

INDICAZIONI E PROCEDURE
PER L'**ACCOGLIENZA** E LA
TUTELA SANITARIA DEI
RICHIEDENTI **PROTEZIONE**
INTERNAZIONALE



SALUTE LAZIO
SISTEMA SANITARIO REGIONALE



REGIONE
LAZIO

IL PRESENTE DOCUMENTO È STATO REDATTO DA:

Valentino Mantini (Regione Lazio - Direttore della Direzione regionale per l'inclusione sociale)
Maria Letizia Lorenzini (Regione Lazio - Direzione regionale salute e integrazione socio-sanitaria)
Concetta Mancini (Regione Lazio - Direzione regionale per l'inclusione sociale)
Giuseppina Carreca (ASL Latina)
Maura Cossutta (Esperta)
Salvatore Geraci (Caritas Roma)
Doriana Leotta (ASL Roma 3)
Pier Angela Napoli (ASL Roma 2)
Maria Cristina Serra (ASL Roma 4)
Chiara Simonelli (Policlinico Tor Vergata)

Componenti del Gruppo di lavoro per la promozione e la tutela della salute degli immigrati
(Determinazione 00162 del 26 gennaio 2016; Determinazioni G05425 e G13639 del 2017)

Si ringrazia **Patrizia Carletti** dell'Osservatorio Disuguaglianze della Regione Marche per la collaborazione offerta.

Per gli specifici contributi si ringraziano:

- **Massimiliano Aragona, Giovanni Baglio, Erica Eugeni, Maurizio Marceca** della Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM);
- **Silvia Declich** e **Maria Elena Tosti** dell'Istituto Superiore della Sanità (ISS);
- **Gruppo Immigrazione e Salute** (GrIS Lazio).

INDICAZIONI E PROCEDURE
PER L'**ACCOGLIENZA** E LA
TUTELA SANITARIA DEI
RICHIEDENTI **PROTEZIONE**
INTERNAZIONALE

DGR 590 2018



Indice

| | |
|--|----|
| ■ 1. IL PERCORSO DELLA PRIMA ACCOGLIENZA SANITARIA | 7 |
| 1.1. Il diritto alla salute e l'assistenza sanitaria | 7 |
| 1.2. Migrazione e determinanti di genere | 8 |
| 1.3. La salute dei richiedenti protezione internazionale | 8 |
| 1.4. Le procedure dell'accoglienza sanitaria | 10 |
| 1.4.1 - Controlli sanitari e presa in carico | 11 |
| 1.4.2 - Salute mentale | 14 |
| 1.5. Accertamento olistico multidisciplinare dell'età | 16 |
| ■ 2. COMUNICAZIONE TRA LE AMMINISTRAZIONI | 18 |
| ■ 3. LA FORMAZIONE | 19 |
| ■ SCHEDE TECNICHE | |
| Scheda 1 - Prima accoglienza: Scheda per la visita medica e per la rilevazione di anamnesi, segni e sintomi | 20 |
| Scheda 2 - Seconda accoglienza: Scheda per la visita medica e per la presa in carico sanitaria | 22 |
| Scheda 3 - Relazione Multidisciplinare per l'accertamento dell'età | 26 |
| ■ ALLEGATI | 28 |
| Allegato 1 - Principi generali di prevenzione e igiene nei centri d'accoglienza | 28 |
| Allegato 2 - Identificazione delle vittime di Mutilazioni Genitali Femminili | 31 |
| Allegato 3 - Parassitosi intestinali | 34 |
| Allegato 4 - Scabbia | 35 |
| Allegato 5 - Pediculosi | 36 |
| Allegato 6 - Alcune informazioni sulle epatiti e sull'HIV | 37 |
| Allegato 7 - Percorso per il controllo della malattia tubercolare | 39 |
| Allegato 8 - Verifica dello stato vaccinale | 40 |
| Allegato 9 - La tutela della salute dei lavoratori dei centri di accoglienza | 41 |
| ■ RIFERIMENTI NORMATIVI | 42 |
| ■ APPENDICE | 46 |
| • Classificazione Internazionale delle Cure Primarie – ICPC | 46 |
| • Acronimi | 51 |



1. Il percorso della prima accoglienza sanitaria

1.1. 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. L'Art. 32 definisce la tutela della salute come diritto fondamentale (e dopo i principi fondamentali della prima parte della Costituzione, questo è il solo “diritto fondamentale”) di ogni “individuo”, italiano o straniero, con regolare permesso di soggiorno (PdS) o temporaneamente privo di una titolarità. È in questa cornice costituzionale che dal 1995 l'Italia ha scelto “politiche sanitarie inclusive” in un'ottica di tutela sanitaria senza esclusioni che prevede, quindi, anche la tutela e il diritto alla salute per le persone straniere presenti nel territorio nazionale.

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 Servizio Sanitario Nazionale (SSN). L'iscrizione è valida anche per i familiari a carico regolarmente soggiornanti.

Per i richiedenti protezione internazionale la durata dell'iscrizione è annuale (12 mesi), rinnovabile di ulteriori 12 mesi, estesa anche ai ricorrenti, fino alla definizione della pratica avviata dal richiedente protezione internazionale, indipendentemente dalla scadenza del documento (cedolino, modulo C3, attestato nominativo, eventuale permesso di soggiorno, ricorso cartaceo). Coloro che sono in attesa di verbalizzare presso la Questura/Polizia di Frontiera la richiesta di protezione, pur avendo diritto all'iscrizione al SSN, in attesa di avere il Codice Fiscale, sono assistibili attraverso il rilascio del codice STP (Straniero Temporaneamente Presente), con diritto ai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA). Nel momento in cui il richiedente ottiene un Codice Fiscale, provvisorio numerico (11 caratteri) o, appena possibile, definitivo alfanumerico (16 caratteri), deve essere iscritto al SSN con l'attribuzione del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS). Dove è presente un'elevata concentrazione di richiedenti asilo, il MMG può svolgere parte della sua attività anche nella struttura d'accoglienza, se ci sono le condizioni per poterlo fare.

I richiedenti protezione internazionale iscritti al SSN hanno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket, attraverso l'attribuzione del codice regionale di esenzione E06, per un periodo di sei mesi dall'iscrizione al SSN, non rinnovabile.

Seppur la **popolazione target** di questo documento sia in particolare quella di richiedenti protezione internazionale in ogni fase della loro presenza, si precisa che nei percorsi assistenziali previsti debbano essere inclusi tutti coloro che siano vittime di violenza intenzionale, di tortura o di tratta, comunque presenti nel nostro territorio indipendentemente del proprio status giuridico.

1.2. MIGRAZIONE E DETERMINANTI DI GENERE

I fattori legati al genere - oltre a quelli legati all'età, all'appartenenza etnica, all'orientamento sessuale - incidono e generano differenze nell'esposizione al rischio e alle situazioni di vulnerabilità in tutti i passaggi della migrazione, dal paese di origine fino all'arrivo nei paesi di accoglienza.

Il determinante di genere differenzia anche i bisogni e le competenze delle persone richiedenti protezione internazionale, a cui occorre rispondere con diversificate metodologie di ascolto e accoglienza.

Vanno in particolare identificate tutte le forme di violenza di genere (psicologica, fisica, sessuale, economica), la tratta, i matrimoni forzati e le pratiche discriminatorie che le donne subiscono scappando dalle zone di conflitto prima, durante e dopo lo sbarco in Italia. Tra le forme di violenza che le donne subiscono nel loro percorso migratorio vanno riconosciute le pratiche delle Mutilazioni Genitali Femminili (MGF), che le Agenzie dell'ONU, OMS, UNICEF e UNFPA definiscono come "forma di violazione dei diritti umani, al pari delle torture ed in quanto tali le vittime necessitano di essere curate nella loro specificità attraverso un approccio personalizzato."

Si ricorda che la presenza di MGF e di tutte le altre forme di violenza di genere possono essere dei requisiti essenziali al fine del riconoscimento dello status di rifugiata (Allegato 2).

Gli operatori devono essere adeguatamente preparati per riconoscere le diverse forme ed esperienze di violenze nonché il disagio psichico da queste causato, al fine di adottare le più idonee metodologie di ascolto, comunicazione e accoglienza, prevedendo l'utilizzazione della mediazione interculturale e di personale sanitario dedicato femminile.

Si devono prevedere percorsi, anche attraverso adeguati piani di formazione, che permettano di gestire situazioni complesse affinché non si ripetano le condizioni di violenza subite, ma siano garantiti il rispetto dei Diritti Umani e venga applicata la Convenzione di Istanbul per permettere l'avvio di un adeguato processo di empowerment e di inclusione socio economica.

Pertanto, per delineare appropriati protocolli di accoglienza e assistenza per le persone richiedenti protezione internazionale, occorre inserire i determinanti di genere, al fine di migliorarne l'efficacia, sottolineando la rilevanza e la complessità che il fenomeno della violenza comporta in tutte le sue declinazioni nella vita di una donna e di una minore.

1.3. LA SALUTE DEI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

I richiedenti e i titolari di protezione internazionale e umanitaria non rappresentano un gruppo omogeneo di migranti, essendo portatori di differenti esperienze, bisogni di salute e di aspettative di assistenza. Le loro problematiche di salute infatti dipendono, oltre che da eventi traumatici, dalla caratterizzazione epidemiologica di malattie presenti nel paese di provenienza e dalla esposizione a fattori di rischio, durante il percorso migratorio e post migratorio, quest'ultimo modulato dalle complessive capacità di accoglienza e tutela dei paesi di arrivo.

Se persiste, seppur con alcune attenuazioni, il cosiddetto "effetto migrante sano", cioè un'autoselezione in partenza per cui emigrano persone in buone condizioni di salute, all'arrivo nella nostra Regione si assiste al cosiddetto "effetto migrante esausto". Infatti, al momento delle prime visite, si osservano esiti soprattutto dovuti al percorso della migrazione forzata, come ferite, ustioni, disidratazione, ipotermia, colpi di calore/sole, esiti di sindromi da annegamento, lesioni muscolo-scheletriche. In questa fase è fondamentale la valutazione di condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza. Nella popolazione femminile si osservano donne che giungono anche in avanzato stato di gravidanza.

Migrazione forzata significa anche che non vi è stato il tempo di pianificare un progetto migratorio. Ciò rende queste persone più esposte a incontrare difficoltà di adattamento nella fase post-migratoria. Inoltre, va considerato che la loro migrazione è “forzata”, in quanto necessaria a sottrarsi a una situazione di violenza e di pericolo per la loro vita. Sono cioè persone che possono essere state esposte a gravi eventi traumatici, tra cui violenze estreme e stupri, che avvengono sia in fase pre-migratoria, cioè nel paese d’origine, sia durante il percorso migratorio. In particolare, è da segnalare la pratica, sempre più frequente, della tortura e della violenza diffusa perpetrata nei “campi di accoglienza” in Niger, Sudan, Libia, ecc.

Una volta accolti, le condizioni di salute sono da una parte condizionate dall’eventuale sovraffollamento nei centri di accoglienza, dalle possibili carenze igienico-sanitarie, dal perdurare di condizioni di vita disagiate, ma anche dall’incertezza dello status giuridico, dalla discriminazione. Ciò favorisce lo sviluppo di malattie del disagio sociale, anche infettive, o l’evidenziarsi di stati carenziali o deficit metabolici. Alcuni problemi di salute, in particolare le malattie parassitarie e quelle nutrizionali, ma anche quelle sessualmente trasmissibili, sono determinate spesso dalle condizioni di viaggio, dai luoghi di accoglienza anche temporanea, e possono variare tra i diversi gruppi. In questa fase **l’offerta attiva di una visita medica** con la rilevazione di dati anamnestici e segni/sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose appare determinante. Il tema dell’accessibilità ai servizi sanitari risulta cruciale. In particolare, la scarsa “accessibilità” ai servizi di supporto psicologico può causare il peggioramento dei sintomi non riconosciuti e non trattati in modo tempestivo, con conseguenti scompensi psicopatologici e il frequente ricorso ai servizi psichiatrici d’urgenza. Per tale motivo i Centri di Salute Mentale (CSM) territoriali devono facilitare l’accesso per interventi precoci ed appropriati.

Per essere efficace una prevenzione adeguata dovrebbe prevedere un miglioramento generale dei percorsi di accoglienza e integrazione, a partire dal riconoscimento in tempi congrui dello status di protezione internazionale, che a livello psicologico consentirebbe al paziente di sentirsi riconosciuto nella propria identità e posizione sociale e di iniziare a programmare un percorso vitale nel paese di arrivo. Tale approccio eviterebbe anche problematiche di ritraumatizzazione secondaria.

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). Per questo nell’accoglienza presso strutture organizzate (prima accoglienza prolungata o seconda accoglienza) deve esserci la previsione di una reale **presa in carico per la salute** con il ruolo determinante del Medico di Medicina Generale, sia per la ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica, sia per la prevenzione primaria. Si auspica la presenza della mediazione interculturale, anche eventualmente in collaborazione con gli enti gestori, il terzo settore e il privato sociale, che è di fondamentale importanza nei percorsi sanitari in genere e, in particolare, per il riconoscimento della sofferenza psichica delle vittime di violenza.

Gruppi particolarmente vulnerabili – minorenni, minori non accompagnati, donne in gravidanza, nuclei con bambini, anziani – necessitano di specifiche attenzioni con l’individuazione di percorsi dedicati.

1.4. LE PROCEDURE DELL'ACCOGLIENZA SANITARIA

La Regione Lazio è interessata solo occasionalmente in modo diretto da sbarchi di profughi, principalmente attraverso “canali umanitari” presso gli aeroporti di Fiumicino o di Pratica di Mare. In genere il Ministero dell'Interno, attraverso le Prefetture, coinvolge i territori istituendo Centri di Prima Accoglienza (CPA), Centri Accoglienza Richiedenti Asilo (CARA) e Centri d'Accoglienza Straordinaria e temporanea (CAS), che spesso, di fatto, assicurano un'accoglienza prolungata. Sono anche presenti strutture di seconda accoglienza, Centri del Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) gestiti dai Comuni tramite convenzione con il Servizio Centrale del Ministero dell'Interno¹. Per i minori stranieri non accompagnati (MSNA), oltre a strutture di pronta accoglienza (che devono essere diverse da quelli per profughi maggiorenni), è prevista una specifica rete di strutture comunali, prefettizie o dello SPRAR².

