



74°
Congresso Italiano
di PEDIATRIA

CORSO

*LA SALUTE DEL BAMBINO
MIGRANTE: ESPERIENZE
CLINICO-ASSISTENZIALI
E LAVORO DI RETE*



**Accoglienza sanitaria:
linee guida e percorsi di tutela della
salute**

Lia Marrone & Rosalia Maria Da Riol

Per quanto concerne i moderatori, relatori, formatori, tutor, docenti è richiesta dall'Accordo Stato-Regioni apposita dichiarazione esplicita dell'interessato, di trasparenza delle fonti di finanziamento e dei rapporti con soggetti portatori di interessi commerciali relativi agli ultimi due anni, esclusivamente nel caso in cui si configuri un eventuale conflitto interesse. La documentazione deve essere disponibile presso il Provider e conservata per almeno 5 anni.

Dichiarazione sul Conflitto di Interessi

La sottoscritta Rosalia Marrone in qualità di:

relatore

dell'evento «**74° Congresso Italiano di Pediatria – Roma 12-16 giugno 2018**»

ai sensi dell'art. 3.3 sul Conflitto di Interessi, pag. 18,19 dell'Accordo Stato-Regione del 19 aprile 2012,
da tenersi per conto di **SIP n. 1172**

Dichiara

che negli ultimi due anni **NON** ha avuto rapporti anche di finanziamento con soggetti portatori di interessi commerciali in campo sanitario

Un tentativo..

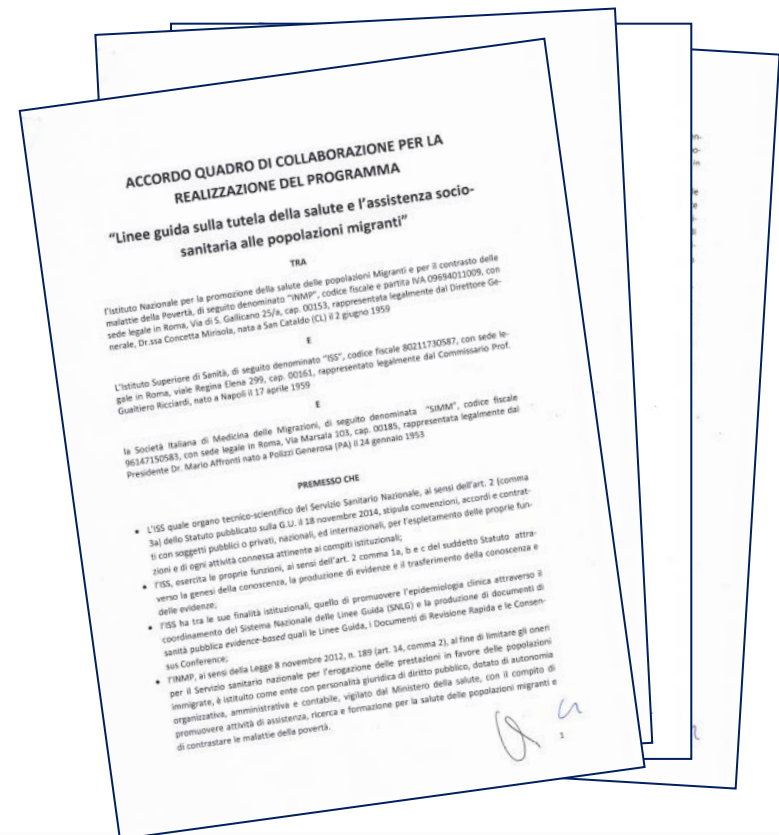


Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti

Collaborazione tra **INMP**, **ISS** e **SIMM** (Accordo siglato in data 3 luglio 2015)

Finalità

Elaborare raccomandazioni evidence-based indirizzate alle Regioni, a supporto della programmazione sanitaria, e agli operatori del SSN per la diffusione delle buone pratiche



Perché delle linee guida sui temi della salute degli immigrati?

Il fenomeno migratorio rappresenta per il Sistema sanitario il banco di prova su cui si misura la capacità di offrire **risposte efficaci** ai bisogni di salute emergenti

Tali risposte implicano la possibilità di gestire **organicamente** le criticità, superando la parcellizzazione e l'estemporaneità delle soluzioni per approdare a modalità assistenziali standardizzate ed basate su evidenze scientifiche

Programma nazionale “Linee guida sulla tutela della salute e l’assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti”

Linee Guida

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

II CONTROLLO DELLA TUBERCOLOSI TRA GLI IMMIGRATI IN ITALIA





Il documento nasce come strumento operativo per le organizzazioni e i professionisti sociosanitari che quotidianamente si impegnano nell'assistenza dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale; e affronta il tema degli **accertamenti sanitari da effettuare in fase di soccorso e prima assistenza, e nelle diverse fasi del percorso di accoglienza.**

OBIETTIVO:

elaborare raccomandazioni evidence-based, indirizzate alle Regioni e agli operatori del SSN, a supporto della programmazione sanitaria e per la **diffusione delle buone pratiche**.

Il documento nasce come **strumento operativo** per le organizzazioni e i professionisti sociosanitari che quotidianamente si impegnano nell'assistenza dei migranti e dei richiedenti protezione internazionale



Popolazione target

Migranti e richiedenti protezione internazionale intercettati dal sistema di accoglienza italiano (**catchment population**)

Come scaricare le LG

The screenshot shows the INMP website interface. At the top, there is a navigation bar with the INMP and NIHMP logos, a search bar, and a language selector (Welcome | Bienvenue | مرحبا). Below this is a secondary navigation menu with links for Home, Chi Siamo, Progetti, **Pubblicazioni** (circled in red), Eventi, and News and media. A vertical sidebar on the right contains links for Concorsi, Pubblicità legale, Amministrazione trasparente, Contatti, Siti tematici, and Mappa del sito. The main content area is titled "Benvenuto su INMP" and features a large yellow banner for a market investigation notice. Below the banner, there are several content blocks: a "Primo Piano" section with news items, a "Calendario" section with a calendar for May, and a "Ricerca" section with various categories like Assistenza sanitaria, Ricerca, Formazione, Rete Nazionale, and Attività Internazionale. A secondary navigation bar at the bottom of the main content area includes links for Focus on, Novità, **Pubblicazioni** (circled in red), and Congressi.

Affidamento del servizio di noleggio e lavaggio di camici e divise
Maggiori informazioni

AVVISO DI INDAGINE DI MERCATO per l'affidamento del servizio di noleggio e lavaggio di camici e divise del personale

Primo Piano

- Data: 14/05/2018
Corso ECM "Epidemiologia e statistica sanitaria di base" - Iscrizioni aperte >>>
- Data: 04/05/2018
Corso ECM "Approccio multidisciplinare alla migrazione: servizi sanitari e centri d'accoglienza in dialogo" >>>
- Data: 26/04/2018
Manifestazione di interesse per farmacista >>>
- Data: 21/04/2018
L'INMP per la Giornata della Salute della Donna >>>
- Data: 14/04/2018
Avviso allutenza del poliambulatorio INMP: sabato 14 e domenica 15 aprile non sarà possibile effettuare prelievi >>>
- Data: 12/04/2018

Calendario

Maggio

Lu	Ma	Me	Gi	Ve	Sa	Do
	1	2	3	4	5	6
7	8	9	10	11	12	13
14	15	16	17	18	19	20
21	22	23	24	25	26	27
28	29	30	31			

L'INMP al Cluster Meeting di Bruxelles il 21 settembre

L'INMP ha partecipato, giovedì 21 settembre, al Cluster Meeting di Bruxelles dal titolo Migration and health: paths for integration - How the European Union Contributes to Public Health Priorities Including Health of Refugees and other Migrants. L'obiettivo dell'evento è stato quello di fornire una panoramica sulle principali iniziative europee per migliorare la salute...
Segue

All'INMP un progetto sul diabete per le persone che provengono dal Bangladesh e dal Nord Africa

L'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà (INMP) sta conducendo, grazie a un finanziamento del Ministero della Salute, un progetto sul diabete nelle persone che provengono dal Bangladesh, dalla Tunisia, dall'Algeria, dal Marocco o dall'Egitto, dove trovare questa malattia... **Segue**

Come scaricare le LG

The screenshot shows the website of the Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura delle Malattie Migrate (INMP) and the Istituto Nazionale per lo Studio e la Cura delle Malattie Migratorie (NIHMP). The page is titled "Pubblicazioni" (Publications) and lists several documents. Two red arrows point to the first two items in the list:

- Linea Guida "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia" - Presentazione e download**
La Linea Guida "Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia" rappresenta il secondo documento prodotto nell'ambito del "Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti", sviluppato dall'Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà (INMP) in collaborazione con l'...
- "L'Italia per l'equità nella salute" - Scarica il documento tecnico**
Partendo dalle migliori evidenze scientifiche attualmente disponibili sui determinanti e sugli estiti di salute, e da un'analisi delle esperienze e delle buone prassi realizzate a beneficio dei gruppi più vulnerabili a livello nazionale e locale, il presente documento presenta possibili strategie...

Other publications listed include:

- Linea Guida "Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela sanitaria per i migranti ospiti presso i centri di accoglienza" - Presentazione e download**
La Linea Guida "I controlli alla frontiera. La frontiera del controllo. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza" nasce nell'ambito del "Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti", sviluppato dall'Istituto Nazionale Salute Migr...
- Rassegna di revisioni sistematiche, linee guida e documenti di indirizzo sulla salute degli immigrati - Scarica il documento**
Programma "Linee guida sulla tutela della salute e l'assistenza socio-sanitaria alle popolazioni migranti" Il fenomeno migratorio rappresenta per il sistema sanitario una sfida sempre aperta, non solo in termini di quantificazione e analisi dei bisogni, ma soprattutto nell'ottica di un'adeguata or...
- Equità, salute, sviluppo. L'INMP tra passato, presente e futuro**
Il volume istituzionale "Equità, salute, sviluppo. L'INMP tra passato, presente e futuro" traccia la storia del nostro Istituto e del luogo che lo ospita, da sempre dedicato all'accoglienza e alla cura dei più fragili, ieri come oggi. Un "architettura per la salute" recuperata nel rispetto dell...
- Sicurezza e salute dei lavoratori stranieri del comparto edile. Sperimentazione di un modello formativo**
A febbraio 2016 si è concluso il progetto Sicurezza e salute dei lavoratori stranieri del comparto edile attuato nell'ambito del Programma CCM 2013. Le attività hanno coinvolto l'INMP con il ruolo di coordinatore del progetto, la Direzione Centrale per la Prevenzione dell'INAIL, la Commissione...

