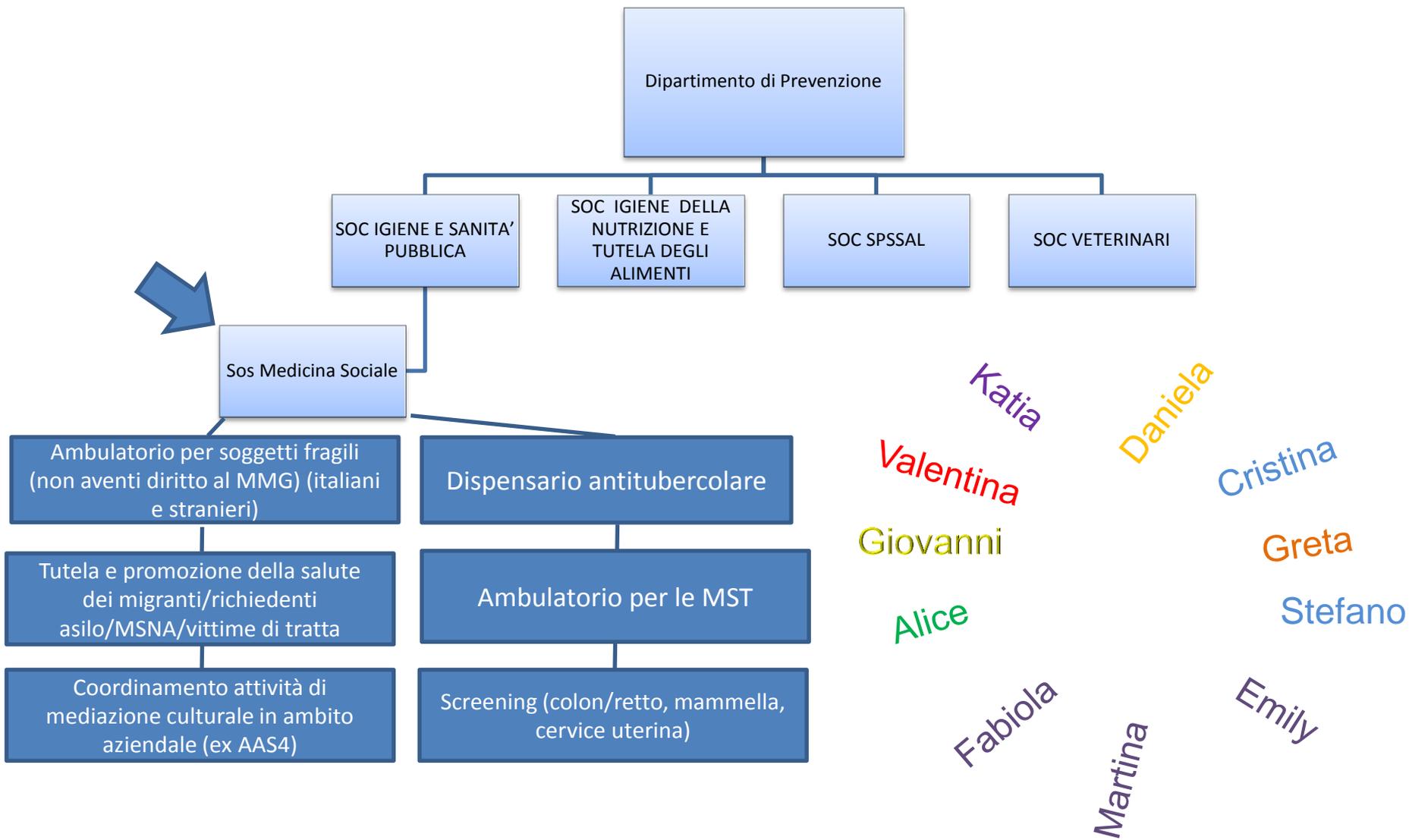


*Udine - Cavarzerani: un percorso sperimentale di
prevenzione sanitaria e di cure primarie per richiedenti asilo.*

Firenze 27 marzo 2017

Sos Medicina Sociale



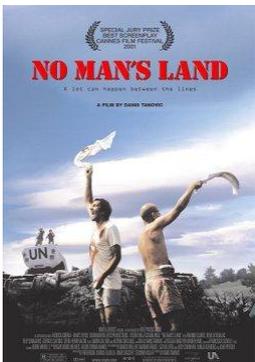
Da dove siamo partiti ..

➤ **Esperienza e «eredità» del dispensario antitubercolare e della Pneumologia sociale**

Esperienza maturata soprattutto nella gestione territoriale dei casi di TBC con soggetti fragili ed alta integrazione dei percorsi con il sociale



➤ **Attività iniziata con i primi rifugiati e migranti da aree con eventi bellici dell'Europa**



salute migranti e fragili



➤ Chi sono le persone che accedono al nostro servizio?

Tutti gli stranieri iscritti al Sistema Sanitario Nazionale (e quindi provvisti di tessera sanitaria e Medico di medicina generale) possono accedere ai diversi servizi aziendali secondo le modalità previste dalla normativa nazionale e regionale.

Gli stranieri, o italiani, che per diversi motivi (mancanza di un permesso di soggiorno in corso di validità, assenza di un domicilio, ecc) non hanno la possibilità di iscriversi al SSN e quindi non hanno un Medico di Medicina Generale, (Medico di Famiglia) possono rivolgersi al servizio di Medicina Sociale che, in rispetto a quanto previsto dalle normative vigenti, garantirà l'accesso alle cure.

Presso lo stesso servizio è possibile erogare il codice Straniero temporaneamente presente (STP) qualora necessario.