Al 31.12.2016 la Regione Lazio accoglieva 17.464 migranti, il 9,3% rispetto al totale nazionale: 9.824 nei CAS, 831 nei CPA/CARA, 6.809 negli SPRAR. Al 31 dicembre 2017 la percentuale di profughi accolta nel Lazio si è ridotta al 9,0% e la popolazione assistita a 16.447. Al 30 giugno 2018, pur mantenendo una percentuale pari al 9,0%, la popolazione accolta è scesa a 14.289³.

In tutti questi anni, anche in periodi di forte pressione migratoria, nella Regione non sono state rilevate situazioni epidemiologiche di allerta. Appare, tuttavia, necessario garantire, ai migranti ospitati dagli Enti gestori, prestazioni sanitarie finalizzate a identificare tempestivamente eventuali condizioni morbose in atto e a fornire le cure necessarie.

Per quanto riguarda l'assistenza sanitaria, già con nota regionale n. 413521/14, la Direzione Salute ha emanato indicazioni di carattere generale in merito alle attività di tutela della salute che le Aziende Sanitarie devono assicurare ai richiedenti protezione internazionale nella prima fase dell'accoglienza. Recentemente, la Conferenza Stato-Regioni e Province Autonome ha approvato due documenti di indirizzo che offrono indicazioni per orientare e standardizzare la pratica dei controlli sanitari sui migranti di recente arrivo, e i percorsi di presa in carico (Linea Guida “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”⁴; “Linea 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”)⁵.

1 Intesa tra Stato, Regioni ed Enti Locali territoriali in sede di Conferenza Unificata, 10 luglio 2014, n. 77/CU: Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori non accompagnati. Decreto legislativo 18 agosto 2015, n. 142: Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale.

2 Legge 7/04/2017 n. 47 “Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati”

3 Ministero dell'Interno. Dipartimento per le libertà civili e l'immigrazione: Cruscotto statistico giornaliero. <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/documentazione/statistica/cruscotto-statistico-giornaliero>

4 “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. A cura di Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Istituto Superiore di Sanità (ISS), Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). Roma, Giugno 2017. Accordo Stato Regioni e Province Autonome (Accordo CSR 108/2018) del 10 maggio 2018.

5 Ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017. 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. Accordo Stato Regioni e PA n. 43 del 30 marzo 2017

I.4.1 CONTROLLI SANITARI E PRESA IN CARICO

La linea guida I controlli alla frontiera “intende offrire ai decisori, agli enti gestori dei centri di accoglienza e agli operatori sociosanitari - a fronte dell’incertezza e della variabilità delle pratiche adottate nei diversi contesti regionali e locali - raccomandazioni evidence-based circa la pratica dei controlli sanitari su migranti e profughi richiedenti protezione internazionale, al momento dell’arrivo in Italia e durante le fasi di accoglienza”. In particolare ci si è orientati a:

- promuovere l’appropriatezza clinica e organizzativa, all’interno di percorsi sperimentati come validi ed efficaci;
- evitare sprechi legati all’effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti;
- evitare/ridimensionare le pratiche difensive, sostenute da eventuali ingiustificati allarmismi.

Le raccomandazioni contenute nella suddetta linea guida hanno tenuto conto delle diverse fasi del percorso di accoglienza; è stato pertanto proposto, per la prima accoglienza, un approccio basato sulla rilevazione di segni/sintomi suggestivi di malattia in atto, cui si aggiungono in seconda accoglienza la ricerca di condizioni morbose in forma subclinica (mediante l’utilizzo di appropriati test di screening) e l’effettuazione delle vaccinazioni (vedi lo schema sottostante).

Interventi sanitari nelle diverse fasi dell’accoglienza

| INTERVENTI SANITARI NELLE DIVERSE FASI DELL’ACCOGLIENZA | | |
|---|--|--|
| Soccorso prima assistenza | Prima assistenza | Seconda assistenza |
| Valutazione medica iniziale: presenza di condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza | Visita medica: rilevazione di dati anamnestici e segni/sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose | Presenza in carico sanitaria: <ul style="list-style-type: none">• ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening)• prevenzione primaria (vaccinazioni) |

Tale impostazione è condivisa dalla Regione Lazio che, nel recepire le linee guida, adatta le raccomandazioni alle specificità del modello recettivo regionale.

A seguito del trasferimento dei migranti nei centri d’accoglienza da parte delle Prefetture, l’Azienda sanitaria locale nel cui territorio insiste la struttura è tenuta, ad eccezione dei casi clinici urgenti che andranno indirizzati ai servizi di emergenza, a pianificare il proprio intervento entro 24/72 ore dal trasferimento stesso.

Ogni ASL identifica un referente aziendale per le problematiche relative all'assistenza sanitaria dei migranti presenti nei centri di accoglienza, e ne dà comunicazione alla Regione, alla Prefettura, e ai Centri d'accoglienza.

Nei due riquadri sottostanti, sono riportate, in forma schematica, le strategie da adottare per rispondere ai bisogni di salute dei migranti.

FASE DI PRIMA ACCOGLIENZA

In relazione alla pianificazione della ASL, presso la struttura di prima accoglienza o presso l'ambulatorio STP, deve essere effettuata una **visita medica con valutazione anamnestica e clinica dei migranti** da parte di un medico⁶ del SSR, ovvero del servizio STP, ovvero di altro medico, secondo modalità concordate con la ASL. Tale visita include un colloquio – che può prevedere il supporto di mediatori culturali o interpreti (eventualmente forniti dall'Ente Gestore) – volto a raccogliere l'anamnesi personale e familiare per pregresse malattie infettive, condizioni croniche, allergia a farmaci, e a verificare la presenza di segni di traumi e/o esiti di torture, e l'eventuale stato di gravidanza. Dal punto di vista clinico, vanno ricercati attivamente **segni e/o sintomi suggestivi di patologia**, anche di interesse psico-traumatologico. Particolare attenzione deve essere prestata a:

- tosse da ≥ 2 settimane (TB);
- febbre, splenomegalia (malaria);
- ispezione della cute per identificazione di ectoparassitosi;
- secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, rash cutanei, linfadenopatie inguinali (IST);
- diarrea, dolori addominali, nausea, vomito, prurito, ematuria in atto o pregressa (parassitosi);
- segni e/o sintomi di diabete;
- segni e/o sintomi di anemia;
- misurazione della pressione arteriosa.

Ai fini della raccolta dei dati di rilevanza sanitaria, è stata predisposta una Scheda per la visita medica per la rilevazione di anamnesi, segni e sintomi (Scheda I). Tale scheda deve essere compilata alla prima occasione di contatto con il medico. Una copia va consegnata al paziente e una va inviata alla ASL di competenza (ogni ASL comunicherà il servizio a cui inviare la documentazione) che annualmente produrrà un resoconto per la Regione.

6 Decreto del Ministero dell'Interno "Fornitura di beni e servizi relativi alle strutture dei centri di accoglienza" del 07/03/2017

SECONDA ACCOGLIENZA E PRESA IN CARICO

Se il profugo si trova in seconda accoglienza (SPRAR) o se la previsione che i tempi di permanenza nei CAS o nei CARA e comunque nei centri di prima accoglienza siano prolungati (almeno di 3/6 mesi), deve configurarsi una vera e propria **presa in carico sanitaria**. La valutazione clinica appare estremamente importante ed è quella che deve guidare eventuali accertamenti successivi e/o visite specialistiche.

Questa è la fase in cui, accanto alla sorveglianza attiva dei quadri clinici in acuzie, è possibile effettuare **screening e interventi di prevenzione oncologica e vaccinale** a carico della ASL territorialmente competente.

In particolare, si considerano le seguenti attività di prevenzione primaria (vaccinazioni adulti e bambini, come riassunto nell'allegato 8) e secondaria (screening per il carcinoma della cervice uterina, nell'ambito dei programmi territoriali).

La ricerca attiva di condizioni precliniche è rivolta ai soggetti individuati sulla base dei seguenti criteri epidemiologici (alta endemia) e/o di esposizione a fattori di rischio:

- TST/IGRA su migranti asintomatici da paesi con incidenza TB > 100/100.000;
- test HIV su migranti ≥ 16 aa. da paesi con prevalenza > 1%, su donne in gravidanza o in allattamento, e su soggetti (anche minori) esposti a fattori di rischio o con coinfezioni (altra IST o TB);
- sierologia HBsAg, HBcAb e HBsAb su migranti da paesi a prevalenza di HBV > 2% e/o su soggetti con fattori di rischio o donne in gravidanza;
- test HCV su migranti da paesi a prevalenza > 3% e/o soggetti con fattori di rischio;
- test diagnostici per infezione da Chlamydia trachomatis e Neisseria gonorrhoeae, in soggetti asintomatici con fattori di rischio per IST;
- sierologia per sifilide su migranti da Paesi con prevalenza HIV > 1% e/o esposti a fattori di rischio;
- sierologia per Strongyloides stercoralis e Schistosoma spp in migranti che abbiano vissuto o viaggiato in aree endemiche;
- glicemia a digiuno su migranti ≥ 35 aa. da paesi a elevata prevalenza di diabete e con specifici fattori di rischio.

A tale riguardo è stata predisposta una scheda per la visita medica e per la presa in carico sanitaria (Scheda 2). Tale scheda deve essere compilata alla prima occasione di contatto con il medico, secondo le stesse modalità descritte per la prima accoglienza.

Indipendentemente dalle raccomandazioni cliniche sull'assistenza sanitaria e dalle fasi del percorso definite dalle suddette linee guida, si sottolinea che 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'allestimento di strutture dotate dei requisiti minimi essenziali (letto pulito, cambio abiti, servizi igienici, spazi adeguati e riscaldati ecc.) e, ove necessario, l'uso di dispositivi di protezione individuale a tutela degli operatori coinvolti nell'accoglienza (Allegato I).

La sorveglianza sanitaria e la profilassi delle malattie infettive e diffuse sono di esclusiva competenza del SSR, come l'obbligo di segnalazione, ai sensi del D.M. del 15 dicembre 1990 "Sistema informativo delle malattie infettive e diffuse". I Servizi di Igiene e Sanità Pubblica (SISP) delle ASL forniscono agli Enti gestori le indicazioni per i provvedimenti di sanità pubblica da mettere in atto in caso di malattie infettive trasmissibili, al fine di prevenirne la diffusione nei centri di accoglienza e, in generale, nella collettività.

In allegato al documento, si riportano, in forma sintetica, informazioni relative ad alcune malattie infettive che non hanno carattere di urgenza ma possono rappresentare una criticità all'interno dei centri di accoglienza: parassitosi intestinale, pediculosi e scabbia (Allegati 3, 4 e 5). Nell'Allegato 6 sono riportate alcune informazioni sulle epatiti e sul virus HIV, mentre nell'Allegato 7 è specificato il percorso per il controllo per la malattia tubercolare (TB).

Gli Enti gestori sono tenuti a orientare ed eventualmente accompagnare i migranti presso i servizi, e a provvedere all'iscrizione degli stessi al SSR. Si precisa che il richiedente protezione internazionale deve essere obbligatoriamente iscritto al SSR ed avere il MMG/PLS che avrà cura di applicare quanto previsto dalle suddette raccomandazioni. Solo a fronte di una impossibilità di iscrizione, per mancanza dei documenti necessari (codice fiscale) o nel caso in cui il migrante sia in procinto di lasciare la struttura per una *relocation*, è possibile una presa in carico presso il servizio STP della ASL di competenza.

I.4.2 SALUTE MENTALE

Rispetto alle problematiche di salute mentale, la succitata linea guida ministeriale per la presa in carico dei soggetti con disturbi psichici e che hanno subito torture o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale ha individuato interventi sanitari da compiere nelle diverse fasi del percorso di riconoscimento della protezione. Il documento sottolinea alcuni aspetti chiave dell'accoglienza e della presa in carico, quali l'emersione precoce dei bisogni di salute mentale, il riconoscimento e l'accessibilità dei diritti, l'adeguatezza del setting e lo sviluppo di competenze mediante attività formative rivolte al personale (vedi schema sottostante).

| INDIVIDUAZIONE PRECOCE DELLE VITTIME DI VIOLENZA INTENZIONALE E PRESA IN CARICO - chi, dove, come | | |
|---|---|---|
| Operatori sociali delle strutture d'accoglienza | Medici e psicologi delle strutture d'accoglienza o del SSR | Servizi specialistici del DSM o altre strutture riconosciute dal SSR |
| Nella quotidianità Osservazione di "sintomi sentinella" previa formazione specifica | In un setting adeguato Colloquio/i eventualmente con il supporto di strumenti specifici | Percorsi multidisciplinari integrati Conferma diagnostica e presa in carico terapeutica |

La Regione Lazio intende riprendere tale impostazione, richiamandone i principi e adattandone le indicazioni al contesto organizzativo regionale.

Tra le specificità relative alla salute mentale dei rifugiati e richiedenti asilo, particolare attenzione deve essere posta ai fenomeni di sofferenza post-traumatica, che l'attuale classificazione psichiatrica inserisce nel costrutto del Disturbo da Stress Post-Traumatico (PTSD) e che, nei casi più gravi, si presenta come un "PTSD complesso", caratterizzato da importanti screzi di coscienza fino a sintomi psicotici. Sono inoltre frequenti i vissuti depressivi e i disturbi cognitivi secondari al trauma, che inficiano i percorsi di apprendimento della lingua e di integrazione socio-lavorativa nella nuova società.

