Redatto	Verificato	Approvato	Controllato
p. il Gruppo di Lavoro Stefania Magi Direttrice UOS "politiche contro l'emarginazione per le popolazioni migranti"	Direttore Sanitario (Simona Dei) Dir. Dip. Medicina Generale (Dario Grisillo) Dir. Dip. Territorio (Anna Canaccini) Dir. Dip. Prevenzione (Paolo Madrucci) Dir. Dip. Materno Infantile (Flavio Civitelli)	Direttore Generale AUSL SudEst (Enrico Desideri)	Direttore AFD Qualità, Rischio Clinico e Sicurezza delle cure (Roberto Monaco)

Luogo e modalità di conservazione:	Firma del Responsabile
Segreteria dello Staff della Direzione Sanitaria	

Il presente Percorso sarà diffuso mediante pubblicazione nell'intranet aziendale, e sarà trasmesso ai seguenti soggetti:

1. **Prefettura di Arezzo**
2. **Prefettura di Grosseto**
3. **Prefettura di Siena**
7. **Enti Locali titolari di Progetti SPRAR**
8. **Azienda Ospedaliera Universitaria Senese**
4. **Questura di Arezzo**
5. **Questura di Grosseto**
6. **Questura di Siena**
8. **GrIS Toscana SIMM**

Esso sarà inoltre distribuito ai medici di Medicina Generale ed inviato a:
Direttori Zone-Distretto, Direttori Presidi Ospedalieri, Direttore Dipartimento di Prevenzione, Direttore Dipartimento Servizi Sociali, perché lo distribuiscano capillarmente alle strutture di rispettiva competenza.

Il gruppo di lavoro è organizzato in 3 sottogruppi (visita ed esami di screening, salute della donna, vaccinazioni) ed un gruppo di coordinamento, di cui è sottoriportata la costituzione:

Gruppo di lavoro

A. Visita ed esami di screening

Nome	Profilo professionale	Struttura
Giacomo Zanelli coordinatore	Ricercatore Dirigente Medico	UOC Malattie Infettive Azienda Ospedaliera Universitaria Senese
Maria Pia Allegri	Dirigente Medico	UOC Malattie Infettive Grosseto
Paola Bonini	Dirigente Medico	Responsabile Area Omogenea Cure Intermedie e Assistenza Domiciliare. Direttore UOC Attività Sanitarie di Comunità
Riccardo Frazzetta	Dirigente Medico	Dipartimento Prevenzione. Referente salute migranti
Marco Romoli	Medico di Medicina Generale	Zona Val di Chiana Senese AFT ..
Paola Sani	Medico di Medicina Generale	Zona Senese AFT ..
Danilo Tacconi	Dirigente Medico	Responsabile Area Omogenea Medicine specialistiche. Direttore UOC Malattie Infettive Arezzo

B. Salute della donna

Nome	Profilo professionale	Struttura
Claudia Cotoloni – coordinatore	Dirigente Medico	Responsabile Unità Funzionale Attività Consultoriali Zona Grossetana
Bianca D'Amato	Dirigente Medico	Responsabile Unità Funzionale Attività Consultoriali Zona Valdelsa
Alessandra Mori	Ostetrica	Responsabile Unità Funzionale Attività Consultoriali Zona Aretina
Monica Paffetti	Medico di Medicina Generale	Zona Colline Albegna
Patrizia Petruccioli	Ostetrica	Direttore UOP Ostetricia
Adriana Tonini	Infermiera	Responsabile Unità Funzionale Attività Consultoriali Zona Valdichiana Senese

C. Vaccinazioni

Nome	Profilo professionale	Struttura
Astrid Mercone – Coordinatore	Medico convenzionato	Dip.to Prevenzione
Alessandra Bagnoli	Dirigente Medico	Dip.to Prevenzione. Responsabile rete vaccinazioni
Stefania Manetti	Infermiera	Posizione Organizzativa Ambulatorio vaccini Zona Valdarno Aretino
Marco Mariani	Medico pediatra di libera scelta	Coordinatore Pediatria convenzionata area vasta Toscana SudEst
Tiziana Maruccia	Dirigente Medico	Attività Sanitarie di Comunità. Zona Aretina
Roberto Romizi	Medico di Medicina Generale	AFT 1 Arezzo. Responsabile formazione e salute migranti Ordine dei Medici di Arezzo