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Scopo del documento

Offrire ai decisori, agli enti gestori dei centri di accoglienza e agli operatori sanitari **raccomandazioni evidence-based** circa la pratica dei controlli sanitari all'arrivo

... al fine di:

- 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
- ridimensionare le pratiche difensive derivanti da ingiustificati **allarmismi**

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Chi ha elaborato la LG

- ☞ il **Comitato Scientifico** del Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti
 - il panel multidisciplinare e multiprofessionale di esperti
 - il Centro documentazione dell'ISS
 - il gruppo dei valutatori della letteratura
 - il comitato di scrittura

Il CS ha coordinato e armonizzato le attività di elaborazione e stesura della LG nelle diverse fasi:

INMP Giovanni Baglio e Antonio Fortino
ISS Maria Elena Tosti e Stefano Vella
SIMM Maurizio Marceca e Salvatore Geraci

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Chi ha elaborato la LG

- il Comitato Scientifico del Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti
- 👉 il **panel** multidisciplinare e multiprofessionale di esperti
- il Centro documentazione dell'ISS
- il gruppo dei valutatori della letteratura
- il comitato di scrittura


In rappresentanza di società scientifiche e istituzioni nazionali e internazionali, con il compito di:

- definire i quesiti
- discutere le prove a sostegno di ciascun quesito
- formulare le raccomandazioni finali

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Chi ha elaborato la LG

- il Comitato Scientifico del Progetto Migranti
-  il **panel** multidisciplinare e multiprofessionale
- il Centro documentazione dell'ISS
- il gruppo dei valutatori della letteratura
- il comitato di scrittura

Società scientifiche

- Associazione Dermatologi Ospedalieri Italiani (ADOI)
- Associazione Italiana per lo Studio del Fegato (AISF)
- Federazione Italiana Medici Pediatri (FIMP)
- Società Italiana di Igiene (SItI)
- Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali (SIMIT)
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)
- Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale (SIMET)
- Società Italiana di Pediatria – Gruppo di Lavoro Nazionale per il Bambino Migrante (GLNBM)

Istituzioni sanitarie

- Organizzazione Mondiale della Sanità – Ufficio europeo per gli Investimenti e la Salute
- Istituto Nazionale Malattie Infettive Lazzaro Spallanzani
- Ospedale Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar
- Centro Salute Globale Regione Toscana
- ASL Roma 2 – Coordinamento Tavolo «Migranti in transito» della Regione Lazio
- ASP Catania – Coordinamento Centri di Accoglienza
- INMP
- ISS

Organizzazioni e associazioni umanitarie

- Associazione Multi-etnica Mediatori Interculturali – AMMI Piemonte
- Idea Donna Onlus
- Medici Senza Frontiere
- Save the Children

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Chi ha elaborato la LG

- il Comitato Scientifico del Programma Migranti
- ☞ il **panel** multidisciplinare e multipro
- il Centro documentazione dell'ISS
- il gruppo dei valutatori della lettera
- il comitato di scrittura

Policy panel

Comprende diverse istituzioni nazionali e regionali coinvolte a vario titolo nell'accoglienza ai migranti e interessate a condividere linee generali di policy e strategie implementative:

- Ministero dell'Interno
- Ministero della Salute
- OIM
- UNHCR
- Regioni (referenti Rete nazionale INMP)

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Chi ha elaborato la LG

- il Comitato Scientifico del Program
Migranti
- il panel multidisciplinare e multiprofe
- ☞ il **Centro documentazione** dell'ISS
- il gruppo dei valutatori della letteratu
- il comitato di scrittura

I documentalisti dell'ISS per ciascun quesito hanno elaborato strategie di ricerca (a partire dalle “parole chiave” suggerite dal panel)...

e hanno interrogato:

- le seguenti basi di dati bibliografiche:

- ☞ Medline
- ☞ Embase
- ☞ Scisearch
- ☞ Biosis
- ☞ Pascal

- e i siti delle principali agenzie e associazioni internazionali...

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Chi ha elaborato la LG

- il Comitato Scientifico del Program
Migranti
- il panel multidisciplinare e multiprofe
- 👉 il **Centro documentazione** dell'ISS
- il gruppo dei valutatori della letteratura
- il comitato di scrittura

Siti consultati:

- 📖 Australian National Health & Medical Research Council
- 📖 New Zealand Guidelines Group
- 📖 Canadian Medical Association Infobase of Clinical Practice Guidelines
- 📖 Canadian Task Force on Preventive Health Care
- 📖 Haute Autorité de Santé - HAS
- 📖 CDC/ECDC
- 📖 Health Services/Technology Assessment Texts
- 📖 National Guidelines Clearing House
- 📖 U. S. Preventive Service Task Force
- 📖 National Institute of Clinical Excellence (NICE)
- 📖 Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN)
- 📖 WHO
- 📖 International Guideline Library
- 📖 Ministero della Salute
- 📖 Google

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Chi ha elaborato la LG

- il Comitato Scientifico del Programma Nazionale Migrants
- il panel multidisciplinare e multiprofessionale
- il Centro documentazione dell'ISS
- ☞ il **gruppo dei valutatori** della letteratura
- il comitato di scrittura

1 medico igienista, 7 specializzandi in Igiene, 1 laureando in medicina e 1 ricercatrice biologa

Hanno selezionato e valutato criticamente i documenti reperiti, provvedendo:

- all'estrazione dei dati che hanno costituito la base per la stesura della LG
- e al grading delle raccomandazioni

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Chi ha elaborato la LG

- il Comitato Scientifico del Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti
- il panel multidisciplinare e multiprofessionale
- il Centro documentazione dell'ISS
- ☞ il **gruppo dei valutatori** della letteratura
- il comitato di scrittura

I documenti inclusi sono stati valutati con l'ausilio di check-list metodologiche validate:

- **PRISMA**, per le revisioni sistematiche
- **AGREE II**, per le linee guida

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Chi ha elaborato la LG

- il Comitato Scientifico del Programma Nazionale Linee Guida Salute Migranti
- il panel multidisciplinare e multiprofessionale di esperti
- il Centro documentazione dell'ISS
- il gruppo dei valutatori della letteratura
- 👉 il **comitato di scrittura**

Ha redatto i documenti intermedi e il testo definitivo della LG

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

• Quesito 2 •

È indicata una visita medica generale cui sottoporre tutti i migranti all'inizio del percorso di accoglienza? Esistono strumenti (protocolli e *check-list*) per la valutazione dello stato di salute dei migranti attraverso una visita medica generale, anche in riferimento a esiti di traumi fisici?

Totale documenti reperiti	265
Documenti valutati	4
Documenti inclusi	3 linee guida

Sintesi delle evidenze

Sul tema della visita medica ai migranti, sono state incluse nella sintesi delle evidenze 3 linee guida.

La LG pubblicata dall'*Australasian Society for Infectious Diseases (ASID)* e dal *Refugee Health Network of Australia (RHeNA)* nel 2016 [valutazione AGREE: 6/7] fornisce

Prospetto riassuntivo
dei documenti

Valutazione qualità
metodologica

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Raccomandazioni

Documenti a supporto

R2.1 – Nel contesto della visita medica, particolare attenzione deve essere posta all'anamnesi clinica, familiare e sociale, nonché alla ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose – in particolare tubercolosi, malaria, IST, parassitosi, anemia, diabete – ai fini di un tempestivo accesso alle cure.

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; CDC 2012) **Grado A**

Grading delle raccomandazioni

R2.2 – La visita medica deve includere la valutazione dello stato nutrizionale, dell'apparato cardiorespiratorio, dell'acuità visiva e uditiva, un'accurata ispezione della cute per l'identificazione di ectoparassitosi (di frequente riscontro nei migranti di recente arrivo) e la ricerca di segni di traumi e/o esiti di torture.

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; CDC 2012) **Grado A**

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Sistema di grading

Raccomandazione forte, di grado A:

almeno 1 documento di qualità alta (qualità RS = alta e/o score LG = 6-7)
oppure
almeno 3 documenti coerenti di qualità accettabile (qualità RS = accettabile e/o score LG = 4-5)

Raccomandazione moderata, di grado B:

almeno 1 documento di qualità accettabile (qualità RS = accettabile e/o score LG = 4-5)
oppure
almeno 3 documenti coerenti di qualità bassa (qualità RS = bassa e/o score LG = 1-3)

Raccomandazione debole, di grado C:

1 o 2 documenti di qualità bassa (qualità RS = bassa e/o score LG = 1-3)

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA

LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

Condizioni di salute-malattia prese in esame:

Malattie infettive e diffuse:

- tubercolosi
- malaria
- HIV
- HBV/HCV
- infezioni sessualmente trasmissibili
- parassitosi intestinali

Malattie non infettive:

- diabete
- anemie
- ipertensione
- carcinoma cervice uterina

- gravidanza
- vaccinazioni

I CONTROLLI ALLA FRONTIERA LA FRONTIERA DEI CONTROLLI

IL PERCORSO DI ACCOGLIENZA

SOCCORSO/PRIMA ASSISTENZA

PRIMA ACCOGLIENZA

SECONDA ACCOGLIENZA



Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extra-comunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati (Intesa del 10 luglio 2014 n. 77/CU Governo-Regioni-Enti locali)

IL PERCORSO DI ACCOGLIENZA

SOCCORSO/PRIMA ASSISTENZA

PRIMA ACCOGLIENZA

SECONDA ACCOGLIENZA

- Durante il soccorso in mare, valutazione sanitaria a bordo ed evacuazione medica da parte di Marina Militare o Guardia Costiera
- Al porto, attestato di "libera pratica sanitaria" da parte di USMAF (*Regolamento Sanitario Internazionale*) e assistenza sanitaria (al molo o presso gli *Hotspot*) sotto il coordinamento USMAF/ASL

IL PERCORSO DI ACCOGLIENZA

SOCCORSO/PRIMA ASSISTENZA

PRIMA ACCOGLIENZA

SECONDA ACCOGLIENZA

- Durante il soccorso in mare, valutazione sanitaria a bordo ed evacuazione medica da parte di Marina Militare o Guardia Costiera
- Al porto, attestato di "libera pratica sanitaria" da parte di USMAF (*Regolamento Sanitario Internazionale*) e assistenza sanitaria (al molo o presso gli *Hotspot*) sotto il coordinamento USMAF/ASL

- Sistema di prima accoglienza presso Centri/*Hub* governativi a livello regionale o interregionale (da 1 settimana a 1 mese)
- Perfezionamento della domanda di protezione internazionale
- Assistenza sanitaria garantita dagli enti gestori (non iscrivibilità al SSN)

IL PERCORSO DI ACCOGLIENZA

SOCCORSO/PRIMA ASSISTENZA	PRIMA ACCOGLIENZA	SECONDA ACCOGLIENZA
<ul style="list-style-type: none">• Durante il soccorso in mare, valutazione sanitaria a bordo ed evacuazione medica da parte di Marina Militare o Guardia Costiera• Al porto, attestato di "libera pratica sanitaria" da parte di USMAF (<i>Regolamento Sanitario Internazionale</i>) e assistenza sanitaria (al molo o presso gli <i>Hotspot</i>) sotto il coordinamento USMAF/ASL	<ul style="list-style-type: none">• Sistema di prima accoglienza presso Centri/ <i>Hub</i> governativi a livello regionale o interregionale (da 1 settimana a 1 mese)• Perfezionamento della domanda di protezione internazionale• Assistenza sanitaria garantita dagli enti gestori (non iscrivibilità al SSN)	<ul style="list-style-type: none">• Sistema di seconda accoglienza e integrazione (SPRAR/CAS) con permanenza prolungata• <i>Status</i> di richiedente protezione internazionale• Iscrizione obbligatoria al SSN e assistenza sanitaria garantita nell'ambito dei LEA