➤ Cosa facciamo?

- Prevenzione
- Diagnosi
- Cura
- Attivazione di reti/lavoro di rete

➤ Come

Tramite **Servizio a bassa soglia d'accesso** che avviene

- Senza appuntamento
- Senza impegnativa
- Anche senza iscrizione al SSN
- In anonimato per MST

salute migranti e fragili

Chi invia a noi le persone



- Accesso spontaneo (passaparola, pazienti abituali)
 - Da altri servizi aziendali (MMG, dimissioni ospedaliere, PS, ...)
 - Dai servizi sociali
 - Da operatori del privato sociale
 - Da privati cittadini
 - Da forze dell'ordine
 - Dai mediatori
-

La vera urgenza ..l'accoglienza
la vera tutela per tutti, una
accoglienza adeguata



PASSAGGIO A NORD EST: RINTRACCIARE E ACCOGLIERE I RICHIEDENTI

PROTEZIONE INTERNAZIONALE IN FRIULI-VENEZIA GIULIA

*Alice Pischiutti, **Guglielmo Pitzalis, *Valentina Brussi, *Katia Mauro, *Giovanni Pilutti, *Cristina Uliana, *Elisa Riccobello,

*Daniela Gnesutta, *Giorgio Brianti, **Claudia Gandolfi

*S.O.S Medicina Sociale-Dipartimento di Prevenzione AAS 4 Friuli Centrale **GrS Friuli Venezia Giulia

Dall'estate del 2014 il Friuli Venezia Giulia è divenuto la porta d'ingresso a Nordest della maggior parte dei migranti che raggiungono l'Italia per via terrestre.

I migranti vengono rintracciati singolarmente o a piccoli gruppi nelle zone di confine o mentre a piedi o in treno tentano di raggiungere le città sedi di questura per il possibile avvio della procedura di riconoscimento, senza un percorso predefinito per l'accoglienza, come avveniva invece nel 2011 per la dislocazione nella nostra regione delle quote di migranti arrivati via mare.

Questi nuovi ingressi hanno avuto un impatto significativo non solo sul sistema di prima accoglienza, sia per gli enti locali che per le aziende sanitarie, ma anche sull'opinione pubblica e sulle organizzazioni di volontariato.

..da Poster convegno SIMM Torino 2016

Nei diversi contesti delle esperienze locali sono state attivate modalità organizzative sia logistiche che assistenziali, supportate successivamente da interventi codificati e condivisi a livello regionale.

La regione si è dotata di un Piano Regionale sul modello dell'accoglienza diffusa, prevedendo interventi a favore degli enti locali e delle strutture impegnate ad attuarla; il Consiglio Regionale lo ha inserito nella L. R. 99 contenente le "Norme per l'integrazione sociale delle persone straniere immigrate", approvata nel novembre 2015.

Nel Piano Regionale per l'Accoglienza dei Richiedenti Asilo è inserito il "Protocollo per la gestione sanitaria dei migranti richiedenti protezione internazionale", frutto del lavoro di condivisione dei referenti aziendali del tavolo regionale.

Il protocollo sottolinea:

- la priorità di un'adeguata accoglienza e i relativi requisiti minimi;
- l'importanza della mediazione culturale e della formazione degli operatori;
- l'opportunità di diversi percorsi sanitari in funzione del grado di accoglienza: dalla sorveglianza sindromica all'arrivo, ad accertamenti più approfonditi nell'accoglienza strutturata.

REGIONE FVG 12/6/2015: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE SANITARIA DEI MIGRANTI
RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

FINALITA'

- Individuare una risposta sanitaria/assistenziale congrua all' emergenza rappresentata dai flussi dei migranti richiedenti protezione internazionali, che periodicamente si accentuano a seguito di eventi bellici/persecutori/altro
- Tutelare gli operatori sanitari e non sanitari, (operatori delle Questura e Prefetture e Forze dell'Ordine al posto di Polizia, Arma dei Carabinieri, GdF ecc..) coinvolti rispetto al possibile rischio di contrarre malattie infettive e parassitarie.

**REGIONE FVG 12/6/2015: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE SANITARIA DEI MIGRANTI
RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE
..STABILISCE..**

- procedure di prima accoglienza per quanto attiene al profilo sanitario
- programma sanitario In funzione del tipo di accoglienza
- Mediazione culturale
- Indicazioni igienico-sanitarie per strutture di primissima accoglienza

REGIONE FVG 12/6/2015: PROTOCOLLO PER LA GESTIONE SANITARIA DEI MIGRANTI
RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

PREMESSE ESSENZIALI

- la maggior parte dei profughi giunge nel nostro paese in buone condizioni di salute, come confermano tutti i dati di letteratura, e che poi sono a rischio di sviluppare malattie trasmissibili a causa delle scadenti condizioni igieniche in cui si trovano a vivere.
- Risulta evidente che i programmi assistenziali, già condivisi a livello regionale da tutte le Aziende Sanitarie nel 2011 a seguito dell'emergenza "Nord Africa", non richiedono un'applicazione con carattere di urgenza, bensì sono realizzabili solo quando il soggetto è inserito in un'accoglienza relativamente stabile, che permetta di portare a termine il percorso previsto evitando lo spreco di tempo e risorse, economiche ed umane, legato al repentino trasferimento delle persone da un centro all'altro o all'assenza di un adeguato supporto da parte degli operatori dedicati all'accompagnamento
- **L'intervento in assoluto più efficace nel prevenire il rischio di contrarre e diffondere malattie infettive e parassitarie è prevedere l'allestimento di strutture deputate alla "primissima accoglienza" dotate dei requisiti minimi essenziali (letto pulito, cambio abiti, servizi igienici, spazi adeguati e riscaldati);**
- Le **"visite mediche preventive"** generalizzate risultano invece di scarsa utilità per i migranti o per gli operatori di polizia e della Prefettura in assenza dei prerequisiti minimi per la salute.
- Tali **"visite mediche preventive"** non possono essere ritenute urgenti o propedeutiche all'ingresso in struttura.
- Nonostante l'enfasi dei mass media nel diffondere notizie allarmanti relative ai casi di malattie quali la scabbia e la tubercolosi, i casi reali sono stati molto limitati, prontamente individuati e trattati senza conseguenze sulla collettività.

