenzione viene riservata ai minori e ai minori non accompagnati che non sono espellibili e per i quali tutte le azioni devono ispirarsi al “superiore interesse del minore”.

L'immigrazione è un fenomeno strutturale e, al fine di superare l'approccio emergenziale all'accoglienza, è stata siglata nel 2014 l'“Intesa tra il Governo, le Regioni e gli Enti locali sul piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati” (Repertorio atti n. 77/CV del 10 luglio 2014). L'Intesa prevede un Piano Operativo Nazionale per mettere in campo interventi di tipo strutturale, in un contesto di leale collaborazione fra i diversi livelli istituzionali (Prefetture, Regioni, Comuni).

Si tratta di una operatività articolata da attuarsi dal momento dello sbarco, con le attività di primissimo soccorso e poi in strutture di accoglienza per la prima assistenza ed il completamento delle procedure di identificazione funzionali al successivo trasferimento nella rete della seconda accoglienza (SPRAR), sistema unico di accoglienza delle persone richiedenti o titolari di protezione internazionale e di tutti i minori stranieri non accompagnati. L'Intesa costituisce un importante cambio di passo nell'approccio all'accoglienza dei profughi, la cui attuazione necessita di un costante impegno istituzionale.

Proprio in questa ottica nella regione Marche è stato stipulato il “**Protocollo di Intesa tra la Regione Marche, le Prefetture, l'ANCI per la realizzazione di interventi di accoglienza e di integrazione atti a fronteggiare il flusso straordinario di cittadini stranieri provenienti dai paesi terzi**” (DGR Marche n. 857 del 12/10/2015).

Il Protocollo insiste sulla necessità di implementare “iniziative integrate” che presuppongono rapporti di fattiva collaborazione tra tutti gli attori che, a vario titolo, si occupano di gestire l'accoglienza e l'integrazione dei migranti.

In questo contesto l'Osservatorio sulle Diseguaglianze nella Salute/ARS - in collaborazione con la Prefettura di Ancona, il Dipartimento di Prevenzione dell'ASUR Marche, il Servizio Politiche

Sociali e Sport della Regione Marche e l'ANCI Marche – ha realizzato nel 2016 un **Corso di formazione/azione regionale dal titolo “Migliorare l'accoglienza ai migranti forzati”** per contribuire alla qualificazione e all'aggiornamento degli operatori del terzo settore, gestori dell'accoglienza, concretizzando uno degli impegni che la Regione Marche ha assunto sottoscrivendo il Protocollo. Ha svolto inoltre numerosi seminari regionali di aggiornamento rivolti ai professionisti del SSR Marche.

L'obiettivo generale di tali percorsi formativi è stato quello di promuovere la tutela della salute e agevolare l'accesso ai servizi socio-sanitari per gruppi particolarmente vulnerabili della popolazione immigrata, in particolare richiedenti asilo, donne, donne con mutilazioni genitali femminili, minori, vittime di “tratta”, in un'ottica di tutela dei diritti e di equità.

Gli eventi formativi hanno consentito di:

- avviare un dialogo fra coloro che si occupano della presa in carico dei migranti forzati e gli operatori dei servizi pubblici, particolarmente quelli sanitari e sociali, istituzionalmente preposti all'accoglienza/assistenza sanitaria e all'inclusione sociale;
- intraprendere una serie di azioni positive per superare alcune criticità rilevate dagli stessi soggetti dell'accoglienza.

Le principali questioni emerse sono state:

1) la necessità di disporre di protocolli e di indicazioni chiare sui percorsi da seguire per la **prima valutazione sanitaria e per lo screening** dei migranti al loro arrivo (dando operatività a quanto previsto nella DGR Marche n. 857 del 12/10/2015), in collaborazione con l'ASUR Marche;

2) l'esigenza, da parte degli operatori dell'accoglienza, di conoscere i **rischi** a cui sono soggetti nel lavoro quotidiano con i profughi presso i centri di accoglienza e quali precauzioni devono essere prese.

Il presente documento informativo intende dare alcune risposte a questi bisogni, anche tenendo conto dell'esperienza maturata dalla sottoscrizione del Protocollo di intesa regionale ad oggi.

Dottoressa Patrizia Carletti

Osservatorio regionale sulle Diseguglianze nella Salute / ARS Marche

2. Il percorso della prima accoglienza sanitaria

2.1. I problemi di salute dei profughi

I dati ad oggi disponibili mostrano che la maggior parte dei profughi all'arrivo presenta sostanzialmente un buono stato di salute fisica. La maggior parte delle patologie rilevate deriva dal percorso della migrazione forzata: **i)** traumi, sofferenze della guerra, tortura, violenze di varia natura, anche sessuali ecc. subito prima della fuga; **ii)** le condizioni estreme del viaggio, spesso di lunga durata, violenze, stupri, detenzione ecc. Alcuni dei problemi presenti all'arrivo sono infatti rappresentati da ferite, ustioni, disidratazione, ipotermia, colpi di calore/sole, sindromi da annegamento, parassitosi, lesioni muscolo-scheletriche; **iii)** una volta in Italia, il sovraffollamento nei centri di accoglienza, le possibili carenze igienico-sanitarie, il perdurare di condizioni di vita disagiate, l'incertezza dello stato giuridico, la discriminazione, favoriscono lo sviluppo di malattie – cosiddette sociali – che possono rappresentare un problema di sanità pubblica e lo sviluppo di patologie psichiatriche che compromettono il percorso di inclusione sociale. Nelle fasi successive dell'accoglienza le condizioni di salute sono fortemente influenzate dalla capacità del servizio sanitario di prendersi “cura” dei migranti (accesso ai servizi, informazioni per promuovere la salute e la conoscenza dei servizi, gratuità delle cure, mediazione interculturale).

Pagina

5

Le malattie trasmissibili sono legate ai rischi presenti nel paese di origine e di transito, al viaggio, all'assenza di condizioni igieniche decenti ed eventualmente alle condizioni di accoglienza.

Tali malattie possono diffondersi:

- a) da persona a persona (pediculosi, scabbia, infezioni trasmesse per via sessuale, HIV, TBC...);
- b) attraverso acqua o cibo contaminato (poliomielite, salmonellosi, epatite A, colera, tifo...);
- c) attraverso vettori (zanzare, pidocchi, zecche, pulci, che possono trasmettere malaria, leishmaniosi, febbre recidivante, rickettsiosi...).

Lo stress psico-fisico e le condizioni di deprivazione potenziano il rischio di infezioni respiratorie (virus influenzali, tubercolosi).

I gruppi vulnerabili – minorenni, minorenni non accompagnati, donne in gravidanza e anziani – sono particolarmente suscettibili.

Per i rischi derivanti da **malattie trasmissibili, prevenibili con le vaccinazioni**, è importante conoscere la copertura vaccinale nei paesi di origine e di transito. Va notato che l'aumento delle guerre e della povertà in molte aree del mondo ha come conseguenza l'interruzione dell'attività di salute pubblica, con una riduzione o addirittura la sospensione dei programmi vaccinali e

conseguente crollo delle coperture vaccinali, cui ha fatto seguito la ricomparsa di malattie infettive gravi come la poliomielite¹.

Tra le **malattie non trasmissibili** si segnalano patologie croniche quali il diabete e l'ipertensione arteriosa, spesso aggravati dalla sospensione delle cure durante la migrazione e dallo scarso accesso ai servizi nel paese ospite.

La salute mentale

I rifugiati e le persone che richiedono asilo rappresentano il gruppo psicologicamente più svantaggiato perché costretti a migrare e per la frequente esposizione a gravi eventi traumatici, tra cui violenze estreme e stupri specialmente durante il percorso migratorio e nel periodo post-migratorio². Da segnalare la pratica, sempre più frequente, della tortura perpetrata nei “campi di accoglienza” in Libia, Sudan, Niger ecc. La scarsa “accessibilità” ai servizi psichiatrici può causare il peggioramento dei disturbi e il frequente ricorso ai servizi psichiatrici d’urgenza, con l’instaurarsi di pericolosi circoli viziosi. Il disagio psichico, anche se non immediatamente riconoscibile, rappresenta una vera e propria emergenza, per cui è necessario riconoscerlo precocemente ed affrontarlo, fin dalla primissima accoglienza, con specifiche competenze e con l’indispensabile supporto della mediazione interculturale^{3, 4}.

Pagina

6

La condizione post-migratoria, l’incertezza dello stato giuridico e del futuro aumentano il rischio di problemi psicologici come disordini da stress post-traumatico (PTSD), disturbi dell’umore, ansia, attacchi di panico, insonnia, incubi e flashback. Per donne e minorenni il disagio può essere acuito dall’aver subito violenze sessuali quand’anche non siano vittime di tratta.

Per questo è necessario “ascoltare” in modo “culturalmente competente” i migranti, metterli in grado di esprimere la paura e le emozioni e di superare il senso di umiliazione.

Vi è unanimità nel ritenere che la mediazione interculturale è di fondamentale importanza nei percorsi sanitari e, in particolare, per il riconoscimento della sofferenza psichica.

¹ I dati aggiornati relativi ai paesi e i rispettivi schemi vaccinali sono reperibili nel sito dell’OMS: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary.

Gli aggiornamenti sulla presenza di epidemie nei paesi di origine e di transito sono verificabili nel sito dell’OMS: <http://www.who.int/csr/don/archive/country/en/>.

² Traumi ignorati – Rapporto Medici Senza Frontiere, 2016.

³ Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale (Decreto Ministero della Salute, 3 aprile 2017).

⁴ Le migrazioni e le nuove sfide per la salute mentale (Riv. Psichiatr. 2016, 51(2), 45-46).

2.2. Il diritto alla salute e l'assistenza sanitaria

“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti”.

“Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana”.

L'Art. 32 della Costituzione italiana rappresenta una disposizione costituzionale all'avanguardia, solo di recente inserita in altre costituzioni europee. Si tratta di una visione forte del costituente che attribuisce il fine primario della tutela della salute alla Repubblica, in una concezione di stato sociale di diritto.

Il diritto sociale alla salute si colloca nel dovere di solidarietà sociale di cui **all'Art. 2** della Costituzione: *“La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale”* e si pone anche in collegamento con **l'Art. 3**: *“Tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzione di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali. E' compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese”.*

È in questa cornice costituzionale che dal 1995 l'Italia ha scelto “politiche sanitarie inclusive” in un'ottica di tutela sanitaria senza esclusioni e prevede, quindi, anche la tutela e il diritto alla salute per le persone straniere presenti nel territorio nazionale. Solo dopo gli anni 2000 tale diritto è previsto esplicitamente dalle Istituzioni europee (Carta di Nizza del 2000 e Trattato di Lisbona 2007).