Spesso la condizione di sofferenza dei migranti non è immediatamente evidente, tanto che in letteratura si parla di "ferite invisibili". Ciò a sottolineare che, mentre gli esiti somatici della tortura e della violenza intenzionale (es. cicatrici) sono direttamente visibili, la sofferenza che le persone si portano dietro dopo esser sopravvissute a determinate esperienze è spesso celata. Ciò comporta la necessità di individuare precocemente gli indizi di tale sofferenza, prima che cronicizzi o si complichino (ad es. con abuso di sostanze assunte a scopo "auto-curativo", per non pensare).

Al fine di evitare al paziente rischi di ritraumatizzazione, si consiglia di operare all'emersione della sofferenza post-traumatica in modo indiretto, implementando programmi di formazione rivolti agli operatori dei centri di accoglienza. Questi ultimi andrebbero formati a riconoscere i "sintomi sentinella", in modo da effettuare un tempestivo invio del soggetto al personale sanitario operante nella struttura d'accoglienza.

All'interno di un setting sanitario protetto, sarà quindi possibile procedere a una migliore obiettivazione delle condizioni di salute mentale e valutare l'eventuale urgenza per il successivo invio ai servizi specialistici del SSR o da esso riconosciuti.

Si raccomanda in tutte le fasi della individuazione precoce e della presa in carico l'utilizzazione della mediazione linguistico-culturale.

È auspicabile la creazione di accordi formali tra i diversi enti del territorio (anche paragrafo 2), in sinergia tra servizio pubblico e privato sociale, in modo da regolamentare funzioni e prassi condivise affinché, in particolare per le vittime di violenze e torture, i percorsi di prevenzione, emersione, cura e riabilitazione abbiano carattere non differito e continuativo, e un approccio multidisciplinare integrato. Il SSR deve mantenere la regia del percorso assistenziale, pur potendo avvalersi di Associazioni o altre Istituzioni operanti sul territorio, da individuare sulla base di precisi criteri di competenza ed esperienza nel campo delle patologie post-traumatiche dei richiedenti asilo, con riferimento agli aspetti relativi alla multiculturalità, ai diritti umani e al genere. In particolare per le donne riconosciute come vittime di violenza o di tratta, le attività terapeutiche e di riabilitazione potranno essere svolte in collaborazione con i servizi territoriali dedicati alla violenza di genere e/o nell'ambito di programmi di protezione per le vittime di tratta.

La **Certificazione medico legale** prevista dalla procedura per il riconoscimento della protezione internazionale, in ragione delle complesse e delicate implicazioni non solo di tipo clinico-assistenziale ma anche etico e giuridico, deve essere effettuata da personale competente, con un approccio multiprofessionale, in un setting adeguato all'interno di centri la cui attività possa essere monitorata e adeguatamente valutata. La ASL può svolgere tale attività attraverso i propri servizi e operatori sanitari, formalmente individuati e adeguatamente formati. La certificazione può essere rilasciata anche da centri/organizzazioni non profit, riconosciute dalla ASL, che per esperienza, competenza, assenza di conflitto di interessi e di ogni altra forma di condizionamento, possano garantire la correttezza e la completezza del percorso di certificazione. Tali centri devono essere riconosciuti e registrati dalla ASL in un elenco reso disponibile ai richiedenti asilo nonché alle autorità deputate alle azioni di verifica e controllo. Tutte le strutture che svolgono questo compito devono garantire l'imparzialità, la multidisciplinarietà, l'accessibilità, la sostenibilità e la presa in carico ed è necessario che corrispondano a un obbligo informativo verso la ASL territorialmente competente, utile ai fini della programmazione delle prestazioni che devono essere offerte a tali pazienti.

Ogni Azienda sanitaria coinvolta dovrà monitorare l'attuazione dei percorsi multidisciplinari, elaborando un rapporto quali-quantitativo annuale sulle attività svolte e sulle principali problematiche riscontrate a livello clinico, organizzativo e di bisogni formativi, da trasmettere alla Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione, con particolare riferimento al tema della salute delle vittime di violenza intenzionale e di tortura.⁷

Si sottolinea infine che, in tutte le fasi della valutazione sanitaria, deve essere rispettato il Codice in materia di protezione dei dati personali⁸. In nessun caso possono essere divulgati "dati sensibili", cioè i dati personali idonei a rivelare l'origine 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 l'orientamento sessuale. **I migranti devono inoltre essere adeguatamente informati e, laddove previsto, occorre ottenere il consenso informato.**

1.5. ACCERTAMENTO OLISTICO MULTIDISCIPLINARE DELL'ETÀ

La procedura olistico multidisciplinare per l'accertamento dell'età si svolge presso strutture pubbliche del SSR secondo le rispettive organizzazioni (es. Casa della salute, Consultorio Familiare, reparto di Pediatria, Dipartimento Materno-infantile, Servizi per l'età Evolutiva, Distretto Sanitario, ecc.).

Le ASL sono tenute ad attivare la procedura per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età **entro tre giorni** lavorativi dalla richiesta di valutazione dell'età del presunto minore.

La procedura è condotta da équipe multidisciplinari **funzionali**, appositamente individuate e formate. L'équipe multidisciplinare e multiprofessionale è composta da:

- un assistente sociale;
- un pediatra preferibilmente con competenze auxologiche;
- uno psicologo dell'età evolutiva e/o un neuropsichiatra infantile.

È prevista la presenza di un mediatore interculturale.

Nell'ambito dell'équipe multidisciplinare e multiprofessionale viene individuato e nominato il case manager (assistente sociale o pediatra-auxologo) che ha il compito di organizzare e coordinare le fasi della procedura socio-sanitaria.

I professionisti componenti l'équipe multidisciplinare e multiprofessionale devono essere esperti e consapevoli delle specificità relative all'origine geografica e culturale del minore, opportunamente formati e aggiornati al fine di garantire la minore variabilità possibile del giudizio espresso.

La procedura per l'accertamento dell'età è coordinata dal case manager e consiste nell'utilizzo di un approccio olistico, multidisciplinare e multidimensionale, che prevede un colloquio sociale approfondito, una visita pediatrica-auxologica, una valutazione neuropsichiatrica/psicologica, con l'ausilio di un mediatore interculturale, secondo i passaggi riportati di seguito.

7 Ai sensi del Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017. 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. Pg. 61

8 D.lgs. n. 196 del 30 giugno 2003: Codice in materia di protezione dei dati personali e Regolamento Europeo in materia di protezione dei dati personali, n. 679 del 2016 entrata in vigore il 25 maggio 2018

1. Colloquio sociale: articolato in modo tale da comprendere la storia e la biografia, personale, familiare e sociale del minore. Ove nel corso del colloquio si evincano elementi certi circa la minore età non sarà necessario procedere alle fasi successive;
2. visita pediatrica-auxologica: nel rispetto del presunto minore, comprende la rilevazione di tutti quei parametri utili a fornire indicazioni sull'età; inoltre il pediatra-auxologo, a completamento della valutazione, con le dovute cautele per la sensibilità del presunto minore, nel rispetto del suo genere, cultura e religione, può anche effettuare una valutazione dello sviluppo puberale, avendo chiesto e ottenuto il suo consenso;
3. valutazione neuropsichiatrica/psicologica: viene effettuata attraverso un colloquio, non essendo attualmente disponibili test psicologici per valutare il livello di maturazione psicologica del presunto minore. Il colloquio viene condotto dallo psicologo dell'età evolutiva o dal neuropsichiatra infantile ed organizzato con una modalità di raccolta standardizzata di informazioni, attraverso un'intervista semi strutturata, al fine di ridurre la variabilità data dal giudizio soggettivo dell'operatore e svolta in condizioni tali da potere avere la massima collaborazione da parte del soggetto in esame.

A cura del Tavolo interregionale Immigrati e Servizi sanitari

Al termine delle suddette valutazioni specialistiche, il case manager organizza con i professionisti dell'équipe multidisciplinare la refertazione della valutazione dell'età, che deve essere conclusa **entro 72 ore** dall'inizio operativo della procedura di accertamento.

Per ogni soggetto esaminato sarà redatta e conservata una cartella clinica.

A seguito della procedura socio-sanitaria di accertamento dell'età viene redatta una relazione sanitaria olistica multidisciplinare, seguendo il formato standard (Scheda 3) che comprende l'indicazione di attribuzione dell'età cronologica media, con il margine di errore insito nella variabilità biologica, i riferimenti sulle metodiche utilizzate, nonché il margine di imprecisione insito in ciascuna metodica utilizzata. Poiché, in tutte le procedure di valutazione dell'età, l'obiettivo primario deve essere il supremo interesse del minore, come adottato dal Comitato delle Nazioni Unite per i diritti del fanciullo nella 62^a sessione (General comment n. 14 art. 3, paragrafo 1, 2013), qualora il margine di errore comprenda al suo interno sia la minore che la maggiore età, prevale la presunzione della minore età⁹. Si ricorda che nel 95% dei casi l'errore è di più o meno 2 anni, ma nel 5% può essere superiore a questo valore.

La relazione socio-sanitaria con il relativo esito riguardante la valutazione dell'età anagrafica deve essere trasmessa all'Autorità di Pubblica Sicurezza, all'Autorità Giudiziaria competente ai sensi del Decreto Legislativo n. 220 del 22 dicembre 2017, ai Servizi Minorili della Giustizia quando il soggetto sia sottoposto a procedimento penale e l'accertamento venga effettuato ai sensi dell'art. 8 del D.P.R. 448/88.

⁹ Nota del Ministero dell'Interno n. 400/A/2017/12.214.32 del 28/08/2017



2. Comunicazione tra le Amministrazioni

In un'ottica di rete e di collaborazione istituzionale, è auspicabile che le Amministrazioni coinvolte nel processo di accoglienza stabiliscano precise **procedure di comunicazione e cooperazione, anche attraverso la sottoscrizione di Protocolli d'Intesa**, al fine di definire le relative competenze e le diverse fasi dell'accoglienza socio-sanitaria dei richiedenti protezione internazionale.

Amministrazioni coinvolte:

- a. Prefettura;**
- b. Questura;**
- c. Comuni;**
- d. ASL.**

Per quanto concerne la presa in carico prettamente sanitaria, è necessario che, negli eventuali Protocolli d'intesa, vengano specificate le seguenti azioni:

- 1.** comunicazione tempestiva da parte della Prefettura alla ASL territorialmente competente in merito alla data di arrivo dei migranti presso il Centro di accoglienza, comprensiva dell'elenco degli stessi, con indicazione del nome, cognome, nazionalità, sesso, eventuale codice fiscale se già assegnato, data di arrivo in Italia, Centro di provenienza, indirizzo del Centro di accoglienza di arrivo, segnalazione di casi "particolari" (esempio donne in gravidanza, minori non accompagnati, persone malate). Qualsiasi comunicazione che abbia un impatto sanitario deve essere trasmessa alla ASL di competenza;
- 2.** rilascio da parte della Questura del codice fiscale ai sensi della nota Ministero della salute del 7 marzo 2017, in esecuzione della Comunicazione dell'Agenzia delle Entrate del 26 luglio 2016;
- 3.** definizione da parte del Comune di percorsi di integrazione per quanto di propria competenza territoriale;
- 4.** applicazione da parte delle ASL delle indicazioni del presente documento.

Sarà cura delle Amministrazioni coinvolte, per le rispettive competenze, predisporre le indicazioni operative da comunicare tempestivamente agli Enti Gestori e monitorare che tali disposizioni vengano rispettate.



3. La formazione

La formazione e l'aggiornamento degli operatori rappresentano strumenti fondamentali per promuovere la qualità e l'armonizzazione degli interventi di accoglienza e assistenza rivolti a richiedenti e a titolari di protezione internazionale. Più precisamente, un'adeguata formazione massimizza la possibilità che tutti gli operatori, a diverso titolo coinvolti, possiedano le conoscenze e le competenze necessarie per rispondere ai bisogni, espressi, inespressi, evidenti o latenti dei richiedenti protezione internazionale.

È auspicabile che, nella programmazione dei piani di formazione aziendale, venga previsto un percorso di formazione sui temi dell'intercultura e della salute multiculturale.

È possibile distinguere vari livelli di formazione, non necessariamente consequenziali, che riconoscono target, tempistiche e obiettivi specifici:

- di "sensibilizzazione", rivolto a tutti gli operatori, al fine di renderli consapevoli del profilo di vulnerabilità delle persone assistite e dei loro diritti, con la finalità di promuovere la capacità di rilevare precocemente possibili situazioni di disagio socio-sanitario e/o di violenza subita;
- di "facilitazione e supporto", destinato agli operatori coinvolti nell'accoglienza e la presa in carico sanitaria, per fornire elementi operativi ed organizzativi coerenti con il contesto di intervento assistenziale, in una logica di presa in carico globale;
- di "formazione specifica", rivolto a determinate figure professionali e a gruppi multi professionali, volto a conseguire competenze assistenziali specifiche (esempio nell'ambito psichiatrico o della salute materno infantile).

Tale formazione per essere efficace deve essere:

- concepita secondo finalità collegate agli specifici contesti che caratterizzano il percorso, dall'arrivo fino ai luoghi di permanenza;
- sufficientemente flessibile da poter essere praticabile in contesti diversi, secondo le caratteristiche, le esigenze e i vincoli propri dello specifico contesto territoriale;
- affidata ad attori competenti e responsabili, secondo modalità che ne consentano un'efficiente implementazione sul territorio;
- attenta all'approccio di genere.

TEMATICHE PRINCIPALI DA TRATTARE NELLA FORMAZIONE

- Instabilità geopolitica e violazione dei diritti umani nei Paesi di origine e di transito;
- aspetti antropologici, etici e giuridici legati alla migrazione;
- bisogni e profili di salute con riferimento anche ai temi di salute mentale, violenza intenzionale, tortura e violenza di genere;
- diritti e doveri dei richiedenti;
- la mediazione culturale nel processo di cura;
- informazione e orientamento ai servizi socio-sanitari;
- interventi di prevenzione e sostegno per la salute degli operatori;
- temi di "formazione specifica".

