

# NUOVI MIGRANTI IN ITALIA

*LA PRESA IN CARICO DELLA SALUTE*

*Sintesi delle Linee Guida sulla Salute dei Migranti*





## INDICE

	Pagina
PREFAZIONE	4
LA TUTELA DELLA SALUTE	5
ASSISTENZA SANITARIA: DAL SOCCORSO ALL'ACCOGLIENZA	7
IL PERCORSO DI ASSISTENZA E CURA	9
RACCOMANDAZIONI	11
1. Visita medica generale	12
2. Diagnosi di malattia tubercolare (TB) e di TB latente	13
Paesi con incidenza stimata di TB>100/100.000 (Tabella 2)	15
3. Screening per malaria	17
Paesi e territori con aree a endemia malarica (Tabella 3)	18
4. Screening per HIV	19
Paesi con prevalenza di infezione da HIV >1% (Tabella 4)	20
5. Screening per HBV	21
Paesi con prevalenza stimata di HbsAg >2% (Tabella 5)	21
6. Screening per HCV	24
Paesi con prevalenza stimata di viremia HCV>3% (Tabella 6)	24
7. Screening per Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)	25
8. Screening per parassitosi intestinali	26
Paesi e territori endemici per schistosomiasi (Tabella7)	27
9. Screening per diabete	28
10. Screening per anemia	28
11. Screening per ipertensione	29
12. Screening per gravidanza	29
13. Screening per carcinoma della cervice uterina	29
14. Vaccinazioni	30
Calendario vaccinale PNPV, 2017-2019 (tabella 8)	30
SINOSSI PER L' IDENTIFICAZIONE DEI BISOGNI SANITARI	31
RIFERIMENTI	34

## PREFAZIONE

A giugno 2017 è stato pubblicato il documento “I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli”, Linee Guida Italiane sulla gestione sanitaria dei migranti in arrivo nel nostro Paese<sup>1</sup>. Il documento informa su tutto ciò che attiene la tutela della salute: obblighi legali, copertura sanitaria, interventi di prevenzione, controllo di situazioni cliniche e malattie che potrebbero rappresentare anche un problema di salute pubblica.

In particolare, è orientato lungo tre direttrici principali:

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

La popolazione target è rappresentata dai migranti e dai richiedenti protezione internazionale, in quanto soggetti vulnerabili o già vulnerati, intercettati a qualunque titolo e in qualsiasi situazione dal sistema di accoglienza italiano (in termini tecnici, *catchment population*).

Accoglienza e assistenza sanitaria devono essere organizzati in modo da rispondere ai bisogni complessivi della popolazione target. In quest’ottica, le raccomandazioni contenute nelle Linee Guida sono state formulate e orientate in una prospettiva di continuità assistenziale, all’interno di percorsi che tengano conto delle diverse fasi della migrazione. Si tratta di un approccio modulato e progressivo, assunto sulla base delle prove di efficacia, delle valutazioni dei professionisti coinvolti e delle opportunità offerte dal contesto, che va dalla valutazione iniziale in fase di soccorso, alla visita medica completa in fase di prima accoglienza, fino alla presa in carico vera e propria in fase di seconda accoglienza.

---

<sup>1</sup> Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) in collaborazione con Istituto Superiore di Sanità (ISS) e Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM).

## LA TUTELA DELLA SALUTE

In Italia, la tutela della salute di cittadini extracomunitari, anche non in regola con l'ingresso e il soggiorno, è regolamentata dal Decreto Legislativo n. 286 del luglio 1998: «Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero».

Obiettivo del decreto è offrire a immigrati in condizione di regolarità giuridica (in maggioranza presenti con permessi di media e lunga durata) le stesse garanzie di tutela sanitaria del cittadino italiano. Il diritto all'assistenza è esteso anche a coloro che sono presenti in Italia in condizione di irregolarità giuridica (Stranieri Temporaneamente Presenti – STP) cui sono garantite, oltre alle cure urgenti, anche quelle essenziali e continuative, e i programmi di medicina preventiva.

Tuttavia, l'impostazione inclusiva data dal legislatore si è dovuta misurare con le differenti interpretazioni normative a livello locale e con la discrezionalità da parte delle Regioni nell'implementare e rendere operative le politiche sociali e sanitarie definite a livello centrale.

Per superare l'eterogeneità applicativa, è stato sottoscritto in data 20 dicembre 2012 l'Accordo Stato-Regioni e Province Autonome recante "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome".

I richiedenti protezione internazionale, in base alla normativa suddetta, devono essere obbligatoriamente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) anche durante il periodo in cui sono in attesa del permesso di soggiorno. Nonostante ciò, persistono difficoltà nell'iscrizione al SSN legate, ad esempio, al rilascio del codice fiscale.

Per far fronte a questi impedimenti e garantire una copertura sanitaria anche in questa fase, il legislatore ha previsto (all'art. 21 del Decreto Legislativo n. 142 del 18 agosto 2015) che i richiedenti possano essere comunque assistiti attraverso l'utilizzo del codice STP, modalità che dovrebbe essere in ogni caso utilizzata per un periodo limitato, in quanto il livello di tutela sanitaria assicurato dal codice STP è inferiore a quanto garantito agli iscritti al SSN.

Peraltro, l’Agenzia delle Entrate ha emanato di recente una “Comunicazione di servizio” (n. 8 del 26 luglio 2016) che stabilisce la possibilità di rilascio di un codice fiscale provvisorio da parte di Questura/Polizia di frontiera già al momento della verbalizzazione della richiesta di protezione internazionale (modello C3), proprio al fine di consentire l’iscrizione al SSN.

Il Ministero della Salute, con nota del 7 marzo 2017, ha confermato questa impostazione.

Coloro che ricevono una qualsiasi forma di protezione (permesso di soggiorno come rifugiato, protezione sussidiaria, motivi umanitari) sono iscritti obbligatoriamente al SSN per tutta la durata del loro permesso di soggiorno e nelle more del periodo di rinnovo del permesso stesso. L’iscrizione obbligatoria è estesa anche ai familiari regolarmente presenti e a carico.