I CONTROLLI SANITARI

SOCCORSO/PRIMA ASSISTENZA

PRIMA ACCOGLIENZA

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

Rilevazione di segni e/o sintomi:

- tosse da ≥ 2 settimane (TB)
- febbre, splenomegalia (malaria)
- ispezione cute (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 pressione arteriosa

I CONTROLLI SANITARI

RICERCA ATTIVA

(Target: criterio epidemiologico (alta endemia) e/o 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

PRIMA ACCOGLIENZA

SECONDA ACCOGLIENZA

dati
segni/sintomi
specifiche
arbose

Presa in carico sanitaria

- ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening)
- prevenzione primaria (vaccinazioni)

I CONTROLLI SANITARI

RICERCA ATTIVA

(Target: criterio epidemiologico (alta endemia) e/o esposizione a 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
- **cancro cervice uterina** nell'ambito dei programmi di screening pubblici territoriali

PRIMA ACCOGLIENZA

SECONDA ACCOGLIENZA

raccolta di
dati
segnali/sintomi
specifiche
malattie
e
parassitose

Presa in carico sanitaria

- ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening)
- prevenzione primaria (vaccinazioni)

I CONTROLLI SANITARI

VACCINAZIONI

Bambini (0-14 anni) mai vaccinati o con documentazione incerta: vaccinazioni secondo il calendario nazionale vigente, in rapporto all'età

Adulti con storia vaccinale incerta o assente:

- 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

PRIMA ACCOGLIENZA

SECONDA ACCOGLIENZA

dati
segni/sintomi
specifiche
arbose

Presa in carico sanitaria

- ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening)
- prevenzione primaria (vaccinazioni)

I CONTROLLI SANITARI

SOCCORSO/PRIMA ASSISTENZA

PRIMA ACCOGLIENZA

SECONDA ACCOGLIENZA

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

Presa in carico sanitaria

- ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening)
- prevenzione primaria (vaccinazioni)

Accertamento tempestivo dell'eventuale stato di **GRAVIDANZA**
(al fine di differenziare il percorso di accoglienza)



GS GLNBI SIP



**NUOVE INDICAZIONI DEL GLNBI-SIP
PER L'ACCOGLIENZA SANITARIA
AL MINORE MIGRANTE**

Roma, 30 novembre 2013

Sulla base dell'esperienza maturata e di vari studi epidemiologici multicentrici eseguiti il GLNBI-SIP, nel 2002, ha definito il primo protocollo di "Accoglienza sanitaria del bambino adottato all'estero", approvato nello stesso anno dalla Commissione per le Adozioni Internazionali (CAI) e in seguito modificato e semplificato (Pisa 2007). Negli anni successivi questo protocollo è stato utilizzato anche nell'accoglienza di minori di recente immigrazione da Paesi a rischio.

L'arrivo, in numero sempre maggiore, di nuove tipologie di bambini (es. minori non accompagnati e figli di richiedenti asilo), da contesti geo-politici e con modalità di viaggio differenti rispetto ai precedenti flussi migratori, ha fatto nascere l'esigenza di modificare ulteriormente le indicazioni del GLNBI-SIP rispetto all'accoglienza sanitaria del MM (Consensus, Roma 30 novembre 2013). Nella stesura di queste nuove indicazioni, in piena linea con le recenti posizioni della SIP in merito, si è tenuto conto sia delle attuali evidenze scientifiche sia del rapporto costo-beneficio delle singole prestazioni nell'ambito del Sistema Sanitario Nazionale (SSN). Inoltre, pur riconoscendo come centrale la figura del pediatra, la strutturazione in diversi livelli d'intervento permette anche al medico non pediatra, di utilizzare queste indicazioni "in scienza e coscienza", adattandole a ognuna delle suddette tipologie e, in base alla provenienza e alla storia personale/familiare, al singolo bambino. Ogni standardizzazione nell'approccio rischia di rivolgere l'attenzione su aspetti epidemiologici e infettivologici generali con ricadute non positive, sia sui bisogni specifici del singolo sia sulla spesa sanitaria, senza un reale vantaggio in termini di salute pubblica.

Il tutto nasce e deve essere applicato nella ferma consapevolezza che il fine ultimo dell'accoglienza sanitaria al MM è l'inclusione del bambino, il più presto possibile, nell'ambito del SSN italiano e il suo regolare accesso ai percorsi dedicati alla popolazione pediatrica, in un'ottica d'inclusione e di equità.

PRIMA FASE

Anamnesi

- *Personale e familiare:*
 - Area di provenienza e condizioni che hanno caratterizzato la vita del bambino prima della migrazione: in famiglia o istituzionalizzato, in campo profughi, in residenza urbana o extra-urbana, scolarizzazione, religione e abitudini alimentari. Per quel che riguarda il bambino adottato ricostruzione dell'iter adottivo della coppia e del vissuto pre-adottivo del minore, eventuali informazioni sulle modalità dell'adozione e sull'Ente Autorizzato (L. 476/98, art.31) coinvolto nella procedura (con particolare attenzione alle categorie "special needs").
 - Condizioni e modalità che hanno determinato e caratterizzato l'intero percorso migratorio: durata totale del viaggio, bambino arrivato con uno o più familiari, minore non accompagnato, bambino adottato.
- *Patologica:* remota e prossima.
- *Valutazione della documentazione vaccinale.*

PRIMA FASE

Valutazione clinica generale - deve tener conto delle diversità di sesso e di età; dove possibile la visita deve essere eseguita, dopo consenso, da medico dello stesso sesso e in presenza di una terza persona, nel rispetto di usi e costumi, cultura e religione del minore - :

- *Segni vitali*: temperatura corporea, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa.
- *Segni di disidratazione* (eventuali).
- *Crescita staturò-ponderale*: peso, altezza, circonferenza cranica (consultare sito WHO Child Growth Standards www.who.int/childgrowth/standards/en).
- *Dentizione, visus, udito*.
- *Dismorfismi e anomalie muscolo-scheletriche* (eventuali).
- *Cute e annessi*: cicatrici o lesioni da maltrattamento.
- *Genitali esterni e perineo* (per eventuali mutilazioni o abusi sessuali) e *Sviluppo puberale*.
- *Esame neurologico*.
- *Valutazione dello sviluppo psico-motorio, relazionale e del linguaggio* (per eventuali sintomi post-traumatici da separazione, abbandono, maltrattamento, violenza subita o assistita).

PRIMA FASE

Indagini di primo livello

Esami di laboratorio:

- emocromo completo, con formula leucocitaria;
- glicemia, azotemia, creatininemia, transaminasi, protidemia, ferritinemia;
- fosfatasi alcalina, calcemia e fosforemia;
- esame urine completo con sedimento;
- TSH;
- sierologia per HBV (HBsAg, HBsAb), HCV, HAV e HIV (tenendo conto del periodo finestra);
- sierologia per LUE;
- sierologia vaccinale ¹: Anticorpi (Ac) anti-tetano solo nei minori di età inferiore a sette anni, in assenza di documentazione scritta, datata per singola dose somministrata e validata da firma e timbro ufficiale;
- esame parassitologico delle feci su tre campioni, preferibilmente a giorni alterni;
- Intradermoreazione secondo Mantoux.

Nota bene: Il calendario vaccinale e il tipo di vaccinazioni consigliate non è omogeneo nelle regioni italiane, tanto meno nei vari paesi di provenienza. Nei bambini di recente immigrazione è necessario attuare una strategia di vaccinazione in accordo con le indicazioni del Calendario vaccinale della regione di pertinenza.

Esami strumentali: esclusivamente su indicazione clinica.

Consulenze specialistiche:

Visita Oculistica, dai tre anni di età o prima, se presente storia di prematurità e/o asfissia perinatale.

SECONDA FASE



Indagini di secondo livello - in base all'esito delle precedenti e al quadro clinico - .

Esami di laboratorio:

- Studio dell'emoglobinopatie e deficit G6PDH, su indicazione dell'esame emocromocitometrico e/o dell'area di provenienza.
- In caso di EOSINOFILIA (> 450 cell/mm³)²:
 - ASINTOMATICA con esame parassitologico negativo: ricerca Ac anti-Strongyloides, Ac anti-Schistosoma e Ac anti-Toxocara.
 - Se eosinofilia >20% si consiglia esecuzione anche di Ac anti-Filaria specialmente in bambini di età superiore ai due anni.
 - SINTOMATICA: visita infettivologica pediatrica.
- In caso di febbre con sintomi gastro-intestinali: screening per malaria e coprocoltura.
- In caso di Mantoux positiva³: conferma con IGRA (Interferon-gamma release assays) in particolare con test QuantiFeron-TB.
- In caso di sospetto clinico e/o laboratoristico di rachitismo: Vitamina D, Paratormone (PTH) e Magnesio ematici.

SECONDA FASE



Esami strumentali:

- In caso di Mantoux positiva: radiografia del torace e/o altra indagine radiologica.
- Per la determinazione anagrafica della minore età:
 - o tenere in considerazione la mancanza di evidenze scientifiche che supportino l'utilizzo della radiografia della mano e del polso sinistro (utile al riscontro dei nuclei di ossificazione);
 - o si consiglia invio a struttura sanitaria pubblica di riferimento per valutazione multidisciplinare.

Visite specialistiche su indicazione clinica e/o laboratoristica:

- visita audiologica, se disturbo o ritardo di linguaggio e/o dello sviluppo cognitivo/relazionale;
- visita neuropsichiatrica infantile, se presenti indizi di stress psichico o alterazione dello sviluppo neuropsichico;
- visita/consulenza infettivologica pediatrica;
- visita odontoiatrica;
- visita chirurgica pediatrica e, se indicate, anche quella chirurgica oro-facciale e plastica;
- visita ortopedica;
- visita endocrinologica;
- visita dermatologica;
- visita cardiologica.

In vista di un...

Nuovo documento...un aggiornamento dello stesso





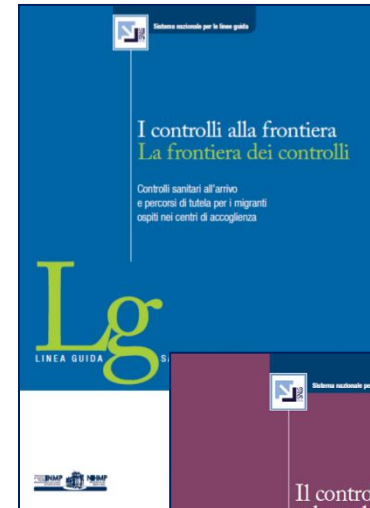
GS GLNBI SIP



**NUOVE INDICAZIONI DEL GLNBI-SIP
PER L'ACCOGLIENZA SANITARIA
AL MINORE MIGRANTE**

Roma, 30 novembre 2013

Per molti aspetti diverse..
Ma possono arricchirsi
a vicenda?