PROCEDURE DI PRIMA ACCOGLIENZA per quanto attiene al PROFILO SANITARIO

- La Prefettura, tramite il contatto telefonico di cui all'allegato 4, **informerà con il massimo anticipo possibile l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria territorialmente competente sugli arrivi di migranti, al fine di permettere la corretta organizzazione degli interventi di competenza, dando indicazione precisa della struttura dove le persone saranno accolte, sia per programmare l'intervento sanitario che per il successivo rintracciamento dei contatti in caso di emergenza sanitaria, per malattia infettiva diffusiva.** Ogni AAS dovrà pertanto individuare la struttura competente di riferimento e rendere note le modalità di contatto.
- **La Questura aggiorna periodicamente gli operatori dell'A.A.S. sugli arrivi dei migranti** e informa il proprio Medico Competente.
- Il referente per gli interventi sanitari clinico/diagnostici e terapeutici con carattere di urgenza (ad es. disidratazione, stati febbrili..) è e rimane il Sistema 118.
- **Per le situazioni non urgenti si potrà prevedere l'attivazione di turni di guardia medica e/o di ambulatori aziendali a bassa soglia d'accesso anche attraverso accordi con Enti e Associazioni del privato sociale (in funzione dell'organizzazione territoriale) in attesa della possibilità di inserimento nei percorsi sanitari standard.**

PROCEDURE DI PRIMA ACCOGLIENZA per quanto attiene al PROFILO SANITARIO

- Si ricorda che la presenza di eventuali parassitosi (pediculosi, scabbia) **NON** costituisce un'urgenza, e che l'intervento sanitario per essere efficace presuppone l'esistenza di condizioni igienico-sanitarie minime per un adeguato trattamento (possibilità di docce, cambio abiti, biancheria comune, in concomitanza alla terapia medica).
- La Prefettura, ove se ne ravvisasse la necessità in ragione delle modalità di trasferimento dei migranti, coinvolgerà il competente Ufficio di Sanità Marittima, Aerea di Frontiera (USMAF), nella logica di un'azione congiunta ed integrata tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti.
- Gli operatori della Prefettura e di polizia che accolgono i migranti dovranno essere dotati di strumenti idonei a proteggersi da eventuali infezioni e ridurre la potenziale diffusione (DPI, pacchetto di medicazione, sacchi per isolare/contenere liquidi biologici, liquidi disinfettanti a base di ipoclorito di sodio, ecc.) ai sensi del D. Lgs. 81/08.

Percorso Di Gestione Sanitaria

– IMMIGRATI IN ACCOGLIENZA NON STRUTTURATA

si definisce accoglienza non strutturata la primissima accoglienza di immigrati al loro immediato arrivo o ritrovamento sul territorio (parchi, stazioni etc) prima della loro destinazione finale in percorsi strutturati di accoglienza nella nostra regione.(...)

L'approccio di sistema deve necessariamente fondarsi sulla presenza permanente di **centri di primissima accoglienza che rispettino i requisiti igienico-sanitari minimi (spazi adeguati, servizi igienici, riscaldamento, pasti caldi..)**; in assenza degli stessi la salute degli immigrati e dell'intera comunità viene messa a rischio, determinando un problema di sanità pubblica per la possibilità di sviluppo di malattie infettive trasmissibili. Per le caratteristiche dei Centri di primissima accoglienza vedasi all.2.

– IMMIGRATI IN ACCOGLIENZA STRUTTURATA

Per immigrati in “accoglienza strutturata” si intende la situazione di immigrati presi in carico in percorsi specifici (ad es. SPRAR o altre forme di accoglienza strutturata gestite da operatori del sociale) e per cui si prevede in linea di massima una permanenza prolungata sul territorio regionale. Vedi percorso sanitario previsto in all.1

PREVENZIONE RISCHI PER OPERATORI NON SANITARI.

- **Per il personale sanitario tali valutazioni sono già state fatte perché si tratta di azioni/rischi che potrebbero coinvolgere il personale indipendentemente dal flusso dei migranti .**
- **Per il personale della Questura, Prefettura o altri enti/istituzioni del privato sociale, le attività legate alla gestione dei percorsi dei migranti dovranno essere oggetto di valutazione da parte dei singoli datori di lavoro, in collaborazione con il responsabile del servizio prevenzione e protezione e del medico competente, come previsto dal D. Lgs. 81/08; tale valutazione costituirà specifico capitolo nel DVR (documento di valutazione dei rischi) e in base ai rischi individuati sarà seguita da idonea formazione/informazione, consegna dei DPI (dispositivi di protezione individuale, individuazione di procedure per la tutela della salute dei lavoratori).**
- **Formazione**
- **E' importante che si organizzino a cura degli operatori esperti in materia, del servizio sanitario dell'Azienda territorialmente competente, momenti formativi per tutti i soggetti coinvolti, care giver, operatori sanitari, operatori della Polizia di Stato/Questura/Prefettura coinvolti, Medici Competenti, a contenuti adatti all'interesse professionale specifico.** In tale modo si opera direttamente su preoccupazioni che possono incidere nel quotidiano degli operatori e portare contemporaneamente sia alla sopravvalutazione di alcuni rischi, sia alla sottovalutazione di altri.