SCHEDA 1 - Prima Accoglienza

Scheda per la visita medica per la rilevazione di anamnesi, segni e sintomi

RILEVAZIONE PRESENZA DI SEGNI E SINTOMI

Riportare nello spazio NOTE in fondo alla scheda il numero corrispondente ai sintomi/segni indicati da 1 a 27, riportando i dettagli ritenuti utili all'inquadramento diagnostico.

| | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Sospetta Tuberculosis attiva: | | | |
| [1] tosse da ≥ 2 settimane | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | |
| Sospetta Malaria: | | | |
| [2] febbre | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [3] splenomegalia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Sospette infezioni sessualmente trasmissibili: | | | |
| [4] secrezioni vaginali, cervicali o uretrali | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [5] disuria <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [6] ulcere genitali | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [7] ulcere orali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [8] rash cutanei | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [9] linfadenopatie inguinali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Sospetta Parassitosi intestinale: | | | |
| [10] diarrea | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [11] dolori addominali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [12] nausea | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [13] vomito <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [14] prurito | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [15] ematuria <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Altri segni e sintomi: | | | |
| [16] segni e/o sintomi di diabete | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [17] segni e/o sintomi di anemia <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [18] lesioni della cute | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [19] deficit/disturbi nutrizionali <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [20] deficit visivi | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [21] deficit uditivi <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Sospetto evento traumatico: | | | |
| [22] segni di traumi fisici | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [23] segni di traumi psichici <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [24] presenza di ferita chirurgica recente | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No | [25] segni suggestivi di violenza sessuale <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| mutilazioni genitali femminili (anche riferite) | | <input type="checkbox"/> Sì | <input type="checkbox"/> No |

| | |
|--|---|
| DIAGNOSI/SOSPETTO DIAGNOSTICO: _____ | _ _ _ _ cod. ICPC |
| _____ | _ _ _ _ cod. ICPC |
| TERAPIA SOMMINISTRATA: _____ | |
| _____ | |
| Accertamenti richiesti: | |
| VISITA SPECIALISTICA <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | Se sì, specificare: _____ |
| CONSULENZA PSICOLOGICA <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | CONSULENZA PSICHIATRICA <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| VISITA GINECOLOGICA <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | |
| ALTRE INDAGINI STRUMENTALI: _____ | |

| |
|----------------------|
| NOTE: |
| |

Nome Medico compilatore: _____

Timbro e Firma

Recapito mail / cellulare _____

SCHEDA 1 - pagina 2/2

SCHEDA 2 - Seconda Accoglienza

Scheda per la visita medica e per la presa in carico sanitaria

RILEVAZIONE PRESENZA DI SEGNI E SINTOMI

Riportare nello spazio NOTE in fondo alla scheda il numero corrispondente ai sintomi/segni indicati da 1 a 27, riportando i dettagli ritenuti utili all'inquadramento diagnostico.

| | | | |
|---|---|--|---|
| Sospetta Tuberculosis attiva: | | | |
| [1] tosse da ≥ 2 settimane | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |
| Sospetta Malaria: | | | |
| [2] febbre | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [3] splenomegalia | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Sospette infezioni sessualmente trasmissibili: | | | |
| [4] secrezioni vaginali, cervicali o uretrali | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [5] disuria | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [6] ulcere genitali | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [7] ulcere orali | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [8] rash cutanei | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [9] linfadenopatie inguinali | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Sospetta Parassitosi intestinale: | | | |
| [10] diarrea | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [11] dolori addominali | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [12] nausea | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [13] vomito | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [14] prurito | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [15] ematuria | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Altri segni e sintomi: | | | |
| [16] segni e/o sintomi di diabete | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [17] segni e/o sintomi di anemia | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [18] lesioni della cute | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [19] deficit/disturbi nutrizionali | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [20] deficit visivi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [21] deficit uditivi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| Sospetto evento traumatico: | | | |
| [22] segni di traumi fisici | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [23] segni di traumi psichici | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [24] presenza di ferita chirurgica recente | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | [25] segni suggestivi di violenza sessuale | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No |
| [26] mutilazioni genitali femminili (anche riferite) | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |

DIAGNOSI/SOSPETTO DIAGNOSTICO: _____ |__|__|__|__| cod. ICPC

_____ |__|__|__|__| cod. ICPC

TERAPIA SOMMINISTRATA: _____

Accertamenti richiesti:

VISITA SPECIALISTICA Sì No Se sì, specificare: _____

CONSULENZA PSICOLOGICA Sì No CONSULENZA PSICHIATRICA Sì No

VISITA GINECOLOGICA Sì No

ALTRE INDAGINI STRUMENTALI: _____

SCREENING:

[27] Emocromo eseguito non eseguito Normale Anormale

inserimento programma di screening ca. della cervice uterina Sì No non applicabile

SCHEDA 2 - Seconda Accoglienza

Scheda per la visita medica e per la presa in carico sanitaria

DATI DI LABORATORIO (si raccomanda di inviare dopo aver completato la parte relativa agli esiti):

| Accertam. diagnostico | Popolazione target | Ricercato | Esito |
|---|---|---|---|
| Infezione tubercolare latente | | | |
| TST | soggetti provenienti da paesi ad alta endemia (stime di incidenza di TB >100/100.000), ospiti presso centri di accoglienza con una prospettiva di permanenza di almeno 6 mesi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| IGRA | | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| Infezioni da HIV, HBV e HCV | | | |
| Anti-HIV 1/2 | <ul style="list-style-type: none"> soggetti di età ≥16 anni provenienti da paesi a elevata endemia (stime di prevalenza di HIV >1%) alle donne in gravidanza e durante l'allattamento esposti a fattori di rischio (pregresse trasfusione di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali) concomitante IST o infezione tubercolare minori di età <16 anni con fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, storia di abusi/violenze sessuali) e/o di coinfezioni quali altra IST o infezione tubercolare | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| HBsAg | <ul style="list-style-type: none"> soggetti provenienti da paesi a prevalenza di HBsAg >2% soggetti con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, partner sessuali multipli, abuso sessuale, familiari stretti con infezione da HBV, terapia con immunosoppressori) donne in gravidanza | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| HBcAb | | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| HBsAb | | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| Anti-HCV | <ul style="list-style-type: none"> soggetti da paesi a prevalenza di HCV >3% soggetti con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, parametri epatici alterati, pratiche che prevedono penetrazione della cute a scopo non terapeutico) | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| Altre infezioni sessualmente trasmesse | | | |
| Clamidia | soggetti con fattori di rischio (<i>partner</i> multipli, nuovi <i>partner</i> , recente storia di IST, violenza sessuale) o con segni e sintomi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| Gonorreae | | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| Sifilide | <ul style="list-style-type: none"> soggetti di età ≥16 anni provenienti da paesi a elevata endemia per infezione da HIV (stime di prevalenza di HIV >1%) soggetti minori di età <16 anni con fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, abusi/violenze sessuali) o di altre IST soggetti esposti a fattori di rischio o con segni e sintomi | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| Parassitosi intestinale | | | |
| Strongiloidosi | <ul style="list-style-type: none"> soggetti che hanno vissuto o viaggiato in aree endemiche per strongiloidosi soggetti con eosinofilia | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |
| Schistosomiasi | <ul style="list-style-type: none"> soggetti che hanno vissuto o viaggiato in aree endemiche per schistosomiasi soggetti con eosinofilia | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |

SCHEDA 2 - Seconda Accoglienza

Scheda per la visita medica e per la presa in carico sanitaria

| Accertam. diagnostico | Popolazione target | Ricercato | Esito |
|---------------------------|--|---|---|
| Altri accertamenti | | | |
| Glicemia | <ul style="list-style-type: none"> • soggetti di età ≥35 anni, provenienti da paesi ad alta prevalenza di diabete (Subcontinente indiano, Medio Oriente, Nord Africa, Africa subsahariana) • soggetti con specifici fattori di rischio (ipertensione, iperlipidemia, familiarità per malattia diabetica) | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | __ (mg/dL) |
| Test di gravidanza | In base a valutazioni eseguite in sede di <i>counselling</i> | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/> Neg |

| | | | |
|---|---|--|--|
| DOCUMENTAZIONE RELATIVA ALLE SEGUENTI VACCINAZIONI: | | <input type="checkbox"/> non disponibile | <input type="checkbox"/> disponibile |
| TUTTI: | | SOLO 0-18 ANNI: | |
| anti-poliomielite | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi | anti-pneumococcica | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi |
| anti-difterica | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi | anti-meningococcica B | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi |
| anti-tetanica | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi | anti-meningococcica C/ACWY | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi |
| anti-pertosse | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi | anti-haemophilus influenzae tipo b | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi |
| anti-morbillo | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi | anti-rotavirus | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi |
| anti-parotite | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi | anti-HPV | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi |
| anti-rosolia | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi | | |
| anti-varicella | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi | | |
| anti-epatite virale B | <input type="checkbox"/> Sì __ N° dosi | | |
| INVIO A CENTRO VACCINALE | <input type="checkbox"/> Sì <input type="checkbox"/> No | | |

DIAGNOSI/SOSPETTO DIAGNOSTICO: _____ |__|__|__|__| cod. ICPC2
 _____ |__|__|__|__| cod. ICPC2

TERAPIA SOMMINISTRATA: _____

Accertamenti richiesti:

VISITA SPECIALISTICA Sì No Se sì, specificare: _____

CONSULENZA PSICOLOGICA Sì No CONSULENZA PSICHIATRICA Sì No

VISITA GINECOLOGICA Sì No

ALTRE INDAGINI STRUMENTALI: _____

NOTE: § Inserire dettagli sui segni e sintomi individuati, preceduti dal numero corrispondente a quello specifico segno/sintomo

Nome Medico compilatore: _____

Timbro e Firma

Recapito mail / cellulare _____

SCHEDA 2 - pagina 4/4

La presente scheda è stata sviluppata sulla base della LG: "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza"

SCHEDA 3 - Relazione multidisciplinare per l'accertamento dell'età

Redatta dall'équipe multidisciplinare a seguito del confronto tra i professionisti

La valutazione multidisciplinare per la determinazione dell'età del presunto minore

Cognome _____ Nome _____

è stata condotta attraverso:

1. Colloquio sociale, effettuato in data _____

2. Valutazione neuropsichiatrica/psicologica, effettuata in data _____

3. Visita pediatrico - auxologica, effettuata in data _____

Eventuali Approfondimenti

(da effettuare solo nel caso in cui il dubbio sull'età del minore persista anche dopo la valutazione multidisciplinare)

Specificare tipo di esami e data:

| | |
|-------|-------|
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |

A. I dati raccolti e i dati oggettivi suggeriscono una minore età, in particolare l'età attribuita è pari a circa _____ +/- _____ anni¹⁰

B. I dati raccolti e i dati oggettivi sono incerti e nel dubbio si conclude per una minore età approssimativamente di _____ +/- _____ anni

C. È molto improbabile che il/la ragazzo/a abbia una minore età, in particolare si attribuiscono circa _____ +/- _____ anni.

¹⁰ L'attribuzione dell'età è soggetta alla variabilità biologica (solitamente +/- 2 anni), alla soggettività e al possibile errore dell'esaminatore (variabile in relazione alla sua esperienza auxologica e alle conoscenze antropologiche), alla variabilità del metodo se si utilizzano indagini quantificabili come età ossea o altre (di solito +2DS, che in età puberale avanzata corrispondono a +2-3 anni) e ad altre variabili occasionali come il vissuto precedente, l'etnia, le caratteristiche genetiche e, infine patologie e terapie in atto o pregresse.

SCHEDA 3 - Relazione multidisciplinare per l'accertamento dell'età

Redatta dall'équipe multidisciplinare a seguito del confronto tra i professionisti

Motivazioni del parere (sintesi)

Presunzione della minore età

Qualora il margine di errore comprenda al suo interno sia la minore che la maggiore età, prevale la presunzione della minore età.

Data, Luogo: _____

Firme

Assistente sociale: _____

Pediatra (auxologo) _____

Neuropsichiatra/Psicologo _____

Mediatore interculturale o interprete _____

Firma dell'esaminando (con assenso informato): _____



ALLEGATO 1

Principi generali di prevenzione e igiene nei centri d'accoglienza

Per contrastare l'insorgere di malattie infettive è opportuno rispettare una serie di misure preventive relative all'igiene personale e agli ambienti di vita.

IGIENE PERSONALE

La norma igienica più importante consiste in un accurato ed efficace lavaggio delle mani. Tale norma è fortemente raccomandata:

- dopo ogni contatto con materiale potenzialmente sporco o inquinato;
- in circostanze ordinarie, dopo aver starnutito, tossito, usato il bagno ecc.;
- al momento di cucinare, distribuire i cibi, mangiare;
- 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 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:

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, risciacquarsi e ripetere un'altra applicazione di sapone per altrettanto tempo (**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 per ciascun assistito.

Per quanto riguarda gli oggetti di uso personale, si raccomanda di utilizzare oggetti monouso, come ad esempio fazzoletti, asciugamani e tovaglioli di carta, rasoi, limette, spazzolini per la pulizia delle unghie. Quando non sono disponibili oggetti monouso è necessario effettuare un lavaggio accurato degli stessi dopo ogni utilizzo ed evitarne un uso promiscuo.

Per abiti, biancheria, lenzuola e simili, è opportuno effettuare cambi e lavaggi con frequenza almeno settimanale.

Figura 1. L'Organizzazione Mondiale della Sanità raccomanda movimenti di questo tipo per un lavaggio accurato delle mani¹¹



SI RACCOMANDA DI STAMPARE E AFFIGGERE NEGLI AMBIENTI PIÙ IDONEI

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

DISPOSITIVI DI PROTEZIONE INDIVIDUALE (DPI)

I Dispositivi di Protezione Individuale (D.lgs. 81/2008), nel contesto dei Centri di accoglienza, consistono essenzialmente in **guanti e mascherine**, utilizzati non solo per proteggere l'operatore dal rischio rappresentato da coloro che vengono accolti/assistiti, ma anche a vantaggio di questi ultimi.

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 andrà evitato**, mentre 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.

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.

IGIENE AMBIENTALE

Applicare agli ambienti le comuni norme di pulizia.