In Italia, le **norme primarie di riferimento per gli immigrati extra-comunitari** sono:

- la Legge n. 40 del 6 marzo 1998 nota come legge *Turco-Napolitano* (articoli 32, 33, 34);
- il D.lgs. n.286 del 25 luglio 1998 *“Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”* (articoli 34, 35, 36) e successivo D.P.R. 31 agosto 1999 *“Regolamento recante le norme d'attuazione del Testo Unico”* (articoli 42, 43, 44);
- la Circolare del Ministero della Sanità n. 5 del 24 marzo 2000 che fornisce le indicazioni applicative del D.lgs. 286/1998;
- l'Accordo Stato-Regioni n. 255 del 2012 **“Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle**

Regioni e Province autonome⁵ che, richiamando i dettami costituzionali, il Diritto comunitario e le norme primarie dello Stato, è il più recente strumento operativo di riferimento⁶.

I titolari di permesso di soggiorno per richiesta di protezione internazionale e tutti coloro che hanno avuto il riconoscimento dello status di rifugiato, la protezione sussidiaria o la protezione umanitaria hanno diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN. L'iscrizione è valida anche per i familiari a carico regolarmente presenti. Per i richiedenti protezione l'iscrizione è valida fino alla conclusione dell'iter della domanda.

Coloro che sono in attesa di verbalizzare presso la Questura/Polizia di Frontiera la richiesta di protezione, pur avendo diritto all'iscrizione al SSN, sono assistibili con l'iscrizione STP (Stranieri Temporaneamente Presenti) in quanto non hanno il Codice Fiscale, con diritto ai Livelli Essenziali di Assistenza.

A coloro che formalizzano la richiesta di protezione, al momento della consegna della ricevuta attestante la richiesta di protezione internazionale, viene rilasciato un Codice Fiscale provvisorio numerico, che consente l'iscrizione al SSN e l'attribuzione del medico di medicina generale⁷.

Pagina

8

In caso di determinazione favorevole alla richiesta di protezione verrà attribuito il Codice Fiscale alfanumerico definitivo.

I richiedenti protezione internazionale iscritti al SSN hanno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket per un periodo variabile da regione a regione (da due mesi, come nella regione Marche, a tutto il periodo dell'iter della richiesta di protezione). Nella regione Marche il codice di esenzione coloro con permesso di soggiorno per "richiesta protezione" è ERM998.

Vale la pena ricordare quanto previsto dall'Art. 17 comma 4 della **Direttiva 2013/33/UE** del Parlamento Europeo e del Consiglio del 26 giugno 2013 recante "Norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale (rifusione)":

"Gli Stati membri possono obbligare i richiedenti a sostenere o a contribuire a sostenere i costi delle condizioni materiali di accoglienza e dell'assistenza sanitaria previsti nella presente direttiva, ai sensi del paragrafo 3, qualora i richiedenti dispongano di sufficienti risorse, ad esempio qualora siano stati occupati per un ragionevole lasso di tempo".

⁵ Si veda anche DGR Marche n.1 del 13/01/2015 "Monitoraggio dell'attuazione dell'Accordo Stato-Regioni del 20 dicembre 2012, rep. Atti n. 255/CSR recante: Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome".

⁶ http://www.statoregioni.it/Documenti/DOC_038879_255%20csr%20-%205%20quater.pdf

⁷ Comunicazione Agenzia delle Entrate del 26 luglio 2016;

Circolare Ministero della Salute DGPROGS del 7 marzo 2017.

Iscrizione STP

- Con l'iscrizione STP sono assicurate le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali (ovvero le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita quali complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti), ancorché continuative, per malattia ed infortunio. Sono inoltre estesi agli stranieri irregolari e non iscritti al SSN i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.
- La legge afferma il principio della continuità delle cure urgenti ed essenziali, nel senso di assicurare all'infermo il ciclo terapeutico e riabilitativo completo riguardo alla possibile risoluzione dell'evento morboso.
- Le modalità di ricovero nelle strutture ospedaliere italiane sono analoghe a quelle per gli italiani (urgenti se necessario, programmate, ordinarie e in day hospital). Tali prestazioni sono erogate nei servizi pubblici ed accreditati.
- L'iscrizione STP che ha validità di 6 mesi rinnovabili, è utilizzabile su tutto il territorio nazionale.
- Al momento dell'iscrizione STP l'immigrato sottoscrive anche una auto-dichiarazione di indigenza che gli dà diritto a fruire gratuitamente del ricovero ospedaliero urgente o programmato e delle prestazioni (clinico-laboratoristico-strumentale e prescrizioni farmaceutiche) alle stesse condizioni di esenzione di partecipazione alla spesa (ticket) degli italiani, comprese quelle per patologia.
- Il codice di esenzione X01 – che viene assegnato dal medico dell'ambulatorio STP in relazione alla condizione di estrema indigenza e che è valido per la specifica prestazione richiesta, previa compilazione di ulteriore dichiarazione di indigenza qualora il soggetto non goda di altro titolo di esenzione – non può essere attribuito ai richiedenti protezione internazionale ospitati nei centri di accoglienza in quanto le spese sanitarie che non trovano copertura da parte del SSR sono per legge a carico degli Enti gestori.
- L'iscrizione STP non prevede la scelta del Medico di Medicina Generale né del Pediatra di Libera Scelta per cui l'assistenza di base è svolta dai medici degli ambulatori STP⁸.

2.3. Le procedure dell'accoglienza sanitaria

Con il "Protocollo di Intesa tra la Regione Marche, le Prefetture, l'ANCI per la realizzazione di interventi di accoglienza e di integrazione atti a fronteggiare il flusso straordinario di cittadini

⁸ Per ulteriori dettagli si veda l'Accordo Stato-Regioni n. 255 del 2012 "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome.

stranieri provenienti da paesi terzi”, siglato il 9 novembre 2015 e contenuto nella DGR n. 857 del 12/10/2015, sono state indicate le procedure per la realizzazione dell'accoglienza sanitaria che vengono di seguito esplicitate:

- a) All'arrivo dei migranti spetta alle Questure provvedere alla loro identificazione.
- b) L'operazione di identificazione deve essere svolta preventivamente alla “prima visita” effettuata dal personale medico.
- c) Terminata l'identificazione, i migranti sono affidati all'Ente gestore dell'accoglienza.
- d) Le Questure o le Prefetture inviano ai Distretti Sanitari e ai Servizi di Igiene e Sanità Pubblica-SISP delle rispettive Aree Vaste dell'ASUR Marche – attraverso PEC ed email – l'elenco nominativo dei migranti (nome, cognome, nazionalità, sesso, data di arrivo in Italia, Centro di provenienza, indirizzo e riferimenti del Centro di accoglienza, segnalazione di casi “particolari” – ad esempio donne in gravidanza, minori non accompagnati, persone malate).

Al momento (luglio 2017) le Prefetture delle Marche non hanno ancora attivato la prassi di cui al punto d) e sono gli Enti gestori a prendere direttamente contatto con il SSR e a concordare le visite.

2.3.1. Valutazione sanitaria

Gli interventi in assoluto più efficaci nel prevenire il rischio di contrarre e diffondere malattie infettive e parassitarie sono il rispetto delle norme igieniche, l'uso dei **Dispositivi di Protezione Individuale (da parte di tutti coloro che sono deputati alla identificazione e all'accoglienza)** e l'allestimento di strutture deputate alla “prima accoglienza” dotate dei requisiti minimi essenziali (letto pulito, cambio abiti, servizi igienici, spazi adeguati e riscaldati ecc.)⁹. (vedi SCHEDA 4)

Le visite mediche “preventive” generalizzate risultano di scarsa utilità per i migranti e per gli operatori di Polizia e della Prefettura e non possono essere ritenute urgenti o propedeutiche all'ingresso in struttura.

I programmi assistenziali devono essere realizzati con un percorso preciso “di presa in carico del migrante”, evitando spreco di tempo e di risorse economiche ed umane.

⁹ Come previsto nei:

- DM del 5 luglio 1975;
- Decreto Ministero dell'Interno del 21 novembre 2008 “Schema di Capitolato di appalto per la gestione dei Centri di primo soccorso e di assistenza – Centri di accoglienza, Centri di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, Centri di identificazione ed espulsione”;
- Circolare Ministero dell'Interno n. 2204 del 20 marzo 2014;
- Circolare Ministero dell'Interno n. 3594 del 7 marzo 2017.

Per quanto detto, effettuare la prima visita immediatamente all'arrivo dei migranti e contestualmente alle operazioni di fotosegnalazione (presso gli stessi Uffici Immigrazione delle Questure), è inappropriato.

Nel caso di chiare situazioni di urgenza/emergenza il migrante va inviato al pronto Soccorso ospedaliero.

Si ricorda che la presenza di eventuali parassitosi come la pediculosi e la scabbia NON costituisce un'urgenza (vedi SCHEDA 1 e SCHEDA 2).

Nella SCHEDA 3 sono riportate alcune informazioni sulle epatiti e sul virus HIV.

Nella SCHEDA 4 sono riportate le norme generali di prevenzione e igiene.

Al fine di dare uniformità alle procedure di assistenza presso le Aree Vaste dell'ASUR Marche e garantire interventi appropriati, vengono di seguito illustrati i vari passaggi, in conformità alle rispettive competenze delle Macro-aree del Dipartimento dei Servizi Territoriali, del Dipartimento di Prevenzione e dei Presidi Ospedalieri.

A) Valutazione sanitaria: al di fuori di emergenze/urgenze cliniche per singoli soggetti:

l'ente gestore provvede all'accompagnamento del migrante presso le sedi degli ambulatori STP¹⁰ dove gli operatori del Distretto Sanitario procedono alla valutazione clinica e alla compilazione della scheda individuale (vedi SCHEDA 5); questi prescriveranno gli esami caso per caso, alla luce di eventuali disturbi presentati, della "storia" personale e della migrazione, del paese di provenienza e delle risultanze della visita medica.

Pagina

11

B) Percorso assistenziale per il controllo della malattia tubercolare: il medico che effettua la prima valutazione clinica (STP) avvia il percorso per il controllo della malattia tubercolare (vedi SCHEDA 6).

C) Verifica dello stato vaccinale ed effettuazione delle vaccinazioni: entro 48 ore dall'arrivo, l'Ente gestore dell'accoglienza prende accordi con gli operatori del Servizio Igiene e Sanità Pubblica (SISP) e provvede all'accompagnamento del migrante presso le sedi degli ambulatori vaccinali dove gli operatori:

1) verificano lo stato vaccinale (vedi SCHEDA 7);

2) effettuano le vaccinazioni mancanti secondo il calendario vigente e secondo il protocollo per l'immunoprofilassi di bambini e adulti immigrati stabilito dal Ministero della Salute, dal Piano nazionale Vaccini e dalle norme regionali e rilasciano la certificazione.

¹⁰ Gli ambulatori STP dovranno essere adeguati (accessibilità e orari) all'effettivo fabbisogno degli Enti Gestori che eventualmente ne devono fare richiesta all'ASUR, mettendo in conoscenza la Regione Marche. L'elenco degli ambulatori STP della regione Marche è disponibile in: http://ods.ars.marche.it/_STPENI.aspx.