Proviamo a inserire le fasi nel percorso?

Vediamo i punti in comune delle fasi negli step del percorso di accoglienza?



Visita medica

• Quesito 2 •

È indicata una visita medica generale cui sottoporre tutti i migranti all'inizio del percorso di accoglienza? Esistono strumenti (protocolli e *check-list*) per la valutazione dello stato di salute dei migranti attraverso una visita medica generale, anche in riferimento a esiti di traumi fisici?

Raccomandazioni

R2.1 – Nel contesto della visita medica, particolare attenzione deve essere posta all'anamnesi clinica, familiare e sociale, nonché alla ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose – in particolare tubercolosi, malaria, IST, parassitosi, anemia, diabete – ai fini di un tempestivo accesso alle cure.

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; CDC 2012) **Grado A**

R2.2 – La visita medica deve includere la valutazione dello stato nutrizionale, dell'apparato cardiorespiratorio, dell'acuità visiva e uditiva, un'accurata ispezione della cute per l'identificazione di ectoparassitosi (di frequente riscontro nei migranti di recente arrivo) e la ricerca di segni di traumi e/o esiti di torture.

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; CDC 2012) **Grado A**

R2.3 – In considerazione della particolarità del *setting*, si raccomanda che il personale sociosanitario sia in possesso delle necessarie conoscenze circa il quadro epidemiologico nei paesi di provenienza e in quelli di transito, sia formato all'approccio transculturale e riceva adeguato supporto psicologico, nell'ottica di gestire situazioni emotivamente stressanti e prevenire il *burn-out*.

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; CDC 2012) **Grado A**

R2.4 – È raccomandato l'impiego di mediatori culturali in possesso di specifiche competenze sanitarie, al fine di supportare la relazione medico-paziente.

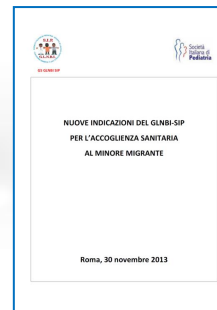
(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; CDC 2012) **Grado A**

R2.5 – È raccomandato l'uso di strumenti informativi per la registrazione e la pronta disponibilità di dati sanitari, fatte salve le esigenze di tutela della privacy del paziente, lungo tutto il percorso di accoglienza. **Raccomandazione del panel**



Anamnesi

- *Personale e familiare:*
 - Area di provenienza e condizioni che hanno caratterizzato la vita del bambino prima della migrazione: in famiglia o istituzionalizzato, in campo profughi, in residenza urbana o extra-urbana, scolarizzazione, religione e abitudini alimentari. Per quel che riguarda il bambino adottato ricostruzione dell'iter adottivo della coppia e del vissuto pre-adottivo del minore, eventuali informazioni sulle modalità dell'adozione e sull'Ente Autorizzato (L. 476/98, art.31) coinvolto nella procedura (con particolare attenzione alle categorie "special needs").
 - Condizioni e modalità che hanno determinato e caratterizzato l'intero percorso migratorio: durata totale del viaggio, bambino arrivato con uno o più familiari, minore non accompagnato, bambino adottato.
- *Patologica:* remota e prossima.
- *Valutazione della documentazione vaccinale.*



Quesiti

- Q4** Quale strategia è indicata per l'identificazione precoce della **malaria** nei migranti durante il percorso di accoglienza?
- Q5** È indicato un programma di screening dell'**HIV** rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?
- Q6** È indicato un programma di screening dell'**HBV** rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?
- Q7** È indicato un programma di screening dell'**HCV** rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?
- Q8** Quale strategia è indicata per l'identificazione precoce delle **IST** nei migranti durante il percorso di accoglienza? È indicato un programma di screening della sifilide?
- Q9** È indicata l'esecuzione di un esame parassitologico delle feci come screening delle **parassitosi** intestinali nei migranti durante il percorso di accoglienza? È indicato un programma di screening dello *Strongyloides*? È indicato un programma di screening dello *Schistosoma*?

Malaria: letteratura



Linee guida	Soggetti sintomatici*	Soggetti asintomatici
ASID/RHeaNA (2016) Australia	Emoscopia + RDT a tutti i migranti che abbiano vissuto/viaggiato in aree endemiche nei <u>12 mesi</u> precedenti l'arrivo	Emoscopia + RDT a tutti i migranti che abbiano vissuto/viaggiato in aree endemiche nei <u>3 mesi</u> precedenti l'arrivo
NCEZID/CDC (2012); Stauffer et al. (2008) USA	Emoscopia e/o RDT. PCR in donne in gravidanza e bambini	Emoscopia (preferibilmente ripetuto tre volte a intervalli di 12-24 ore) in migranti dell'Africa subsahariana non precedentemente trattati in via presuntiva; RDT; PCR in donne in gravidanza e bambini
HPSC (2015) Irlanda	Emoscopia a tutti i migranti che abbiano vissuto/viaggiato in aree endemiche nei <u>12 mesi</u> precedenti l'arrivo	Nessun test raccomandato
Pottie et al. (2011) Canada	Emoscopia e/o RDT a tutti i migranti e rifugiati che abbiano vissuto/viaggiato in aree endemiche (in particolare Africa subsahariana) nei <u>3 mesi</u> precedenti l'arrivo	Nessun test raccomandato

* Febbre (principalmente), malessere generale, cefalea, mialgie.

Malaria: raccomandazioni



PUNTI CHIAVE

- Tempestività / urgenza
- Conoscenza / consapevolezza
- Scelta del test adeguato
- Quadri asintomatici / sub-clinici
- Corretta gestione dei casi

Raccomandazioni

R4.1 – È necessario avviare, già in fase di soccorso, una ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di malaria (in particolare febbre) in migranti che riferiscono di aver vissuto/viaggiato in aree a endemia malarica (si veda allegato 2).

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; NCEZID/CDC 2012; Pottie et al. 2011) **Grado A**

R4.2 – Si raccomanda che i professionisti della salute coinvolti nella valutazione dei migranti, nelle diverse fasi di soccorso e accoglienza, siano formati a riconoscere segni e sintomi della malaria e della malaria grave, anche al fine di evitare ritardi diagnostici e terapeutici.

(HPSC 2015; Pottie et al. 2011) **Grado A**

R4.3 – Nei soggetti con segni e/o sintomi di malaria, deve essere tempestivamente offerta l'emoscopia come procedura iniziale di diagnosi; in alternativa, trattandosi di soggetti sintomatici, il ricorso a test rapidi rappresenta una valida opzione, in considerazione della velocità di risposta e della facilità d'uso, anche in fase di soccorso e di prima accoglienza.

(ASID, RHeaNA 2016; NCEZID/CDC 2012; Pottie et al. 2011) **Grado A**

R4.4 – Nel corso di accertamenti clinici effettuati su soggetti che riferiscono di aver vissuto/viaggiato in aree a endemia malarica (si veda allegato 2), si raccomanda di considerare con particolare attenzione la diagnosi di malaria in presenza di splenomegalia e/o trombocitopenia, in quanto predittivi di tale condizione anche in assenza di sintomi.

(NCEZID/CDC 2012) **Grado B**

R4.5 – I pazienti con diagnosi confermata di malaria devono essere sottoposti a una valutazione specialistica. Si raccomanda di procedere con particolare urgenza nei casi di malaria da *Plasmodium falciparum* e di malaria grave non *falciparum*, ai fini di una tempestiva presa in carico, dal momento che il quadro clinico può aggravarsi rapidamente, **soprattutto nei bambini, nelle donne in gravidanza e nei soggetti immunodepressi.**

(ASID, RHeaNA 2016) **Grado A**

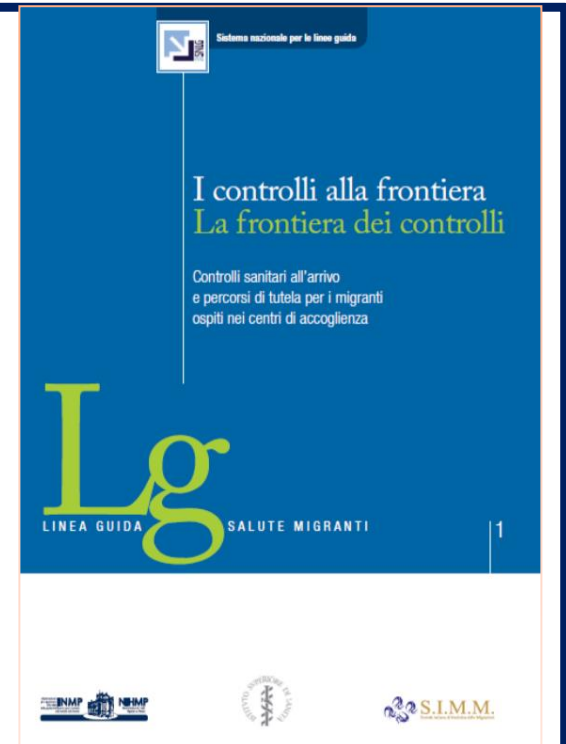


Indagini di secondo livello - in base all'esito delle precedenti e al quadro clinico - .