Il richiedente protezione internazionale la cui domanda sia stata respinta e che abbia presentato ricorso ha diritto all’iscrizione al SSN fino a quando la sua posizione giuridica non venga definita. Coloro ai quali, al termine di tale procedura, non viene riconosciuta alcuna forma di protezione hanno comunque diritto ad essere assistiti attraverso l’attribuzione del codice STP.

Per il richiedente protezione internazionale sono previsti i codici di esenzione dalla partecipazione alla spesa (ticket) per patologia, reddito (sotto i 6 anni e sopra i 65) e gravidanza, a parità di condizioni con il cittadino italiano.

La normativa prevede altresì una specifica esenzione a beneficio di tale popolazione nella fase di iniziale inoccupazione. Tale beneficio, tuttavia, è interpretato in maniera difforme sul territorio nazionale e presenta una spiccata variabilità regionale.

## L'ASSISTENZA SANITARIA: DAL SOCCORSO ALL'ACCOGLIENZA

Gli obblighi relativi al soccorso e all'accoglienza dello straniero, anche in riferimento alla tutela della salute, sono disciplinati da una serie di norme internazionali e nazionali, e posti sotto la responsabilità di diversi attori.

Nel Mediterraneo attualmente agiscono, sotto il coordinamento della Guardia Costiera, numerose unità navali che prestano soccorso alle imbarcazioni di migranti in difficoltà e accolgono questi ultimi a bordo. Tale modalità di intervento – consolidatasi in Italia a partire da ottobre 2013, con l'inizio della missione "Mare Nostrum" – trova il suo fondamento etico-giuridico nella Convenzione internazionale di Amburgo sulla ricerca e il salvataggio in mare (International Convention on Maritime Search and Rescue – SAR) del 27 aprile 1979, che obbliga gli Stati aderenti, tra cui l'Italia, ad assicurare assistenza a chiunque si trovi in difficoltà, indipendentemente dalla nazionalità e da qualsiasi altra condizione personale, e a provvedere alle cure mediche primarie unitamente ad altri bisogni di tipo materiale, fino alla consegna in un luogo sicuro.

Inoltre, a tutti i migranti che arrivano in Italia deve essere offerta accoglienza e possibilità di ottenere un titolo di soggiorno sul territorio nazionale, a seguito di richiesta di protezione internazionale o in presenza di particolari condizioni quali la gravidanza e la minore età, secondo quanto previsto sia dalla Costituzione italiana (art. 10 – "Lo straniero, al quale sia impedito nel suo Paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche... ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge"), sia dal Diritto internazionale.

L'art. 33 della Convenzione di Ginevra sullo status dei rifugiati (1951), infatti, ribadisce che "Nessuno Stato Contraente espellerà o respingerà, in qualsiasi modo, un rifugiato verso i confini di territori in cui la sua vita e la sua libertà sarebbero minacciate a motivo della sua razza, della sua religione, della sua cittadinanza..." (principio di non refoulement).

Al fine di organizzare il soccorso e l'accoglienza e di dare avvio al percorso di integrazione, l'intesa del 10 luglio 2014 n. 77/CU tra il Governo, le Regioni e gli Enti locali ha adottato il "*Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati*".

Tale piano prevede la distinzione in tre fasi:

- Fase di soccorso (Centri di primo soccorso e assistenza nelle regioni di sbarco o limitrofe)
- Fase di prima accoglienza e quantificazione (Centri-Hub Regionali e/o Interregionali)
- Fase di seconda accoglienza e integrazione (Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati - SPRAR)”

e un sistema che consenta il tempestivo passaggio da una fase all'altra, attraverso l'utilizzo di strutture già esistenti o la creazione di nuove.

All'interno di tale percorso, la tutela della salute (Art. 32 della Costituzione italiana) deve essere prevista in ogni fase, dal soccorso al progressivo inserimento e all'integrazione, secondo specifiche esigenze contestuali e approcci differenziati e modulati, in modo da salvaguardare non solo il cittadino ma anche l'interesse della collettività. A tale dimensione della sanità pubblica consegue la necessità di individuare precocemente eventuali patologie trasmissibili e di adottare, oltre alle misure di salvaguardia della salute individuale, le opportune attività di sorveglianza previste dal Regolamento sanitario internazionale.



## IL PERCORSO DI ASSISTENZA E CURA

### **Fase di soccorso e prima assistenza**

Durante le operazioni di soccorso in mare, i migranti ricevono una prima valutazione da parte dei team sanitari che operano a bordo in coordinamento con la Guardia Costiera. Già durante il viaggio, e quindi prima dell'arrivo in porto, possono essere trasferiti presso strutture sanitarie per mezzo di velivoli della Marina Militare o della Guardia Costiera; in porto, il trasferimento d'urgenza avviene tramite il sistema 118.

Il Ministero della Salute, in attuazione delle proprie funzioni di profilassi internazionale e in applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale dell'OMS, tramite i propri "Uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera, USMAF", ha l'incarico di rilasciare alle navi che portano migranti in arrivo, un attestato di "Libera Pratica Sanitaria - LPS". La LPS segnala l'assenza di rischi per la salute collettiva e consente lo sbarco dei migranti in uno dei (circa) quindici porti attualmente interessati dal fenomeno, in cinque diverse regioni italiane. La LPS viene rilasciata dopo una prima verifica, da parte del personale sanitario dell'USMAF, delle condizioni generali di salute delle persone a bordo della nave.

Dopo lo sbarco, l'attività degli USMAF continua per quelli che sono i compiti di profilassi internazionale. Sulle banchine è fornita, oltre all'indispensabile e prioritaria assistenza umanitaria, anche un'assistenza di tipo sanitario che consiste in una prima valutazione volta a identificare eventuali quadri emergenziali o situazioni sospette cui dare risposta immediata, attraverso una collaborazione tra Ministero della Salute, USMAF e ASL.

Tale prima valutazione sanitaria potrà anche essere effettuata in strutture chiuse (ad esempio nei cosiddetti Hotspot). In ogni porto o punto di ingresso in Italia si sono sviluppati protocolli locali di collaborazione tra i vari attori che partecipano alle attività di soccorso e accoglienza.