D. Gruppo di coordinamento

Nome	Profilo professionale	Struttura
Stefania Magi – coordinatore	Dirigente Medico	Direttore UOS Politiche contro l'emarginazione per la popolazione Migranti
Stefania Arniani	Statistico	UOC Sistema demografico epidemiologico
Anna Canaccini	Dirigente Medico	Direttore Dipartimento territorio
Maria Giovanna D'Amato	Dirigente Medico	Direttore UOS Osservatorio PDTA e Reti Cliniche integrate e strutturate
Dario Grisillo	Medico di Medicina Generale	Direttore Dipartimento Medicina Generale
Luana Lenzi	Infermiere	UOC Promozione ed etica della salute
Stefania Massaini	Giurista	PO Coordinamento Reti di Ascolto – orientamento e strumenti di partecipazione
Monia Petricci	Dirigente Amministrativo	Direttore UOC Anagrafe Sanitaria
Giovanna Tizzi	Ricercatrice	Coordinatrice GrIS Toscana SudEst

INDICE

PREMESSA 5
SCOPO 5
CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI 5
RIFERIMENTI NORMATIVI 5
LISTA ABBREVIAZIONI e ACRONIMI 6
MODALITA' OPERATIVE 6
Flow chart: Presa in carico del RTPI 7
MONITORAGGIO 7
ELENCO ALLEGATI 8
ELENCO DOCUMENTI COLLEGATI 8

PREMESSA

Nel territorio di pertinenza dell'AUSL TSE le persone RTPI (Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale) accolti presso i CAS (centri di accoglienza straordinari) e i centri SPRAR (sistema di protezione richiedenti asilo e rifugiati) erano, al termine del primo semestre 2018, circa 2547 (fonti: Prefettura di Arezzo, Siena e Grosseto e SPRAR), di cui il 10% donne e il 3% minori.

Le persone RTPI rappresentano una categoria vulnerabile dal punto di vista sanitario per numerosi fattori, tra cui: la barriera linguistico-culturale, difficoltà di accesso ai percorsi assistenziali, provenienza da paesi ad alta endemia per alcune patologie infettive, condizioni estreme del viaggio, ridotta abitudine alla prevenzione.

Le persone RTPI sono iscritte obbligatoriamente al SSR dal momento della formalizzazione della domanda di protezione internazionale. Hanno diritto all'esenzione dalla partecipazione alla spesa sanitaria per un anno (codice esenzione E02 per i primi 2 mesi; E93 per i successivi 10 mesi).

Ad oggi su tutto il territorio nazionale ed aziendale, c'è una rilevante variabilità nella presa in carico sanitaria delle persone RTPI, situazione che ci prefiggiamo di superare nel territorio di nostra pertinenza mediante l'applicazione delle Linee Guida nazionali deliberate dalla conferenza Stato Regioni nel maggio 2018 "I Controlli alla frontiera – La frontiera dei Controlli".

La declinazione a livello locale di tali Linee Guida è l'obiettivo del presente documento.

SCOPO

Il presente documento ha lo scopo di:

- promuovere l'appropriatezza clinica e organizzativa, sulla base delle raccomandazioni evidence-based delle Linee-Guida "I Controlli alla frontiera – La frontiera dei Controlli".
- evitare sprechi legati all'effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti;
- evitare/ridimensionare le pratiche difensive, sostenute da eventuali ingiustificati allarmismi.

CAMPO DI APPLICAZIONE E DESTINATARI

La popolazione target è rappresentata dalle persone RTPI intercettate dal sistema di accoglienza del territorio dell'AV TSE o che comunque si rivolgono ai servizi sanitari della AUSL TSE e della AOUS.

RIFERIMENTI NORMATIVI

Accordo Stato-Regioni (CSR 108 del 10-05-2018) di recepimento delle Linee Guida Salute Migranti "I Controlli alla frontiera – La frontiera dei Controlli" relative ai controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza.

Decreto legislativo 25/2008 e successive modifiche.

Delibera GRT 460 del 2/05/2017 "Determinazioni integrative alle Deliberazioni GR in tema di esenzione dalla compartecipazione alla spesa sanitaria", e nota regionale prot. 282497 del 31/05/2017.