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 dalla linea di correnti d'aria e da fonti di calore intenso;
- assicurarsi della perfetta chiusura di porte e finestre.

| 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 |

ALLEGATO 2

Identificazione delle vittime di Mutilazioni Genitali Femminili

“Mutilazioni Genitali Femminili” (MGF) è il termine che l'OMS ha adottato per indicare tutte le procedure che comportano la rimozione parziale o totale o altre lesioni arrecate ai genitali femminili esterni, per motivi culturali o altri motivi non terapeutici. È importante che operatori e operatrici dei centri di prima accoglienza siano preparati ad affrontare il tema delle MGF; conoscano e sappiano valutare i fattori di rischio di mutilazioni rispetto al paese di origine e sappiano offrire assistenza adeguata, nonché fornire informazioni in merito al diritto per le vittime di presentare domanda di asilo basata sul genere. Si raccomanda che il colloquio con la donna, eventuale portatrice di MGF, si svolga in forma riservata e in un luogo percepito dalla donna come sicuro, rispettando la massima confidenzialità e utilizzando modalità di ascolto non stigmatizzante, con personale femminile e alla presenza di una mediatrice.

Per l'identificazione e la valutazione del rischio di MGF sono state predisposte le seguenti schede, che riportano la prevalenza della mutilazione rispetto all'età e al paese di origine.

PREVALENZA MGF FRA LE DONNE DI ETÀ 15-49 PER PAESE DI ORIGINE, INDIVIDUAZIONE DEL RISCHIO

| Provenienza | % MGF | Tendenza al calo | Rischio | |
|--|-------|-------------------|---------|-------------|
| Somalia | 98 | nessuna | 6 | ALTO |
| Guinea | 97 | nessuna | 6 | ALTO |
| Djibouti | 93 | nessuna | 6 | ALTO |
| Sierra Leone | 90 | nessuna | 6 | ALTO |
| Mali | 89 | nessuna | 5 | ALTO |
| Egitto | 87 | discreta | 5 | ALTO |
| Sudan | 87 | discreta | 5 | ALTO |
| Eritrea | 83 | discreta | 5 | ALTO |
| Nigeria (Imo, Ebonyl, Osun, Oyo) | 70-80 | | 5 | ALTO |
| Senegal /aree del sud) | 70-80 | | 5 | ALTO |
| Burkina Faso | 76 | forte | 5 | ALTO |
| Gambia | 75 | nessuna | 4 | MEDIO-ALTO |
| Senegal (etnie Madingue, Soninke) | 70 | | 4 | MEDIO-ALTO |
| Ethiopia | 74 | discreta | 4 | MEDIO-ALTO |
| Ghana-regioni del Nord | 75 | | 4 | MEDIO-ALTO |
| Curdi Irakeni | 70 | forte | 4 | MEDIO-ALTO |
| Mauritania | 69 | discreta | 4 | MEDIO-ALTO |
| Liberia | 50 | forte | 3 | MEDIO-ALTO |
| Benin(etnie Bariba, Peul;area Borgou) | 50 | forte | 3 | MEDIO-ALTO |
| Senegal (etnie Diola, Poular) | 40-50 | | 3 | MEDIO-ALTO |
| Guinea Bissau | 45 | nessuna | 3 | MEDIO-ALTO |
| Nigeria (Edo, Lagos, Ondo, Delta, Kano,Kwara, Enugu) | 30-50 | | 3 | MEDIO-ALTO |
| Nigeria (etnie Ekoi, Igbo,Yoruba) | 30-50 | | 3 | MEDIO-ALTO |
| Chad | 44 | discreta | 3 | MEDIO-ALTO |
| Costa d'Avorio | 38 | discreta | 3 | MEDIO-ALTO |
| Nigeria | 25 | forte | 2 | MEDIO-BASSO |
| Senegal | 25 | discreta | 2 | MEDIO-BASSO |
| Rep. Centrafricana | 24 | forte | 2 | MEDIO-BASSO |
| Kenya | 21 | forte | 2 | MEDIO-BASSO |
| Yemen | 19 | discreta | 2 | MEDIO-BASSO |
| Tanzania | 15 | forte | 2 | MEDIO-BASSO |
| Benin | 9 | non significativa | 1 | MEDIO-BASSO |
| Iraq | 8 | non significativa | 1 | MEDIO-BASSO |
| Togo | 5 | non significativa | 1 | MEDIO-BASSO |
| Ghana | 4 | non significativa | 1 | MEDIO-BASSO |
| Niger | 4 | non significativa | 1 | MEDIO-BASSO |
| Camerun | 1 | non significativa | 1 | MEDIO-BASSO |
| Uganda | 1 | non significativa | 1 | MEDIO-BASSO |

PERCENTUALI DI DONNE MUTILATE PER CLASSI DI ETÀ E PROVENIENZA

| | PROVENIENZA | % |
|---|--------------------|----------|
| MOLTO PRECOCE <5 anni | Yemen | 100% |
| | Mali | 89% |
| | Ghana | 83% |
| | Nigeria | 82% |
| | Mauritania | 81% |
| | Niger | 76% |
| | Senegal | 74% |
| PRECOCE <9 anni | Burkina Faso | 91% |
| | Somalia | 88% |
| | Ethiopia | 86% |
| | Djibouti | 84% |
| | Benin | 84% |
| | Costa d'Avorio | 83% |
| | Gambia | 83% |
| | Niger | 83% |
| | Guinea | 82% |
| | Sudan | 74% |
| | Egitto | 71% |
| | Chad | 71% |
| | Togo | 68% |
| | Tanzania | 68% |
| | Eritrea | 68% |
| | Iraq | 67% |
| | Guinea Bissau | 62% |
| Kenya | 52% | |
| TARDIVA 10-14 anni | Rep. Centrafricana | 52% |
| | Sierra Leone | 37% |
| | Kenya | 30% |
| | Egitto | 29% |
| | Tanzania | 21% |

ALLEGATO 3

Parassitosi intestinali

Infezioni dell'apparato digerente, dovute a micro-organismi (geoelminti) presenti nel suolo, nelle acque stagnanti, nei fiumi, nei laghi, che possono parassitare l'apparato gastro-enterico.

Le parassitosi sono un problema endemico in alcuni Paesi in Via di Sviluppo (PVS), dove le condizioni igieniche, climatiche e ambientali ne favoriscono l'insorgenza ed il propagarsi. Tali infezioni sono comuni nelle aree tropicali e subtropicali, in particolare in Africa subsahariana America Latina, Cina e Asia Orientale.

Alcune infezioni, la Schistosomiasi o Bilharziosi e la Strongyloidosi, tendono a cronicizzare e a persistere per decenni in forma subclinica e senza manifestazioni specifiche, causare serie complicanze ad elevata morbosità e mortalità o dare, in caso di immunosoppressione, forme disseminate che possono mettere a rischio la vita dei migranti (come per lo *S. stercoralis*).

La Bilharziosi è molto frequente in Egitto.

Nelle parassitosi sintomatiche, a volte con la presenza di più di un segno o sintomo correlabile ad una parassitosi intestinale, l'attenzione deve essere rivolta anche agli aspetti squisitamente clinici, e non necessariamente sempre e solo riferibili all'apparato gastrointestinale.

Si raccomanda al personale sanitario di raccogliere in anamnesi eventuale sintomatologia quali diarrea, nausea, vomito, dolori addominali, prurito cutaneo persistente, rash cutaneo, prurito perianale e/o anale, ematuria.

Il riscontro, durante un esame di routine, di una spiccata eosinofilia, in assenza di altra sintomatologia specifica attribuibile a riferita patologia allergica, deve far sospettare una qualche forma di parassitosi intestinale, valutabile con ulteriori accertamenti, quali:

- esame coproparassitologico per rilevare l'eventuale presenza di parassiti intestinali;
- esame sierologico specifico (es. Ab anti schistosoma).

Il riscontro di sierologia positiva per *Strongyloides stercoralis* e *Schistosoma* spp, in soggetti non trattati di recente, deve essere considerato come infezione in atto e come tale deve avere un trattamento adeguato.

ALLEGATO 4

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 DI PERSONA CON SOSPETTA SCABBIA

Isolamento preventivo per evitare che l'infestazione si propaghi, richiesta di visita medica e, in caso di conferma diagnostica, assicurarsi che venga effettuata la notifica al competente Servizio della ASL per ricevere le indicazioni sui provvedimenti di Sanità Pubblica da attuare.

TERAPIA: La terapia avviene su prescrizione medica. In commercio esistono diversi prodotti per la terapia locale ad esempio la Permetrina al 5%, che attualmente è considerato il trattamento più efficace e meglio tollerato; oppure il Benzoato di Benzile al 10-20%.

PROVVEDIMENTI NEI CONFRONTI DI CONVIVENTI E DI CONTATTI:

La sorveglianza clinica per la ricerca di altri casi di infestazione è indicata per i soggetti che abbiano avuto contatti cutanei prolungati con la persona affetta. In tal caso è indicato il trattamento profilattico simultaneo. *Lenzuola, coperte, vestiti e cuscini devono essere lavati in lavatrice con acqua a temperatura maggiore di 60°C; gli indumenti non lavabili con acqua calda, compresi i materassi, devono essere tenuti da parte e sigillati in una busta di plastica per una settimana, per evitare re-infestazioni.*

ALLEGATO 5

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 lungo il 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 o tramite veicoli (scarpe, cappelli, spazzole, ecc.): 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 rispetto a sciampo o polveri.

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, scarpe, 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 almeno 48 ore.
- Lavare pettini e spazzole con acqua molto calda e sapone.
- Passare l'aspirapolvere su tappeti e divani.

ALLEGATO 6

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, pertanto si raccomanda il lavaggio accurato delle mani dopo l'uso dei servizi igienici.

La malattia ha un periodo di incubazione che va da 15 a 50 giorni.

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, feci chiare 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.

EPATITE B

L'epatite B, causata dal virus dell'epatite B (HBV), è diffusa ovunque. 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 e durante l'allattamento.

Il periodo di incubazione varia fra 45 e 180 giorni, ma si attesta solitamente fra 60 e 90 giorni. L'epatite B può cronicizzare ed evolvere in cirrosi epatica e predisporre allo sviluppo del tumore del fegato.

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.

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 entro i 12 anni. La vaccinazione è fortemente raccomandata per i gruppi di popolazione a maggior rischio d'infezione (dializzati, 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.

A tutt'oggi non esiste un vaccino per l'epatite C. Le uniche misure preventive 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.

Attualmente si dispone di una terapia efficace che viene garantita in base a specifici parametri clinici. I cittadini stranieri, alle stesse condizioni dei cittadini italiani, sono ammessi alla terapia anche se in fase di irregolarità giuridica (STP).

INFEZIONE DA HIV

L'HIV (virus dell'immunodeficienza umana) si trasmette per via ematica, via materno-fetale, durante l'allattamento 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).

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. Pertanto, se si sono avuti comportamenti a rischio, è bene effettuare un test dopo tre mesi dall'ultima esposizione a rischio.

Per eseguire il **test** non serve l'impegnativa medica, è **gratuito e anonimo per tutti**. La legge prevede che il risultato del test venga comunicato esclusivamente alla persona che lo ha effettuato ed è possibile **solo con il consenso della persona interessata** (Legge n. 135 del 5 giugno 1990).

Il medico che prescrive il test per l'HIV deve quindi ottenere un preventivo consenso scritto.

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.

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 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).

Per evitare la trasmissione per via ematica è tassativo non riutilizzare mai siringhe, aghi e altri piccoli strumenti medici già usati. Si raccomanda, per gli operatori e il personale sanitario, la massima attenzione nel maneggiare lame e oggetti taglienti o appuntiti. Si devono usare guanti nei contatti con le persone che presentano ferite aperte.

ALLEGATO 7

Percorso per il controllo della malattia tubercolare (TB)

MALATTIA TUBERCOLARE

La ricerca attiva della malattia tubercolare nei migranti deve essere avviata precocemente, a partire dall'ingresso in Italia.

Già nel contesto della prima visita medica vanno ricercati segni e/o sintomi suggestivi della malattia tubercolare. Nei soggetti con tosse persistente da più di 2 settimane si raccomanda l'iter diagnostico che prevede una radiografia del torace e l'esame microbiologico.

Il personale sanitario è tenuto a fornire informazioni sulla malattia, sulle modalità di contagio, sui sintomi, anche eventualmente attraverso la distribuzione di materiale multilingue.

E' necessario predisporre, per i pazienti con diagnosi confermata, una presa in carico globale, inclusi l'accesso tempestivo e gratuito al trattamento e alla continuità delle cure, anche in caso di trasferimento in altri centri o in altri Paesi, fino al completamento del follow up.

Si ribadisce che non è raccomandato lo screening radiografico e/o microbiologico di routine sui soggetti asintomatici e non è raccomandato l'utilizzo di TST o IGRA per la ricerca della malattia tubercolare.

INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE (ITL)

Nelle strutture di seconda accoglienza e comunque nei soggetti con una prospettiva di permanenza presso i centri di almeno 6 mesi, la ricerca dell'infezione tubercolare latente (ITL) è indicata per i migranti asintomatici che nel percorso migratorio sono stati esposti al rischio di contagio e che provengono da un Paese a elevata incidenza di tubercolosi.

Il test di riferimento per la ricerca di ITL è il TST considerando positivo un infiltrato di diametro ≥ 10 mm. Nei casi di grave malnutrizione, di sieropositività per HIV, e nei contatti recenti a casi di TB si considera positivo un test di diametro ≥ 5 mm.

Il test IGRA può essere utilizzato in alternativa al TST nei casi di pregressa vaccinazione, nei soggetti immunodepressi o per confermare una positività al TST (in quest'ultimo caso si considerano eleggibili per la terapia i soggetti positivi ad entrambi i test). Nei bambini al di sotto di 5 anni di età la ricerca dell'ITL deve essere effettuata mediante il TST.

La terapia per ITL deve essere offerta a tutti i soggetti positivi al TST o IGRA per i quali è stata esclusa la malattia attiva (tramite radiografia del torace ed eventuali accertamenti specialistici). Ai soggetti in profilassi per ITL deve essere assicurato il monitoraggio e il supporto al completamento del trattamento, anche se trasferiti in altri centri.