Durante la valutazione sanitaria è raccomandato l'impiego della mediazione interculturale, ai sensi della Circolare del Servizio Sanità del 22 gennaio 2016 e della DGR 573 del 6 giugno 2017¹¹ e di quanto previsto nel Manuale Operativo SPRAR e nei capitolati di appalto per la gestione dei centri di accoglienza per immigrati del Ministero dell'interno.

2.3.2. Provvedimenti di Sanità pubblica

I SISP forniscono indicazioni agli Enti gestori per provvedimenti di sanità pubblica in caso di malattie infettive trasmissibili, al fine di prevenire la diffusione di malattie presso il Centro di accoglienza e, in generale, nella collettività.

Si sottolinea che in tutte le fasi della valutazione sanitaria deve essere rispettato il Codice in materia di protezione dei dati personali¹². In nessun caso possono essere divulgati "dati sensibili", cioè i dati personali idonei a rivelare l'origine razziale ed etnica, le convinzioni religiose, filosofiche o di altro genere, le opinioni politiche, l'adesione a partiti, sindacati, associazioni od organizzazioni a carattere religioso, filosofico, politico o sindacale, nonché i dati personali idonei a rivelare lo stato di salute e la vita sessuale. **I migranti devono inoltre essere adeguatamente informati e, laddove previsto, occorre ottenerne il consenso informato.**

Pagina

12

Si ricorda che la sorveglianza sanitaria e la profilassi delle malattie infettive e diffuse sono di esclusiva competenza del SSR. Così come è di competenza medica l'obbligo di segnalazione, ai sensi del D.M. del 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse".

Si ricorda che gli Enti gestori sono tenuti:

- all'accompagnamento dei migranti presso i servizi del SSR muniti di cartellino di riconoscimento;
- a provvedere all'iscrizione del migrante al SSR (con scelta del Medico di Medicina Generale/Pediatra di Libera Scelta);
- a seguire eventuali specifiche prescrizioni del SISP per la tutela della salute dei migranti;
- al rispetto del D.lgs. 81/2008 per la tutela della salute degli lavoratori dei centri di accoglienza.

¹¹ Circolare Servizio Sanità e ARS Marche 5707ARS/ARS/P del 21 gennaio 2016 "Indicazioni per il corretto impiego della mediazione interculturale nei servizi sanitari della Regione Marche";

DGR 573 del 6 giugno 2017 "Approvazione delle Indicazioni per il corretto impiego della mediazione interculturale nei servizi sanitari della regione Marche e Criteri generali per la redazione di Capitolati speciali di appalto per l'affidamento del servizio di mediazione interculturale in ambito sanitario".

¹² D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003: Codice in materia di protezione dei dati personali.

3. Comunicazione tra le Amministrazioni

Il Ministero dell'Interno invia alla Prefettura (capoluogo di regione, Tavolo di coordinamento regionale) una circolare MIC che contiene le informazioni sui migranti in arrivo (numero, genere, nuclei familiari, minori); la Prefettura di Ancona provvede poi ad assegnare i migranti alle altre Prefetture.

Le Prefetture di Pesaro-Urbino, Macerata, Fermo, Ascoli Piceno, ricevuta la notizia dell'arrivo dei migranti, assegnano i migranti gli Enti gestori per la loro collocazione nei Centri di prima accoglienza. Ad oggi (luglio 2017) i Distretti Sanitari e i Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) delle rispettive Aree Vaste dell'ASUR non ricevono l'elenco nominativo dei migranti (nome, cognome, nazionalità, sesso, data di arrivo in Italia, Centro di provenienza, indirizzo del Centro di accoglienza, segnalazione di casi "particolari" – esempio donne in gravidanza, minori non accompagnati, persone malate). **È auspicabile l'adozione quanto prima di tale prassi al fine di favorire la pianificazione delle attività dei servizi sanitari.**

4. La tutela della salute dei lavoratori dei centri di accoglienza

Pagina

13

4.1. Sicurezza negli ambienti di lavoro

Nella specifica regolamentazione dei capitolati di appalto per la gestione dei centri di accoglienza per migranti si prevede il rispetto della normativa sulla sicurezza negli ambienti di lavoro (D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81) come di seguito riportato:

Schema di capitolato di appalto per la gestione dei centri di accoglienza per immigrati approvato con Decreto del Ministero dell'Interno del 21 novembre 2008.

Art. 6 - Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

"Il Gestore, a mezzo di proprio personale, dovrà assicurare, anche sulla base delle linee guida del 25 febbraio 2005, diramate con direttiva del Ministro dell'Interno in data 11 maggio 2005, gli adempimenti ed i servizi di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 - che ha abrogato il decreto legislativo del 19 settembre 1994, n. 626, e successive modifiche - in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro (con particolare riferimento alla nomina dei responsabili della sicurezza e degli addetti al primo soccorso e al servizio antincendio, che saranno provvisti della necessaria qualifica)".

Convenzione tipo per la messa a disposizione di posti straordinari per la prima accoglienza dei cittadini stranieri temporaneamente presenti sul territorio - Circolare Ministero Interno n. 2204 del 20 marzo 2014.

Art 10 – Prescrizioni

"La presente convenzione deve essere eseguita con l'osservanza di tutti i patti e oneri previsti dalla stessa convenzione e dalle norme di legge, in particolar modo la struttura utilizzata dovrà

essere conforme alle vigenti norme riguardanti la prevenzione incendi, i requisiti igienico-sanitari ed adeguati alla legge 9 aprile 2008, n. 81”.

Schema di capitolato di appalto allegato alla Circolare del Ministero dell'Interno n. 3594 del 7 marzo 2017.

Art. 4 - Tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro

L'ente gestore, a mezzo di proprio personale, assicura gli adempimenti ed i servizi di cui al decreto legislativo 9 aprile 2008, n. 81 in materia di tutela della salute e della sicurezza nei luoghi di lavoro con particolare riferimento alla nomina dei responsabili della sicurezza e degli addetti al primo soccorso e al servizio antincendio, provvisti della necessaria qualifica”.

Di seguito si riportano le principali informazioni su quanto previsto nel D.lgs. 9 aprile 2008, n. 81 - Testo Unico sulla Salute e Sicurezza sul Lavoro.

4.1.1. Definizioni ed elementi salienti del decreto

Le **figure principali** individuate dal D.lgs. 81/2008 con responsabilità in materia di salute e sicurezza nei luoghi di lavoro e quindi destinatari di obblighi sono (art.2 D.lgs. 81/2008):

1. **Datore di Lavoro:** titolare del rapporto di lavoro in possesso di poteri decisionali e di spesa (ad esempio nelle Cooperative è individuato nel Presidente, legale rappresentante della società, salva la possibilità di dimostrare l'attribuzione di poteri ad altro soggetto mediante delega).
2. **Responsabile del Servizio di prevenzione e protezione (RSPP):** persona in possesso della capacità e dei requisiti professionali di cui all'art.32 del D.lgs. 81/2008, designata dal Datore di lavoro per coordinare il Servizio Prevenzione e Protezione. Tale ruolo può anche essere svolto dal datore di lavoro.
3. **Lavoratore:** persona che, indipendentemente dalla tipologia contrattuale, svolge un'attività lavorativa nell'ambito dell'organizzazione di un Datore di lavoro pubblico o privato, con o senza retribuzione.
4. **Socio lavoratore:** il socio lavoratore di Cooperativa o di Società anche di fatto che presta la sua attività per conto delle società e dell'ente stesso ed è equiparato al lavoratore.
5. **Medico Competente:** medico in possesso di uno dei titoli e requisiti di cui all'art.38 D.lgs. 81/2008; collabora con il datore di lavoro ai fini della valutazione dei rischi ed è nominato dal datore di lavoro per effettuare la sorveglianza sanitaria dei lavoratori.
6. **Rappresentante dei lavoratori per la Sicurezza (RLS):** persona eletta o designata per rappresentare i lavoratori per quanto concerne gli aspetti della salute e della sicurezza durante il lavoro.

4.1.2. **Obblighi non delegabili del Datore di lavoro (art.17 D.lgs. 81/2008)**

- A) Valutazione **di tutti i rischi** con la conseguente elaborazione da parte del Datore di lavoro (in collaborazione con il Medico Competente) del **Documento di valutazione del rischio** (DVR) previsto dagli artt. 17 e 28 D.lgs. 81/2008.
- B) Designazione del Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione.

4.1.3. **Che cosa è la valutazione dei rischi?**

È la valutazione globale e documentata di tutti i rischi per la salute e sicurezza dei lavoratori presenti nell'ambito dell'organizzazione in cui essi prestano la propria attività, finalizzata ad individuare le adeguate misure di prevenzione e di protezione e ad elaborare il programma delle misure atte a garantire il miglioramento nel tempo dei livelli di salute e sicurezza.

Finalità della valutazione dei rischi:

- 1) individuare i rischi per la salute e la sicurezza, che potrebbero causare infortuni e malattie professionali ai presenti nella propria;
- 2) definire le modalità adeguate per eliminarli o gestirli, cioè ridurli per quanto possibile;
- 3) fornire a tutti i soggetti coinvolti i mezzi, gli strumenti, le informazioni, la formazione, l'addestramento adeguati a tutelare la salute durante l'attività lavorativa.

Che cosa è il Documento di valutazione dei rischi (DVR)?

È il documento, elaborato in forma scritta (anche su supporto informatico) dal Datore di lavoro in collaborazione con il Medico Competente, che contiene tutto ciò che è scaturito dalla valutazione dei rischi, quindi è la «fotografia» dell'azienda sotto il profilo della sicurezza.

Vi sono contenute tutte le informazioni relative alla sicurezza dell'azienda (descrizione dell'azienda, organigramma, ciclo lavorativo, attività, mansioni, pericoli presenti, rischi associati ai pericoli individuati, programma di miglioramento, piano di formazione...).

Che cosa è “oggetto” della valutazione?

Tutti i rischi per la sicurezza e la salute dei lavoratori, ivi compresi quelli riguardanti gruppi di lavoratori esposti a rischi particolari, tra cui anche quelli collegati allo stress lavoro-correlato¹³, quelli riguardanti le lavoratrici in stato di gravidanza¹⁴, nonché quelli connessi alle differenze di genere, all'età, alla provenienza da altri Paesi e quelli connessi alla specifica tipologia contrattuale attraverso cui viene resa la prestazione di lavoro. Da considerare nella valutazione:

¹³ “Accordo Europeo sullo stress sul lavoro” dell'8/10/2004, oggi recepito dall'“Accordo Interconfederale Stress Lavoro – Correlato” del 9 giugno 2008; Circolare Ministero del Lavoro e Politiche Sociali del 18/11/2010.