### **Fase di prima accoglienza**

La prima accoglienza è strutturata in Centri/Hub governativi di livello regionale e/o interregionale, all'interno dei quali i migranti possono rimanere per un periodo che può variare da una settimana a un mese.

L'assistenza sanitaria comprende una visita medica volta alla ricerca attiva di segni e sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose, al fine di garantire un adeguato e tempestivo accesso alle cure, nonché l'identificazione di condizioni che richiedono uno specifico percorso di accoglienza (gravidanza e minore età).

In assenza dei presupposti giuridici necessari, la persona è collocata in una struttura di identificazione ed espulsione; in tale sede è comunque garantita la sorveglianza sanitaria in modo da assicurare cure urgenti, essenziali, ancorché continuative, se necessarie.

### **Fase di prima accoglienza**

In questa fase i richiedenti protezione internazionale sono sistemati in strutture volte ad assicurare la tutela giuridica e sanitaria e a favorire l'integrazione; per legge, sono obbligatoriamente iscritti al Servizio Sanitario Nazionale e godono di tutti i diritti assistenziali garantiti dai LEA.

L'assistenza sanitaria consiste in una vera e propria presa in carico, comprensiva di interventi di prevenzione primaria e secondaria, e di tutti gli accertamenti che si dovessero rendere necessari, attraverso un approccio multi professionale e multidisciplinare.

## LA TUTELA DELLA SALUTE. RACCOMANDAZIONI

Le raccomandazioni proposte nelle Linee Guida Italiane nascono da una revisione della letteratura, relativa al periodo 2005 al 2016, e riguardante aspetti sanitari correlati all'immigrazione. La tipologia di pubblicazioni consultate comprendeva: linee guida; documenti di consenso, solo se basati su una revisione sistematica della letteratura; revisioni sistematiche con o senza metanalisi.

Per la formulazione delle raccomandazioni e definirne il grading, gli autori hanno elaborato uno specifico metodo. Il sistema proposto attribuisce il grado di forza della raccomandazione (forte, moderata, debole) sulla base della qualità dei diversi documenti che la supportano, definita da metodologie validate (PRISMA e AGREE II).

In pratica (tabella 1):

- Raccomandazione di qualità forte (grado A), almeno 1 documento di qualità alta e 3 documenti di qualità accettabile
- Raccomandazione di qualità moderata (grado B), almeno 1 documento di qualità accettabile e 3 di qualità bassa
- Raccomandazione di qualità debole (grado C), 1-2 documenti di qualità bassa

TABELLA 1. GRADUAZIONE DELLE RACCOMANDAZIONI

Raccomandazione	Grado	TIPO DEI DOCUMENTI (Score Linee Guida, SLG)		
		Qualità alta (SLG: 6-7)	Qualità accettabile (SLG: 4-5)	Qualità bassa (SLG:1-3)
Forte	A	1	3	
Moderata	B		1	3
Debole	C			1-2

## 1. VISITA MEDICA GENERALE

Tutti i migranti all'inizio del percorso di accoglienza devono essere sottoposti a visita medica.

RACCOMANDAZIONE	GRADO
<p>Ai fini di un tempestivo accesso alle cure, la visita medica deve comprendere:</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Anamnesi clinica, familiare e sociale</li><li>▪ Ispezione della cute per l'identificazione di ectoparassitosi</li><li>▪ Ricerca di segni di traumi e/o esiti di torture</li><li>▪ Valutazione dello stato nutrizionale</li><li>▪ Valutazione dell'apparato cardiorespiratorio</li><li>▪ Valutazione dell'acuità visiva e uditiva</li><li>▪ Ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose, in particolare tubercolosi, malaria, Infezioni Sessualmente Trasmesse-IST, parassitosi, anemia, diabete</li></ul>	A
<p>In considerazione della particolarità del <i>setting</i>, il personale sociosanitario deve</p> <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Conoscere il quadro epidemiologico dei Paesi di provenienza e di transito</li><li>▪ Essere formato all'approccio transculturale</li><li>▪ Ricevere adeguato supporto psicologico, nell'ottica di gestire situazioni emotivamente stressanti e prevenire il <i>burn-out</i>.</li></ul>	A
<p>La relazione medico-paziente deve essere supportata da mediatori culturali in possesso di specifiche competenze sanitarie</p>	A
<p>Lungo tutto il percorso di accoglienza, utilizzare strumenti informativi per la registrazione e la pronta disponibilità di dati sanitari, fatte salve le esigenze di tutela della privacy del paziente.</p>	RPA*

\* Raccomandazioni del Panel degli Autori (RPA)

## 2. DIAGNOSI DI MALATTIA TUBERCOLARE E DI INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE

### MALATTIA TUBERCOLARE

RACCOMANDAZIONE	GRADO
Allo sbarco (o in altro punto di ingresso), al momento della valutazione sanitaria, effettuare la ricerca attiva della malattia tubercolare; tale ricerca va proseguita lungo tutto il percorso di accoglienza	A
Fornire ai migranti, già in prima accoglienza, informazioni sui sintomi d'esordio della tubercolosi e sulle modalità di contagio, prestando attenzione alle difficoltà di comprensione linguistica e adattando i contenuti e la forma dei messaggi ai sistemi culturali di riferimento	A
Al fine di identificare precocemente i casi di malattia contagiosa e predisporre le opportune misure di isolamento, effettuare <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Radiografia del torace ed eventuali altri test di approfondimento diagnostico a migranti con tosse persistente da più di 2 settimane</li> <li>▪ Test molecolare rapido per la diagnosi di TB, qualora non sia possibile effettuare controllo radiografico</li> </ul>	B
Non utilizzare TST o IGRA per la ricerca della malattia tubercolare attiva	B
Non effettuare lo screening radiografico e/o microbiologico di routine su soggetti asintomatici	B
Garantire la presa in carico globale a tutte le persone con diagnosi di TB. Nello specifico: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Accesso tempestivo e gratuito al trattamento</li> <li>▪ Continuità delle cure fino al completamento del follow up (anche in caso di trasferimento in altri Centri /Paesi)</li> </ul>	A