ALLEGATO 8

Verifica dello stato vaccinale

Procedure per l'immunoprofilassi.

MINORI FINO AL COMPIMENTO DEL DICIOTTESIMO ANNO

- **Se il soggetto non è mai stato vaccinato:** andrà vaccinato seguendo il vigente calendario, in rapporto all'età.
- **Se 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.
- **Se la documentazione è insufficiente e lo stato vaccinale è dubbio:** il soggetto deve essere considerato non vaccinato e deve ricevere tutte le vaccinazioni previste per l'età.

ADULTI (> 18 ANNI)

Sulla base all'attuale normativa nazionale, devono essere garantite la profilassi antitetanica post-esposizione, la vaccinazione antipolio (con 1 ciclo completo se mai vaccinati o con 1 dose in caso di documentazione inadeguata o dubbia) e la vaccinazione antimorbillo-rosolia-parotite.

La LG "I controlli della frontiera, la frontiera dei controlli" raccomanda che l'offerta si estenda alle seguenti vaccinazioni:

- antipolio, antidifterite, antitetano, antipertosse;
- antimorbillo, antiparotite, antirosolia, antivaricella a esclusione delle donne in gravidanza;
- anti-HBV a tutta la popolazione adulta sottoposta a screening e risultata negativa ai marcatori sierologici.

Per tutti, si ribadisce che l'esecuzione di test sierologici per la valutazione dei livelli anticorpali, in assenza di idonea certificazione, **NON** è da effettuare, ad eccezione dell'anti-HBV nella popolazione adulta eleggibile per i programmi di screening per l'HBV.

Si raccomanda di registrare le vaccinazioni effettuate nell'anagrafe vaccinale, di aggiornare la documentazione attestante lo stato vaccinale e di rilasciarla ex-novo (libretto vaccinale o certificato di vaccinazione).

Per l'applicazione del Calendario vaccinale, si rimanda alle indicazioni fornite dal Centro vaccinale territoriale sulla base della normativa vigente in termini di obbligatorietà (e gratuità).

ALLEGATO 9

La tutela della salute dei lavoratori dei centri di accoglienza

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 del Responsabile e degli Addetti del Servizio di Prevenzione e Protezione, 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”.



RIFERIMENTI NORMATIVI

NORME PRIMARIE DI RIFERIMENTO PER L'ASSISTENZA SANITARIA AGLI STRANIERI (cittadini non appartenenti alla U.E.)

- 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 e s.m.i. "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 20 dicembre 2012 "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" che, richiamando i dettami costituzionali, il Diritto comunitario e le norme primarie dello Stato, è il più completo strumento operativo di riferimento;
- il Decreto Legislativo 18 agosto 2015 n. 142 "Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale" (art. 21).

NORME DI RIFERIMENTO SUI MINORI STRANIERI

- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 10 novembre 2016, n. 234. "Regolamento recante definizione dei meccanismi per la determinazione dell'età dei minori non accompagnati vittime di tratta, in attuazione dell'articolo 4, comma 2, del decreto legislativo 4 marzo 2014, n. 24";
- il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 12 gennaio 2017. "Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, di cui all'articolo 1, comma 7, del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502" (nuovo LEA per iscrizione al SSN dei minori non in regola con l'ingresso e il soggiorno, art. 63, comma 4);
- la Legge 7 aprile 2017, n. 47 "Disposizioni in materia di misure di protezione dei minori stranieri non accompagnati".

In particolare il DPCM 234/2016 e la L 7/2017 fanno riferimento al "Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati", approvato dalla Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome (16/30/Cr09/C7-C15) del 3 marzo 2016.

NORME DI RIFERIMENTO PER LE VACCINAZIONI

- Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019. Rep. atti n. 10/CSR 17A01195, G.U. Serie Generale n. 41, 18 febbraio 2017.
- DCA n. U00089 del 16.03.2017 (Regione Lazio) Recepimento dell'Intesa, ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano, sul documento recante "Piano Nazionale Prevenzione Vaccinale (PNPV) 2017-2019" (Rep. Atti n. 10/CSR del 19 gennaio 2017).
- DL n. 73 del 7 giugno 2017 "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale". G.U. n.130 del 7-6-2017.
- Legge 31 luglio 2017, n. 119 "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 7 giugno 2017, n. 73, recante disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale". G.U. Serie Generale, n. 182 del 05 agosto 2017
- Circolare Ministero della Salute n. 252146 del 14.08.2017 "Prime indicazioni operative per l'attuazione del decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci".
- Circolare Ministero della Salute n. 25233 del 16.08.2017 "Prime indicazioni operative per l'attuazione del decreto-legge n. 73 del 7 giugno 2017, convertito con modificazioni dalla legge 31 luglio 2017, n. 119, recante "Disposizioni urgenti in materia di prevenzione vaccinale, di malattie infettive e di controversie relative alla somministrazione di farmaci".
- Circolare Ministero della Salute n. 1174 del 15.01.2018 "Schema per il recupero dei minori inadempienti".
- Circolare Ministero della Salute n. 12942 del 9 maggio 2014 "Aggiornamento delle raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall'Africa settentrionale ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia.
- Circolare Ministeriale n.8 del 23/3/1993 "Documenti di vaccinazione per minori immigrati".
- Circolare Ministero della Salute n. 16664 del 29 maggio 2017 Diffusione internazionale di poliovirus: aggiornamento delle raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia.
- Circolare Ministero della Salute n. 18366 del 14 giugno 2017 "Aggiornamento ed errata corrige nota circolare pr.0016664 del 29/05/2017 "Diffusione internazionale di poliovirus: aggiornamento delle raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia."
- Piano Nazionale per l'Eliminazione del Morbillo e della Rosolia congenita 2010-15. Approvato con Intesa Stato-Regioni 23 marzo 2011

ALTRI DOCUMENTI DI RIFERIMENTO

Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome I 6/30/Cr09/C7-C15. Protocollo per l'identificazione e per l'accertamento olistico multidisciplinare dell'età dei minori non accompagnati
http://www.minori.gov.it/sites/default/files/protocollo_identificazione_msna.pdf

Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 2016. IV Piano nazionale di azione e di interventi per la tutela dei diritti e lo sviluppo dei soggetti in età evolutiva – 2016-2017". GU Serie Generale n.267 del 15-11-2016 - Suppl. Ordinario n. 50
<http://www.gazzettaufficiale.it/eli/gu/2016/11/15/267/so/50/sg/pdf>

Decreto del Ministero della Salute 3 aprile 2017. 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. GU Serie Generale n. 95 del 24-04-2017. Accordo Stato Regioni e PA n. 43 del 30 marzo 2017.
http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf

Comitato Nazionale per la Bioetica. "Immigrazione e salute". 23 giugno 2017
http://bioetica.governo.it/media/172302/p128_2017_immigrazione-e-salute_it.pdf

Ministero dell'Interno - Dipartimento per le Libertà Civili e l'Immigrazione: "Piano Nazionale d'integrazione dei titolari di protezione internazionale" ai sensi del Decreto legislativo 21 febbraio 2014, n. 18 che prevede che il Tavolo di Coordinamento Nazionale, insediato presso il Ministero dell'interno, predisponga ogni due anni il Piano in oggetto. Vedi 3.5, pg 22 (presentato il 26 settembre 2017) **<http://www.interno.gov.it/sites/default/files/piano-nazionale-integrazione.pdf>**

INMP, ISS e SIMM. Linea Guida "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza". Roma: Eurolit s.r.l., giugno 2017 (ISBN 9788898544189). Accordo Stato Regioni e PA n. 108 del 10 maggio 2018
<https://www.simmweb.it/920-accordo-stato-regioni-lg-accoglienza>

Associazione Parsec Ricerca e Interventi Sociali; Coop. Soc. Parsec; Università di Milano-Bicocca; A.O. San Camillo Forlanini; Nosotras Onlus e Associazione Trama di Terre. "Linea Guida per il riconoscimento precoce delle vittime di mutilazioni genitali femminili o altre pratiche dannose". 2018
https://www.simmweb.it/attachments/article/909/riconoscimento_precoce_vittime_MGF.pdf

INMP, ISS e SIMM. Linea Guida "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia". Roma: Eurolit s.r.l., febbraio 2018 (ISBN 9788898544202) **http://www.inmp.it/IG/LG_Tubercolosi.pdf**

Camera dei Deputati. Commissione parlamentare di inchiesta sul sistema di accoglienza, di identificazione ed espulsione, nonché sulle condizioni di trattenimento dei migranti e sulle risorse pubbliche impegnate. "Relazione sulla tutela della salute dei migranti e della popolazione residente". Approvata dalla Commissione nella seduta dell'8 novembre 2017
http://www.interno.gov.it/sites/default/files/allegati/relazione_commissione_tutela_salute_migranti_e_popolazione_residente.pdf

PRINCIPALI INDICAZIONI NORMATIVE PER L'ACCESSO AL SSN

| Norma di riferimento | Prodotti | Beneficiario |
|--|--|---|
| Legge 286 del 25 luglio 1998, art. 34 (Testo Unico immigrazione: TU) | Iscrizione obbligatoria al SSN - LEA | Gli stranieri regolarmente soggiornanti o che abbiano chiesto il rinnovo del titolo di soggiorno ... per asilo politico, per asilo umanitario, per richiesta di asilo. |
| Accordo Stato Regioni e Province Autonome, Atti 255/CSR del 20 dicembre 2012 | Iscrizione obbligatoria al SSN - LEA | <p>Motivi del soggiorno che determinano l'iscrizione obbligatoria al SSR ai sensi nell'art. 34, comma 1 del TU e successiva normativa in materia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • Asilo politico/rifugiato • Asilo umanitario - motivi umanitari - protezione sussidiaria • Richiesta di protezione internazionale • Richiesta di asilo (anche "Convenzione Dublino") <p>In tutti i casi in cui il cittadino straniero sia in attesa di primo rilascio di permesso di soggiorno per uno dei motivi che determinano il diritto all'iscrizione obbligatoria al SSR, si procede all'iscrizione temporanea sulla base della documentazione attestante l'avvenuta richiesta del permesso di soggiorno, ...</p> |
| Circolare Ministero della Sanità 5 del 24 marzo 2000 | Iscrizione obbligatoria al SSN - LEA | Asilo politico; Asilo umanitario; Richiesta di asilo; ... L'iscrizione obbligatoria riguarda coloro che hanno presentato richiesta di asilo sia politico che umanitario. Rientra in questa fattispecie la tutela del periodo che va dalla richiesta all'emanazione del provvedimento incluso il periodo dell'eventuale ricorso contro il provvedimento di diniego del rilascio del permesso di soggiorno e viene documentata mediante esibizione della ricevuta di presentazione dell'istanza alle autorità di polizia. |
| Decreto Legislativo 142 del 18 agosto 2015, art. 21 | I richiedenti hanno accesso all'assistenza sanitaria secondo quanto previsto dall'articolo 34 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 (iscrizione obbligatoria al SSN - LEA), fermo restando l'applicazione dell'articolo 35 del medesimo decreto legislativo nelle more dell'iscrizione al servizio sanitario nazionale (STP vedi sotto) | Immigrato che richiede protezione internazionale |
| <p>Legge 286 del 25 luglio 1998, art. 35 e</p> <p>Accordo Stato Regioni e Province Autonome, Atti 255/CSR del 20 dicembre 2012</p> | <p>Tessera STP Stranieri Temporaneamente Presenti.</p> <p>Agli stranieri non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno sono assicurate, nei presidi pubblici ed accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia ed infortunio e sono estesi i programmi di medicina preventiva a salvaguardia della salute individuale e collettiva.</p> <p>Sono in particolare garantiti:</p> <ol style="list-style-type: none"> la tutela sociale della gravidanza e della maternità, a parità di trattamento con le cittadine italiane, ai sensi delle leggi 29 luglio 1975, n. 405, e 22 maggio 1978, n. 194, e del decreto del Ministro della Sanità 6 marzo 1995, pubblicato nella Gazzetta Ufficiale n. 87 del 13 aprile 1995, a parità di trattamento con i cittadini italiani; la tutela della salute del minore in esecuzione della Convenzione sui Diritti del fanciullo del 20 novembre 1989; le vaccinazioni secondo la normativa e nell'ambito di interventi di campagne di prevenzione collettiva autorizzati dalle regioni; gli interventi di profilassi internazionale; la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai; cura, prevenzione e riabilitazione in materia di tossicodipendenza. | <p>Gli STP, sono coloro che, non essendo in regola con il permesso di soggiorno, non sono di norma iscrivibili al SSR.</p> <p>Immigrato senza permesso di soggiorno (mai avuto o scaduto e non rinnovato o diniegato e senza ricorso)</p> |



Appendice

CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DELLE CURE PRIMARIE ICPC - Indicazioni per le ASL - codifica Schede 1 e 2