ALL.1

PERCORSO DI GESTIONE SANITARIA

1. Arrivo dei profughi presso le strutture di accoglienza, su mandato della Prefettura, che nel contempo, ne darà comunicazione all'Azienda Sanitaria competente territorialmente.
2. Il referente dell'associazione/ente che gestisce l'accoglienza prende quanto prima accordi con il personale del distretto sanitario di afferenza per il rilascio delle tessere sanitarie.
3. **Accoglienza non strutturata, primissima accoglienza:** Gli operatori dovranno essere dotati di un'adeguata preparazione e conoscenza dei servizi territoriali, per essere in grado in caso di necessità di indirizzare tempestivamente gli ospiti ai servizi competenti appropriati (pronto soccorso per le urgenze, dipartimenti di prevenzione/distretti per le situazioni gestibili sul territorio). In caso quindi di **permanenza del soggetto sul territorio aziendale, seppur ancora in condizioni di precarietà**, l'operatore di riferimento prende accordi con i dipartimenti di prevenzione territorialmente competenti per l'avvio di un percorso di minima, volto ad escludere la presenza di malattie trasmissibili o di situazioni cliniche che necessitino di invio al pronto soccorso. In questa cornice anche gli ambulatori a bassa soglia della sanità pubblica, ove presenti, possono rappresentare una prima risposta ai bisogni sanitari pur ribadendo la necessità di attivare quanto prima un percorso di accoglienza istituzionale e strutturato.
4. **Accoglienza strutturata:** Il referente dell'associazione/ente che gestisce l'accoglienza prende accordi con il dipartimento di prevenzione (Servizio Igiene Pubblica) territorialmente competente per l'avvio del percorso verrà attivato nella sua completezza, solo in caso di permanenza sufficiente sul territorio regionale e in particolare nell'accoglienza strutturata.

Il programma, come già definito e condiviso a livello regionale in occasione dell'emergenza nord-africa del 2011, di seguito è specificato nel dettaglio:

- 1) **colloquio e visita medica (possibilmente con l'attivazione del mediatore culturale):** anamnesi medica e sociale, con attenzione alla storia migratoria, visita medica generale, pianificazione percorsi sanitari (in particolare per le donne invio al consultorio familiare per valutazione ginecologica, o per le vittime di tortura al centro di salute mentale se richiesto) finalizzati alla diagnosi di eventuali malattie trasmissibili e alla verifica della situazione vaccinale con indagini epidemiologica ed educazione sanitaria; ulteriori eventuali approfondimenti diagnostici e/o interventi terapeutici saranno decisi dal medico sulla base delle valutazioni complessive sullo stato di salute ;
- 2) **eventuali certificazioni:** per ammissione in comunità e/o per invio in "Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale" in casi particolari.

3) Il referente dell'associazione/ente che gestisce l'accoglienza a completamento del percorso accompagna ed orienta il migrante alla normale fruizione del servizio di MMG e/o PLS.

5. Per prestazioni urgenti o non differibili i profughi possono accedere ai servizi di Pronto Soccorso ospedalieri o al servizio di guardia medica territorialmente competente.

Le Aziende per l'Assistenza Sanitaria e le Aziende Ospedaliere dovranno inoltrare alla Direzione Centrale salute la scheda all. 5 debitamente compilata evidenziando trimestralmente il numero di prestazioni effettuate (visite mediche, vaccinazioni , interventi diagnostici e terapeutici ecc.) al fine di monitorare l'attività svolta dal SSR nei confronti della popolazione migrante.

ALL.2

Indicazioni igienico-sanitarie per strutture di primissima accoglienza

Riferimenti generali: L.R. n. 44/1985 (Altezze minime e principali requisiti igienico - sanitari dei locali adibiti ad abitazione, uffici pubblici e privati ed alberghi) e L.R. n. 2/2002 (Disciplina organica del turismo).

(.....)

Indicazione di tipo gestionale/organizzativo

- Dovrà essere garantita la pulizia quotidiana di tutti i locali, con asporto dei rifiuti; in particolare, dovrà essere verificato quotidianamente il funzionamento degli scarichi fognari.
- Dovrà essere identificata una persona che accompagni gli immigrati in caso di malattia per l'accesso alle varie strutture sanitarie (Pronto Soccorso, Medico specialista, MMG o PLS, ecc.).
- Dovrà essere prevista la modalità di cambio/lavaggio della biancheria (lenzuola, asciugamani, indumenti degli ospiti, ecc.).
- Dovrà essere prevista l'erogazione regolare dei pasti.

Dai dati regionali emerge che a partire da maggio 2015 ad aprile 2016 sono state effettuate, prevalentemente dagli operatori dei diversi Dipartimenti di Prevenzione 9.424 visite, di cui 733 a minori non accompagnati.

Si sono registrati 557 casi di scabbia, 12 di TBC, 4 di malaria. Sono state somministrate 4.176 dosi di vaccino, di cui 2.278 richiami per la poliomielite. Per i minori non accompagnati si è applicato il calendario vaccinale regionale.