Esami di laboratorio:

- Studio dell'emoglobinopatie e deficit G6PDH, su indicazione dell'esame emocromocitometrico e/o dell'area di provenienza.
 - In caso di EOSINOFILIA ($> 450 \text{ cell/mm}^3$)²:
 - o ASINTOMATICA con esame parassitologico negativo: ricerca Ac anti-Strongyloides, Ac anti-Schistosoma e Ac anti-Toxocara.
 - o Se eosinofilia $>20\%$ si consiglia esecuzione anche di Ac anti-Filaria specialmente in bambini di età superiore ai due anni.
 - o SINTOMATICA: visita infettivologica pediatrica.
 - In caso di febbre con sintomi gastro-intestinali: screening per malaria e coprocultura.
-

Malaria



HIV / AIDS



Linee Guida	Paese	Strategia di screening
ASID 2016	Australia	<ul style="list-style-type: none">- Tutti i migranti di età ≥ 15 anni- minori non accompagnati al di sotto dei 15 anni- minori accompagnati con fattori di rischio, infezioni concomitanti o stato sierologico materno non noto.
NCEZID/CDC 2012	USA	Tutti i soggetti di età compresa tra i 13 e i 64 anni Nei minori di 13 anni in caso di stato sierologico materno non noto o in presenza di fattori di rischio
HPSC 2015	Irlanda	Donne che afferiscono ai servizi di salute materno-infantile Tutti coloro che presentano fattori di rischio*
Pottie et al. 2011	Canada	Tutti i migranti, adulti e adolescenti, provenienti da paesi a elevata endemia ($>1\%$), e alle donne in gravidanza
BHIVA/BASHH/BIS 2008	UK	Migranti, incluso minori, provenienti da aree geografiche a elevata endemia
ECDC 2010	Europa	Tutti i migranti provenienti da aree a elevata endemia

*provenienza da paesi a elevata endemia ($>1\%$), concomitante IST, tossicodipendenti, sex workers e vittime di tratta, omosessuali maschi, concomitante infezione tubercolare

HIV / AIDS



PUNTI CHIAVE

Raccomandazioni

- Informazione /
counselling

R5.1 – A tutti i migranti, nell’ambito della presa in carico sanitaria, deve essere offerto un adeguato *counselling* che garantisca informazioni chiare ed esaustive sull’infezione da HIV, sull’AIDS e sulla possibilità di accedere a cure efficaci. Tali informazioni devono essere fornite secondo una prospettiva culturalmente sensibile, possibilmente nella lingua madre, e avvalendosi di mediatori linguistico-culturali. (ASID, RHeaNA 2016; Alvarez-del Arco et al. 2012; Pottie et al. 2011) **Grado A**

- Popolazione
(Criterio epidemiologico)

R5.2 – Si raccomanda di offrire il test HIV a tutti i soggetti di età ≥ 16 anni provenienti da paesi a elevata endemia (stime di prevalenza di HIV $>1\%$ – si veda allegato 3), alle donne in gravidanza e durante l’allattamento, e a quanti, nell’ambito del *counselling*, riferiscano di essere stati esposti a fattori di rischio (pregresse trasfusione di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, *partner* sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali), o presentino concomitante IST o infezione tubercolare. (ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; NCEZID/CDC 2012; Pottie et al. 2011; ECDC 2010; BHIVA, BASHH, BIS 2008) **Grado A**

- Minori < 16 anni

R5.3 – Il test HIV viene altresì offerto ai minori di età < 16 anni, in presenza di 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. (ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015) **Grado A**

HIV / AIDS

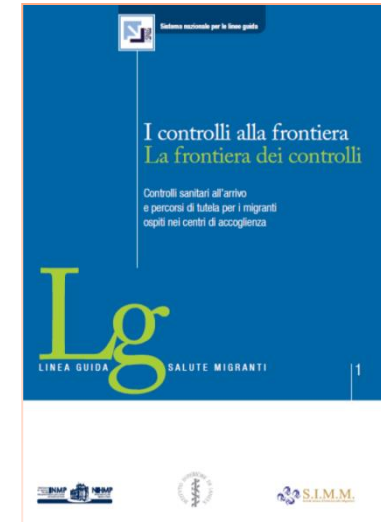
PRIMA FASE

Indagini di primo livello
Esami di laboratorio:

Sierologia per HIV tenendo conto del periodo finestra



HIV / AIDS



Criterion
epidemiologic,
risk factors

HBV

Linee Guida	Paese	Test di screening	Popolazione
ASID (2016)	Australia	HBsAg, HBcAb, HBsAb	Tutti i migranti
NICE (2012)	UK	Non specificato	
CASL (2012)	Canada	HBsAg, HBcAb, HBsAb	
HPSC (2015)	Irlanda	HBsAg, HBcAb	Migranti provenienti da paesi con prevalenza di infezione HBV intermedia/elevata (HBsAg $\geq 2\%$) o appartenenti a gruppi ad alto rischio
NCEZID/CDC (2012) CDC (2008)	USA	HBsAg, HBcAb, HBsAb	
Pottie et al. (2011)	Canada	HBsAg, HBcAb, HBsAb	
MoH Singapore (2011)	Singapore	Non specificato	
Almasio et al. (2011)	Italia	HBsAg, HBsAb	

HBV

Raccomandazioni

PUNTI CHIAVE

- Popolazione
(Criterio epidemiologico)

R6.1 – Si raccomanda di offrire, nell’ambito della presa in carico sanitaria, il test di screening per l’infezione da HBV ai migranti provenienti da paesi a prevalenza di HBsAg >2% (si veda allegato 4) e, indipendentemente dalla provenienza, a 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) e alle donne in gravidanza.

(HPSC 2015; NCEZID/CDC 2014; Rossi et al. 2012; Almasio et al. 2011; MoH Singapore 2011; Pottie et al. 2011; CDC 2008)

Grado A

- Scelta dei test



R6.2 – Lo screening deve prevedere la valutazione sierica di HBsAg, HbCAb e HBsAb.

(ASID, RHeaNA 2016; NCEZID/CDC 2014; CASL 2012; Pottie et al. 2011) **Grado A**

- Corretta gestione dei casi

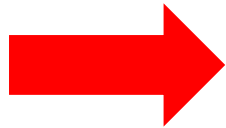
R6.3 – In caso di positività all’HBsAg, il paziente deve essere inviato a un centro specialistico per la prosecuzione del percorso diagnostico e l’eventuale trattamento.

(ASID, RHeaNA 2016; NICE 2012) **Grado A**

HBV

PRIMA FASE

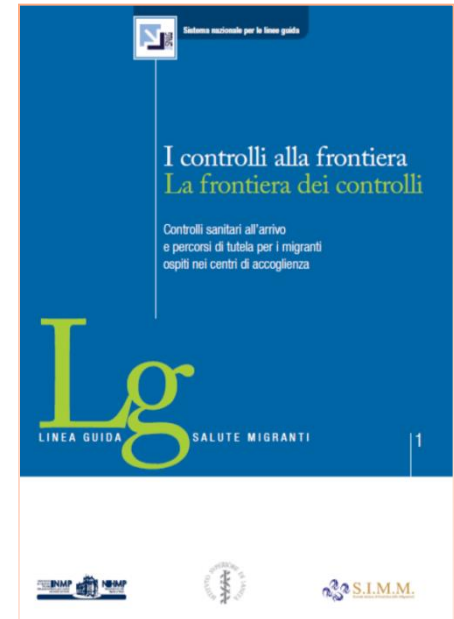
Indagini di primo livello
Esami di laboratorio:



sierologia per HBV (HBsAg, HBsAb)



HBV



Criterio
epidemiologico,
fattori di rischio e
modalità.
Tre test

HCV

Linee guida	Paese	Strategia di screening
HPSC (2015)	Irlanda	Popolazione: migranti provenienti da paesi a prevalenza di infezione cronica: <u>>3%</u> o <u>esposti a fattori di rischio</u> Test di screening: anticorpi anti-HCV e, in caso di positività, HCV RNA
ASID (2012)	Australia	Popolazione: migranti provenienti da paesi a prevalenza di infezione cronica: <u>>3%</u> o <u>esposti a fattori di rischio</u> o in caso di incertezza rispetto al percorso migratorio e alle condizioni di rischio. Test di screening: anticorpi anti-HCV e, in caso di positività, HCV RNA
NCEZID/CDC (2012)	USA	Popolazione: migranti nati nel periodo 1945-1965 o che presentano fattori di rischio per l'infezione Test di screening: non specificato Non raccomandato nei minori, a eccezione dei figli di donne con infezione da HCV e esposti a fattori di rischio
NICE (2012)	UK	Popolazione: <u>tutti</u> migranti presso i centri di espulsione Test di screening: non specificato
Pottie et al. (2011)	Canada	Popolazione: migranti provenienti da paesi a prevalenza di infezione <u>≥3%</u> Test di screening: anticorpi anti-HCV e, in caso di positività, HCV RNA
Almasio et al. (2011)	Italia	Popolazione: migranti provenienti da <u>paesi ad alta prevalenza di infezione</u> o appartenenti a gruppi ad <u>alto rischio</u> Test di screening: non specificato

HCV

PUNTI CHIAVE

- Popolazione
(Criterio epidemiologico)

Raccomandazioni

R7.1 – Si raccomanda di offrire, nell’ambito della presa in carico sanitaria, il test di screening per l’infezione da HCV ai migranti provenienti da paesi a prevalenza di HCV >3% (si veda allegato 5) e, indipendentemente dalla provenienza, a 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).

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; NCEZID/CDC 2014; Almasio et al. 2011; Pottie et al. 2011) **Grado A**

- Scelta dei test

R7.2 – Lo screening deve prevedere la valutazione sierica degli anticorpi anti-HCV.

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; Pottie et al. 2011) **Grado A**

- Corretta gestione dei casi

R7.3 – I soggetti positivi al test devono essere sottoposti a ulteriore valutazione di conferma con HCV-RNA e, in caso di positività, inviati a un centro specialistico per la prosecuzione del percorso diagnostico e l’eventuale trattamento.

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; NICE 2012; Pottie et al. 2011) **Grado A**

HCV

PRIMA FASE

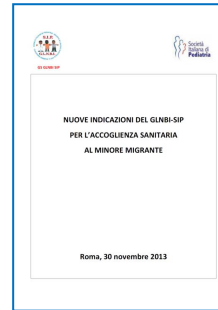
Indagini di primo livello
Esami di laboratorio:

Sierologia HCV



HCV

PUNTI CHIAVE



Criterio
epidemiologico,
fattori di rischio

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

Linee Guida	Paese	Popolazione	Test di screening
NCEZID/CDC (2017)	USA	<p>Screening universale <u>Sifilide</u>: tutti i soggetti ≥15 anni; minori <15 anni con rischio di sifilide congenita, sessualmente attivi o con una storia di violenze sessuali.</p> <p><u>Gonorrea e Clamidia</u>: tutti i soggetti con sintomi suggestivi, alle donne asintomatiche di età <25 anni sessualmente attive e alle donne con fattori di rischio</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sifilide: test non treponemico (VDRL/RPR) per tutti. Nei positivi ai test non treponemici, e indicata l'esecuzione di un test treponemico. - Gonorrea & Clamidia: PCR su urine o tamponi vaginali, cervicali o uretrali
ASID (2016)	Australia	Approccio <i>risk-based</i> (fattori di rischio* e/o sintomatologia suggestiva)	<ul style="list-style-type: none"> - Sifilide: sierologia (test non specificato)
HPSC (2015)	Irlanda	<p>Approccio misto Screening universale in adulti provenienti da paesi con prevalenza di infezione da HIV >1% Approccio <i>risk-based</i> per gli altri</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Gonorrea & Clamidia: PCR su primo mitto (uomini) /tampone vaginale (donne)

* recente storia di IST, *partner* sessuali multipli o nuovo *partner* recente, gravidanza, infezione da HIV, *sex workers*, omosessualità, storia di permanenza in contesti di detenzione, storia di abusi sessuali

PUNTI CHIAVE

- Valutazione iniziale
- Informazione / *counselling*
- Approccio *risk-based*

- Approccio misto

- Minori < 16 anni

Raccomandazioni

R8.1 – Nei migranti di recente arrivo, in occasione dei controlli medici presso i centri di accoglienza, si raccomanda di indagare con attenzione la presenza di segni/sintomi suggestivi di IST (secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, *rash* cutanei, linfadenopatie inguinali). I soggetti sintomatici devono essere sottoposti a una valutazione specialistica.