## INFEZIONE TUBERCOLARE LATENTE

RACCOMANDAZIONE	GRADO
Effettuare TST o, in alternativa, test IGRA (in soggetti con pregressa vaccinazione) a tutti i soggetti asintomatici provenienti da Paesi ad alta endemia (incidenza TB > 100/100.000) (Tabella 2), ospiti di Centri di accoglienza con prospettiva di permanenza di almeno 6 mesi	A
Nei bambini di età <5 anni effettuare lo screening con TST	A
Sottoporre a radiografia del torace (e a eventuali ulteriori esami diagnostici) soggetti positivi al TST (diametro $\geq 10\text{mm}$ ) o all'IGRA  Un diametro $\geq 5\text{mm}$ è considerato clinicamente significativo nei casi di grave malnutrizione e di sieropositività per HIV	A
Per prevenire nuovi casi di malattia, tutte le persone positive a TST o IGRA e negative all'RX devono essere sottoposte a terapia per infezione tubercolare latente.	A

TABELLA 2. PAESI CON INCIDENZA STIMATA DI TUBERCOLOSI >100/100.000  
(LIMITE SUPERIORE DELL'INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95%)

PAESI	Tasso di incidenza (x100.000)	PAESI	Tasso di incidenza (x100.000)
Sud Africa	834	Pakistan	270
Lesotho	788	Zimbabwe	242
Swaziland	565	Madagascar	236
Corea del Nord	561	Kenya	233
Kiribati	551	Tuvalu	232
Mozambico	551	Bangladesh	225
Timor Est	498	India	217
Namibia	489	Camerun	212
Gabon	465	Uganda	202
Papua N. Guinea	432	Malawi	193
Mongolia	428	Etiopia	192
Indonesia	395	Afghanistan	189
Centrafricana, Rep.	391	Laos	182
Zambia	391	Guinea	177
Cambogia	380	Gambia	174
Congo	379	Guinea Equat.	172
Gibuti	378	Tailandia	172
Guinea Bissau	373	Ghana	160
Angola	370	Costa d'Avorio	159
Myanmar	365	Nepal	156
Botswana	356	Bhutan	155
Marshall	344	Ciad	152
Congo, Rep. Dem.	324	Moldova	152
Nigeria	322	Sudan del Sud	146
Filippine	322	Kirghizistan	144
Liberia	308	Capo Verde	139
Sierra Leone	307	Senegal	139

TABELLA 2. PAESI CON INCIDENZA STIMATA DI TUBERCOLOSI >100/100.000  
(LIMITE SUPERIORE DELL'INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95%) (Cont.)

PAESI	Tasso di incidenza (x100.000)	PAESI	Tasso di incidenza (x100.000)
Burundi	122	Guyana	93
Perù	119	Ucraina	91
Bolivia	117	Malesia	89
Nauru	113	Salomone	89
Mauritania	107	Sudan	88
Marocco	107	Tagikistan	87
Georgia	99	Uzbekistan	79
Sao Tomé e Princ.	97	Eritrea	65
Niger	95		



### 3. SCREENING PER MALARIA

RACCOMANDAZIONE	GRADO
Già in fase di soccorso, ricercare attivamente segni e/o sintomi suggestivi di malaria (specie febbre) in migranti che riferiscono di aver vissuto/viaggiato in aree a endemia malarica (Tabella 3)	A
Al fine di evitare ritardi diagnostici e terapeutici, formare gli operatori sanitari, coinvolti nelle fasi di soccorso e accoglienza, a riconoscere segni e sintomi della malaria e della malaria grave	A
<p>Nei soggetti con segni e/o sintomi di malaria, effettuare emoscopia come procedura iniziale di diagnosi</p> <p>In alternativa, in soggetti sintomatici utilizzare test rapidi anche in fase di soccorso e di prima accoglienza, in considerazione della velocità di risposta e facilità d'uso</p>	A
<p>Nel corso di accertamenti clinici in soggetti che hanno vissuto/viaggiato in aree a endemia malarica</p> <p>Considerare la diagnosi di malaria in presenza di splenomegalia e/o trombocitopenia, in quanto predittivi di tale condizione anche in assenza di sintomi</p>	B
<p>Sottoporre a valutazione specialistica pazienti con diagnosi confermata di malaria, specie se da <i>Plasmodium falciparum</i>, e di malaria grave non <i>falciparum</i></p> <p>La presa in carico deve essere tempestiva, in quanto il quadro clinico può aggravarsi rapidamente soprattutto in bambini, donne in gravidanza e soggetti immunodepressi.</p>	A

TABELLA 3. PAESI E TERRITORI CON AREE A ENDEMIAMALARICA

Afghanistan	Ecuador	Liberia	Senegal
Algeria*	Egitto	Madagascar	Sierra Leone
Angola	El Salvador	Malawi	Somalia
Arabia Saudita	Eritrea	Malesia	Sri Lanka
Argentina*	Etiopia	Mali	Sudafrica
Azerbaijan*	Filippine	Mauritania	Sudan
Bangladesh	Gabon	Mayotte	Sud Sudan
Belize	Gambia	Messico	Suriname
Benin	Gibuti	Mozambico	Swaziland
Bhutan	Grecia*	Myanmar	Siria*
Bolivia	Guatemala	Namibia	Tagikistan
Botswana	Guinea	Nepal	Thailandia
Brasile	Guinea Equat.	Nicaragua	Tanzania
Burkina Faso	Guinea Bissau	Niger	Timor Est
Burundi	Guyana	Nigeria	Togo
Cambogia	Guyana franc.	Oman	Turchia*
Camerun	Haiti	Papua Nuova Guinea	Uganda
Capo Verde	Honduras	Paraguay*	Uzbekistan*
Ciad	India	Perù	Vanuatu
Cina	Indonesia	Centrafricana, Rep.	Venezuela
Colombia	Iran	Congo, Rep. Dem.	Vietnam
Comore	Iraq*	Dominicana, Rep.	Yemen
Congo	Salomone	Corea del Sud*	Zambia
Corea del Nord*	Kenya	Ruanda	Zimbabwe
Costa d'Avorio	Kirghizistan*	Russia*	
Costa Rica	Laos	Sao Tomè e Principe	