¹⁴ D. lgs. 26 marzo 2001, n. 151. “Testo unico delle disposizioni legislative in materia di tutela e sostegno della maternità e della paternità, a norma dell'articolo 15 della legge 8 marzo 2000, n. 53”.

- a. Luoghi di lavoro (Tit.II D.lgs. 81/208).
- b. Uso delle attrezzature di lavoro e dei dispositivi di protezione individuale (Tit. III D.lgs. 81/208 e s.m.i.).
- c. Movimentazione manuale dei carichi (Tit.VI D.lgs. 81/2008 e s.m.i.).
- d. Attrezzature munite di videoterminali (Tit VII D.lgs. 81/2008 s.m.i.).
- e. Agenti fisici (rumore, vibrazioni, ecc) (Tit.VIII D.lgs. 81/2008 e s.m.i.).
- f. Sostanze Pericolose (agenti chimici, cancerogeni/mutageni, amianto) (Tit. IX D.lgs. 81/2008 e s.m.i.).
- g. Esposizione ad agenti biologici (Tit X D.lgs. 81/2008 e s.m.i.).

Altri obblighi principali del Datore di lavoro e del dirigente (art.18 D.lgs. 81/2008):

- Nominare il Medico Competente.
- Designare gli addetti antincendio, evacuazione, emergenza.
- Richiedere ai lavoratori e al medico competente l'osservanza delle norme vigenti di loro competenza.
- Aggiornare le misure di prevenzione.
- Adottare le misure per il controllo delle emergenze.
- Evitare che le misure tecniche adottate possano causare rischi alla popolazione o deteriorare l'ambiente.
- Fornire ai lavoratori i DPI (Dispositivi di Protezione Individuale)
- Fornire ai lavoratori e ai loro rappresentanti informazione, formazione e addestramento.
- Munire i lavoratori in appalto di apposita tessera di riconoscimento.
- Fornire al RSPP e al medico informazioni in merito: alla natura dei rischi; all'organizzazione del lavoro e alle misure preventive e protettive; alla descrizione degli impianti e dei processi produttivi; agli infortuni sul lavoro e alle malattie professionali; ai provvedimenti adottati dagli organi di vigilanza.
- Consultare il RLS e consegnargli copia del DVR.
- Denunciare all'INAIL gli infortuni.
- Convocare la riunione periodica (aziende > 15 dipendenti almeno 1 volta l'anno; aziende < 15 dipendenti sulla base di variazioni e su richiesta).

SCHEDA 1

Scabbia



Cenni clinici:

È una malattia parassitaria della cute causata da un acaro, la cui penetrazione è indicata dalla presenza di papule, vescicole o di piccoli cunicoli lineari contenenti gli acari e le loro uova. L'infestazione si manifesta con eruzioni cutanee pruriginose. Il prurito è avvertito specialmente di notte. Qualunque parte del corpo può esserne affetta, anche se l'acaro predilige le aree sebacee, l'area periombelicale, le ascelle, i polsi, gli spazi interdigitali.

Periodo di incubazione:

Da 2 a 6 settimane in caso di persone non esposte in precedenza; da 1 a 4 giorni in caso di re-infestazione.

Periodo di contagiosità:

Fino a che gli acari e le uova non siano stati distrutti da adeguato trattamento. Possono essere necessari 2 o più cicli di trattamento, eseguiti ad intervalli di una settimana.

Modalità di trasmissione:

Il trasferimento dei parassiti avviene per contatto diretto prolungato da persona infestata a persona sana. Più raramente avviene in modo indiretto tramite la biancheria del letto, vestiti o asciugamani da poco contaminati da soggetti infetti.

Provvedimenti nei confronti del malato:

Allontanamento da scuola o dal lavoro fino al giorno successivo a quello di inizio del trattamento. Per soggetti ospedalizzati o istituzionalizzati, isolamento da contatto per 24 ore dall'inizio del trattamento.

Terapia:

La terapia avviene su prescrizione medica. In commercio esistono diversi prodotti per la terapia locale quali la Permetrina al 5%, che attualmente è considerato il trattamento più efficace e meglio tollerato, il Benzoato di Benzile al 10-20%, terapia efficace anche se frequentemente irritante.

Provvedimenti nei confronti di conviventi e di contatti:

Sorveglianza clinica per la ricerca di altri casi di infestazione; per i familiari e per i soggetti che abbiano avuto contatti cutanei prolungati con il caso è indicato il trattamento profilattico simultaneo.

Lenzuola, coperte e vestiti vanno lavati in lavatrice con acqua a temperatura maggiore di 60°C; i vestiti non lavabili con acqua calda vanno tenuti da parte per una settimana, per evitare re-infestazioni.

Precauzioni da adottare:

La malattia ha una trasmissione per contatto diretto (cute-cute) e/o indiretto (cute-lenzuola, federe, coperte, cuscini, ecc. infestati da acari), pertanto devono essere applicate le

Precauzioni Standard (che si adottano per tutti i pazienti) e le precauzioni aggiuntive per le patologie trasmissibili per **contatto**:

- Guanti e lavaggio delle mani

Guanti monouso non sterili devono essere indossati in caso di diretto contatto con il paziente o con materiale potenzialmente contaminato (es. lenzuola, federe, coperte, cuscini ecc.). Effettuare il lavaggio delle mani con sapone antisettico anche se si sono usati i guanti.

- Pulizia dell'ambiente

Considerata la scarsa resistenza degli acari nell'ambiente (massimo 1-2 giorni), la disinfestazione degli ambienti dove ha soggiornato un soggetto affetto in genere non è necessaria, essendo di sufficienti le routinarie operazioni di pulizia, utilizzando comuni disinfettanti come i cloroderivati (ad es. candeggina, varechina, euclorina, amuchina ecc.).

Si raccomanda di passare con l'aspirapolvere le superfici dell'ambiente dopo che un paziente con scabbia norvegese (crostosa) abbia soggiornato in una stanza.

Pediculosi

Il **pidocchio** (*Pediculus humanus capitis*) è un parassita il cui unico ospite è l'uomo; si nutre del sangue dell'ospite e rimane a stretto contatto con il cuoio capelluto. Le uova o lendini (0.3-0.8 mm) hanno una forma allungata e vengono deposte e cementate alla base del capello. Si schiudono dopo circa 6-8 giorni, dando luogo alla ninfa la quale, dopo una settimana, si trasforma nella forma adulta.

Il pidocchio sopravvive al massimo per 24-48 ore al di fuori del cuoio capelluto. Le lendini non si schiudono se si trovano ad una temperatura inferiore a quella cutanea.

La pediculosi è ubiquitaria; sono milioni le persone colpite ogni anno in tutto il mondo. **Lo stato socio-economico del soggetto non ha alcuna influenza**, come pure la lunghezza dei capelli o la frequenza dei lavaggi.

La trasmissione del pidocchio si verifica per **contatto diretto tra la testa di un soggetto sano e quella di un soggetto infestato: bastano 30 secondi** perché il parassita transiti da una testa ad un'altra.

La pediculosi del capo NON comporta conseguenze per la salute, in quanto il pidocchio non è in grado di trasmettere agenti infettivi da individuo a individuo.

Terapia

La terapia antiparassitaria avviene su prescrizione medica.

Sono preferibili formulazioni in gel o crema o lozione in quanto shampoo e polveri hanno una ridotta capacità di penetrazione nelle uova e un ridotto tempo di permanenza sui capelli rispetto alle formulazioni in gel o crema o lozione.

Derivati del piretro

Piretrine naturali

Il piretro, un prodotto derivato dal crisantemo, esplica un'azione neurotossica sulla membrana cellulare degli insetti, per cui essi vanno incontro ad una paralisi respiratoria e successivamente alla morte. L'azione richiede diverse ore.

Questi prodotti hanno una azione ovocida limitata (20-30% di sopravvivenza) e una limitata persistenza sui capelli.

Piretrine sintetiche (esempio: permetrina, fenotrina ecc.)

Da molti autori tale trattamento è considerato di prima scelta.

Indicato oltre i 6 mesi di età. Probabilmente sicuro in gravidanza e allattamento.

Hanno un'azione più intensa rispetto alle piretrine naturali.

Si ricorda che per ogni prodotto (sia esso un presidio medico chirurgico ovvero un dispositivo medico o un farmaco) si dovranno seguire le specifiche indicazioni fornite nel foglietto illustrativo presente nella confezione.

Pulizia dell'ambiente e degli effetti personali

- Lavare in lavatrice con acqua calda a 60°C i vestiti, gli asciugamani, le lenzuola ecc., usati nei due giorni precedenti.
- Pulire a secco le coperte e gli indumenti che non sono lavabili (cappelli, sciarpe, cappotti ecc.). Gli altri effetti che non sono lavabili a secco (indumenti, pelouche ecc.) possono essere "disinfestati" chiudendoli ermeticamente in un sacchetto di plastica per circa 2 settimane.
- Lavare pettini e spazzole con acqua molto calda e sapone.
- Passare l'aspirapolvere su tappeti e divani.

Alcune informazioni sulle epatiti e sull'HIV

Epatite A

L'epatite A è un'infezione acuta del fegato, generalmente benigna, causata dal virus dell'epatite A Virus (HAV).

L'infezione si **trasmette per via oro-fecale, tramite acqua e alimenti contaminati**: tipico è il caso dei frutti di mare crudi o poco cotti. La scarsa igiene personale e il sovraffollamento agevolano la diffusione del virus. Il virus è eliminato con le feci sia prima che dopo la comparsa dei sintomi. I bambini hanno una più lunga capacità di diffondere il virus che può arrivare anche a 10 settimane dalla comparsa dei sintomi.

La malattia ha un periodo di incubazione che va da 15 a 50 giorni. Tra gli scenari tipici che presentano un rischio epidemico, va ricordato il caso delle piccole comunità chiuse, in cui diventa suscettibile la gran parte degli individui, perché il contatto tra le persone è frequente. È la circostanza che si riscontra nei Centri di accoglienza, dove la comparsa di un caso, anche in un'area normalmente non epidemica, può facilmente dare origine a una diffusione simil-epidemica.

I sintomi sono per lo più aspecifici (febbre, affaticamento, perdita di appetito, nausea, vomito, dolori addominali), ma diventano indicativi quando si associano a urine scure e colorazione giallastra della pelle e degli occhi. Per una corretta diagnosi, tuttavia, sono necessari appositi esami del sangue.

Il decorso è generalmente autolimitante e benigno.

L'uso del **vaccino**, quale misura preventiva, sarà valutato dal medico competente.

Epatite B

L'epatite B, causata dal virus dell'epatite B (HBV), è diffusa ovunque e si stima che al mondo ci siano 400 milioni di portatori. Si **trasmette attraverso il contatto con sangue infetto** (da trasfusioni, uso di siringhe e aghi, strumenti e apparecchiature sanitarie non sterilizzate, spazzolini da denti, rasoi, forbici), oltre che con rapporti sessuali non protetti con persone portatrici del virus. È anche possibile la trasmissione "transplacentare", ossia dalla donna in gravidanza al feto.