ICPC-2R - Italiano

Classificazione Internazionale delle Cure Primarie - 2° Edizione CICP
Wonca International - Classification Committee (WICC)

| PROCEDURE | | | |
|--|--|--|--|
| -30 Esame clinico completo | -65 Incontro/problema iniziato altri operatori | A78 Altra malattia infettiva/NAC | |
| -31 Esame clinico parziale | -66 Invio ad altro operatore non medico | A79 Neoplasia maligna NAC | |
| -32 Test di sensibilità | -67 Invio ad altro medico (spec./ospedale) | A80 Trauma/lesione traumatica NAC | |
| -33 Esame microbiologico/immunologico | -68 Altri invii NAC | A81 Politraumatismo/lesioni multiple | |
| -34 Esame ematologico | -69 Altri motivi di incontro NAC | A82 Postumo di trauma | |
| -35 Esame urine | | A84 Intossicazione da farmaco | |
| -36 Esame su feci | | A85 Effetto collaterale di farmaco | |
| -37 Esame citologico/istologico | | A86 Effetto tossico di sostanza non medicinale | |
| -38 Altri esami di laboratorio NAC | | A87 Complicanze da trattamento | |
| -39 Test funzionale | | A88 Effetto collaterale da fattore fisico | |
| -40 Esame endoscopico | | A89 Danno da materiale protesico | |
| -41 Esame per immagini | | A90 Anomalie congenite multiple/NAC | |
| -42 Tracciato elettrico | | A91 Risultati anormali di indagini NAC | |
| -43 Altre procedure diagnostiche | | A92 Allergia/ reazione allergica NAC | |
| -44 Immunizzazione/profilassi | | A93 Neonato prematuro | |
| -45 Ed.sanitaria/osservazione/consigli/dieta | | A94 Altra morbosità perinatale | |
| -46 Consulto con erogatore di cure primarie | | A95 Mortalità perinatale | |
| -47 Consulto con specialista | | A96 Morte | |
| -48 Chiarimenti/discussione su motivi incontro | | A97 Nessuna malattia | |
| -49 Altre procedure preventive | | A98 Mantenimento salute/medicina preventiva | |
| -50 Prescrizione-somm. di farm./iniezione | | A99 Malattia o condizione o sede non definita | |
| -51 Incisione/drenaggio/aspiraz./rimoz. fluidi | | | |
| -52 Esciss./rimoz. tessuto/sbrigliamento/cauterizzazione/biopsia | | | |
| -53 Intub./dilat./cateterizz./interv.strumentale | | | |
| -54 Sutura/fissazione/riparaz./gesso/protesi | | | |
| -55 Infiltrazione/trattamento locale | | | |
| -56 Tamponamento/compressione/bendaggio | | | |
| -57 Riabilitazione/terapia fisica | | | |
| -58 Ascolto/consigli terapeutici/psicoterapia | | | |
| -59 Altre proc. terap./chirurgia minore NAC | | | |
| -60 Risultato di esami/procedure diagnostiche | | | |
| -61 Risultato di esami/procedure/storia clinica registrata da alti operatori | | | |
| -62 Procedure amministrative | | | |
| -63 Incontro di follow-up non specificato | | | |
| -64 Incontro/problema iniziato dal medico | | | |

A GENERALE/ NON SPECIFICATO

- A01 Dolore generale o in siti multipli
- A02 Brividi
- A03 Febbre
- A04 Astenia/stanchezza generale
- A05 Sensazione di essere malato
- A06 Lipotimia/sincope
- A07 Coma
- A08 Gonfiore
- A09 Problema di sudorazione
- A10 Sanguinamento/emorragia NAC
- A11 Dolore toracico NAC
- A13 Preoccupazione/paura per un trattamento
- A16 Bambino irritabile
- A18 Preoccupazione per il proprio aspetto
- A20 Richiesta di eutanasia/discussione
- A21 Fattore di rischio per neoplasia maligna
- A23 Fattore di rischio NAC
- A25 Paura della morte, di morire
- A26 Paura di neoplasia maligna NAC
- A27 Paura di altra malattia NAC
- A28 Limitazione funzionale/disabilità NAC
- A29 Altro sintomo o disturbo generale
- A70 Tubercolosi
- A71 Morbillo
- A72 Varicella
- A73 Malaria
- A74 Rosolia
- A75 Mononucleosi infettiva
- A76 Altri esantemi virali
- A77 Altra malattia virale/NAC

B SANGUE, ORGANI EMOPOIETICI E SISTEMA IMMUNITARIO

- B02 Linfoghiandola/e ingrossata/e dolorosa/
- B04 Sintomo o disturbo legato al sangue
- B25 Paura di AIDS/HIV
- B26 Paura di neopl. maligna sangue o org. linf.
- B27 Paura altra malattia del sangue o org. linf.
- B28 Limitazione funzionale/disabilità (B)
- B29 Altro sint. o disturbo del sangue o org. linf.
- B70 Linfadenite acuta
- B71 Linfadenite cronica o non specifica
- B72 Morbo di Hodgkin/linfoma
- B73 Leucemia
- B74 Altra neoplasia maligna ematologica
- B75 Neoplasia benigna /inc. sangue o org. linf

LEGENDA

Procedure

Sintomi/disturbi

Infezioni

Neoplasie maligne

Traumatismi

Anomalie congenite

Altre diagnosi

| | | | |
|--|--|---|---------------------------|
| B76 Rottura traumatica della milza | D84 Malattia dell'esofago | H ORECCHIO | |
| B77 Altra les. Traum. sangue/org. linf./milza | D85 Ulcera duodenale | | |
| B78 Anemia emolitica ereditaria | D86 Altra ulcera peptica | | |
| B79 Altra anom. congenita di sangue o org. linf. | D87 Disordine gastrico funzionale | | |
| B80 Anemia da carenza di ferro | D88 Appendicite | | |
| B81 Anemia da carenza di vit. B12/acido folico | D89 Ernia inguinale | | |
| B82 Altra anemia/non specificata | D90 Ernia jatale | | |
| B83 Porpora/difetto di coagulazione | D91 Altra ernia addominale | | |
| B84 Anomalia di globuli bianchi inspiegata | D92 Malattia diverticolare | | |
| B87 Splenomegalia | D93 Sindrome del colon irritabile | | |
| B90 Infezione HIV/AIDS | D94 Enterite cronica/colite ulcerosa | H01 Dolore d'orecchio/otalgia | |
| B99 Altra malattia del sangue/org. linf./milza | D95 Ragade anale/ascenso perianale | H02 Disturbo dell'udito | |
| D DIGESTIVO | D96 Vermi/parassiti intestinali | H03 Acufene/tintinnio/ronzio all'orecchio | |
| D01 Dolore addominale generale/crampi | D97 Malattia del fegato NAC | H04 Perdita dall'orecchio | |
| D02 Dolore addominale epigastrico | D98 Colecistite/colelitiasi | H05 Sanguinamento dall'orecchio | |
| D03 Bruciore di stomaco/pirosi | D99 Altra malattia del sistema digerente | H13 Sensazione di orecchio chiuso | |
| D04 Dolore rettale/anale | F OCCHIO | H15 Preoccupazione aspetto proprio orecchio | |
| D05 Fastidio perianale | F01 Occhio dolente | H27 Paura di avere malattia dell'orecchio | |
| D06 Altro dolore addominale localizzato | F02 Occhio rosso | H28 Limitazione/disabilità uditiva (H) | |
| D07 Dispepsia/indigestione | F03 Secrezione congiuntivale | H29 Altro sintomo o disturbo all'orecchio | |
| D08 Flatulenza/meteorismo/eruttazione | F04 Macchie visive fisse o fluttuanti | H70 Otite esterna | |
| D09 Nausea | F05 Altro disturbo visivo | H71 Otite media acuta/miringite | |
| D10 Vomito | F13 Sensazione oculare anormale | H72 Otite media sierosa | |
| D11 Diarrea | F14 Movimenti anormali dell'occhio | H73 Salpingite d'Eustachio | |
| D12 Stipsi | F15 Aspetto anormale dell'occhio | H74 Otite media cronica | |
| D13 Itterizia | F16 Sintomo o disturbo della palpebra | H75 Neoplasia dell'orecchio | |
| D14 Ematemesi/vomito ematico | F17 Sintomo o disturbo dovuto ad occhiali | H76 Corpo estraneo nell'orecchio | |
| D15 Melena | F18 Sintomo o disturbo dovuto a lenti a contatto | H77 Perforazione del timpano | |
| D16 Sanguinamento rettale | F27 Paura di malattia all'occhio | H78 Lesione traumatica superficiale orecchio | |
| D17 Incontinenza rettale | F28 Limit. funzionale/disabilità oculare (F) | H79 Altra lesione traumatica dell'orecchio | |
| D18 Modificazione di feci/movimenti intestinali | F29 Altro sintomo o disturbo all'occhio | H80 Anomalia congenita dell'orecchio | |
| D19 Sintomo/disturbo riferito a denti o gengive | F70 Congiuntivite infettiva | H81 Eccesso di cerume | |
| D20 Sintomo o disturbo bocca/lingua/labbra | F71 Congiuntivite allergica | H82 Sindrome vertiginosa | |
| D21 Problema di deglutizione | F72 Blefarite/orzaiolo/calazio | H83 Otosclerosi | |
| D23 Epatomegalia | F73 Altra infezione/inflammatione all'occhio | H84 Presbiacusia | |
| D24 Massa addominale NAC | F74 Neoplasia di occhio/annessi | H85 Trauma acustico | |
| D25 Distensione addominale | F75 Contusione/emorragia oculare | H86 Sordità | |
| D26 Paura di neoplasia maligna app. digerente | F76 Corpo estraneo nell'occhio | H99 Altra malattia di orecchio/mastoide | |
| D27 Paura di altra malattia apparato digerente | F79 Altra lesione traumatica dell'occhio | K CARDIOCIRCOLATORIO | |
| D28 Limitazione funzionale/disabilità (D) | F80 Stenosi del canale lacrimale nel bambino | K01 Dolore cardiaco | |
| D29 Altro sintomo/ disturbo apparato digerente | F81 Altra anomalia congenita dell'occhio | K02 Oppressione/costrizione cardiaca | |
| D70 Infezione gastrointestinale | F82 Distacco di retina | K03 Dolore cardiovascolare NAC | |
| D71 Parotite epidemica | F83 Retinopatia | K04 Palpitazioni/percezione di battiti cardiaci | |
| D72 Epatite virale | F84 Degenerazione maculare | K05 Altri battiti cardiaci irregolari | |
| D73 Gastroenterite di presunta origine infettiva | F85 Ulcera corneale | K06 Vene prominenti | |
| D74 Neoplasia maligna dello stomaco | F86 Tracoma | K07 Caviglie gonfie/edema | |
| D75 Neoplasia maligna del colon/retto | F91 Difetto di rifrazione | K22 Fattore di rischio malattia cardiovascolare | |
| D76 Neoplasia maligna del pancreas | F92 Cataratta | K24 Paura di malattia cardiaca | |
| D77 Altra neoplasia maligna app. dig. NAC | F93 Glaucoma | K25 Paura di ipertensione arteriosa | |
| D78 Neoplasia benigna/di inc. natura app. dig. | F94 Cecità | K27 Paura di altra malattia cardiovascolare | |
| D79 Corpo estraneo nell'apparato digerente | F95 Strabismo | K28 Limitaz. funzionale/disabilità cardiov. (K) | |
| D80 Altra lesione traumatica organi digerenti | F99 Altra malattia di occhio/annessi | K29 Altro sintomo o disturbo cardiovascolare | |
| D81 Anomalia congenita apparato digerente | | K70 Infezione del sistema circolatorio | |
| D82 Malattia di denti o gengive | | K71 Febbre reumatica/malattia reum. Cardiaca | |
| D83 Malattia della bocca/lingua/labbra | | K72 Neoplasia cardiovascolare | |
| LEGENDA | Sintomi/disturbi | Neoplasie maligne | Anomalie congenite |
| Procedure | Infezioni | Traumatismi | Altre diagnosi |