Note. \*Solo rischio Plasmodium vivax

#### 4. SCREENING PER HIV

RACCOMANDAZIONE	GRADO
<p>Alla presa in carico sanitaria, offrire a tutti i migranti adeguato <i>counselling</i> su infezione da HIV, AIDS e sulla possibilità di accedere alle cure.</p> <p>Le informazioni devono essere appropriate dal punto di vista culturale e linguistico, preferibilmente fornite da mediatori linguistico-culturali</p>	A
<p>Offrire il test HIV a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soggetti di età <math>\geq 16</math> anni provenienti da Paesi a elevata endemia (prevalenza HIV <math>&gt;1\%</math>) (Tabella 4)</li> <li>▪ Donne in gravidanza e che allattano,</li> <li>▪ Soggetti che, nell'ambito del <i>counselling</i>, riferiscano di essere stati esposti a fattori di rischio (pregresse trasfusione di sangue o emoderivati, <i>partner</i> sessuali multipli o storia di abusi/violenze sessuali tossicodipendenza)</li> <li>▪ Soggetti con concomitante IST o infezione tubercolare.</li> </ul>	A
<p>Offrire il test HIV a minori di età <math>&lt;16</math> anni in presenza di</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, storia di abusi/violenze sessuali)</li> <li>▪ Coinfezioni, quali altra IST o infezione tubercolare</li> </ul>	A

TABELLA 4. PAESI CON PREVALENZA STIMATA DI INFEZIONE DA HIV >1%  
(LIMITE SUPERIORE DELL'INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95%).

PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)	PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)
Swaziland	28,8	Gambia	1,8
Lesotho	22,7	Haiti	1,7
Botswana	22,2	Giamaica	1,6
Sudafrica	19,2	Guinea	1,6
Zimbabwe	14,7	Ghana	1,6
Namibia	13,3	Gibuti	1,6
Zambia	12,9	Barbados	1,6
Mozambico	10,5	Guyana	1,5
Malawi	9,1	Belize	1,5
Uganda	7,1	Sierra Leone	1,3
Kenya	5,9	Mali	1,3
Guinea Equat.	4,9	Trinidad/Tobago	1,2
Tanzania	4,7	Tailandia	1,1
Camerun	4,5	Suriname	1,1
Gabon	3,8	Liberia	1,1
Centrafricana, Rep.	3,7	Benin	1,1
Costa d'Avorio	3,2	Dominicana, Rep.	1
Bahamas	3,2	Capo Verde	1
Ruanda	2,9	Burundi	1
Sudan del Sud	2,5	Ucraina	0,9
Togo	2,4	Mauritius	0,9
Angola	2,2	Congo, Rep. Dem.	0,8
Ciad	2	Burkina Faso	0,8

## 5. SCREENING PER HBV

RACCOMANDAZIONE	GRADO
<p>Alla presa in carico sanitaria, offrire il test di screening per l'infezione da HBV a migranti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provenienti da Paesi a prevalenza di HBsAg &gt;2% (Tabella 5)</li> <li>▪ con fattori di rischio (infezione da HIV, pregresse trasfusioni di sangue o emoderivati, tossicodipendenza, <i>partner</i> sessuali multipli, abuso sessuale, familiari stretti con infezione da HBV, terapia con immunosoppressori)</li> <li>▪ donne in gravidanza</li> </ul>	A
Lo screening deve prevedere la valutazione sierica di HBsAg, HBcAb e HBsAb	A
In caso di positività all'HBsAg, inviare il paziente a un Centro specialistico per la prosecuzione del percorso diagnostico e l'eventuale trattamento	A

**TABELLA 5. PAESI CON PREVALENZA STIMATA DI HbsAg >2%  
(LIMITE SUPERIORE DELL'INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95%)**

PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)	PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)
Kiribati	22,7	Benin	15,57
Sudan del Sud	22,38	Niger	15,48
Swaziland	19	Guinea	15,06
Salomone	18,83	Tonga	14,81
Liberia	17,55	Somalia	14,77
Nauru	17,55	Papua N.Guinea	14,59
Vanuatu	17,54	Zimbabwe	14,35
Mauritania	16,16	Centrafricana, Rep.	13,86

TABELLA 5. PAESI CON PREVALENZA STIMATA DI HbsAg >2%  
(LIMITE SUPERIORE DELL'INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95%) (cont.)

PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)	PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)
Haiti	13,55	Sierra Leone	8,42
Mali	13,07	Yemen	8,38
Ghana	12,92	Mozambico	8,34
Angola	12,42	Marshall	7,8
Gambia	12,28	Albania	7,79
Camerun	12,24	Moldova	7,38
Malawi	12,22	Capo Verde	7,26
Burkina Faso	12,05	Tagikistan	7,2
Niue	11,86	Tanzania	7,17
Gabon	11,48	Tuvalu	7,14
Senegal	11,06	Uzbekistan	6,99
Congo	10,95	Sudafrica	6,7
Togo	10,87	Ruanda	6,67
Vietnam	10,79	Thailandia	6,42
Gibuti	10,4	Tunisia	6,17
Kirghizistan	10,32	Zambia	6,06
Nigeria	9,76	Kazakistan	6,05
Sudan	9,76	Etiopia	6,03
Costa d'Avorio	9,4	Congo, Rep.Dem.	5,99
Uganda	9,19	Bhutan	5,84
Burundi	9,13	Romania	5,61
Mongolia	9,07	Oman	5,55
Guinea Equat.	8,81	Samoa	5,53
Laos	8,74	Cina	5,49

TABELLA 5. PAESI CON PREVALENZA STIMATA DI HbsAg >2%  
(LIMITE SUPERIORE DELL'INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95%) (cont.)

PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)	PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)
Kenya	5,16	Azerbaijan	2,78
Fiji	4,8	Pakistan	2,76
Belize	4,71	Russia	2,73
Filippine	4,63	Cipro	2,69
Madagascar	4,6	Georgia	2,64
Bielorussia	4,6	Siria	2,62
Corea del Sud	4,36	Italia	2,52
Kosovo	4,17	Sri Lanka	2,51
Nuova Zelanda	4,11	Eritrea	2,49
Dominicana, Rep.	4,09	Colombia	2,29
Singapore	4,09	Libia	2,16
Brunei	4,06	Perù	2,1
Cambogia	4,05	Ecuador	2
Turchia	4	Tahiti	2
Bulgaria	3,92	Giordania	1,86
Suriname	3,91	Palestina	1,8
Micronesia	3,5	Qatar	1,73
Myanmar	3,4	Panama	1,68
Arabia Saud.	3,18	Afghanistan	1,62
Bangladesh	3,1	Barbados	1,4
Palau	2,94	Cuba	1,3
Algeria	2,89		

## 6. SCREENING PER HCV

RACCOMANDAZIONE	GRADO
<p>Alla presa in carico sanitaria offrire il test di screening per l'infezione da HCV a migranti</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ provenienti da Paesi a prevalenza di HCV &gt;3% (Tabella 6)</li> <li>▪ 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)</li> </ul>	A
Lo screening deve prevedere la valutazione sierica degli anticorpi anti-HCV	A
<p>Sottoporre al test di conferma con HCV-RNA i soggetti positivi allo screening</p> <p>Inviare soggetti HCV-RNA positivi a Centro specialistico per l'iter diagnostico e l'eventuale trattamento.</p>	A

TABELLA 6. PAESI CON PREVALENZA STIMATA DI VIREMIA HCV > 3% (LIMITE SUPERIORE DELL'INTERVALLO DI CONFIDENZA AL 95%)

PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)	PAESI	TASSO DI PREVALENZA (X 100.000)
Gabon	7	Siria	3
Mongolia	6,4	Kazakistan	2,8
Egitto	6,3	Taiwan	2,1
Uzbekistan	4,3	Ghana	1,4
Georgia	4,2	Papua Nuova Guinea	1,2
Pakistan	3,8	Burundi	1
Russia	3,3		



## 7. SCREENING PER INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMESSE (IST)

RACCOMANDAZIONE	GRADO
<p>Presso i Centri di accoglienza, in occasione dei controlli medici, indagare su presenza di segni/sintomi suggestivi di IST (secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, <i>rash</i> cutanei, linfadenopatie inguinali).</p> <p>Soggetti sintomatici devono essere sottoposti a valutazione specialistica</p>	A
<p>Nel corso della visita il medico deve effettuare <i>counselling</i> su</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Salute sessuale</li> <li>▪ Misure di prevenzione delle IST</li> </ul>	A
<p>Alla presa in carico sanitaria, offrire a soggetti asintomatici con fattori di rischio (<i>partner</i> multipli, nuovi <i>partner</i>, recente storia di IST, violenza sessuale) test diagnostici per infezione da <i>Chlamydia trachomatis</i> e <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, basati sull'esecuzione di PCR su primo mitto o, nelle donne, preferibilmente su tamponi cervico-vaginali</p>	A
<b>SIFILIDE</b>	
<p>Alla presa in carico sanitaria, offrire test sierologico per la sifilide a</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Soggetti di età <math>\geq 16</math> anni, provenienti da Paesi a elevata endemia per infezione da HIV (stime di prevalenza di HIV <math>&gt;1\%</math>. Cfr. tabella 4)</li> <li>▪ Soggetti che, a seguito di adeguato <i>counselling</i>, ritengano di essere stati esposti a fattori di rischio</li> <li>▪ Soggetti di età <math>&lt; 16</math> anni, in presenza di fattori di rischio individuali (madre con sierologia positiva, inizio precoce dell'attività sessuale, abusi/violenze sessuali) o di altre IST.</li> </ul>	A

## 8.SCREENING PER PARASSITOSI INTESTINALI

RACCOMANDAZIONE	GRADO
In fase di valutazione medica iniziale e durante tutte le fasi del percorso di accoglienza, ricercare la presenza di sintomi quali diarrea, dolori addominali, nausea, vomito, prurito, ematuria (anche anamnestica), in quanto suggestivi di parassitosi	A
Nel corso di accertamenti clinici, il riscontro di eosinofilia deve essere considerato possibile marcatore indiretto di elmintiasi	A
In presenza di segni e sintomi compatibili con parassitosi intestinale e/o di eosinofilia, effettuare esame copro-parassitologico	A
<p>In fase di presa in carico sanitaria, effettuare esame sierologico per strongiloidosi e per schistosomiasi in migranti, anche asintomatici, che abbiano vissuto o viaggiato in aree endemiche (Tabella7)</p> <p>In soggetti non trattati di recente, la sierologia positiva per <i>Strongyloides stercoralis</i> e <i>Schistosoma spp.</i>, è indice di infezione in atto, e come tale meritevole di trattamento</p>	A

TABELLA 7. PAESI E TERRITORI ENDEMICI PER SCHISTOSOMIASI

PAESI		
Algeria*	Giordania*	Oman**
Angola	Guadalupa*	Porto Rico*
Antigua e Barbuda*	Guinea	Repubblica Centrafricana
Arabia Saudita**	Guinea-Bissau	Rep. Democratica del Congo
Benin	India*	Ruanda
Botswana	Indonesia	Santa Lucia**
Brasile	Iran*	Sao Tome e Principe
Burkina Faso	Iraq**	Senegal
Burundi	Kenya	Sierra Leone
Cambogia	Lao	Siria**
Camerun	Libano*	Somalia
Cina	Liberia	Sudafrica
Ciad	Libia**	Sudan
Congo	Madagascar	Sudan del Sud
Costa d'Avorio	Malawi	Suriname**
Gibuti*	Malesia*	Swaziland
Repubblica Dominic.*	Mali	Tailandia
Egitto	Marocco*	Tanzania
Guinea Equatoriale	Martinica*	Togo
Eritrea	Mauritania	Tunisia*
Etiopia	Mauritius*	Turchia*
Filippine	Montserrat*	Uganda
Gabon	Mozambico	Venezuela
Gambia	Namibia	Yemen
Ghana	Niger	Zambia
Giappone*	Nigeria	Zimbabwe