Il periodo di incubazione varia fra 45 e 180 giorni, ma si attesta solitamente fra 60 e 90 giorni.

Le persone a maggior rischio di contrarre l'infezione da HBV sono i familiari dei soggetti con infezione cronica, i tossicodipendenti che scambiano siringhe, coloro che si sottopongono a tatuaggi, agopuntura, interventi odontoiatrici o chirurgici con strumentazione non sterile. I sintomi della malattia sono simili a quelli delle altre epatiti. L'ittero comunque è presente solo in una piccola parte dei casi, per cui l'infezione può passare inosservata.

L'epatite B può cronicizzare, evolvendo poi in cirrosi epatica e predisponendo allo sviluppo del tumore del fegato.

Per la prevenzione dell'epatite B è importante attenersi alle norme generali per la prevenzione delle infezioni trasmesse attraverso sangue e liquidi biologici: disinfezione e sterilizzazioni, uso strettamente personale di spazzolini da denti, rasoi, pettini, forbici, ecc., utilizzo del profilattico durante i rapporti sessuali.

In Italia la **vaccinazione** è obbligatoria dal 1991 per tutti i nuovi nati e per gli adolescenti a 12 anni. La vaccinazione è fortemente raccomandata per i gruppi di popolazione a maggior rischio

d'infezione (tossicodipendenti, conviventi di portatori cronici, personale sanitario, operatori dei centri di accoglienza ecc).

Epatite C

L'epatite C, anch'essa diffusa in tutto il mondo, è causata dal virus HCV ed è quasi sempre asintomatica in fase acuta. L'evoluzione verso una forma cronica è molto frequente (intorno all'85%) e l'evoluzione in cirrosi appare più probabile di quanto non avvenga per la forma da virus B.

Come per l'epatite B, a rischio sono coloro che vengono a **contatto con sangue infetto**; molto meno frequentemente il contagio può avvenire attraverso i rapporti sessuali.

Le forme croniche solitamente rimangono asintomatiche per diversi anni; anche in questo caso, si può avere evoluzione verso la cirrosi (20-30%) e, nell'arco di 10-20 anni, in circa l'1-4%, si sviluppa l'epatocarcinoma.

A tutt'oggi non esiste un vaccino per l'epatite C. Le uniche misure realmente efficaci sono rappresentate dalla osservanza delle **norme igieniche generali**, dalla sterilizzazione degli strumenti usati per gli interventi chirurgici e per i trattamenti estetici, nell'uso di materiali monouso, nella protezione dei rapporti sessuali a rischio.

Infezione da HIV

L'HIV (virus dell'immunodeficienza umana) si trasmette per via ematica, via materno-fetale e via sessuale.

Non esistono categorie a rischio ma **comportamenti a rischio** (ad esempio, i rapporti sessuali non protetti o lo scambio di materiale per sostanze di abuso).

Dopo essere entrata in contatto con l'HIV una persona può diventare sieropositiva (positiva al test per HIV), cominciare cioè a produrre anticorpi diretti specificamente contro il virus e rilevabili nel sangue con un semplice prelievo ematico. La sieropositività implica che l'infezione è in atto e che è dunque possibile trasmettere il virus ad altre persone. La comparsa degli anticorpi, però, non è immediata. Il tempo che intercorre tra il momento del contagio e la positività al test HIV è detto "periodo finestra" e dura poche settimane, ma può estendersi anche fino a 3 mesi. Durante questo periodo, anche se la persona risulta ancora sieronegativa è comunque già in grado di trasmettere l'infezione.

Se si sono avuti comportamenti a rischio è bene effettuare il test dopo uno-tre mesi dall'ultima esposizione a rischio. Il test non è obbligatorio, ma se si sono avuti comportamenti a rischio è opportuno effettuarlo. Infatti, sapere di essere infetti con l'HIV consente di usufruire di un'assistenza medica precoce e di poter effettuare tempestivamente la terapia farmacologica che permette oggi di vivere meglio e più a lungo. Con le terapie attualmente disponibili, una persona HIV positiva ha un'aspettativa di vita analoga a quella di una persona HIV negativa.

Per eseguire il **test**, nella maggior parte dei servizi sanitari non serve ricetta medica, è **gratuito** e **anonimo**. La legge prevede che il risultato del test venga comunicato esclusivamente alla persona che lo ha effettuato. Le persone straniere, anche se prive del permesso di soggiorno, possono effettuare il test alle stesse condizioni del cittadino italiano.

L'esecuzione del test per HIV è possibile **solo con il consenso della persona interessata**. Tale principio, oltre a rispondere al dettato costituzionale e ai principi deontologici, è espressamente sancito dalla Legge n. 135 del 5 giugno 1990 (Piano degli interventi urgenti in materia di prevenzione e lotta all'AIDS).

Il medico che prescrive il test per l'HIV deve quindi ottenere un preventivo consenso scritto da parte della persona interessata.

In Italia i minori possono eseguire il test per HIV solo con il consenso dei genitori o del tutore che esercita la patria potestà e/o in collaborazione con il tribunale dei minori.

È fatto divieto per il datore di lavoro di svolgere indagini, anche in fase pre-assunzione, per accertare l'esistenza di uno stato di sieropositività del lavoratore, in tutti i casi nei quali l'attività lavorativa non comporti rischi per la salute di terzi.

Il virus non si trasmette attraverso:

- strette di mano, abbracci, vestiti;
- baci, saliva, morsi, graffi, tosse, lacrime, sudore, muco, urina e feci;
- bicchieri, posate, piatti, sanitari, asciugamani e lenzuola;
- punture di insetti.

Il virus non si trasmette frequentando:

- palestre, piscine, docce, saune e gabinetti;
- scuole, asili e luoghi di lavoro;
- ristoranti, bar, cinema e locali pubblici;
- mezzi di trasporto.

Per evitare la trasmissione per via ematica è tassativo non riutilizzare mai siringhe, aghi e altri piccoli strumenti medici già usati (potrebbero essere rimasti sporchi di sangue contaminato); si raccomanda, per gli operatori e il personale sanitario e parasanitario, la massima attenzione nel maneggiare lame e oggetti taglienti o appuntiti; si devono usare guanti nell'accostare persone con ferite aperte.

Per evitare invece la trasmissione per via sessuale è necessario che le attività e i rapporti sessuali siano sempre protetti mediante l'uso del profilattico (da utilizzare sempre e non solo con partner occasionali).

Norme generali di prevenzione e igiene

Per contrastare l'insorgere di un buon numero di malattie e di altre condizioni patologiche è opportuno rispettare quanto più possibile una serie di misure preventive, che possono essere suddivise in quattro classi: igiene personale, pulizia e disposizione degli ambienti, comportamenti "sociali" (stile di vita), prescrizioni medico-sanitarie (vaccinazioni, terapie).

Qui di seguito vengono esposte in termini sintetici alcune indicazioni essenziali per la maggior parte delle situazioni in cui ci si può trovare a vivere e operare.

È importante cercare di rispettarle quanto più possibile e fare in modo che anche gli altri le rispettino.

Igiene personale

Senza dubbio la norma igienica più importante consiste in un accurato ed efficiente **lavaggio delle mani**. Senza farla diventare un'ossessione, tale norma è fortemente raccomandata dopo ogni contatto con materiale potenzialmente sporco o inquinato e in circostanze ordinarie, cioè dopo aver starnutito, tossito, usato il bagno ecc.

È importante avere le mani pulite anche al momento di cucinare, distribuire i cibi, mangiare; è indispensabile averle pulitissime, o coperte da guanti, al momento di effettuare un "atto medico", quale: porgere una compressa da inghiottire, applicare una medicazione, fare un'iniezione.

È buona norma tenere le unghie sempre abbastanza corte.

Se possibile, evitare l'uso di oggetti e monili – bracciali, anelli, unghie finte – che potrebbero costituire un ostacolo a una buona pulizia delle mani.

Un buon lavaggio delle mani si esegue con acqua e sapone, meglio se antisettico.

Ci si deve strofinare bene ogni parte delle mani, i polsi e gli spazi tra le dita, continuando per almeno 30-40 secondi (si provi a contare mentalmente da 101 a 130-140, mentre ci si lava), finché si forma una schiuma densa e pastosa. Se questa non è perfettamente bianca, occorre risciacquarsi e ripetere un'altra applicazione di sapone per altrettanto tempo¹⁵ (Figura 1).

È bene utilizzare i guanti per tutte quelle mansioni che richiedono il contatto con superfici o materiali che possono essere fonte di infezione, come, per esempio, i sanitari e le deiezioni corporee.

Quando si devono assistere più persone è necessario cambiare guanti e indossarne di puliti per ciascuna di esse.

¹⁵ <http://www.ipasvi.it/ecm/percorsi-guidati/igiene-delle-mani-id28.htm>.

Figura 1

L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda movimenti di questo tipo per un lavaggio accurato delle mani.



Oggetti di uso personale

Per quanto possibile, utilizzare oggetti monouso, come ad esempio fazzoletti, asciugamani e tovaglioli di carta, guanti di tipo “chirurgico” e così via.

Per abiti, biancheria, lenzuola e simili, è opportuno effettuare cambi e lavaggi con frequenza almeno settimanale. Per le stoviglie – bicchieri, posate, piatti ecc. – e gli oggetti di igiene personale, come rasoi, limette, spazzolini per la pulizia delle unghie ecc., evitare l'uso promiscuo ed effettuare un lavaggio accurato dopo ogni utilizzo. Dove possibile, è bene anche in questo caso far ricorso a oggetti monouso.

Dispositivi di protezione individuale (DPI)

“Qualsiasi attrezzatura destinata ad essere indossata e tenuta dal lavoratore allo scopo di proteggerlo contro uno o più rischi suscettibili di minacciare la sicurezza o la salute durante il lavoro, nonché ogni complemento od accessorio destinato a tale scopo”¹⁶ (artt. 74-79 del D.lgs. 81/2008).

I Dispositivi di Protezione Individuale (DPI), che nel contesto dei Centri di accoglienza consistono essenzialmente **in guanti e mascherine**, sono strumenti utilizzati per evitare in maniera ottimale i rischi di contagio e di contaminazione nei casi in cui questo rischio sussista, senza che però ciò significhi (o possa essere considerato) un atteggiamento di rifiuto nei confronti del migrante.

Infatti, è bene sapere ed eventualmente spiegare che questi dispositivi vengono utilizzati non solo per proteggere l'operatore dal rischio rappresentato da coloro che vengono accolti/assistiti, ma anche a vantaggio di questi ultimi, a difesa dai possibili rischi per la loro salute rappresentati da germi o contaminazioni provenienti dagli operatori.