| | | |
|---|---|---|
| <p>K80 Aritmia cardiaca NAC K81 Soffio cardiaco/arterioso NAC K82 Cuore polmonare K83 Valvulopatia NAC K84 Altra malattia cardiaca K85 Pressione arteriosa elevata K86 Ipertensione arteriosa non complicata K87 Ipertensione arteriosa complicata K88 Ipotensione posturale K89 Ischemia cerebrale transitoria K90 Accidente vascolare cerebrale/stroke K91 Malattia cerebrovascolare K92 Arteriosclerosi/mal.vascolare periferica K93 Embolia polmonare K94 Flebite/tromboflebite K95 Varici venose arti inferiori K96 Emorroidi K99 Altra malattia cardiovascolare</p> | <p>L83 Sindrome cervicale L84 Sindrome dorso lombare senza irradiazione L85 Deformità acquisita della colonna L86 Sindrome dorso lombare con irradiazione L87 Borsite/tendinite/sinovite NAC L88 Artrite reumatoide siero positiva L89 Coxoartrosi L90 Gonartrosi L91 Altra artrosi L92 Sindrome della spalla L93 Gomito del tennista L94 Osteocondrosi L95 Osteoporosi L96 Lesione acuta interna del ginocchio L97 Neoplasia benigna/incerta muscolosc. L98 Deformità acquisita degli arti L99 Altra malattia muscoloscheletrica</p> | <p>P PSICOLOGICO</p> |
| <p>L MUSCOLOSCHIELETRICO</p> | <p>N NEUROLOGICO</p> | <p>P01 Sensazione di nervosismo/ansietà/tensione P02 Reazione da stress acuto P03 Sensazione di depressione P04 Sentimento/comport. irritabile/collerico P05 Senilità, sentimento/comportamento senile P06 Disturbo del sonno P07 Diminuzione del desiderio sessuale P08 Diminuzione dell'appagamento sessuale P09 Preoccupazione per preferenze sessuali P10 Balbuzie/tic P11 Problemi di alimentazione nel bambino P12 Enuresi P13 Encopresi/problemi di controllo intestinale P15 Abuso alcolico cronico P16 Abuso alcolico acuto P17 Abuso di tabacco P18 Abuso di farmaco P19 Abuso di droga P20 Disturbo della memoria P22 S/D del comportamento nel bambino P23 S/D del comportamento nell'adolescente P24 Problema specifico dell'apprendimento P25 Problema della fase della vita nell'adulto P27 Paura di disturbo mentale P28 Limit.funzionale/disabilità psicologica (P) P29 Altro sintomo o disturbo psicologico</p> |
| <p>L01 Sintomo o disturbo del collo L02 Sintomo o disturbo del dorso L03 Sintomo o disturbo regione lombo sacrale L04 Sintomo o disturbo del torace L05 Sintomo o disturbo di fianco/ascella L07 Sintomo o disturbo di mandibola L08 Sintomo o disturbo di spalla L09 Sintomo o disturbo di braccio L10 Sintomo o disturbo di gomito L11 Sintomo o disturbo di polso L12 Sintomo o disturbo di mano/dito L13 Sintomo o disturbo di anca L14 Sintomo o disturbo di gamba/coscia L15 Sintomo o disturbo di ginocchio L16 Sintomo o disturbo di caviglia L17 Sintomo o disturbo di piede/dito di piede L18 Dolore muscolare L19 Sintomo o disturbo muscolare NAC L20 Sintomo o disturbo ad una articolazione NAC L26 Paura di avere neopl.maligna osteoarticolare L27 Paura di avere altra malattia musc.schel. L28 Limit.funzionale/disabilità muscolosc. (L) L29 Altro sintomo o disturbo osteoarticolare L70 Infezione del sistema osteoarticolare L71 Neoplasia maligna muscolo scheletrica L72 Frattura di radio/ulna L73 Frattura di tibia/perone L74 Frattura di mano/piede L75 Frattura di femore L76 Altra frattura L77 Distorsione/stiramento di caviglia L78 Distorsione/stiramento di ginocchio L79 Distorsione/stiramento di articolazione NAC L80 Lussazione/sublussazione L81 Lesione traumatica muscoloscheletrica NAC L82 Anomalia congenita muscoloscheletrica</p> | <p>N01 Mal di testa N03 Dolore al viso N04 Gambe senza riposo N05 Formicolio alle dita/piedi/arti N06 Altra alterazione della sensibilità N07 Convulsioni/crisi comiziale N08 Movimenti involontari anormali N16 Disturbo dell'odorato e gusto N17 Vertigine/capogiro N18 Paralisi/debolezza N19 Disordine della parola N26 Paura di avere neopl. maligna sist.nervoso N27 Paura di altra malattia neurologica N28 Limit. funzionale/disabilità neurologica (N) N29 Altro sintomo o disturbo neurologico N70 Poliomielite N71 Meningite/encefalite N72 Tetano N73 Altra infezione neurologica N74 Neoplasia maligna del sistema nervoso N75 Neoplasia benigna del sistema nervoso N76 Neopl. natura indeterminata sistema nervoso N79 Commozione cerebrale N80 Altra lesione traumatica della testa N81 Altra lesione traumatica del sistema nervoso N85 Anomalia neurologica congenita N86 Sclerosi multipla N87 Parkinsonismo N88 Epilessia N89 Eemicrania N90 Cefalea a grappolo N91 Paralisi facciale/paralisi di Bell N92 Nevralgia trigeminale N93 Sindrome del tunnel carpale N94 Neurite periferica/neuropatia N95 Cefalea muscolo tensiva N99 Altra malattia neurologica</p> | <p>P70 Demenza P71 Altra psicosi organica P72 Schizofrenia P73 Psicosi affettiva P74 Disturbo ansioso/stato ansioso P75 Disturbo psicosomatico P76 Depressione P77 Suicidio/tentativo di suicidio P78 Neurastenia/surmenage P79 Fobia/disordine ossessivo-compulsivo P80 Disturbo della personalità P81 Disturbo ipercinetico P82 Sindrome da stress post traumatico P85 Ritardo mentale P86 Anoressia nervosa/bulimia P98 Altra psicosi NAC P99 Altri disturbi psicologici</p> |
| <p>LEGENDA</p> <p>■ Sintomi/disturbi</p> <p>■ Procedure</p> <p>■ Infezioni</p> | <p>■ Neoplasie maligne</p> <p>■ Traumatismi</p> | <p>R RESPIRATORIO</p> |
| | | <p>R01 Dolore attribuito al sistema respiratorio R02 Respiro corto/disnea R03 Respiro sibilante R04 Altro problema respiratorio R05 Tosse R06 Sangue dal naso/epistassi R07 Starnuti/congestione nasale R08 Altro sintomo o disturbo al naso</p> |

| | | |
|--|--|--|
| W11 Contraccezione orale | X18 Dolore alla mammella nella donna | Y26 Paura di neoplasia maligna genitale uomo |
| W12 Contraccezione intrauterina | X19 Tumefazione/massa mammella donna | Y27 Paura di altra malattia genitale nell'uomo |
| W13 Sterilizzazione (nella donna) | X20 Sintomo o disturbo capezzolo nella donna | Y28 Limit. funzionale/disabilità genitale uomo(Y) |
| W14 Altra contraccezione (nella donna) | X21 Atro sint. o dist. della mammella donna | Y29 Altro sintomo o disturbo genitale nell'uomo |
| W15 Sterilità/ipofertilità (nella donna) | X22 Preoccupazione aspetto mammella donna | Y70 Sifilide nell'uomo |
| W17 Sanguinamento nel puerperio | X23 Paura di malattia sess. trasmessa donna | Y71 Gonorrea nell'uomo |
| W18 Altro sintomo o disturbo del puerperio | X24 Paura di disfunzione sessuale nella donna | Y72 Herpes genitale nell'uomo |
| W19 Sint. o dist. al seno/lattazione puerperio | X25 Paura di neoplasia maligna genitali donna | Y73 Prostatite/vesciculite seminale |
| W21 Preocc. per l'aspetto fisico in gravidanza | X26 Paura di neoplasia maligna mamm. donna | Y74 Orchite/epididimite |
| W27 Paura di complicazioni della gravidanza | X27 Paura altra malattia genitali/mamm. donna | Y75 Balanite |
| W28 Limitazione funzionale/disabilità da gravid. | X28 Limit.funz./disabilità genitale donna(X) | Y76 Condiloma acuminato nell'uomo |
| W29 Altro sintomo o disturbo da gravidanza | X29 Altro sint. o dist. Genitale nella donna | Y77 Neoplasia maligna della prostata |
| W70 Infezione puerperale/sepsi | X70 Sifilide nella donna | Y78 Altra neoplasia maligna genitale nell'uomo |
| W71 Altra infezione complic. gravid./puerperio | X71 Gonorrea nella donna | Y79 Neoplasia benigna/incerta genitale nell'uomo |
| W72 Neoplasia maligna legata alla gravidanza | X72 Candidosi genitale nella donna | Y80 Lesione traumatica genitale nell'uomo |
| W73 Neoplasia benigna/incerta gravidanza | X73 Tricomoniasi genitale nella donna | Y81 Fimosi/prepuzio ridondante |
| W75 Lesione traum.complicante la gravidanza | X74 Malattia infiammatoria pelvica | Y82 Ipsopadia |
| W76 Anomalia congenita complic. la gravidanza | X75 Neoplasia maligna del collo dell'utero | Y83 Ectopia testicolare |
| W78 Gravidanza | X76 Neoplasia maligna della mammella donna | Y84 Altra anomalia congenita genitale nell'uomo |
| W79 Gravidanza non desiderata | X77 Altra neoplasia maligna genitale donna | Y85 Ipertrofia prostatica benigna |
| W80 Gravidanza ectopica | X78 Fibroma uterino | Y86 Idrocele |
| W81 Tossiemia gravidica | X79 Neoplasia benigna della mammella donna | Y99 Altra malatt. genitale uomo (incl. mammella) |
| W82 Aborto spontaneo | X80 Neoplasia benigna genitale nella donna | |
| W83 Aborto provocato | X81 Neopl. genitale altra/incerta natura donna | |
| W84 Gravidanza ad alto rischio | X82 Lesione traumatica genitale nella donna | |
| W85 Diabete gestazionale | X83 Anomalia congenita genitale nella donna | |
| W90 Travaglio/parto non complicato, feto vivo | X84 Vaginite/vulvite NAC | |
| W91 Travaglio/parto non complicato, feto morto | X85 Malattia del collo dell'utero NAC | |
| W92 Travaglio/parto complicato, feto vivo | X86 Anormalità di PAP test | |
| W93 Travaglio/parto complicato, feto morto | X87 Prolasso utero-vaginale | |
| W94 Mastite puerperale | X88 Malattia fibrocistica della mammella | |
| W95 Altro disturbo seno gravidanza/puerperio | X89 Sindrome da tensione premenstruale | |
| W96 Altra complicanza del puerperio | X90 Herpes genitale nella donna | |
| W99 Altra malattia legata a gravidanza/partore | X91 Condiloma acuminato nella donna | |
| | X92 Infezione genitale da Clamidia nella donna | |
| | X99 Altra malattia genitale nella donna | |
| X GENITALE FEMMINILE | Y GENITALE MASCHILE | Z PROBLEMI SOCIALI |
| X01 Dolore genitale nella donna | Y01 Dolore del pene | Z01 Povertà/problema economico |
| X02 Dolore mestruale | Y02 Dolore del testicolo/scroto | Z02 Problema approvvigionamento cibo/acqua |
| X03 Dolore intermestruale | Y03 Perdite uretrali nell'uomo | Z03 Problema di abitazione o vicinato |
| X04 Rapporto sessuale doloroso nella donna | Y04 Altro sintomo o disturbo del pene | Z04 Problema socio-culturale |
| X05 Mestruazioni assenti/scarse | Y05 Altro sintomo o disturbo al testicolo/scroto | Z05 Problema di lavoro |
| X06 Mestruazioni eccessive | Y06 Sintomo o disturbo alla prostata | Z06 Problema di disoccupazione |
| X07 Mestruazioni irregolari/frequenti | Y07 Impotenza sessuale NAC | Z07 Problema di educazione |
| X08 Sanguinamento intermestruale | Y08 Altro sintomo o disturbo sessuale nell'uomo | Z08 Problema di assistenza sociale |
| X09 Sintomo o disturbo premenstruale | Y10 Sterilità/ipofertilità nell'uomo | Z09 Problema legale |
| X10 Differimento del ciclo mestruale | Y11 Sterilizzazione nell'uomo | Z10 Problema relativo al Sistema Sanitario |
| X11 Sintomo o disturbo da menopausa | Y13 Sterilizzazione nell'uomo | Z11 Problema di aderenza/esistenza di malattia |
| X12 Sanguinamento postmenopausale | Y14 Altra panificazione familiare nell'uomo | Z12 Problema di relazione con partner |
| X13 Sanguinamento post coitale | Y16 Sintomo o disturbo della mammella uomo | Z13 Problema di comportamento del partner |
| X14 Perdite vaginali | Y24 Paura di disfunzione sessuale nell'uomo | Z14 Problema di malattia del partner |
| X15 Altro sintomo o disturbo vaginale | Y25 Paura di mal. sessualmente trasmessa uomo | Z15 Problema da perdita o morte del partner |
| X16 Sintomo o disturbo della vulva | | Z16 Problema di rapporto con un bambino |
| X17 Sintomo o disturbo della pelvi nella donna | | Z18 Problema da malattia di un bambino |
| | | Z19 Problema da perdita o morte di un bambino |
| | | Z20 Problema di relazione con altri familiari |
| | | Z21 Problema di comportamento di un altro parente/membro familiare |
| | | Z22 Problema da malattia di un altro parente |
| | | Z23 Perdita/morte altro parente/membro familiare |
| | | Z24 Problema di relazione con un amico |
| | | Z25 Aggressione/evento traumatico |
| | | Z27 Paura di un problema sociale |
| | | Z28 Limit. Funz./disabilità problema sociale (Z) |
| | | Z29 Problema sociale NAC |
| ABBREVIAZIONI | Funz. Funzionale | Neopl. Neoplasia |
| Aliment. Alimentazione | Genit. Genitale | Non Non specificato |
| Anom. Anomalia | Gravid. Gravidanza | NNutriz. Nutrizionale |
| Bronch. Bronchiale | Incl. Incluso | Org. linf. Organo/i linfatico/i |
| Cateterizz. Cateterizzazione | Intub.Dila. Intubazione Dilatazione | Probl. Problema |
| Complic. Complicanza | Les. Lesione | Proc.Tera. Proceduraterapeutiche |
| Congen. Congenito | Limit. Limitazione | Sess. Sessuale |
| Dist. Disturbo | Malat. Malattia | Sint.dist. Sintomo/disturbo |
| Ed. Educazione | Metab. Metabolico | Sist. Sistema |
| Esciss.Rm. Escissione Rimozione | Mot. Motivi | Somm.far. Somministratz.farmaci |
| Farm. Farmaco | Muscolos. Muscoloscheletrico | Traum. Traumatica/o |
| | NAC Non Altrim.Classificato | Valut. Valutazione |
| | | TRADUZIONE A CURA DI: |
| | | - Buono Nicola , Caserta |
| | | - Cavicchi Angelo, Ferrara |
| | | - Casadei Fabio, Ferrara |
| | | - Petrazzuoli Ferdinando, Caserta |
| | | - Capone Alessandro, Henley (UK) |
| | | - Soler Jean karl, |
| | | Malta membro WICC |
| LEGENDA | Sintomi/disturbi | Neoplasie maligne |
| Procedure | Infezioni | Traumatismi |
| | | Anomalie congenite |
| | | Altre diagnosi |

ACRONIMI

- ASL:** Azienda Sanitaria Locale
- CARA:** Centri Accoglienza Richiedenti Asilo
- CAS:** Centri Accoglienza Straordinari
- CPA:** Centri Prima Accoglienza
- CSM:** Centri Salute Mentale
- DPI:** Dispositivi di Protezione Individuale
- DSM:** Dipartimento Salute Mentale
- 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
- IST:** Infezioni Sessualmente Trasmissibili
- ITL:** Infezione Tubercolare Latente
- LEA:** Livelli Essenziali d'Assistenza
- LG:** Linee Guida
- MGF:** Mutilazioni Genitali Femminili
- MMG:** Medico di Medicina Generale
- MSNA:** Minori Stranieri Non Accompagnati
- OMS:** Organizzazione Mondiale della Sanità
- ONU:** Organizzazione Nazioni Unite
- PDS:** Permesso di Soggiorno
- PLS:** Pediatra di Libera Scelta
- PTSD:** Disturbo Post-Traumatico da Stress
- SISP:** Servizio di Igiene e Sanità Pubblica
- SPRAR:** Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati
- SSN:** Servizio Sanitario Nazionale
- SSR:** Servizio Sanitario Regionale
- STP:** Straniero Temporaneamente Presente
- TB:** Tubercolosi
- TST:** Test di Mantoux
- UNFPA:** United Nations Population Fund
- UNICEF:** Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia già United Nations International Children's Emergency Fund