LISTA ABBREVIAZIONI e ACRONIMI

AOUS	Azienda Ospedaliera Universitaria di Siena
AUSL TSE	Azienda USL Toscana SudEst
AV TSE	Area Vasta Toscana SudEst – Provincie di Arezzo Grosseto Siena
CAS	Centri di Accoglienza Straordinari
ESC	Educatore Sanitario di Comunità
GrIS	Gruppo Regionale Immigrazione e Salute
IGRA	Interferon Gamma Release Assay – Quantiferon
IST	Infezioni Sessualmente Trasmesse
MGF	Mutilazioni Genitali Femminili
MLC	Mediatore Linguistico Culturale
MMG	Medico di Medicina Generale
PLS	Pediatra di Libera Scelta
RT	Regione Toscana
RTPI	Richiedenti e Titolari di Protezione Internazionale
SIMM	Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
SPRAR	Sistema di Protezione Richiedenti Asilo e Rifugiati
SSR	Servizio Sanitario Regionale
TB	Tubercolosi
TST	Tuberculin Skin Test

MODALITA' OPERATIVE

Nel momento in cui la Questura verbalizza la richiesta di protezione internazionale con modulo C3 (entro due settimane dalla manifestazione di volontà ai sensi dell'art. 26 comma 2 bis del DL 25/2008), il richiedente ottiene un Codice Fiscale, e da tale momento deve essere iscritto al SSR con l'attribuzione del MMG o PLS.

È auspicabile che gli operatori dell'accoglienza provvedano, nei giorni immediatamente successivi, all'iscrizione al SSR con scelta del MMG o PLS, a prendere un appuntamento con il MMG o PLS, e ad accompagnare la persona richiedente a tale visita con il MLC della struttura di accoglienza. È inoltre auspicabile che per tutte le donne di età uguale o superiore a 14 anni richiedano un appuntamento al Consultorio per un incontro informativo. Se la donna richiedente è in gravidanza è necessario che venga richiesto un appuntamento al consultorio per datazione dell'epoca gestazionale.

Si ritiene infatti appropriato che la persona RTPI sia condotta alla presa in carico dalla Medicina Generale per essere sottoposta ai controlli di seguito indicati entro un mese dall'arrivo nel territorio.

Il percorso sanitario qui descritto si applica alle situazioni ordinarie, fatte salve eventuali situazioni di urgenza.

Flow chart: Presa in carico del RTPI

Modalità Operative	Documento	Tempi
1.a Visita alla presenza del MLC ➢ richiesta esami di screening ➢ invio al consultorio per donne di età uguale o superiore a 14 aa ➢ inserimento in percorsi sanitari in caso di rilievi patologici	Cartella ambulatoriale informatizzata Richiesta esami su ricettario regionale	Entro 1 settimana dalla richiesta
1.b Seconda visita con MLC ➢ visione referto esami e inserimento in percorsi sanitari se dati patologici ➢ indicazione a vaccinazioni ➢ consegna sintesi sanitaria	Documento sanitario di sintesi	Prima possibile appena disponibile il referto degli esami di screening
Responsabile: MMG /PLS		
2.A Colloquio informativo sulla salute femminile possibilmente di gruppo e proposta appuntamento per visita ostetrica e screening carcinoma cervice uterina con MLC /ESC	Materiale informativo in italiano ed in lingua madre o veicolare	Entro una settimana dalla richiesta
2.B Visita ginecologica con screening "cervice" ed eventuale tampone con MLC/ESC	Sintesi clinica	Quando disponibili esami ematici di screening
2.C Per donne in gravidanza ➢ Visita ginecologica per datazione epoca gestazionale ➢ Inserimento percorso nascita	Libretto gravidanza	Entro una settimana dalla richiesta
Responsabile UF Consultorio		

MONITORAGGIO

Responsabile del monitoraggio dell'applicazione dell'efficace applicazione della presente procedura è il Direttore della UOS Politiche contro l'emarginazione per la popolazione Migranti, che si avvarrà della UOC Sistema Demografico-Epidemiologico e della UOP Anagrafe Sanitaria.
Premesso che in Regione Toscana il codice di esenzione E93 identifica i richiedenti protezione internazionale, il monitoraggio sarà condotto attraverso il seguente indicatori:

N° Titolari di esenzione E93 sottoposti a glicemia e sierologia per epatite C

N° titolari di esenzione E93 nel periodo determinato

Valore atteso = >60%

ELENCO ALLEGATI

I seguenti Allegati costituiscono parte integrante della presente procedura:

Allegato 1 – Visita ed Esami di screening
Allegato 2 – Salute della donna
Allegato 3 - Vaccinazioni

ELENCO DOCUMENTI COLLEGATI

1. Linee Guida "I Controlli alla frontiera – La frontiera dei Controlli"
2. Procedura Organizzativa MGF ASL Toscana SudEst PA-MTI-001 del 15.03.2017

Allegato 1 – Visita ed esami di screening

1A – Visita

La prima visita, **richiesta da parte del gestore dell'accoglienza**, è di competenza del **medico di medicina generale** (dopo il compimento del 14° anno di età) o del **pediatra di libera scelta** (elegibile prima del compimento del 14° anno di età) che hanno in carico tra gli assistiti la persona RTPI.