Pagina

26

L'uso dei DPI è raccomandato per il personale operante nei Centri di accoglienza in tutte quelle situazioni in cui sussiste un rischio di infezione. **L'uso indiscriminato, invece, andrà evitato** poiché, oltre a non servire, crea equivoci e aumenta il malessere di chi è oggetto di queste precauzioni. L'utilizzo di tali dispositivi è opportuno di fronte a situazioni di chiaro rischio, ad esempio nei momenti in cui si verifica un contatto ravvicinato con persone che hanno sintomi di affezioni respiratorie (ad esempio tosse, starnuti, raffreddore con emissioni di lacrime o muco nasale), o con persone che presentano segni di affezioni cutanee potenzialmente contagiose (lesioni da grattamento, escoriazioni, pustole, ecc.).

Le mascherine sono per lo più di due tipi:

- **Mascherina chirurgica**: serve a proteggere gli altri dai microbi emessi dalla persona che la indossa. Ha, di principio, una durata di 2 ore, ma deve essere cambiata anche prima, se appare visibilmente danneggiata o umida.
- **Mascherina ultrafiltrante**: raccomandata al fine di offrire una protezione elevata a chi la indossa, è di solito usata nelle strutture sanitarie in caso di patologie ad alto rischio (quali tubercolosi e meningite meningococcica); la protezione offerta ha una durata di 8 ore.

Le **mascherine filtranti antipolveri** (quelle usate per evitare lo smog), hanno un'efficacia estremamente limitata per gli agenti microbici, e sono quindi di scarsa utilità.

Per la Cassetta di Pronto soccorso si fa riferimento al DM 388 del 15 luglio 2003 e all'art. 46 del D.lgs 81/2008.

¹⁶ I DPI sono forniti dal datore di lavoro.

Gli ambienti¹⁷

È opportuno applicare agli ambienti le comuni norme di pulizia, badando che non vengano dimenticate o eseguite frettolosamente e in maniera incompleta.

Occorre garantire che ogni giorno (e ogni volta che se ne presenti la necessità) vengano spazzati e lavati i pavimenti, puliti e disinfettati i servizi igienici, tenuti in ordine i cibi ed eliminati gli scarti alimentari dalle cucine, e che vengano ripuliti dopo l'uso anche gli strumenti stessi adoperati per la pulizia, come stracci, spugne, scope ecc.

Almeno una volta a settimana devono essere ripulite (con acqua e sapone e, dove necessario, anche con disinfettanti) le strutture abitative e gli arredi come pareti, porte, armadietti, lampade, ecc. Per evitare il rischio di entrare a contatto con sangue e materiali infetti, va raccomandata in particolar modo l'eliminazione negli **appositi contenitori** di tutti gli strumenti e i residui delle attività medico-infermieristiche (siringhe usate, bende, garze, tamponi di cotone ecc.).

Come norme generali sulla disposizione degli ambienti, occorre richiamare l'opportunità di:

- tenere più sgombri possibile gli ambienti;
- evitare i rischi di urtare inavvertitamente oggetti e superfici sporgenti o taglienti (cassetti, piani di lavoro, spigoli);
- disporre brandine e letti ad almeno 70 cm di distanza gli uni dagli altri e fuori della linea di correnti d'aria e fonti di calore intenso;
- assicurarsi della perfetta chiusura di porte e finestre.

¹⁷ DM del 5 luglio 1975;

Decreto del Ministero dell'Interno del 21 novembre 2008 "Schema di Capitolato di appalto per la gestione dei Centri di primo soccorso e di assistenza – Centri di accoglienza, Centri di accoglienza per richiedenti protezione internazionale, Centri di identificazione ed espulsione";

Circolare Ministero dell'Interno n. 2204 del 20 marzo 2014; Circolare Ministero dell'Interno n. 3594 del 7 marzo 2017.

La pulizia degli ambienti deve essere svolta con particolare attenzione e cura

Frequenza	Locali, superfici, oggetti	Prodotti
Dopo l'uso	Stoviglie, attrezzi da cucina, superfici lavabili	Detergente + disinfettante
Vari controlli quotidiani (metà mattina, dopo pranzo, pomeriggio)	Bagni, servizi igienici: se sporchi, rimozione immediata dello sporco	Detergente + disinfettante
Quotidiana, secondo necessità	<ul style="list-style-type: none"> • Bagni: tutti i sanitari, compresi lavandini e rubinetterie, pulsante scarico acqua, erogatori di sapone • Cucina e mensa: piano di lavoro, di cottura, tavoli, lavandini, pavimenti • Tutti i pavimenti • Tavoli di lavoro 	Detergente + disinfettante
Settimanale	Tavoli di lavoro, sedie, maniglie, corrimano	Detergente + disinfettante
Mensile	Vetri, armadi, mensole, porte	Detergente

SCHEDA 5

Scheda individuale di prima valutazione clinica dei migranti

Cognome e Nome

Sesso

Data di nascita

Paese di nascita

Paesi attraversati

N. mesi di soggiorno nell'ultimo paese di "soggiorno"

Data di arrivo in Italia

Centro di Accoglienza

ANAMNESI

Condizioni nel paese di origine e Malattie significative

Sintomatologia soggettiva riferita

FEBBRE > 38 °C (<i>misurata o riferita dal paziente</i>) <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	DIARREA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> n. scariche al giorno <input type="checkbox"/> muco-pus nelle feci <input type="checkbox"/> sangue nelle feci
FARINGODINIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	DOLORE ADDOMINALE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
DISPNEA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	VOMITO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
TOSSE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> produttiva (con escreato) <input type="checkbox"/> da quanto tempo <input type="checkbox"/> emottisi	CEFALEA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
FEBBRICOLA SEROTINA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> da quanto tempo	MIALGIE/ARTRALGIE <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI
SUDORAZIONE NOTTURNA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> da quanto tempo	PRURITO <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> prevalente notturno
ASTENIA <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI	ALTRO

ESAME OBIETTIVO

Temperatura (°C) _____ P.A. _____ F.C. _____ %SP02 _____

MUCOSE – CUTE – ANNESSI	<input type="checkbox"/> nessun rilievo significativo <input type="checkbox"/> elementi significativi rilevati:
LINFONODI SUPERFICIALI	<input type="checkbox"/> nessun rilievo significativo <input type="checkbox"/> elementi significativi rilevati:
APP. RESPIRATORIO	<input type="checkbox"/> nessun rilievo significativo <input type="checkbox"/> elementi significativi rilevati:
ADDOME	<input type="checkbox"/> nessun rilievo significativo <input type="checkbox"/> elementi significativi rilevati:
ALTRI RILIEVI	

Pagina

30

PRESENZA DI MALATTIE INFETTIVE E DIFFUSIVE, EVIDENZIABILI DALLA VALUTAZIONE CLINICO-ANAMNESTICA, TALI DA COSTITUIRE PREGIUDIZIO PER LA SALUTE ALTRUI:

NO **SI**

Data _____

**Il Dirigente Medico
Ambulatorio STP**

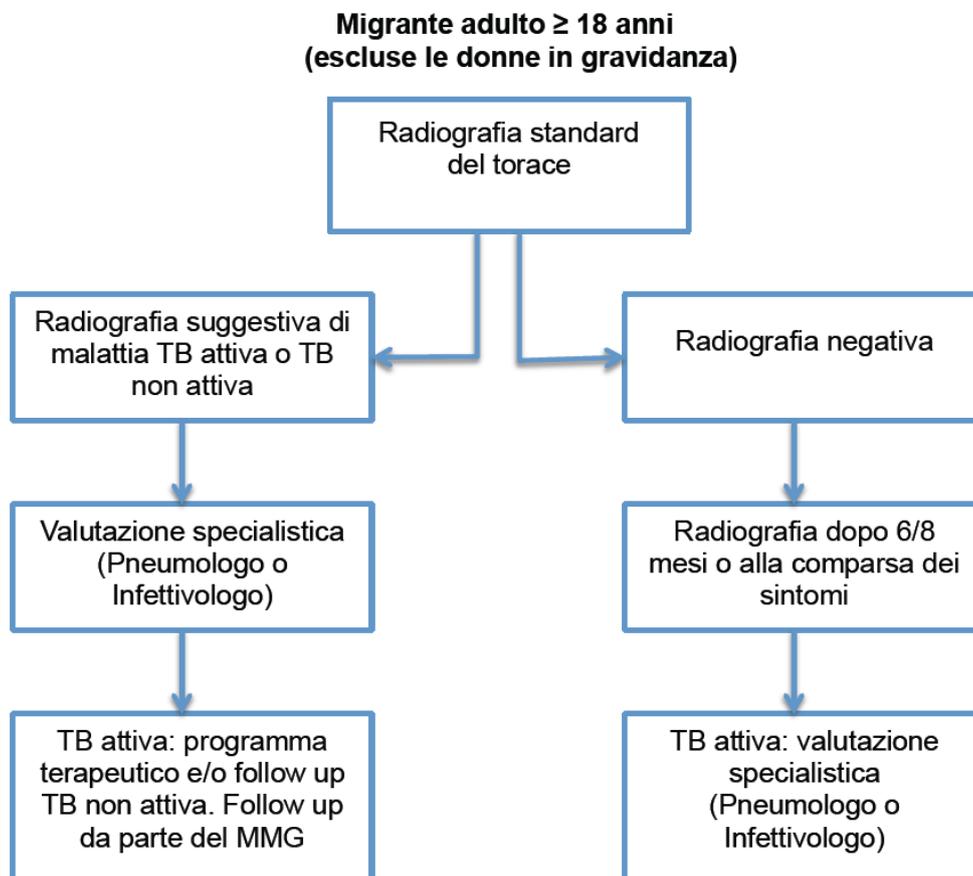
SCHEDA 6

Percorso per il controllo per la malattia tubercolare (TB) nei migranti forzati

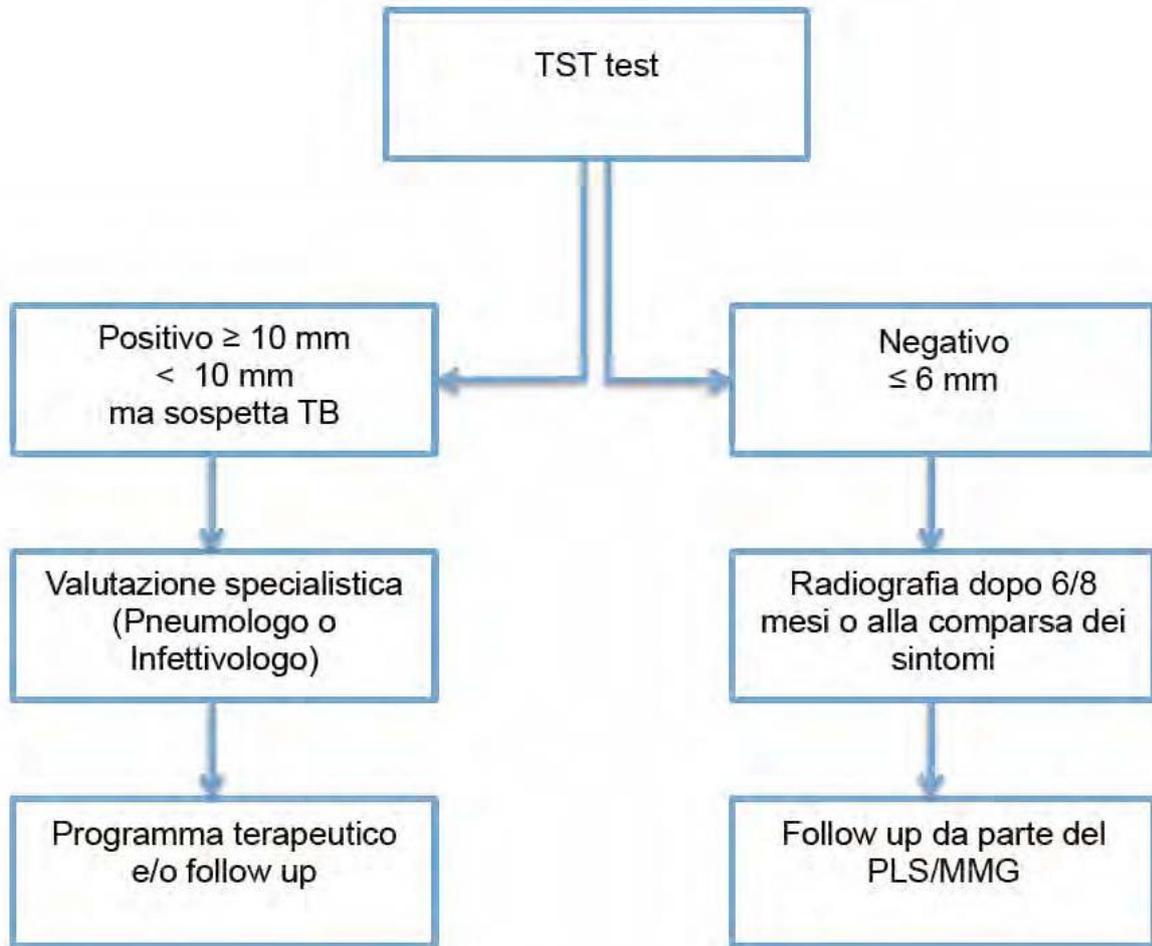
La sorveglianza attiva della malattia tubercolare è fondamentale per individuare e curare i migranti malati, ma anche per evitare che una patologia ormai residuale per la realtà italiana, possa avere una recrudescenza a causa dell'ingresso di persone – profughi provenienti per lo più da paesi ad elevata incidenza di TB, trattenuti in centri di detenzione in condizioni disumane, spesso senza controlli sanitari, indigenti e malnutriti, fattori tutti favorevoli allo sviluppo di questa malattia infettiva trasmissibile prevalentemente per via aerogena.

La letteratura scientifica e le strategie adottate a livello internazionale e nazionale per la sorveglianza attiva della TB non sono univoche. La scelta effettuata dal gruppo di lavoro, in considerazione della *bassa resa* dello screening per la TB latente (per una molteplicità di motivi peculiari a questi soggetti) e la *difficoltà* di effettuare la chemioterapia preventiva, è quella di identificare nel migrante forzato adulto, le forme polmonari attive di malattia, attraverso la rilevazione dei sintomi e la radiografia standard del torace.

NB – Occorre verificare che il soggetto non sia già stato sottoposto a radiografia al momento o subito dopo lo sbarco o del passaggio della frontiera.



Migrante 0 - <18 anni
(comprese donne in gravidanza)



Verifica dello stato vaccinale nei migranti forzati¹⁸

Si raccomanda di seguire le seguenti procedure per l'immunoprofilassi delle persone immigrate.

1. Minori (0-17 anni)

Occorre considerare tutte le vaccinazioni previste dal calendario nazionale:

- **Il soggetto non è mai stato vaccinato:** andrà vaccinato seguendo il vigente calendario, in rapporto all'età.
- **Il soggetto è stato vaccinato regolarmente nel Paese di origine e lo stato vaccinale è sufficientemente documentato:** andrà seguito il vigente calendario, per l'eventuale completamento del ciclo vaccinale primario e/o i richiami.
- **La documentazione è insufficiente e lo stato vaccinale è dubbio:** si dovranno somministrare i vaccini previsti dal vigente calendario. Per i vaccini contenenti la componente anti-tetanica è opportuno non superare il numero di somministrazioni previste nel calendario vaccinale, per il maggiore rischio di reazioni avverse legate alla componente contro il tetano.

Nel caso in cui sia prevista la permanenza del minore nel nostro Paese, il ciclo vaccinale dovrà essere completato come da vigente calendario.

- Vaccinazione anti difto-tetano-pertosse: previa valutazione dello stato immunitario nei confronti del tetano (ricerca degli anticorpi anti tossoide tetanico), ai bambini di età < 7 anni verrà somministrato il vaccino DTPa a dose piena; ai bambini di età > 7 anni, la formulazione ridotta, in uso per adulti (dTpa). Nei soggetti di età > 7anni, mai immunizzati in precedenza, dovrà essere somministrato il vaccino dT per le prime due dosi e il vaccino dTpa per la terza dose.
- Vaccinazione anti-polio IPV: ciclo completo (3 dosi di vaccino).
- Vaccinazione anti-epatite B: ciclo completo (3 dosi di vaccino).
- Vaccinazione anti-Hib: ciclo completo (numero di dosi in rapporto all'età).
- PCV: ciclo completo (numero di dosi in rapporto all'età).
- Men B (solo nei nati a partire dal 2017): ciclo completo (numero di dosi in rapporto all'età).

¹⁸ Circolare Ministero della Salute n.8 del 23 marzo 1993;

Circolare Ministero della Sanità n. 16 dell'11 novembre 1996;

Circolare Ministero della Salute n. 12942 del 9 maggio 2014;

Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019. Rep. atti n. 10/CSR 17A01195, G.U. Serie Generale n. 41, 18 febbraio 2017;

DGR Marche n. 458 del 15 maggio 2017;

Circolare Ministero della Salute n. 18366 del 14 giugno 2017 che aggiorna la Circolare Ministero della Salute n. 16664 del 29 maggio 2017;

DL n. 73 del 7 giugno 2017.

- Rotavirus nel primo anno di vita (solo nei nati a partire dal 2017): in funzione del tipo di vaccino 2 o 3 dosi distanziate da almeno 4 settimane; il ciclo vaccinale dovrebbe in ogni caso essere completato non oltre gli 8 mesi di vita.
- Vaccinazione anti morbillo-parotite-rosolia – varicella: ciclo completo (2 dosi di vaccino).
- Men ACWY coniugato: una dose al 13°-15° mese di vita; una dose nell'adolescenza.
- HPV: ciclo completo nell'adolescenza (2 o 3 dosi secondo l'età).

2. Adulti (≥ 18 anni)

Per i migranti forzati adulti occorre offrire prioritariamente le seguenti vaccinazioni:

2.1. Vaccinazione anti-poliomielite

- Per tutti: verifica dello stato vaccinale nei confronti della polio, che dovrà essere documentato da certificato di vaccinazione valido.
- Soggetti che dichiarino di non essere mai stati vaccinati: effettuazione della vaccinazione anti-polio (ciclo completo).
- Soggetti sprovvisti di adeguata documentazione e con stato vaccinale dubbio: somministrazione di almeno 1 dose di vaccino anti-polio.

2.2. Altre vaccinazioni previste nel calendario vaccinale

Per le altre vaccinazioni previste nel calendario vaccinale regionale il medico STP o il MMG - che ha in carico il migrante - dovrà porre particolare attenzione ai fattori di rischio legati alla migrazione forzata e a quelle di accoglienza, anche attraverso la valutazione dello stato immunitario, proponendo le vaccinazioni appropriate, compresa l'anti HBsAg.

3. Procedure operative ulteriori

- Registrare puntualmente tutte le vaccinazioni effettuate, sia nei bambini che negli adulti, prendendo nota, oltre che dei dati anagrafici del soggetto vaccinato, anche del tipo e del lotto di vaccino.
- Aggiornare la documentazione attestante lo stato vaccinale del soggetto, nei casi in cui sia stata esibita, o rilasciare un libretto vaccinale personale ex novo, se bambini (da dare ai genitori o tutori), o un certificato attestante l'avvenuta vaccinazione, se adulti. Nel libretto vaccinale e nel certificato di vaccinazione dovranno essere indicati tipo e lotto del vaccino somministrato.
- Segnalare gli eventuali eventi avversi a vaccinazione.

Vaccinazioni effettuate

Vaccinazione antipolio	Data	Tipo vaccino	Lotto	Il Medico
Altre vaccinazioni	Data	Tipo vaccino	Lotto	Il Medico

Indicazioni operative minime per il Medico Competente

L'attivazione della sorveglianza sanitaria scaturisce dalla Valutazione di TUTTI i rischi.

I lavoratori dei Centri di accoglienza svolgono attività di assistenza nei confronti dei migranti, ovvero compiono attività che comportano contatto con la persona, con conseguente possibilità di esposizione ad agenti biologici¹⁹.

Pertanto i lavoratori impegnati nell'accoglienza andrebbero sottoposti a sorveglianza sanitaria almeno per il **Rischio biologico**.

A ciò va aggiunta la sorveglianza sanitaria specifica per lo **stress lavoro-correlato** e per quelle **mansioni - individuate in ambito VDR** secondo quanto previsto dall'Intesa Conferenza Stato Regioni 16 marzo 2006²⁰ - che rientrando nelle attività lavorative a rischio richiedono la verifica delle condizioni di alcol dipendenza (ex art. 41 c.4 D.lgs. 81/08 e s.m.i.). Tali mansioni sono *"...mansioni sociali e socio-sanitarie svolte in strutture pubbliche e private...omissis...mansioni inerenti le attività di trasporto ovvero addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E²¹.*

Per coloro che svolgono mansioni - **individuate in ambito VDR** - inerenti le attività di trasporto *"conduttori di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria C, D, E"* è prevista anche la verifica di assunzione di sostanze psicotrope/stupefacenti, come da Intesa Conferenza Unificata del 30 ottobre 2007²².

Nei centri di accoglienza, la trasmissione di una infezione attraverso il sangue può avvenire solo a seguito di un evento infortunistico che comporti una lesione della cute dell'operatore infortunato da parte di un tagliente/pungente contaminato o la contaminazione della cute o delle mucose dello stesso con sangue o altri liquidi biologici contaminati.

Pertanto per gli operatori la sorveglianza sanitaria del rischio da infezione da agenti biologici emotrasmessi può essere attuata essenzialmente o esclusivamente con un attento e rigido controllo degli eventi infortunistici, previa stesura e condivisione di procedure lavorative.

Diverso il rischio lavorativo derivante dall'esposizione ad agenti biologici a trasmissione aerea quali, tra i più temibili, la tubercolosi (TB) e la meningite meningococcica.