..dati riferiti ai soli immigrati che hanno avuto accesso ai servizi, che NON rappresentano che una percentuale dei profughi in transito

L' applicazione del Protocollo ha permesso di uniformare a livello regionale i percorsi di prima accoglienza sanitaria in un' ottica di lavoro di rete con gli altri enti coinvolti nell' accoglienza.

Permane la criticità relativa alla primissima accoglienza, connessa allo specifico percorso di ingresso in Italia per via terrestre.

Ci sono stati esempi di buone pratiche come il protocollo per il percorso integrato siglato dall' AAS n 4 “Friuli Centrale” con la Prefettura, la Questura, il Comune di Udine e gli enti gestori.

Che cosa abbiamo fatto noi? A partire da..

- Gennaio 2015: primi incontri con Prefettura, altri soggetti sanitari per affrontare problema rifugiati su territorio senza accoglienza
- Attivazione ospitalità presso Cavarzerani con gestione da parte della C.R.I.
- Formazione personale Questura e Vigili del Comune di Udine

Che cosa emerge al momento dell'attuazione del percorso per l'assistenza primaria

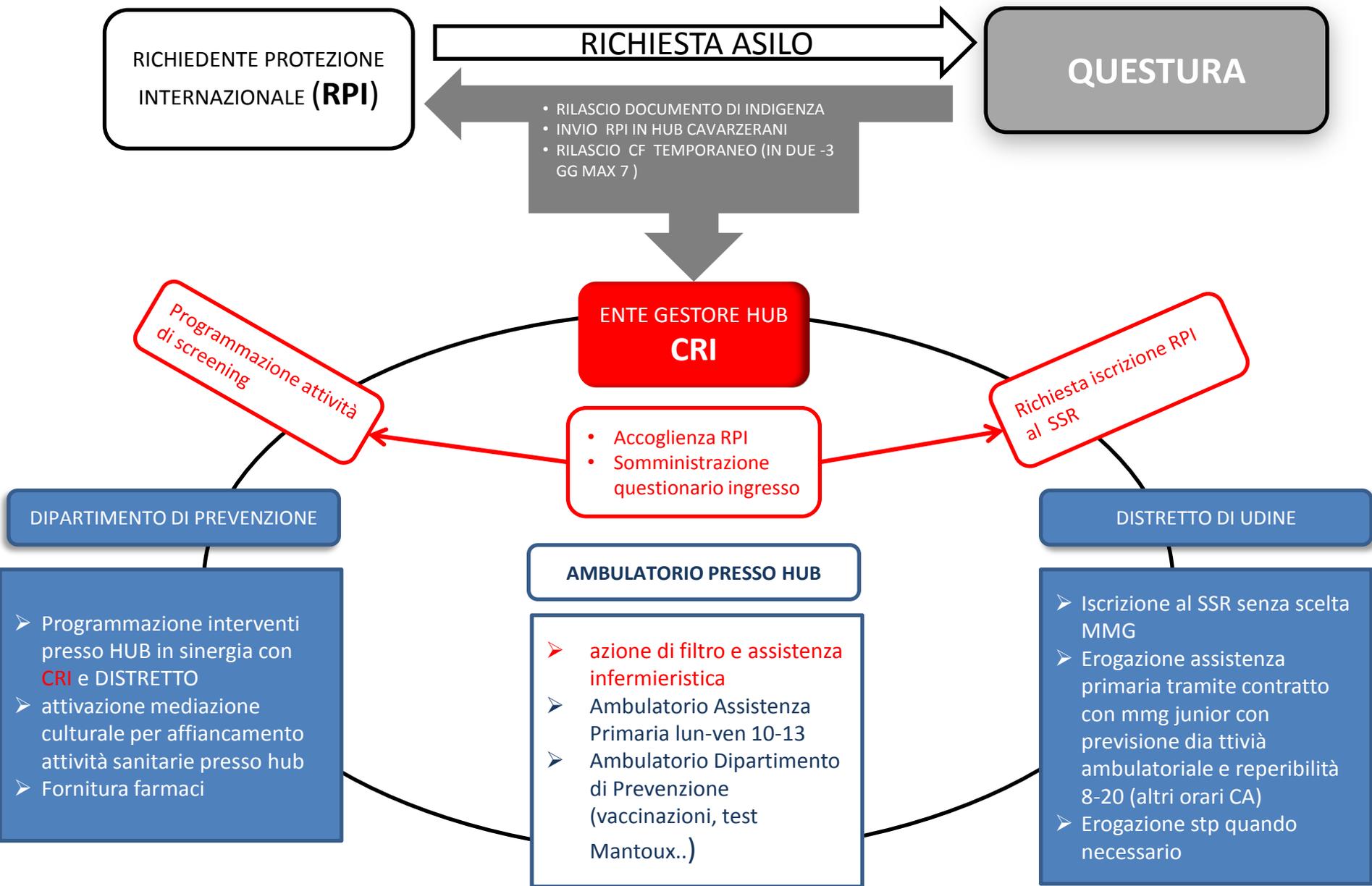
Anche quando viene ottenuta l'iscrizione sanitaria vi è sono difficoltà di accesso agli ambulatori di mmg per

- Problemi di orari
- Difficoltà con la mediazione: l'attivazione della mediazione non è immediata e non è possibile disporre di mediatori in numero sufficiente per la contemporaneità di altri ambulatori.

Attuazione protocollo

Condivisone obiettivi e percorsi tra Azienda Sanitaria , Enti coinvolti, Ente gestore (C.R.I.)