Note. \* Interruzione della trasmissione da confermare

\*\* Stato della trasmissione da determinare

## 9. SCREENING PER DIABETE

RACCOMANDAZIONE	GRADO
<p>In fase di prima accoglienza indagare sull'eventuale presenza di diabete, anche attraverso un'accurata anamnesi e la ricerca di segni/sintomi di malattia</p> <p>In soggetti sintomatici effettuare glicemia a digiuno</p>	A
<p>Alla presa in carico sanitaria, al fine di garantire la tempestiva diagnosi e l'avvio al trattamento, effettuare lo screening glicemico in soggetti asintomatici</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ di età <math>\geq 35</math> anni, provenienti da Paesi ad alta prevalenza di diabete (Subcontinente indiano, Medio Oriente, Nord Africa, Africa subsahariana)</li> <li>▪ con specifici fattori di rischio (ipertensione, iperlipidemia, familiarità per malattia diabetica)</li> </ul>	A
<p>Fornire ai migranti informazioni su</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prevenzione della malattia</li> <li>▪ possibili complicanze</li> <li>▪ stili alimentari e di vita favorevoli a una buona salute</li> </ul> <p>Le modalità comunicative devono essere comprensibili e culturalmente orientate</p>	A

## 10. SCREENING PER ANEMIA

RACCOMANDAZIONE	GRADO
<p>In occasione della valutazione medica iniziale, ai fini di un tempestivo accesso alle cure, ricercare la presenza di segni e/o sintomi di anemia</p>	A
<p>Offrire l'esame emocromocitometrico completo a tutti i migranti, come parte integrante della valutazione dello stato di salute</p>	A

## 11. SCREENING PER IPERTENSIONE

RACCOMANDAZIONE	GRADO
Presso i Centri di accoglienza, in occasione dei controlli medici, indagare sull'eventuale presenza di ipertensione, mediante misurazione della pressione arteriosa	A

## 12. SCREENING PER GRAVIDANZA

RACCOMANDAZIONE	GRADO
In occasione di controlli medici iniziali, anche in considerazione del rischio di violenze sessuali subite durante il percorso migratorio, accertare l'eventuale stato di gravidanza in donne in età fertile, al fine di attivare un percorso di accoglienza differenziato	A
In caso di gravidanza <ul style="list-style-type: none"><li>▪ Garantire alle donne migranti quanto previsto dal Servizio Sanitario Nazionale per tutte le donne nella medesima condizione</li><li>▪ Favorire la presa in carico delle gestanti da parte di personale sanitario e di mediatori linguistico-culturali di sesso femminile</li></ul>	A

## 13. SCREENING PER CARCINOMA DELLA CERVICE UTERINA

RACCOMANDAZIONE	GRADO
Mediante inserimento nei programmi di screening pubblici territoriali, garantire a donne immigrate, di età compresa tra 25 e 64 anni, la diagnosi precoce di eventuale cancro della cervice uterina	A
Creare un <i>setting</i> di intervento rispettoso dei valori culturali, delle esperienze e delle preferenze individuali, favorendo la presa in carico delle donne da parte di personale sanitario di sesso femminile	A

## 14. VACCINAZIONI

RACCOMANDAZIONE	GRADO
Alla presa in carico sanitaria, offrire a bambini (0-14 anni) mai vaccinati o con documentazione incerta, le vaccinazioni stabilite dal Calendario Nazionale vigente, in rapporto all'età	A
A soggetti adulti con storia vaccinale incerta o assente, offrire le seguenti vaccinazioni: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antipolio, antidifterite, antitetano, antipertosse</li> <li>▪ Antimorbillo, antiparotite, antirosolia, antivaricella (a esclusione delle donne in gravidanza)</li> <li>▪ Anti-HBV, se sottoposti a screening e risultati negativi ai marcatori sierologici (cfr. 5. Screening per HBV).</li> </ul>	A

TABELLA 8. CALENDARIO VACCINALE DEL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE VACCINALE 2017-2019

ETA'	VACCINI
3° mese	DTPa + IPV + EpB + Hib + PCV + ROTAVIRUS
5° mese	DTPa + IPV + EpB + Hib + PCV + ROTAVIRUS
11° mese	DTPa + IPV + EpB + Hib + PCV + ROTAVIRUS
6° anno	DTPa + IPV + MPRV
12-18anni	dTPa + IPV; HPV, 2-3 dosi
19 - > 64 anni	dTPa: 1 dose, formulazione adulti, ogni 10 anni
>64 anni	Influenza ogni anno; PCV+PPSV; Herpes zoster

### Legenda.

**DTPa**, Difterite, Tetano, Pertosse acellulare; **dTPa**, Difterite, Tetano, Pertosse acellulare, formulazione per adulti; **EpB**, Epatite B; **Hib**, Haemophilus Influenzae B; **HPV**, Papilloma virus umano; **IPV**, antipolio inattivato; **MPRV**, Morbillo, Parotite, Rosolia, Varicella; **PCV**, Pneumococco; **PPSV**, Pneumococco polisaccaridico.