Deve essere prevista **entro un mese dall'arrivo** nel territorio, e comunque **entro una settimana dalla richiesta** di appuntamento al medico curante.

In considerazione della fragilità sociale e delle peculiarità linguistico-culturali proprie delle persone RTPI, si raccomanda, per la prima valutazione clinica, un **appuntamento dedicato adeguato in termini organizzativi e di orario**.

Al fine di supportare la relazione medico-paziente, auspichiamo che le strutture di accoglienza mettano a disposizione **mediatori linguistico-culturali**, salvo diversa disponibilità del medico.

Nel contesto della visita medica, particolare attenzione deve essere posta all'**anamnesi clinica**, **vaccinale**, familiare e sociale, nonché alla **ricerca attiva di segni e/o sintomi suggestivi di specifiche condizioni** morbose– in particolare **tubercolosi**, **malaria**, **infezioni sessualmente trasmesse (IST)**, **parassitosi**, **anemia**, **diabete**, **ipertensione**, **disturbi psichiatrici**– ai fini di un tempestivo accesso alle cure (tabella I).

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

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. In attesa di strumenti informativi ad hoc, che potranno essere forniti dal Ministero della Salute o dalla RT, è ritenuta idonea la ordinaria modalità di registrazione informatica utilizzata dai MMG /PLS.

Ogni visita medica dovrebbe rappresentare un'occasione di rafforzamento della consapevolezza dei diritti e dei percorsi di accesso alle cure, nonché strumento di **educazione per la tutela della salute**.

La prima visita include la **richiesta di esami di screening** da offrire a tutti i RTPI asintomatici e **l'eventuale richiesta di ulteriori accertamenti su giudizio medico, in relazioni alla presenza di segni o sintomi** (allegato 1B).
L'offerta attiva dello screening dovrebbe essere effettuata mediante opportuno counselling con l'ausilio del mediatore linguistico-culturale, ed acquisizione di consenso informato laddove previsto

(test HIV).
Ove possibile si raccomanda di **concentrare gli accertamenti in un unico appuntamento** per favorire l'aderenza agli stessi.
La prenotazione degli esami può essere effettuata con diverse modalità (accesso diretto, prenotazione presso sportelli CUP, per telefono, online) che sono indicate in dettaglio nel sito dell'Azienda Sanitaria:
AUSL TSE http://www.uslsudest.toscana.it/index.php/cosa-fare-per/prenotare-visite-ed-esami
AOUS http://www.ao-siena.toscana.it/index.php/come-fare-per/eseguire-un-prelievo-al-punto-prelievi-unico-ppu

E' cura dell'operatore di accoglienza prendere un **secondo appuntamento** con il **MMG / PLS**, con la presenza del mediatore linguistico culturale, appena disponibili i risultati degli esami.
In tale seconda visita il MMG / PLS provvederà a spiegare alla persona, con l'ausilio del MLC, i risultati, a dare **indicazioni sulle vaccinazioni** da eseguire, e ad attivare ove indicato ulteriori percorsi di accertamento, cura e prevenzione.

Al termine del percorso sanitario di screening è fortemente raccomandato rilasciare ad ogni persona RTPI un **documento sanitario di sintesi** (indagini effettuate con i relativi risultati e gli eventuali trattamenti), al fine di garantire la tutela della salute del paziente ed evitare la ripetizione di esami da parte di altri sanitari nell'ottica di prevenire sprechi di risorse.

Tabella. I. Fonte: Orientamenti diagnostici e terapeutici in patologia di importazione – Gruppo di Interesse e Studio Patologie Importazione GISPI– Quaderni della Società Italiana di Medicina Tropicale e salute globale, ed 2017