(NCEZID/CDC 2017; ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015) **Grado A**

R8.2 – È necessario che il medico effettui, nel corso della visita, un adeguato *counselling* sulla salute sessuale e sulle misure di prevenzione delle IST.

(NCEZID/CDC 2017; ASID, RHeaNA 2016) **Grado A**

R8.3 – Ai soggetti asintomatici con fattori di rischio (*partner* multipli, nuovi *partner*, recente storia di IST, violenza sessuale) è raccomandata, nel contesto della presa in carico sanitaria, l'offerta di test diagnostici per infezione da *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*, basati sull'esecuzione di PCR su primo mitto o, nelle donne, preferibilmente su tamponi cervico-vaginali.

(NCEZID/CDC 2017; ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015) **Grado A**

SIFILIDE

R8.4 – Si raccomanda l'offerta del test sierologico per la sifilide, nell'ambito della presa in carico sanitaria, a tutti i soggetti di età ≥ 16 anni provenienti da paesi a elevata endemia per infezione da HIV (stime di prevalenza di HIV $>1\%$ – si veda allegato 3) e a quanti, a seguito di adeguato *counselling*, ritengano di essere stati esposti a fattori di rischio.

(NCEZID/CDC 2017; ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015) **Grado A**

R8.5 – Nel minori di età <16 anni, il test per la sifilide deve essere offerto in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, abusi/violenze sessuali) o di altre IST.

(NCEZID/CDC 2017; ASID, RHeaNA 2016) **Grado A**

INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI

PRIMA FASE

Indagini di primo livello
Esami di laboratorio:

Sierologia lue



INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI



Criterion
epidemiologic,
risk factors

MALATTIE PARASSITARIE

Linee Guida	Paese	Strategia di screening
CCIRH (2011)	Canada	<ul style="list-style-type: none">- ricerca attiva di parassitosi intestinali non raccomandata (prevista risoluzione spontanea senza trattamento dopo pochi anni dall'arrivo)- screening sierologico di tutti i rifugiati provenienti da aree endemiche per <i>S. stercoralis</i> (Sud-Est asiatico e Africa) e <i>Schistosoma</i> spp (Africa), entro 5 anni dal loro arrivo in Canada
HPSC (2015)	Irlanda	<ul style="list-style-type: none">- ricerca attiva di parassitosi intestinali (esame coproparassitologico) nei soggetti sintomatici provenienti da aree endemiche (Sud-Est asiatico, Africa subsahariana) o che presentino eosinofilia
ASID (2016)	Australia	<ul style="list-style-type: none">- trattamento presuntivo (singola dose di albendazolo) o esame coproparassitologico di tutti i migranti con segni e sintomi suggestivi di malattia e/o con eosinofilia- screening per <i>Schistosoma</i> spp (esame sierologico) di tutti i rifugiati provenienti da aree endemiche (Africa, alcune aree del Sud-Est asiatico e Medio Oriente).- screening per <i>S. stercoralis</i> (esame sierologico) di tutti i rifugiati e i migranti con segni e sintomi suggestivi di malattia e/o con eosinofilia
NCEZID/CDC (2013)	USA	<ul style="list-style-type: none">- trattamento presuntivo (singola dose di albendazolo) o screening (esame coproparassitologico) per tutti i rifugiati asintomatici con eosinofilia ≥ 400 cell/ml- trattamento presuntivo o screening (esame sierologico, eventualmente in combinazione con uro/coprocoltura) per <i>S. stercoralis</i> e <i>Schistosoma</i> spp (migranti provenienti dai paesi africani)

MALATTIE PARASSITARIE

PUNTI CHIAVE

- Valutazione iniziale / conoscenza
- Approccio sintomatico (parassitosi intestinali)
- Screening universale (schistosomiasi e strongyloidiasi)



Test di scelta: sierologia

Raccomandazioni

R9.1 – Si raccomanda di considerare, nel contesto della valutazione medica iniziale e durante tutte le fasi del percorso di accoglienza, la presenza di sintomi quali diarrea, dolori addominali, nausea, vomito, prurito, ematuria (anche anamnestica), in quanto suggestivi di parassitosi.

(ASID, RHeaNA 2016) **Grado A**

R9.2 – Nel corso degli accertamenti clinici, il riscontro di eosinofilia deve essere considerato quale possibile marcatore indiretto di elmintiasi.

(ASID, RHeaNA 2016; NCEZID/CDC 2013; CCIRH 2011) **Grado A**

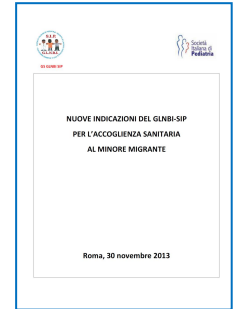
R9.3 – In presenza di segni e sintomi compatibili con parassitosi intestinale e/o di eosinofilia, si raccomanda di offrire l'esame coproparassitologico per rilevare l'eventuale presenza di parassiti intestinali.

(ASID, RHeaNA 2016; HPSC 2015; NCEZID/CDC 2013) **Grado A**

R9.4 – Nei migranti, anche asintomatici, che hanno vissuto o viaggiato in aree endemiche per strongiloidosi* e schistosomiasi (si veda allegato 6), è raccomandato l'esame sierologico, nell'ambito della presa in carico sanitaria. 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 meritevole di trattamento.

(ASID, RHeaNA 2016; NCEZID/CDC 2013; CCIRH 2011) **Grado A**

MALATTIE PARASSITARIE



PRIMA FASE

Indagini di primo livello *Esami di laboratorio:*

esame parassitologico delle feci su tre campioni, preferibilmente a giorni alterni;

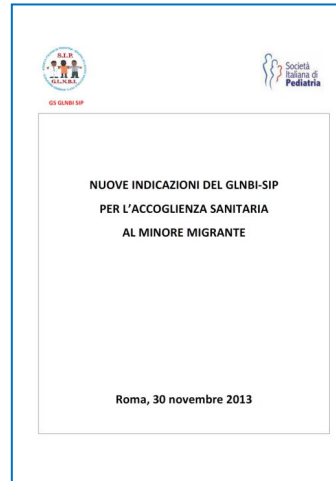
SECONDA FASE

Indagini di secondo livello - in base all'esito delle precedenti e al quadro clinico - .

Esami di laboratorio:

In caso di EOSINOFILIA (> 450 cell/mm³):

- ASINTOMATICA con esame parassitologico negativo: ricerca Ac anti-Strongyloides, Ac anti-Schistosoma e Ac anti-Toxocara.
- Se eosinofilia $>20\%$ si consiglia esecuzione anche di Ac anti-Filaria specialmente in bambini di età superiore ai due anni.
- SINTOMATICA: visita infettivologica pediatrica.



Esame coproparassitologico...

Eosinofilia.....

Sierologia Strongyloides e Schistosoma

Malattia tubercolare

• Quesito 3 •

Quale strategia è indicata per l'identificazione precoce della malattia tubercolare e dell'infezione tubercolare latente nei migranti durante il percorso di accoglienza?

MALATTIA TUBERCOLARE*

R3.1 – La ricerca attiva della malattia tubercolare deve essere avviata precocemente, già al momento della valutazione sanitaria iniziale allo sbarco (o in altro punto di ingresso), e proseguita lungo tutto il percorso di accoglienza. **Grado A**

R3.2 – Al fine di favorire l'accesso tempestivo alla diagnosi e al trattamento, è necessario fornire ai migranti – già in prima accoglienza – informazioni adeguate sui sintomi d'esordio della tubercolosi e sulle modalità di contagio dell'infezione, prestando attenzione alle difficoltà di comprensione linguistica e adattando i contenuti e la forma dei messaggi ai sistemi culturali di riferimento. **Grado A**

R3.3 – Nei pazienti con tosse persistente da più di 2 settimane, è raccomandata l'effettuazione di una radiografia del torace e di successivi esami di approfondimento diagnostico. Ove non sia possibile garantire un accesso tempestivo al controllo radiografico (per esempio in fase di soccorso), è raccomandata l'esecuzione di un test molecolare rapido per la diagnosi di TB, al fine di identificare precocemente i casi di malattia contagiosa e predisporre le opportune misure di isolamento. **Grado B**

R3.4 – Non è raccomandato l'utilizzo di TST o IGRA per la ricerca della malattia tubercolare attiva. **Grado B**

R3.5 – Non è raccomandato lo screening radiografico e/o microbiologico di routine su soggetti asintomatici. **Grado B**

R3.6 – È necessario garantire a tutte le persone con diagnosi confermata di tubercolosi una presa in carico globale, che includa la garanzia di accesso tempestivo e gratuito al trattamento, e la continuità delle cure, in particolare in caso di trasferimento della persona ad altri centri (o in altri paesi), fino al completamento del *follow up*. **Grado A**

* Rispetto alle modalità di gestione dei contatti di caso, si rimanda alle specifiche linee guida del Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1221_allegato.pdf).



Percorso di accoglienza

Malattia tubercolare: quando cercarla?

In ogni fase del percorso:



Ricerca attiva!

Percorso di accoglienza

Malattia tubercolare: come cercarla?

In ogni fase del percorso:

SOCCORSO/PRIMA ASSISTENZA	PRIMA ACCOGLIENZA	SECONDA ACCOGLIENZA
<p>Valutazione medica iniziale</p> <p>presenza di condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza</p>	<p>Visita medica</p> <p>rilevazione di dati anamnestici e segni/sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose</p>	<p>Presa in carico sanitaria</p> <ul style="list-style-type: none"> • ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening) • prevenzione primaria (vaccinazioni)
	<p>Rilevazione di segni e/o sintomi:</p> <ul style="list-style-type: none"> • tosse da ≥ 2 settimane (TB) 	

Infezione tubercolare latente

INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE

R3.7 – È raccomandata l'offerta del TST o, in alternativa, del test IGRA (quest'ultimo indicato in particolare nei casi di pregressa vaccinazione) a tutti i soggetti asintomatici provenienti da paesi ad alta endemia (stime di incidenza di TB >100/100.000 – si veda allegato 1), ospiti presso centri di accoglienza con una prospettiva di permanenza di almeno 6 mesi. **Grado A**

R3.8 – Nei bambini di età <5 anni lo screening deve essere effettuato utilizzando il TST. **Grado A**

R3.9 – I soggetti positivi al TST (diametro $\geq 10\text{mm}$) o all'IGRA devono essere sottoposti a radiografia del torace (e a eventuali ulteriori esami diagnostici), al fine di escludere la malattia tubercolare. Il diametro $\geq 5\text{mm}$ è considerato clinicamente significativo nei casi di grave malnutrizione e di sieropositività all'HIV. **Grado A**

R3.10 – La terapia per l'infezione tubercolare latente deve essere offerta a tutte le persone positive a TST o IGRA e negative all'RX, per prevenire nuovi casi di malattia. **Grado A**

Percorso di accoglienza

Infezione tubercolare latente: quando e come cercarla?