<p>AOUD SMM Dipartimento di Emergenza</p> <p>AZIENDA PER L'ASSISTENZA SANITARIA N. 4 "FRIULI CENTRALE" Distretto di Udine Dipartimento di Prevenzione SOC Igiene e Sanità Pubblica Sos Medicina Sociale</p> <p>Croce Rossa Italiana Comitato di Udine</p> <p>PREFETTURA DI UDINE</p> <p>COMUNE DI UDINE</p>	<p>PERCORSO SPERIMENTALE DI ASSISTENZA PRIMARIA INTEGRATA</p> <p>PER RICHIEDENTI ASILO OSPITI PRESSO HUB CAVARZERANI</p>	<p>DATA CREAZIONE 01/03/2016</p>
--	--	---



Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza
AODU SMM

In caso di patologie non critiche, con necessità di solo accudimento

RICHIEDENTE PROTEZIONE
INTERNAZIONALE (RPI)
GIÀ ACCOLTO IN HUB

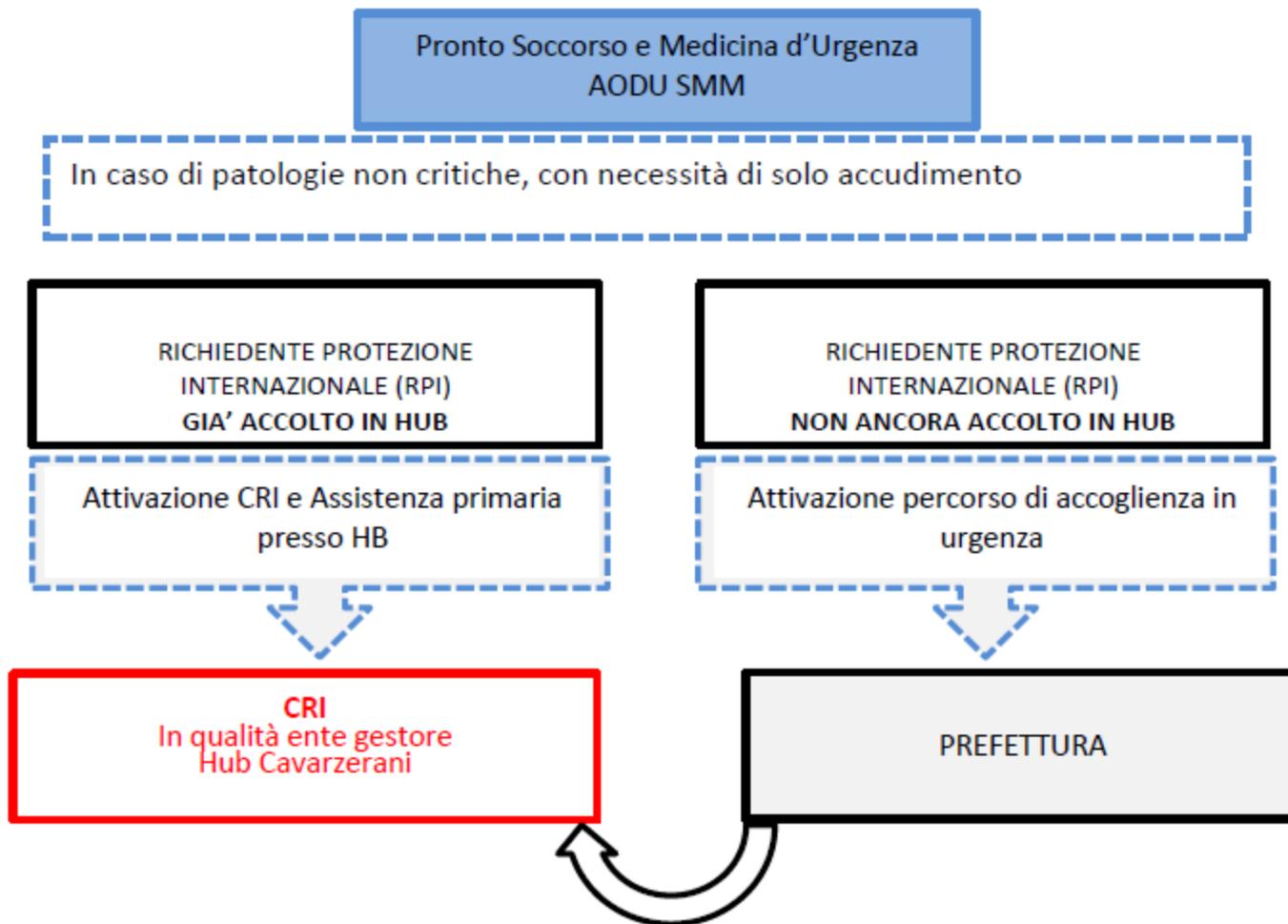
Attivazione CRI e Assistenza primaria
presso HB

CRI
In qualità ente gestore
Hub Cavarzerani

RICHIEDENTE PROTEZIONE
INTERNAZIONALE (RPI)
NON ANCORA ACCOLTO IN HUB

Attivazione percorso di accoglienza in
urgenza

PREFETTURA



Raccomandazioni per l'immunoprofilassi e lo screening tubercolare in relazione all'afflusso di immigrati in Friuli Venezia Giulia MAGGIO 2016

Fase di prima accoglienza strutturata, non ancora in progetti SPRAR

- Screening tubercolare: Mantoux ed eventuale Rx torace.
- Vaccinazioni: per tutti gli adulti almeno una dose di difterite, tetano, pertosse, polio (preferendo possibilmente i vaccini combinati) e almeno una dose di MPR.