Aspetto generale	stato nutrizionale, wasting (HIV, TBC, leishmaniosi viscerale, altre patologie croniche)
Occhi	tracoma, oncocercosi, loiasi, congiuntivite batterica, deficit di vitamina A
Testa e collo	otite media o esterna, candidosi orale, leishmaniosi mucocutanea, rinoscleroma, rinosporidiosi
Adenopatia	HIV, HTLV-I, Epstein-Barr virus, TBC, melioidosi, ulcera molle, linfogranuloma venereo, tularemia...
Torace con tosse	asma, bronchite, polmonite, pleurite, TBC, paragonimiasi, melioidosi, tumori...
Cuore	malattie congenite cardiache, malattia reumatica cardiaca,endocardite, cardiomiopatia dilatativa
Addome	dolorabilità, masse, epatosplenomegalia (schistosomiasi,leishmaniosi viscerale, splenomegalia tropicale), ascite(epatopatia in fase avanzata, TBC, peritonite batterica, tumori), dolore localizzato (ascesso batterico, ascesso amebico,appendicite)
Pelvi	ulcere genitali (sifilide, ulcera molle, herpes), cervicite/uretrite (gonorrea, Chlamydia), noduli/ulcere (granuloma inguinale, linfogranuloma venereo), processi infiammatori endopelvici, sequele di mutilazioni genitali, endometrite (parto recente o aborto)
Estremità	linfedema (filariasi), mancanza di dita alle estremità (morbo di Hansen), edema generalizzato (di origine cardiaca o da malattia epatica o da sindrome nefrosica), piede di Madura, dracunculosi, deformità di natura congenita o da trauma
Neurologia	demenza (HIV, tripasonomiasi africana,...), lesioni focali (neurocisticercosi, tubercoloma, neurotoxoplasmosi, paragonimiasi, cisti idatidea), paraparesi spastica (HTLV-I), ipostenia da pregressa poliomielite
Cute	lesioni anestetiche (morbo di Hansen), ulcere (leishmaniosi), lesioni o rash (pidocchi, **scabbia**, framboesia, pinta, larva migrans cutanea, dracunculosi, loiasi, oncocercosi, cromoblastomicosi, micetoma, miasi, penicilliosi, tache noire con o senza rash - infezione acuta da Rickettsie)

1B - Esami di screening

Considerato che la grande maggioranza dei migranti proviene da paesi ad alta endemia per alcune malattie infettive, ed frequentemente ha vissuto in situazioni di privazione, promiscuità o subìto violenza, sono da considerarsi destinatari degli esami di screening infettivologico tutti i RTPI, salvo indicazioni specifiche (vedi screening infezione tubercolare latente) o diversa valutazione del MMG/PLS.

Si invitano gli operatori di accoglienza a prendere un **secondo appuntamento** con il **MMG / PLS**, con la presenza del mediatore linguistico culturale, appena disponibili i risultati degli esami.

Profilo di screening basale - Accertamenti da proporre a **tutti** i RTPI **anche in assenza di sintomi**

- Emocromo con formula
- Glucosio
- Creatinina
- AST/ALT
- Esame urine
- Test HIV*
- Anticorpi anti HCV**
- HBsAg, antiHBc, antiHBs***
- Test per Sifilide*
- Test di gravidanza (se donna in età fertile)
- Test per infezione tubercolare latente ****

** I test per HIV e per Sifilide sono destinati a tutti i soggetti di età ≥16 anni. Vengono altresì offerti 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 co- infezioni quali altra IST o infezione tubercolare (in questo caso solo test HIV). I soggetti positivi devono essere inviati allo specialista in Malattie Infettive.*

*** Anticorpi anti HCV: i soggetti positivi al test devono essere sottoposti a ulteriore valutazione di conferma con dosaggio ematico di HCV-RNA e, in caso di positività, inviati allo specialista in Malattie Infettive*

**** In caso di positività di HBsAg, il paziente deve essere inviato allo specialista in Malattie Infettive per la prosecuzione del percorso diagnostico e l'eventuale trattamento. In caso di negatività per HBsAg, HBcAg, anti-HBs (soggetto non immune), si consiglia l'offerta di vaccinazione (allegato 3). In caso di negatività per HBsAg e positività per HBcAg (positività anti-core isolata o portatore occulto), si consiglia valutazione infettivologica solo in caso di immunosoppressione (iatrogena o non) per valutazione rischio riattivazione.*

***** Lo screening per infezione tubercolare latente dovrebbe essere proposto **a tutti i soggetti asintomatici***

provenienti da paesi ad alta endemia (stime di incidenza di TB >100/100.000 – tabella II), *ospiti presso centri di accoglienza* ***con una prospettiva di permanenza di almeno 6 mesi.*** *E' consigliato l'utilizzo di test IGRA (Quantiferon) mediante prelievo ematico, in considerazione dell'elevato tasso di pregressa vaccinazione nei RTPI ed al fine di concentrare in un unico accesso gli esami di screening, ove il TST richiede invio al servizio di Igiene Pubblica e lettura ed interpretazione a 48-72 ore dall'esecuzione del test intradermico. I bambini di età inferiore a 5 anni devono essere sottoposti a TST, essendo il test IGRA non indicato per bassa sensibilità).*

Tutti i soggetti positivi al test IGRA o al TST (quest'ultimo per diametro maggiore o uguale a 10 mm, oppure maggiore o uguale di 5 mm in caso di severa malnutrizione o immunodeficit) devono essere sottoposti a radiografia del torace ed inviati allo specialista in Malattie Infettive per la prosecuzione del percorso diagnostico e l'eventuale trattamento profilattico. In caso di positività all' Rx torace si raccomanda di inviare il paziente in Pronto Soccorso con diagnosi di sospetta tubercolosi (TB).