## SCHEMA SINOTTICO PER L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI BISOGNI SANITARI NEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA

SOCCORSO EPRIMA ASSISTENZA	PRIMA ACCOGLIENZA	SECONDA ACCOGLIENZA	
<b>Finalità del controllo sanitario</b>	Valutazione medica iniziale con rilevazione di segni e sintomi indicativi di condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza.	Visita medica con rilevazione di dati anamnestici e ricerca di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose	Presa in carico sanitaria con interventi di <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Prevenzione primaria (vaccinazioni)</li> <li>▪ Prevenzione secondaria con ricerca di malattie, anche asintomatiche, tramite specifiche procedure di screening</li> </ul>
<b>Anamnesi</b>		<i>Anamnesi personale e familiare per malattie croniche e/o infettive; anamnesi farmacologica, allergie a farmaci, traumi, gravidanza</i>	
			Presenza fattori di rischio per HIV, HBV, HCV, IST (pregresse trasfusioni, TD, partner sessuali multipli, abusi sessuali, contatti)
<b>Esame obiettivo</b>	<i>Rilevazione di segni e/o sintomi:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tosse da ≥ 2 settimane (TB)</li> <li>▪ T°, splenomegalia (Malaria)</li> <li>▪ Ispezione cute per ricerca ectoparassiti</li> <li>▪ Diarrea, dolori addominali, nausea, vomito,</li> <li>▪ Segni e/o sintomi di anemia</li> </ul>	<i>Rilevazione di segni e/o sintomi:</i> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tosse da ≥ 2 settimane (TB)</li> <li>▪ Febbre, splenomegalia (malaria)</li> <li>▪ Ispezione della cute per identificazione di ectoparassitosi</li> <li>▪ Secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, rash cutanei, linfadenopatie inguinali (IST)</li> <li>▪ Diarrea, dolori addominali, nausea, vomito, prurito, ematuria in atto o pregressa (parassitosi)</li> <li>▪ Segni e/o sintomi di diabete</li> <li>▪ Segni e/o sintomi di anemia</li> <li>▪ Misurazione della pressione arteriosa</li> </ul>	

## SCHEMA SINOTTICO PER L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI BISOGNI SANITARI NEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA (cont.)

SOCCORSO E PRIMA ASSISTENZA	PRIMA ACCOGLIENZA	SECONDA ACCOGLIENZA
<b>Test di screening</b>		<p><i>Screening:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Emocromo su tutti i migranti</li> <li>▪ Inserimento delle donne di età 25-64 aa. In programmi territoriali di screening per carcinoma della cervice uterina</li> </ul> <p><i>Criterio epidemiologico (alta endemia) e/o esposizione a fattori di rischio:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <i>TST/IGRA</i> su migranti asintomatici da Paesi con incidenza TB &gt;100/100.000</li> <li>▪ <i>TestHIV</i> su: migranti ≥16 aa da Paesi con prevalenza &gt;1%; donne in gravidanza o in allattamento; soggetti (anche minori) con fattori di rischio o coinfezioni (altra IST o TB)</li> <li>▪ <i>Sierologia HBsAg, HBcAb e HBsAbs</i>:migranti da Paesi a prevalenza di HBV &gt;2%; soggetti con fattori di rischio; donne in gravidanza</li> <li>▪ <i>TestHCV</i> su:migranti da Paesi a prevalenza &gt;3%;soggetti con fattori di rischio</li> <li>▪ Test diagnostici per <i>Chlamydia trachomatis</i> e <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, (PCR su urine o tamponi cervico-vaginali) in soggetti asintomatici con fattori di rischio per IST</li> <li>▪ Sierologia per sifilide su:soggetti ≥16 aa. da Paesi a elevata endemia per HIV e/o esposti a fattori di rischio; minori &lt;16 aa., in presenza di fattori di rischio o di altre IST</li> <li>▪ Sierologia per <i>Strongyloides stercoralis</i> e <i>Schistosoma spp</i> su migranti che abbiano vissuto o viaggiato in aree endemiche</li> <li>▪ Glicemia a digiuno su migranti ≥35 aa. da Paesi ad alta prevalenza di diabete e con specifici fattori di rischio</li> </ul>



SCHEMA SINOTTICO PER L'IDENTIFICAZIONE PRECOCE DEI BISOGNI  
SANITARI NEL PERCORSO DI ACCOGLIENZA (cont.)

SOCCORSO E PRIMA ASSISTENZA	PRIMA ACCOGLIENZA	SECONDA ACCOGLIENZA
<b>Vaccinazioni</b>		<p><i>Bambini (0-14 anni) mai vaccinati o con documentazione incerta:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Vaccinazioni secondo il Calendario Nazionale vigente, in rapporto all'età</li> </ul> <p><i>Adulti con storia vaccinale incerta o assente:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Antipolio, antidifterite, antitetano, antipertosse</li> <li>▪ Antimorbillo, antiparotite, antirosolia, antivaricella (a esclusione delle donne in gravidanza)</li> <li>▪ Anti-HBV a tutta la popolazione adulta sottoposta a screening e risultata negativa ai marcatori sierologici</li> </ul>

## RIFERIMENTI

I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Sistema Nazionale per le linee guida lineA guida sAlute migrAnti

[www.salute.gov.it/imgs/C\\_17\\_pubblicazioni\\_2624\\_allegato.pdf](http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf)

Il presente documento è frutto della collaborazione tra  
Associazione Camminare Insieme e  
Associazione Studio Paziente Immuno Compromesso (ASPIC onlus)



ASPIC onlus, nata nel 1997 per interesse di alcuni medici dell’Ospedale Amedeo di Savoia, si occupa della salute di soggetti “vulnerabili” dal punto di vista biomedico e sociale. Obiettivo principale è che i propri beneficiari possano raggiungere o conservare uno stato di benessere psico-fisico per continuare ad essere parte attiva della società.

L’Associazione realizza la propria mission attraverso Progetti su prevenzione e cura di patologie infettive; produzione di materiale informativo “di base” su temi sanitari specifici; divulgazione di informazioni e notizie scientifiche inerenti allo scopo sociale, tramite pubblicazioni, Corsi, o via Web.

ASPIC opera in Italia e all’estero: in Italia si occupa di prevenzione di malattie di forte impatto sui Sistemi Sanitari e ha come destinatari popolazioni migranti; all’estero, ha avviato Progetti nell’ambito della lotta alla malnutrizione Infantile (Mali) e della sorveglianza sanitaria in contesto di lavoro minorile (Burkina Faso).

Sede operativa e legale: c/o Vol.To - Via Giolitti 21, Torino

Per Informazioni: [info@aspiconlus.it](mailto:info@aspiconlus.it)

TEL e FAX: 011 4333510

Cell: 3349335992

Sito web: <http://www.aspiconlus.it>