Fase di presa in carico stabile (SPRAR)

Successivamente, una volta che il migrante è stato inserito in un percorso di accoglienza più strutturato e stabile, dovranno essere garantite attraverso i Dipartimenti di Prevenzione:

- le vaccinazioni previste dal calendario regionale per i minori e per tutti i migranti, quelle raccomandate o previste da specifici programmi/ indicazioni nazionali o regionali
- esami ematochimici: emocromo, AST, ALT, TPHA, HIV, markers HBV, Ab varicella (solo nei minori non accompagnati).
- Per le donne in età fertile escludere la gravidanza prima della somministrazione delle vaccinazioni

Primissima accoglienza: si intende l'accoglienza in strutture tipo Hub (di breve permanenza).

Accoglienza strutturata (CAS: centri di accoglienza straordinari): si intende l'accoglienza in strutture temporanee alternative allo SPRAR (accoglienza diffusa in alberghi, in parrocchie, alloggi privati) nonché al CARA di Gradisca.

Accoglienza SPRAR: Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati; è la rete degli enti locali che per la realizzazione di progetti di accoglienza integrata accedono alle risorse del Fondo nazionale per le politiche e i servizi dell'asilo. Gli enti locali, per l'attuazione dei loro interventi, si avvalgono della collaborazione delle realtà del terzo settore.

QUESTIONARIO DI INGRESSO IN STRUTTURA (HUB)

COGNOME _____ NOME _____

Data di nascita _____ nazionalità _____

Data ingresso in Italia _____ Data ingresso in struttura _____

Data compilazione questionario _____

VALUTAZIONE SINTOMI RIFERIBILI A TUBERCOLOSI ATTIVA

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Tosse persistente da almeno 2 settimane | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Emoftoe (sangue nel catarro) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Febbre e brividi (da oltre 7 gg) | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Sudorazioni notturne e/o perdita di peso e/o astenia intensa | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

SINTOMI RIFERIBILI AD ALTRE MALATTIE TRASMISSIBILI

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. Prurito cutaneo o lesioni da grattamento | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 2. Rash cutaneo | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 3. Presenza di pidocchi o lendini sui capelli | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 4. Diarrea | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |
| 5. Segni di infezione delle vie aeree con febbre | SI <input type="checkbox"/> | NO <input type="checkbox"/> |

STATO DI GRAVIDANZA SI NO

PROTOCOLLO VACCINALE E DI SCREENING TUBERCOLARE REGIONALE

ADULTI			
	PRIMISSIMA ACCOGLIENZA	IN PRIMA ACCOGLIENZA STRUTTURATA	IN ACCOGLIENZA SPRAR
Screening TBC	Questionario di ingresso in struttura	MANTOUX + eventuale Rx torace	MANTOUX + eventuale Rx torace + eventuale terapia Preventiva*
Esami ematochimici	Al bisogno, in base alle condizioni cliniche	//	emocromo, AST, ALT, TPHA, HIV, markers HBV
Vaccinazioni	//	Almeno 1 dose di Difterite, tetano, pertosse, polio + Almeno 1 dose di Morbillo- parotite-rosolia (MPR)	Epatite B Completamento ciclo polio MPR (2° dose)

* solo se sussistono le condizioni necessarie a garantirne il completamento

	MINORI non accompagnati (MNA)
Screening TBC	MANTOUX + eventuale Rx torace + eventuale terapia Preventiva*
Esami ematochimici	emocromo, AST, ALT, TPHA, HIV, markers HBV, Ab tetano, Ab varicella
Vaccinazioni	Difterite, tetano, pertosse, polio al momento del prelievo eventuale completamento ciclo tetano e polio epatite B MPR varicella Meningococco ACWY

* solo se sussistono le condizioni necessarie a garantirne il completamento

L'opportunità di intraprendere il percorso descritto, va concordata dall'operatore sanitario con l'operatore dell'accoglienza sulla base di una ragionevole sicurezza di poter completare lo stesso, anche in funzione dell'età del minore.

	BAMBINI (0-6 anni)
Screening TBC	MANTOUX + eventuale Rx torace + eventuale tp. preventiva
Esami ematochimici	Markers HBV
Vaccinazioni	Adeguamento al calendario regionale

Intervalli raccomandati e minimi tra le dosi dei vaccini indicati in protocollo

Bambini 0 – 6 anni

Vaccino	Intervalli raccomandati	Intervalli minimi
Epatite B: tre dosi	0 – 2 – 6 mesi	0 – 4 settimane – 8 settimane
DTPa (uso pediatrico): quattro dosi	0 – 2 mesi – 6 mesi – 4 anni	0 – 4 settimane – 4 settimane – 6 mesi
Polio inattivato (Salk): quattro dosi	0 – 2 mesi -6 mesi – 4 anni	0 – 4 settimane – 4 settimane – 4 settimane
Hib (Haemophilus influenzae tipo b): tre dosi	0 -2 mesi – 6 mesi	0 – 4 settimane – 4 settimane
Pneumococco (Prevenar 13): tre dosi	0 – 2 mesi – 6 mesi	0 – 4 settimane – 4 settimane
Meningococco C: una dose	Una dose dopo l'anno di vita	/////
MPR (morbillo-parotite-rosolia): due dosi	Prima dose dopo l'anno di vita Seconda dose a 5-6 anni	4 settimane tra prima e seconda dose
Varicella (due dosi)	Prima dose dopo l'anno di vita Seconda dose a 5-6 anni	4 settimane tra prima e seconda dose

Per i nuovi nati l'età minima è 8 settimane e può essere abbassata a 6 settimane in situazioni di emergenza