Tabella II - da Linee Guida "Controlli alla Frontiera"

Paesi con incidenza stimata di tubercolosi >100/100.000 (limite superiore dell'intervallo di confidenza al 95%).

Paesi	Tasso di incidenza (x 100.000)	IC 95%	
		Limite inferiore	Limite superiore
Sud Africa	834	539	1190
Lesotho	788	510	1125
Swaziland	565	366	807
Corea del Nord	561	432	706
Kiribati	551	425	695
Mozambico	551	356	787
Timor Est	498	322	712
Namibia	489	376	616
Gabon	465	344	604
Papua Nuova Guinea	432	352	521
Mongolia	428	220	703
Indonesia	395	255	564
Centrafricana, Repubblica	391	253	558
Zambia	391	253	558
Cambogia	380	246	543
Congo	379	246	542
Gibuti	378	291	476
Guinea Bissau	373	241	533
Angola	370	240	529
Myanmar	365	267	479
Botswana	356	230	508
Marshall	344	281	413
Congo, Repubblica Democratica	324	210	463
Nigeria	322	189	488
Filippine	322	277	370
Liberia	308	199	440
Sierra Leone	307	198	438
Tanzania	306	146	525
Somalia	274	177	391
Pakistan	270	175	386
Zimbabwe	242	179	314
Madagascar	236	153	337
Kenya	233	189	281
Tuvalu	232	199	267
Bangladesh	225	146	321
India	217	112	355
Camerun	212	137	303
Uganda	202	120	304

Paesi	Tasso di incidenza (x 100.000)	IC 95%	
		Limite inferiore	Limite superiore
Malawi	193	104	310
Etiopia	192	142	250
Afghanistan	189	122	270
Laos	182	118	260
Guinea	177	114	252
Gambia	174	131	223
Guinea Equatoriale	172	150	194
Thailandia	172	102	259
Ghana	160	77	273
Costa d'Avorio	159	103	227
Nepal	156	137	176
Bhutan	155	120	196
Ciad	152	98	217
Moldova	152	98	217
Sudan del Sud	146	95	209
Kirghizistan	144	120	170
Capo Verde	139	90	198
Senegal	139	90	198
Vietnam	137	110	166
Micronesia	124	96	157
Burundi	122	79	174
Perù	119	92	150
Bolivia	117	76	167
Nauru	113	97	130
Mauritania	107	69	152
Marocco	107	98	117
Georgia	99	80	120
Sao Tomé e Principe	97	94	100
Niger	95	62	136
Guyana	93	72	117
Ucraina	91	59	130
Malesia	89	77	103
Salomone	89	69	112
Sudan	88	52	133
Tagikistan	87	67	109
Uzbekistan	79	57	105
Eritrea	65	30	113

Fonte: http://apps.who.int/gho/data/view.main.57040ALL?lang=en

Accertamenti da effettuare in presenza di sintomi o segni di specifiche patologie

- **Tosse** da più di 2 settimane: richiedere **Rx torace** con esplicito sospetto di TB

- **Sintomi o segni clinici suggestivi di parassitosi** quali diarrea, dolori addominali, nausea, vomito, prurito, ematuria anche anamnestica, eosinofilia (>300 cell/microl): richiedere **esame parassitologico delle feci** (almeno 3 campioni) e **visita specialistica malattie infettive** (per definire iter terapeutico ed eventuali accertamenti di secondo livello es. per strongiloidosi o schistosomiasi)
- **Segni o sintomi** suggestivi di **Infezioni Sessualmente Trasmesse (IST)** quali secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, rash cutanei, linfadenopatie inguinali: **richiedere visita specialistica malattie infettive, e per le donne anche visita ginecologica.**
- **Segni e sintomi suggestivi di malaria** (in particolare **febbre**) in soggetti che provengono o che hanno viaggiato in aree endemiche per malaria (tabella III): richiedere **emoscopia per malaria** (da effettuare con urgenza mediante accesso in PS per coloro che sono in Italia da meno di 3 mesi o che presentano criteri clinici compatibili con malaria grave, vedi tabella IV). La diagnosi di malaria dovrebbe essere considerata anche in pazienti asintomatici che presentano altri segni clinici, splenomegalia e/o piastrinopenia. Una positività diagnostica richiede comunque una valutazione infettivologica tempestiva.