¹⁹ Bolyard, 1998; Beltrami e coll., 2000; Update US, 2001. Secondo gli stessi autori tra le attività di assistenza non vanno considerate le attività amministrative, le forniture alberghiere, le pulizie degli ambienti ed il trasporto alimenti.

²⁰ Intesa Conferenza Stato Regioni, 16 marzo 2006 "Attività lavorative ad elevato rischio infortuni"
<https://www.alcol.net/images/Legislazione/intesa%20stato%20regioni%202006.pdf>

²¹ Intesa Conferenza Stato Regioni, 16 marzo 2006 - Allegato I ATTIVITÀ LAVORATIVE CHE COMPORTANO UN ELEVATO RISCHIO DI INFORTUNI SUL LAVORO OVVERO PER LA SICUREZZA, L'INCOLUMITÀ O LA SALUTE DEI TERZI....5) **mansioni sociali e socio-sanitarie svolte in strutture pubbliche e private...omissis ...8) mansioni inerenti le attività di trasporto ovvero a) addetti alla guida di veicoli stradali per i quali è richiesto il possesso della patente di guida categoria B, C, D, E.**

²² Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, in materia di accertamento di assenza di tossicodipendenza. (Repertorio atti n. 99/CU), del 30 ottobre 2007.

Relativamente al rischio derivante dalla TB, il datore di lavoro, in collaborazione con il Medico competente, dovrà effettuare la valutazione del rischio tubercolare coerentemente a quanto previsto dall'Accordo nella Conferenza Stato Regioni del 7 febbraio 2013, approvato dal Ministero della Salute, **“Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati”**²³

Di seguito si forniscono indicazioni operative minime per il Medico Competente, alla luce delle più recenti evidenze scientifiche, delle indicazioni normative e dei principi di etica e deontologia medica, con l'intento fondamentale di:

- evitare un'eccessiva medicalizzazione della gestione dei rischi lavorativi;
- non sottostimare i rischi;
- non effettuare accertamenti sanitari aspecifici, non mirati alla problematica;
- formulare giudizi di idoneità che tengano in debito conto la situazione di rischio e lo stato di salute del lavoratore.

Visita Medica Preventiva dei lavoratori dei Centri di accoglienza

Componente essenziale della valutazione medica prima del collocamento è l'accertamento dello stato di salute generale del lavoratore.

La visita medica preventiva, finalizzata alla ricerca di condizioni individuali in grado di aumentare il rischio di contrarre o trasmettere malattie infettive correlate o meno all'attività lavorativa, deve comprendere, di norma, una definizione di base dello stato immunitario, dello stato di immunizzazione rispetto a specifici rischi lavorativi ed eventuale ricorso a specialista per l'accertamento e, laddove possibile, la risoluzione di condizioni in grado di favorire l'acquisizione o la diffusione di malattie trasmissibili.

Pagina

36

Pertanto in corso di visita medica preventiva, il MC, una volta acquisito in copia il certificato vaccinale dell'operatore, potrà individuare la necessità di effettuare o completare i cicli vaccinali mai effettuati o incompleti.

Qualora ci fossero dubbi sullo stato vaccinale (per carenze documentali e informative) si ricorda al MC la possibilità di integrare, tra gli esami ematici, il titolo anticorpale specifico.

In tale ambito trova applicazione il Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale 2017-2019²⁴ sul contenimento del rischio del morbillo, varicella e rosolia e la conseguente verifica dell'immunità specifica.

Per la valutazione complessiva dello stato sierologico di base è opportuno inoltre eseguire il controllo, in visita preventiva, anche dei marker HBV (HBsAg ed Anti-HBsAg), HCV e proporre anche il controllo, previo consenso informato, dell'HIV.

Inoltre su tutti gli operatori, al momento dell'assunzione, deve essere effettuato uno screening per TB che comprende:

- a) anamnesi personale e familiare e valutazione di segni e sintomi compatibili con TB o malattie che rendano il lavoratore suscettibile alla malattia;

²³ Accordo nella Conferenza Stato Regioni “Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti ad essi equiparati” https://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1901_allegato.pdf

²⁴ Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (2017-2019) http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2571_allegato.pdf

- b) la valutazione della documentazione sanitaria dei risultati dei test TST e/o dei test IGRA e della pregressa vaccinazione con BCG (o, in assenza di quest'ultima, ricerca della presenza della cicatrice vaccinale).

In caso di assenza di risultati, documentati, **relativi ai 12 mesi precedenti** si esegue il **TST**.

Il TST basale si definisce positivo (o significativo) con un diametro di indurimento uguale o superiore a 10 mm.

- A.** Nel caso in cui si rilevi un infiltrato di diametro ≤ 10 mm con precedente TST negativo o non noto, anche in pregressa vaccinazione con BCG, si deve escludere la malattia attiva e valutare l'indicazione alla terapia dell'infezione latente. Quindi, si richiede RX torace. Se Rx positivo per malattia, si invia l'operatore alla struttura competente per il trattamento specifico; se Rx negativo, si esegue, se disponibile, test IGRA per conferma. In caso di test IGRA non disponibile o di test IGRA positivo valutare l'indicazione ad eventuale terapia.
- B.** Nel caso di un precedente TST documentato positivo ($\varnothing \geq 10$ mm), con o senza pregressa vaccinazione con BCG, si procede come di seguito indicato:
- **B1:** l'operatore ha già un precedente test IGRA positivo e un correlato Rx torace negativo per malattia tubercolare in atto:
 - B1a: se ha già eseguito terapia per Infezione Tubercolare Latente (ITBL) non sono necessari ulteriori provvedimenti;
 - B1b: se non ha effettuato terapia per ITBL si attiva la sorveglianza sanitaria specifica.
 - **B2:** l'operatore non ha un precedente test IGRA, si procede quindi con l'esecuzione di un Rx torace (se non disponibile referto relativo all'esame eseguito in occasione del riscontro di positività) e, se disponibile, si esegue test IGRA:
 - B2a: se Rx torace, eseguito ex novo, positivo per malattia tubercolare in atto si invia dallo specialista per iniziare lo specifico trattamento farmacologico;
 - B2b: se Rx torace, eseguito ex novo, negativo per malattia tubercolare in atto e test IGRA positivo, o non eseguibile, si valuta l'indicazione alla terapia per ITBL. Se la terapia per ITBL non è eseguita si attiva la sorveglianza sanitaria specifica.

Visita Medica Periodica

La visita medica periodica è necessaria per controllare nel tempo la permanenza delle condizioni fisiche e psicologiche che permettano al lavoratore di essere esposto ai rischi lavorativi nelle migliori condizioni possibili.

In presenza di corrette procedure finalizzate ad evitare il contatto con liquidi biologici e a gestire il follow-up dell'operatore accidentalmente esposto, le linee guida nazionali ed internazionali non evidenziano la necessità, neppure nelle popolazioni considerate a rischio, di un controllo periodico dei marcatori biologici dei principali virus a trasmissione ematica. Eventuali dubbi o timori individuali possono trovare accoglienza nella visita a richiesta del lavoratore.

Pertanto, solo nel follow-up dell'infortunio a rischio biologico si rende necessario il controllo periodico dei marcatori HCV, HBV (se lavoratore non-responder) e HIV, a seguito di raccolta del consenso informato.

Relativamente alla periodicità degli accertamenti per la diagnosi e trattamento dell'ITBL, il citato Accordo del 7 febbraio 2013 prevede che la periodicità del follow-up sia stabilita sulla base del livello di rischio della Struttura o della mansione: il livello di rischio TB dei centri di accoglienza, potendo essi essere assimilati a *Strutture (sanitarie) a cui il malato di TB può accedere prima*

della diagnosi o per ottenere una diagnosi ma nelle quali non è previsto di norma il ricovero programmato di malati di TB, né viene eseguito di norma il trattamento, non può essere inferiore al livello C, in base al quale è previsto un controllo (TST o IGRAtest e follow-up) almeno biennale.

Visita medica	Rischi	Accertamenti	Periodicità
PREVENTIVA	<p>Biologico</p> <p>SLC</p> <p>Verifica delle condizioni di alcoldipendenza e dell'assunzione di sostanze stupefacenti</p>	<p>ANAMNESI - audit test</p> <p>Esami ematochimici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emocromo completo (compreso MCV) • Funzionalità epatica e renale (compresi GOT, GPT e gammaGT) • Glicemia • HCV • HBsAg ed anti-HBsAg • HIV (con Consenso informato) <p>Dopo valutazione stato vaccinale:</p> <ul style="list-style-type: none"> • IgG e IgM anti MPRV • antiTetano • TST/IGRA test <p>ACCERTAMENTI TOSSICOLOGICI – ANALITICI come da PROCEDURE PER GLI ACCERTAMENTI SANITARI DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA (Applicative del Provvedimento n. 99/cu 15 novembre 2007) G.U. n. 236 del 08.10.2008</p>	All'assunzione
PERIODICA	<p>Biologico</p> <p>SLC</p> <p>Verifica delle condizioni di alcoldipendenza e dell'assunzione di sostanze stupefacenti</p>	<p>ANAMNESI – audit test</p> <p>Esami ematochimici:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emocromo completo (compreso MCV) • Funzionalità epatica e renale (compresi GOT, GPT e gammaGT) <p>ACCERTAMENTI TOSSICOLOGICI – ANALITICI come da PROCEDURE PER GLI ACCERTAMENTI SANITARI DI ASSENZA DI TOSSICODIPENDENZA (Applicative del Provvedimento n. 99/cu 15 novembre 2007) G.U. n. 236 del 08.10.2008</p> <p>TST/IGRA test</p>	<p>annuale</p> <p>annuali</p> <p>annuali</p> <p>biennale</p>

ACRONIMI

ANCI: Associazione Nazionale Comuni Italiani

ARS Marche: Agenzia Regionale Sanitaria Marche

ASUR Marche: Azienda Sanitaria Unica Regionale Marche

BCG: Vaccino antitubercolare (Bacillo di Calmette-Guerin),

DPI: Dispositivi di Protezione Individuale

DVR: Documento di Valutazione del Rischio

HAV: Virus dell'epatite A

HBV: Virus dell'epatite B

HCV: Virus dell'epatite C

HIV: Virus dell'Immunodeficienza umana

IGRA: Interferon-Gamma Releasing Assay

ITBL: Infezione Tubercolare Latente

MC: Medico Competente

MMG: Medico di Medicina Generale

OMS: Organizzazione Mondiale della Sanità

PTSD: disturbo post-traumatico da stress

RLS: Rappresentante dei Lavoratori per la Sicurezza

RSPP: Responsabile del Servizio di Prevenzione e Protezione

SISP: Servizio di Igiene e Sanità Pubblica

SLC: Stress Lavoro-Correlato

SPRAR: Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati

STP: Straniero Temporaneamente Presente

TB: Tubercolosi

TST: Test di Mantoux