Bambini/ragazzi 7 – 17 anni

Vaccino	Intervalli raccomandati	Intervalli minimi
Epatite B: tre dosi	0 – 1 – 6 mesi	0 – 4 settimane – 8 settimane
dTpa (uso adulti): tre dosi	0 – 1 – 6 mesi	0 – 4 settimane – 4 settimane
Polio inattivato (Salk): tre dosi	0 – 1 – 6 mesi	0 – 4 settimane – 4 settimane
Meningococco ACWY: una dose	/////	/////
MPR (morbillo-parotite-rosolia): due dosi	0 – 4 settimane	0 – 4 settimane
Varicella	0 – 2 mesi	0 – 4 settimane

Adulti

Vaccino	Intervalli raccomandati	Intervalli minimi
Epatite B: tre dosi	0 – 1 – 6 mesi	0 – 4 settimane – 8 settimane
dT (uso adulti): tre dosi (una delle tre dosi è dTpa)	0 – 1 – 6 mesi	0 – 4 settimane – 4 settimane
Polio inattivato (Salk): tre dosi	0 – 1 – 6 mesi	0 – 4 settimane – 4 settimane
MPR (morbillo-parotite-rosolia): due dosi	0 – 4 settimane	0 – 4 settimane
Varicella: due dosi (solo alle donne in età fertile)	0 – 2 mesi	0 – 4 settimane

Si rammenta che i vaccini a virus vivi (Varicella e MPR) non devono essere somministrati alle donne in gravidanza.

RIFERIMENTI NORMATIVI

1. Circolare Ministeriale n.8 del 23/3/1993 “Documenti di vaccinazione per minori immigrati”
2. Circolare n. DGPRE.V/8636 del 7 aprile 2011 disponibile al seguente link: http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1478_listaFile_itemName_1_file.pdf
3. Circolare 09 maggio 2014 , n. 12942 Ministero della Salute “Aggiornamento delle raccomandazioni di immunoprofilassi in relazione alla protratta emergenza immigrati dall'Africa settentrionale ed al rischio di re-introduzione di poliovirus in Italia”
4. Linee guida per la prevenzione della tubercolosi, regione FVG, Direzione Centrale Salute e Protezione Sociale, aprile 2006
5. Documento di consenso: politiche efficaci a contrastare la tubercolosi negli immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare- Roma 5-6 giugno 2008
6. Protocollo per la gestione sanitaria dei migranti richiedenti protezione internazionale. Direzione centrale salute FVG. Prot. N. 1179/P del 12.06.2015.
7. DGR 2335 del 18.12. 2014 “Aggiornamento ed estensione dell’offerta vaccinale nella Regione Friuli Venezia Giulia”

...criticità

- Rapida evoluzione della permanenza in Cavarzerani: da HUB con 80 profughi ad accoglienza simile a CAS per durata di permanenza con più di 600...
- Comunicazioni da parte Enti non sempre tempestive

E' necessario quindi...

- Avere alta flessibilità
- Integrazione con il territorio e conoscenza del territorio
- Alta integrazione e collaborazione tra servizi
- Capacità di trovare soluzioni che si adattino alle rapide evoluzioni dell'accoglienza.

salute migranti e fragili

percorsi sanitari nella prima accoglienza

per minori non accompagnati, richiedenti asilo, rifugiati, vittime di tratta e di violenza
Perché un percorso sanitario dedicato?

- Maggiore fragilità
- Maggiore difficoltà di accesso ai servizi sanitari
- Maggiore rischio di patologie, non sempre organiche, soprattutto all'arrivo, disturbi psicosomatici
- Maggiore difficoltà di inquadramento sanitario
- Maggiore rischio di innescare percorsi "invasivi"
- Obiettivo finale: inserimento nei percorsi sanitari "standard"

da maggio 2015 a 31 gennaio 2017	asuits	aas2	aas3	asuiud	aas5	tot	% dati asuiud rispetto a FVG
visite profughi	2.200	2.585	2.623	8.051	1.511	16.970	47,4
di cui minori	353	69	88	704	23	1.237	56,9
test mantoux	79	310	363	1.335	31	2.118	63,0
vaccinazioni	64	1.751	456	4.075	2.139	8.485	48,0

Specifiche Dati attività relativi a numero visite	c/o Dipartimento di prevenzione – ambulatorio della Medicina Sociale	Ambulatorio gestito dal distretto di Udine c/o Cavarzerani
Numero migranti visitati	4029	4022
Minori non accompagnati	704	-

salute migranti e fragili

Punti di forza di tali percorsi

- Percorso sanitario integrato con il percorso di accoglienza, condiviso con gli operatori
- L'intero percorso è strutturato all'interno della sanità pubblica ed è a regime, non è un percorso di progetto.

salute migranti e fragili

Medicina delle migrazioni come occasione...

- per riacquisire una visione globale della persona, con tutta la sua storia e le problematiche, sanitarie e non, da essa derivanti
- ...per lavorare in rete con altri professionisti, secondo una logica multidisciplinare e multiprofessionale; ognuno mette in campo le proprie competenze, riconoscendo quelle altrui, tenendo sempre al centro l'interesse dell'utente
- ...per realizzare una presa in carico integrata

contatti

Dipartimento di Prevenzione - Direttore dr. Giorgio Brianti

Sos Medicina Sociale

0432.553995

- daniela.gnesutta@asuiud.sanita.fvg.it

Cell. 335.6180624

- valentina.brussi@asuiud.sanita.fvg.it

Distretto di Udine - Direttore dr. Luigi Canciani

Referente per l'attività di assistenza primaria presso la Caserma
Cavarzerani

- Dr. Alberto Fragali

alberto.fragali@asuiud.sanita.fvg.it