Tabella III. Paesi e territori con aree ad endemia malarica

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

Fonte: International Travel and Health, WHO 2015 update: http://www.who.int/ith/en/

* Solo rischio di *Plasmodium vivax*.

Tabella IV. Criteri di malaria complicata, almeno 1 dei seguenti (WHO 2015 – adattato da GISPI-Quaderni della Società Italiana di Medicina Tropicale e salute globale, ed 2017)

Coma o profonda prostrazione: Glasgow coma score < 11/15, Blantyre coma score < 3 (x età preverbale)
Convulsioni > 2 in 24 h
Ipotensione: PaS < 80 mmHg
Distress respiratorio, ARDS e/o edema polmonare: SaO2 < 92 in aria e FR > 30
Oliguria - < 400 ml/4h
Sanguinamento spontaneo, ematemesi, melena; ricorrenti epistassi; emorragia gengivale
Emoglobinuria macroscopica
Anemia grave < 7 mg/dl
Iperbilirubinemia > 3 mg/dl insieme a parassitemia > 2%
Ipoglicemia < 40 mg/dl
Ipercreatininemia > 3 mg/dl
Acidosi Bicarbonati < 15 momol/L o deficit bic > 8 mmol/L o Lattato venoso > 5 momol/L
Iperparassitemia > 10%; > 2% per *P. knowlesi* (criterio non contemplato per *Plasmodium vivax*)

Allegato 2 – salute della donna

2A - Tutte le donne

Dopo l'arrivo nella Struttura di Accoglienza, il Responsabile di questa (o suo delegato) contatta il Responsabile di Unità Funzionale Consultoriale della zona di riferimento (o suo delegato, a seconda delle modalità organizzative) e concorda un **incontro informativo di gruppo** con le donne appena arrivate al quale possono partecipare anche quelle già presenti.
Tale incontro potrà essere effettuato dal personale consultoriale o nella struttura stessa o all'interno dei locali del Consultorio, ma sempre alla presenza di un mediatore linguistico culturale (MLC) formato sulle tematiche sanitarie che di regola sarà messo a disposizione dall'azienda sanitaria o, dove possibile, di un educatore sanitario di comunità (ESC).
In questa occasione verranno fornite informazioni generali sulla salute femminile, comprese le mutilazioni genitali femminili (MGF).
Le donne saranno poi informate della possibilità di essere sottoposte a **visita ginecologica**, Pap test e tampone vaginale.
In analogia a quanto offerto dal Consultorio Giovani, potranno essere invitate le ragazze dai 14 anni in poi.
La visita ginecologica (sempre alla presenza di MLC o ESC) verrà effettuata dopo il primo accesso dal proprio MMG che avrà provveduto a prescrivere gli esami ematochimici di routine compreso il test di gravidanza (all. 1B), in modo che il ginecologo possa prenderne visione.
Dovrà essere indagata con attenzione la presenza di segni/sintomi suggestivi di IST (secrezioni vaginali, cervicali o uretrali, disuria, ulcere genitali e orali, rash cutanei, linfadenopatie inguinali). In tal caso andrà effettuato (o prescritto) anche un tampone cervico vaginale.

Sempre molto attentamente andrà valutata la presenza di mutilazioni genitali femminili (MGF) e nel caso vengano rilevate si provvederà all'inserimento nel percorso di prevenzione MGF per la prole con uno specifico counselling, ed ove indicato all'invio al centro di riferimento di Careggi (Procedura Organizzativa ASL Toscana SudEst PA-MTI-001 del 15.03.2017)

Per quanto riguarda il **Pap test**, si ritiene opportuno (per motivi organizzativi) effettuarlo contestualmente alla visita ginecologica, ma dovrebbe comunque rientrare all'interno del percorso di screening. (vedi Istruzioni operative per ciascuna zona)

2B - Donne in gravidanza

Il Responsabile della struttura di accoglienza o suo delegato contatta il Consultorio di riferimento zonale per la **datazione dell'epoca gestazionale**. Tale appuntamento dovrà essere garantito nell'arco di sette giorni. Questo perché in molte sedi il ginecologo consultoriale può essere presente una sola volta a settimana.
Se ve ne sarà la possibilità, verrà contestualmente consegnato il **Libretto di gravidanza**, altrimenti verrà fissato un incontro successivo.
A seconda dell'epoca gestazionale rilevata, la donna verrà inserita nel **Percorso Nascita** secondo le modalità organizzative della zona di riferimento.
In caso di gravidanza accertata e in presenza di sintomi (perdite ematiche, vomito incoercibile, febbre, dolori addominali o altro) la donna sarà invece accompagnata presso i P.S. Ostetrici presenti nei vari stabilimenti ospedalieri.