I CONTROLLI SANITARI

SOCCORSO/PRIMA
ACCOSTAMENTO

PRIMA ACCOGLIENZA

SECONDA ACCOGLIENZA

RICERCA ATTIVA

(Target: criterio epidemiologico (alta endemia) e/o esposizione a fattori di rischio)

- TST/IGRA su migranti asintomatici da paesi con incidenza TB >100/100.000

assistenza sanitaria in emergenza/urgenza

specimens condizioni morbose

testivi di

Presenza in carico sanitaria

- ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening)
- prevenzione primaria (vaccinazioni)



TARGET

immigrati presenti sul territorio nazionale, in quanto soggetti particolarmente vulnerabili. Sono esclusi da tale popolazione gli stranieri richiedenti protezione internazionale ospiti dei centri di accoglienza, già considerati nella prima linea guida "I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli".

Approccio di salute pubblica

Case finding: ricerca attiva usando tutte le occasioni di contatto

No screening di massa: non evidenze di costo-efficacia

Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia



Aggiornamento del documento «**Politiche efficaci a contrastare la TB negli immigrati da Paesi a elevata endemia tubercolare**» (Consensus Conference, 5-6 giugno 2008)

Approccio evidence-based:

- panel multidisciplinare e multiprofessionale
- formulazione di quesiti
- revisione della letteratura, valutazione e sintesi delle prove
- raccomandazioni
- consultazione pubblica



Panel

Agenzia Regionale Emilia-Romagna (Maria Luisa Moro)

Azienda Ospedaliero-Universitaria Meyer (Salvatore De Masi)

Istituto Nazionale Malattie Infettive “Lazzaro Spallanzani” (Fabrizio Palmieri)

Istituto Superiore di Sanità (Antonietta Filia)

Ministero della Salute (Stefania D’Amato, Francesco Maraglino)

Ospedale Pediatrico Bambino Gesù (Laura Lancella)

Ospedale San Raffaele (Daniela Cirillo)

Referente Rete nazionale INMP - Regione Calabria (Lorenzo Surace)

Referente Rete nazionale INMP - Regione Lombardia (Sabrina Senatore)

Società Italiana di Igiene, Medicina Preventiva e Sanità Pubblica (Enrico Di Rosa)

Società Italiana di Infettivologia Pediatrica -SitIP (Luisa Galli)

Società Italiana di Malattie Infettive e Tropicali - SIMIT (Roberto Parrella)

Società Italiana di Medicina Generale e delle Cure Primarie - SIMG (Alessandro Rossi)

Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale - SIMET (Alberto Matteelli)

Società Italiana di Pediatria - GLNBM (Simona La Placa)

Società Italiana di Pneumologia (Francesco Blasi)

Stop TB Italia (Giorgio Besozzi)

WHO Regional Office for Europe (Santino Severoni)

Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia

QUESITI

- Q1 **Accessibilità** dei servizi sanitari
- Q2 **Identificazione** precoce della malattia tubercolare
- Q3 **Screening** della ITL
- Q4a **Aderenza** al trattamento per la malattia tubercolare
- Q4b **Aderenza** al trattamento per l'infezione tubercolare latente
- Q5 **Vaccinazione** antiTB nei minori immigrati

Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia

Consultazione pubblica (realizzata dal 13 al 27 novembre 2017)

Documento finale (febbraio 2018)


• Quesito 2 •

Quali strategie sono indicate per l'identificazione precoce della malattia tubercolare nella popolazione immigrata?

R2.1 – Al fine di favorire una tempestiva identificazione dei casi di tubercolosi attiva, si raccomanda alle istituzioni sanitarie di promuovere campagne di educazione alla salute presso le comunità di immigrati, nell'ambito di programmi di offerta attiva di assistenza sanitaria, da sviluppare anche in collaborazione con le associazioni del privato sociale e con la partecipazione di persone di riferimento delle comunità stesse. **Grado A**

R2.2 – Si raccomanda di utilizzare tutte le occasioni di contatto degli immigrati con personale sanitario per fornire informazioni sulla malattia tubercolare, sui sintomi d'esordio e sulle modalità di contagio dell'infezione, anche attraverso la distribuzione di materiale multilingue. **Grado B**

R2.3 – Gli operatori sanitari, e in particolare i MMG e i PLS, per ogni nuovo assistito proveniente da un paese ad alta endemia (incidenza stimata di TB >100/100.000), devono raccogliere l'anamnesi tubercolare (con particolare riferimento ai recenti contatti con malati di TB*) e accertare l'eventuale presenza di sintomi/segni suggestivi di tubercolosi attiva. **Grado A**



R2.4 – In caso di sospetta malattia tubercolare, si raccomanda di avviare tempestivamente l'iter diagnostico che prevede una radiografia del torace e un esame microbiologico. **Grado A**

* Rispetto alle modalità di gestione dei contatti di caso, si rimanda alle specifiche linee guida del Ministero della Salute (http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1221_allegato.pdf).

• Quesito 3 •

Quali strategie sono indicate per l'identificazione dell'infezione tubercolare latente nella popolazione immigrata (screening)?

R3.1 – È raccomandata la ricerca dell'ITL nei soggetti asintomatici provenienti da paesi ad alta endemia (incidenza stimata di TB >100/100.000), presenti in Italia da meno di 5 anni, nell'ambito dell'assistenza primaria garantita dai MMG e PLS, o attraverso gli ambulatori dedicati. **Grado A**

R3.2 – Test di riferimento per la ricerca dell'ITL è il TST o l'IGRA, quest'ultimo indicato in particolare nei casi di pregressa vaccinazione e nei soggetti immunodepressi. Entrambi i test, usati singolarmente, sono idonei per identificare i soggetti eleggibili per la terapia.

Può anche essere considerato l'uso sequenziale dei due test: primo screening con TST e conferma della positività al TST con IGRA, considerando eleggibili per la terapia i soggetti positivi a entrambi i test.

Nei bambini di età <5 anni, la ricerca deve essere effettuata mediante il TST. **Grado A**

R3.3 - È da considerarsi positivo un TST con diametro dell'infiltrato $\geq 10\text{mm}$. Nei casi di grave malnutrizione e di sieropositività all'HIV, e nei recenti contatti con malati di TB, si considera clinicamente significativo un diametro $\geq 5\text{mm}$. **Grado A**

R3.4 – La terapia per l'ITL deve essere offerta a tutte le persone positive allo screening, dopo aver escluso la malattia attiva, ed effettuata nell'ambito di programmi per il monitoraggio e il supporto al completamento del *follow up*. **Grado A**



I FASE

Indagini di primo livello

Esami di laboratorio:

Intradermoreazione secondo Mantoux.

II fase

Si definisce MANTOUX POSITIVA (misurazione dell'indurimento, non dell'eritema):

- >5 mm in caso di recente contatto con persona con TBC bacillifera (oltre ai casi di malattia HIV o altre malattie con immunodepressione)
- >10 mm in tutti i bambini sotto i 5 anni di età o giunti da non più di 5 anni da aree del mondo con alta prevalenza di TBC ,
- >15 mm in assenza di fattori di rischio per TBC

In caso di Mantoux positiva: conferma con IGRA (Interferon-gamma release assays) in particolare con test QuantiFeron-TB.

In caso di Mantoux positiva: radiografia del torace e/o altra indagine radiologica.



Range di positività..



• **Quesito 4A** •

Quali strategie sono indicate per incrementare l'aderenza al trattamento e il completamento del *follow up* per la malattia tubercolare nella popolazione immigrata?

• **Quesito 4B** •

Quale strategia è indicata per incrementare l'aderenza al trattamento e il completamento del *follow up* per l'infezione tubercolare latente nella popolazione immigrata?

R4.1 – Per migliorare l'aderenza al trattamento, è necessario garantire una gestione del caso integrata e incentrata sulla persona, che assicuri una presa in carico dei pazienti con TB attiva o ITL da parte di un *team* multiprofessionale di operatori sanitari e sociali (ivi compresi i mediatori linguistico-culturali esperti in sanità) e che preveda, ove necessario, forme di accompagnamento sociale. **Grado A**

R4.2 – Al momento della presa in carico, deve essere individuato un operatore sanitario di riferimento per il paziente in tutte le fasi del percorso diagnostico-terapeutico (*case manager*). **Grado A**

R4.3 – Si raccomanda agli operatori socio-sanitari di offrire un *counselling* culturalmente orientato (anche attraverso la predisposizione di materiale informativo multilingue) per aumentare la consapevolezza dei pazienti in merito alla malattia attiva e all'ITL, sottolineando l'importanza di seguire le indicazioni terapeutiche. **Grado A**

R4.4 – Al fine di garantire un supporto nel *follow up*, può essere utile coinvolgere persone significative per il paziente o membri della comunità di appartenenza, adeguatamente formati (*peer educator*). **Grado A**

R4.5 – Le strategie da prendere in considerazione per il miglioramento dell'aderenza al trattamento includono:

- il ricorso, ove possibile, a regimi di trattamento semplificati attraverso l'uso di combinazioni di farmaci a dosi fisse;
- i contatti frequenti con il paziente per incoraggiarlo a seguire il trattamento e a presentarsi con regolarità ai controlli (chiamate telefoniche, lettere promemoria ed eventuali visite domiciliari);
- l'erogazione diretta e gratuita dei farmaci;
- il monitoraggio dell'assunzione dei farmaci, mediante l'utilizzo di diari della terapia. **Grado A**

R4.6 – La terapia direttamente osservata (DOT) è raccomandata nei casi di fallimento terapeutico e ritrattamento, o in soggetti a rischio per bassa aderenza (ad esempio, persone con disturbi psichiatrici, senza dimora o tossicodipendenti), soprattutto in presenza di TB multiresistente o HIV-associata. La DOT può essere effettuata da operatori sanitari o *caregiver* opportunamente formati, ove possibile presso il domicilio del paziente, o comunque in luoghi a lui facilmente accessibili. **Grado A**

R4.7 – È da preferire l'utilizzo di regimi terapeutici brevi per aumentare l'aderenza al trattamento dell'ITL, prestando comunque particolare attenzione al rischio di epatotossicità. **Grado A**

R4.8 – Per assicurare la continuità assistenziale, si raccomanda l'integrazione dei diversi servizi di diagnosi e cura, ospedalieri e territoriali, anche a livello interregionale e tra paesi, attraverso l'uso di strumenti informativi per la registrazione e la condivisione dei dati sanitari, fatte salve le esigenze di tutela della *privacy* del paziente. **Grado B**



• Quesito 5 •

In quali condizioni è indicata l'offerta della vaccinazione antitubercolare ai minori immigrati?

R5.1* – La vaccinazione è raccomandata in neonati e bambini di età <5 anni, conviventi o aventi contatti stretti con persone affette da tubercolosi in fase contagiosa, qualora ogni altra misura (inclusi l'allontanamento del caso e la terapia per ITL) sia impossibile da attuare. **Grado A**

R5.2 – Si raccomanda di offrire la vaccinazione antitubercolare a neonati e bambini di età <5 anni che si recano in aree endemiche (incidenza stimata di TB>100/100.000) per periodi >3 mesi. **Grado A**

R5.3 – Nei bambini di età >6 mesi, prima di procedere con la vaccinazione antitubercolare si raccomanda di eseguire il TST. In presenza di un diametro dell'infiltrato ≥ 5 mm, la vaccinazione non deve essere effettuata. **Grado A**

R5.4 – La vaccinazione è controindicata nei casi di: **Grado A**

- pregressa vaccinazione antitubercolare, confermata da certificazione o evidenza di cicatrice vaccinale;
- infezione da HIV o altre condizioni di immunosoppressione.

La presente raccomandazione è in linea con il DPR 465/2001 "Regolamento che stabilisce le condizioni nelle quali è obbligatoria la vaccinazione antitubercolare".



DIABETE

Quesito 10

È indicato un programma di screening del diabete rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

È indicato un programma di screening del diabete rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

R10.1 – Si raccomanda di indagare, già in fase di prima accoglienza, l'eventuale presenza di diabete, anche attraverso un'accurata anamnesi e la ricerca di segni/sintomi di malattia. Sui soggetti sintomatici è raccomandata la valutazione della glicemia a digiuno. **Grado A**

R10.2 – Lo screening glicemico è raccomandato nei soggetti asintomatici di età ≥ 35 anni, provenienti da paesi ad alta prevalenza di diabete (Subcontinente indiano, Medio Oriente, Nord Africa, Africa subsahariana) e con specifici fattori di rischio (ipertensione, iperlipidemia, familiarità per malattia diabetica), nell'ambito della presa in carico sanitaria, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'avvio al trattamento. **Grado A**

R10.3 – È necessario fornire ai migranti tutte le informazioni sulla prevenzione della malattia, sulle possibili complicanze e sugli stili alimentari e di vita favorevoli a una buona salute, utilizzando modalità comunicative comprensibili e culturalmente orientate. **Grado A**

DIABETE



I FASE

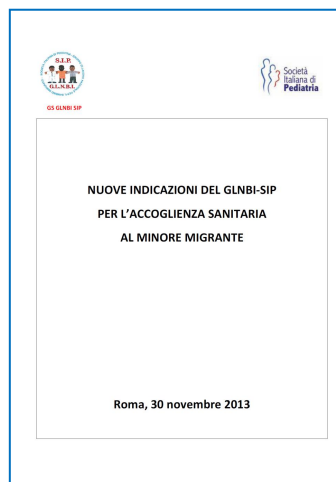
Indagini di primo livello

Esami di laboratorio:

glicemia,

Ma anche azotemia, creatininemia, transaminasi, protidemia, ferritinemia; fosfatasi alcalina, calcemia e fosforemia; esame urine completo con sedimento; TSH;

DIABETE



ANEMIE

Quesito 11

È indicato un programma di screening per le anemie rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

È indicato un programma di screening per le anemie rivolto ai migranti durante il percorso di accoglienza?

R11.1 – Si raccomanda di valutare la presenza di segni e/o sintomi di anemia già in occasione della valutazione medica iniziale, ai fini di un tempestivo accesso alle cure. **Grado A**

R11.2 – Si raccomanda di offrire l'esame emocromocitometrico completo a tutti i migranti, come parte integrante della valutazione dello stato di salute. **Grado A**

ANEMIE



PRIMA FASE

Indagini di primo livello

Esami di laboratorio:

- emocromo completo, con formula leucocitaria;

SECONDA FASE

Indagini di secondo livello - in base all'esito delle precedenti e al quadro clinico - .

Esami di laboratorio:

- Studio dell'emoglobinopatie e deficit G6PDH, su indicazione dell'esame emocromocitometrico e/o dell'area di provenienza.

ANEMIE



GS GLNBI SIP

**NUOVE INDICAZIONI DEL GLNBI-SIP
PER L'ACCOGLIENZA SANITARIA
AL MINORE MIGRANTE**

Roma, 30 novembre 2013

 Sistema nazionale per la Sanità pubblica

**I controlli alla frontiera
La frontiera dei controlli**

Controlli sanitari all'arrivo
e percorsi di tutela per i migranti
ospiti nei centri di accoglienza

Lg
LINEA GUIDA SALUTE MIGRANTI

1

IPERTENSIONE

Quesito 12

È indicato lo screening dell'ipertensione arteriosa mediante misurazione della pressione nei migranti durante il percorso di accoglienza?

PRIMA FASE

È indicato lo screening dell'ipertensione arteriosa mediante misurazione della pressione nei migranti durante il percorso di accoglienza?

R12.1 – Si raccomanda di indagare nei migranti, in occasione dei controlli medici presso i centri di accoglienza, l'eventuale presenza di ipertensione, mediante misurazione della pressione arteriosa. **Grado A**

IPERTENSIONE

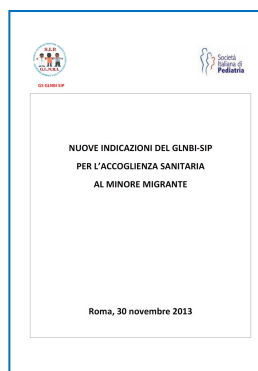


PRIMA FASE

Valutazione clinica generale - deve tener conto delle diversità di sesso e di età; dove possibile la visita deve essere eseguita, dopo consenso, da medico dello stesso sesso e in presenza di una terza persona, nel rispetto di usi e costumi, cultura e religione del minore - :

- **Segni vitali:** temperatura corporea, frequenza cardiaca, frequenza respiratoria, pressione arteriosa.


IPERTENSIONE



Quesito 15

È indicata l'offerta attiva delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate ai migranti durante il percorso di accoglienza?

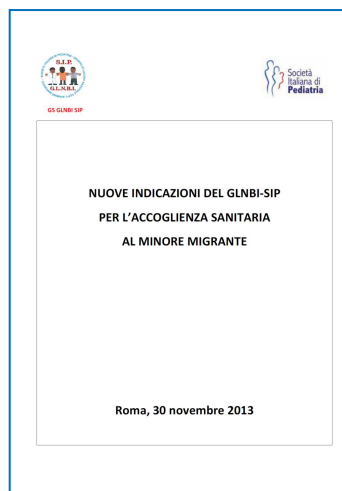
È indicata l'offerta attiva delle vaccinazioni obbligatorie e raccomandate ai migranti durante il percorso di accoglienza?



R15.1 – Nell'ambito della presa in carico sanitaria, si raccomanda di offrire ai bambini (0-14 anni) che non sono mai stati vaccinati, o che presentano documentazione incerta, le vaccinazioni secondo il calendario nazionale vigente, in rapporto all'età. **Grado A**

R15.2 – Negli adulti che abbiano storia vaccinale incerta o assente, si raccomanda di offrire le seguenti vaccinazioni: **Grado A**

- 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 (si vedano a riguardo le raccomandazioni R6.1 e R6.2 su HBV e screening).



PRIMA FASE

Indagini di primo livello Esami di laboratorio:

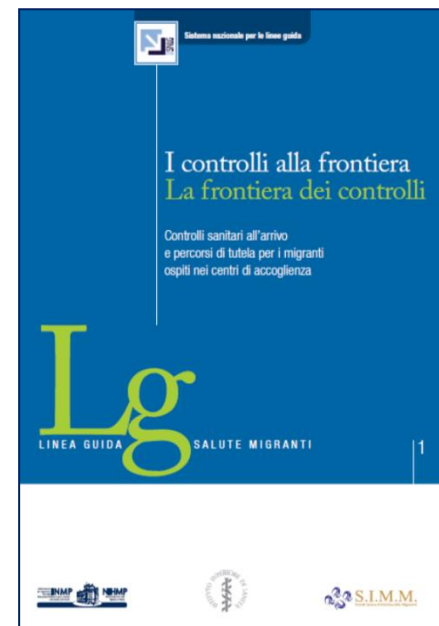
sierologia vaccinale ¹: Anticorpi (Ac) anti-tetano solo nei minori di età inferiore a sette anni, in assenza di documentazione scritta, datata per singola dose somministrata e validata da firma e timbro ufficiale;

esame parassitologico delle feci su tre campioni, preferibilmente a giorni alterni;

Intradermoreazione secondo Mantoux.

Nota bene: Il calendario vaccinale e il tipo di vaccinazioni consigliate non è omogeneo nelle regioni italiane, tanto meno nei vari paesi di provenienza. Nei bambini di recente immigrazione è necessario attuare una strategia di vaccinazione in accordo con le indicazioni del Calendario vaccinale della regione di pertinenza.





Età anagrafica



Per la determinazione anagrafica della minore età:

- tenere in considerazione la mancanza di evidenze scientifiche che supportino l'utilizzo della radiografia della mano e del polso sinistro (utile al riscontro dei nuclei di ossificazione);
- si consiglia invio a struttura sanitaria pubblica di riferimento per valutazione multidisciplinare.

Età anagrafica



I CONTROLLI SANITARI

SOCCORSO/PRIMA ASSISTENZA

PRIMA ACCOGLIENZA

SECONDA ACCOGLIENZA

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

Presa in carico sanitaria

- ricerca attiva di malattie, anche in forma subclinica (screening)
- prevenzione primaria (vaccinazioni)

Accertamento tempestivo dell'eventuale età anagrafica
(al fine di differenziare il percorso di accoglienza)



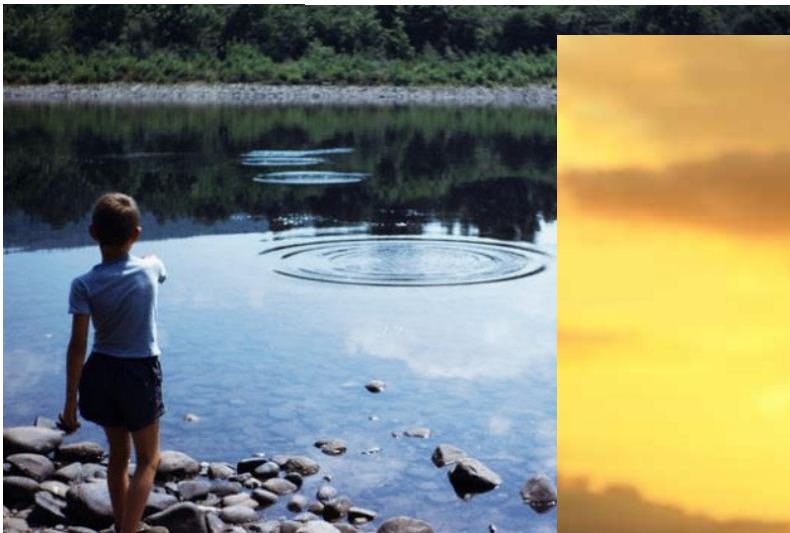
Nuovo documento:
Approccio olistico...

NUOVE INDICAZIONI DEL GLNBI-SIP

PER L'ACCOGLIENZA SANITARIA

2018? 2019?

AL MINORE MIGRANTE



Grazie per
l'attenzione e..
buon lavoro a
tutti noi!!