Nel caso venga rilevata la presenza di MGF, si attiverà anche in questo caso quanto previsto dalla Procedura aziendale MGF (PA-MTI-001 del 15.03.2017). Si concorderà con la donna un invio al Punto Nascita scelto per un'opportuna gestione del parto (ed eventuale deinfibulazione), cercando comunque in ogni occasione di effettuare azioni di counselling mirato. Nel post partum andrà attivato il percorso "Prevenzione MGF- Educazione alla salute", indirizzato ad evitare che le figlie femmine vengano a loro volta sottoposte a questa pratica.

Allegato 3 - Vaccinazioni

3A – Vaccinazioni - Età Pediatrica 0-14 anni

Il pediatra di libera scelta assegnato al bambino, nel corso della visita con l'ausilio del mediatore linguistico culturale ed alla presenza del genitore / legale rappresentante, **valuta la situazione vaccinale** in base alla disponibilità di documentazione ed **informa il genitore** / legale rappresentante dell'indicazione ad eventuali vaccinazioni (all. 1 A - visita).

In assenza di documentazione attestante lo stato vaccinale si procede attivando un programma di recupero vaccinale secondo il **calendario regionale**.

In presenza di documentazione a dimostrazione di vaccinazioni effettuate precedentemente, il pediatra valuterà l'indicazione ad eseguire le vaccinazioni mancanti o i richiami previsti a seconda dell'età del minore secondo il calendario regionale vigente, con l'eventuale ausilio del servizio vaccinazioni della ASL (Igiene e Sanità Pubblica o Attività Sanitarie di Comunità della Zona Distretto).

Non è indicato far precedere la vaccinazione da specifici test sierologici (titolazioni anticorpali) ad eccezione dei test sierologici per epatite B (all. 1B).

Il pediatra, se vaccinatore, previa **acquisizione del consenso** del genitore / legale rappresentante, **effettua** direttamente le **vaccinazioni** indicate.

Se il pediatra non vaccina direttamente i propri assistiti, è tenuto a fornire, con l'ausilio del mediatore linguistico culturale, al genitore / legale rappresentante oltre alle informazioni sanitarie anche chiare indicazioni per prendere appuntamento con i **servizi vaccinali della ASL**.

Il servizio vaccinazioni della ASL (Igiene e Sanità Pubblica o Attività Sanitarie di Comunità della Zona Distretto) garantirà tale **appuntamento** entro 30 giorni dalla richiesta. Nell'ambito di un unico accesso l'operatore sanitario (medico o infermiere o assistente sanitario) provvederà ad acquisire il consenso del genitore /legale rappresentante e ad avviare le vaccinazioni previste.

Al fine di procedere velocemente alla immunizzazione del bambino e contenere il numero di accessi si raccomanda l'utilizzo di vaccini combinati e la co somministrazione di quei vaccini la cui scheda tecnica lo permette.

03B – Vaccinazioni - Persone di età superiore a 14 anni

Se la storia vaccinale è incerta o assente le vaccinazioni da offrire sono:

- antipolio, antidifterite, antitetano, antipertosse
- antimorbillo, antiparotite, antirosolia, antivaricella a esclusione delle donne in gravidanza (allegato 01B - screening)
- anti-HBV a tutta la popolazione risultata negativa ai test sierologici per HBV (allegato 1B - screening)

Nell'occasione della seconda visita nella quale il MMG prende visione del risultato degli esami di screening (all. 1), questi provvederà con l'ausilio del mediatore linguistico culturale a dare **indicazioni sulle vaccinazioni** da eseguire ed a fornire chiare indicazioni per prendere appuntamento con i **servizi vaccinali della ASL**.

Al fine di procedere velocemente alla immunizzazione e contenere il numero di accessi si raccomanda l'utilizzo di vaccini combinati e la co somministrazione di quei vaccini la cui scheda tecnica lo permette.

Si raccomanda di proporre e garantire alle persone RTPI l'effettuazione di altri **vaccini non inclusi nelle linee guida** ma previsti dal calendario vaccinale regionale per peculiari fasce di età o categorie a rischio (es. HPV, meningococco C, Epatite A, influenza, pneumococco, herpes zoster), quando ne ricorrono i requisiti.