



Giovanni Baglio, Maria Elena Tosti, Maurizio Marceca

Adesso che Linea guida sui “Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza” è stata adottata dalla conferenza Stato-Regioni, la prossima sfida che attende il Servizio sanitario nazionale è quella della sua implementazione. Ciò implica lo sviluppo di un piano d’azione, organico e capillare, da articolare su due livelli, nazionale e locale. Localmente, si tratta di promuovere la creazione di percorsi clinico-organizzativi che sappiano tradurre nella pratica corrente le raccomandazioni contenute nella linea guida.

È stata approvata in via definitiva dalla Conferenza Stato-Regioni (seduta 10 maggio u.s.)^[1] la linea guida “I controlli alla Frontiera - La frontiera dei controllo. Controlli sanitari all’arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza”, sviluppata dall’Istituto Nazionale Salute Migrazioni e Povertà - INMP, dall’Istituto Superiore di Sanità - ISS e dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni - SIMM (vedi **Risorsa**).

Nato nell’ambito di un accordo programmatico tra i suddetti Enti promotori per lo sviluppo di linee guida sulla tutela della salute dei migranti, il documento intende offrire alle Regioni, agli enti gestori dei centri di accoglienza e agli operatori sociosanitari raccomandazioni *evidence-based* circa la pratica dei controlli sanitari su profughi e richiedenti protezione internazionale intercettati dal sistema di accoglienza italiano.

La necessità di fornire indicazioni univoche, e il più possibile standardizzate, sulle modalità clinico-organizzative di gestione della sorveglianza sanitaria e dei percorsi di presa in carico si è manifestata a fronte dall'incertezza e dell'eterogeneità dei comportamenti adottati sul territorio nazionale. Per questo, la linea guida suggerisce un **approccio improntato all'appropriatezza**, fin dal titolo che si presenta in forma di *calembour*, giocato sui termini frontiera/controlli: definire i controlli alla frontiera significa porre un limite a quegli interventi che appaiono infondati alla luce delle evidenze scientifiche di costo-efficacia. Questo finisce inevitabilmente per avere un effetto anche sul contenimento dei costi (non a caso l'efficienza è considerata una delle dimensioni dell'appropriatezza), in quanto si evitano sprechi legati all'effettuazione di accertamenti inutili o inutilmente ripetuti, e si ridimensionano le pratiche difensive sostenute da ingiustificati allarmismi.

All'elaborazione delle raccomandazioni ha lavorato un panel multidisciplinare e multiprofessionale di oltre 20 esperti (mentre quasi 60 sono stati i soggetti complessivamente coinvolti nella produzione della LG), scelti in rappresentanza di società scientifiche e organizzazioni sanitarie nazionali e internazionali, insieme a rappresentanti dei mediatori culturali e delle associazioni di migranti. La metodologia che è stata seguita è quella utilizzata dalle principali agenzie internazionali per la produzione di linee guida. Nello specifico, il percorso ha previsto una revisione sistematica della letteratura bio-medica, a partire da quesiti specifici formulati dal panel su condizioni patologiche ritenute rilevanti per la tutela della salute individuale e collettiva. Sono state considerate, in particolare, malattie infettive e diffuse - **tubercolosi, malaria, HIV-AIDS, epatiti virali B e C, infezioni sessualmente trasmissibili, parassitosi intestinali** - e patologie croniche quali **diabete, anemie, ipertensione, carcinoma cervice uterina**, la cui diagnosi precoce si associa a una riduzione degli esiti negativi per la salute e dei costi per il Servizio sanitario nazionale. Una specifica attenzione è stata riservata alla **gravidanza**, in quanto condizione meritevole di particolare tutela e in grado di riorientare il percorso di accoglienza. Sono stati selezionati inizialmente 1.059 documenti di letteratura secondaria (revisioni sistematiche, linee guida e documenti di consenso); dopo una prima valutazione di pertinenza, 84 di questi sono stati inclusi e valutati mediante l'uso di *check-list* metodologiche (PRISMA[2] per le revisioni sistematiche e AGREE[3] per le linee guida).

Alla luce della sintesi della letteratura, per ciascuna delle patologie e condizioni individuate, gli esperti del panel hanno poi elaborato delle raccomandazioni di buona pratica, graduate sulla base della forza delle evidenze a supporto. Prima della pubblicazione, il documento è stato sottoposto a **revisione aperta, mediante consultazione pubblica via web**. Questo al fine di favorire un confronto trasparente, partecipato e costruttivo tra gli *stakeholder* e gli

operatori sociosanitari, e costruire un consenso intorno alle raccomandazioni, in grado di agevolarne la successiva implementazione.

Un aspetto importante da sottolineare è che le raccomandazioni, già al momento della formulazione da parte del panel, sono state pensate all'interno delle diverse fasi che scandiscono il percorso di accoglienza: questo vuol dire che i controlli sanitari, e soprattutto l'approccio di sanità pubblica che li informa, quanto a tipologia, modalità e *timing*, sono intesi come strettamente correlati e, per certi versi, dipendenti dal *setting* di effettuazione dei controlli stessi. Nello specifico, il percorso considerato è quello che emerge dall'Intesa del 10 luglio 2014 tra il Governo, le Regioni e gli Enti locali^[4], ed è articolato in tre fasi: a) soccorso e prima assistenza; b) prima accoglienza; c) seconda accoglienza.

La **fase di soccorso** coincide con le operazioni di recupero e valutazione sanitaria in mare, e si estende fino al momento dello sbarco e dell'assistenza prestata ai migranti al molo o presso gli *Hotspot*. La fase di **prima accoglienza** avviene all'interno di Centri/Hub governativi a livello regionale o interregionale (con tempi di permanenza che vanno da una settimana a un mese), all'interno dei quali i migranti perfezionano la domanda di protezione internazionale e beneficiano dell'assistenza sanitaria garantita dagli enti gestori (non essendo ancora iscrivibili al SSN). Infine, la fase di **seconda accoglienza** si compie all'interno delle strutture SPRAR o nei Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), in cui i migranti soggiornano per periodi più prolungati e, in quanto riconosciuti "richiedenti protezione internazionale", sono obbligatoriamente iscritti al SSN e tutelati nell'ambito delle garanzie offerte dai LEA.

Rispetto a tali fasi, la linea guida propone approcci diversificati e modulati di presa in carico. In particolare, durante il soccorso, la **valutazione medica iniziale** deve accertare l'eventuale presenza di condizioni cliniche che necessitano di assistenza sanitaria in emergenza/urgenza (**Tabella 1**), anche al fine di attivare le opportune misure di quarantena e la tempestiva presa in carico.

Una volta che i migranti siano stati trasferiti all'interno dei centri di prima accoglienza, è prevista una **visita medica** più accurata, in cui 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, rilevanti per la salute individuale e collettiva. In considerazione della particolarità del *setting*, la linea guida raccomanda che il personale sociosanitario impegnato all'interno dei centri abbia le necessarie conoscenze sul fenomeno, sia formato all'approccio transculturale e riceva adeguato supporto psicologico, anche nell'ottica di gestire situazioni emotivamente stressanti e prevenire il *burn-out*.

Tabella 1

FASE DI SOCCORSO E PRIMA ACCOGLIENZA

Rilevazione di dati anamnestici e segni/sintomi suggestivi di specifiche condizioni morbose:

- 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 (infezioni sessualmente trasmissibili)
- 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

Nella seconda fase di accoglienza, accanto alla sorveglianza attiva dei quadri clinici in acuzie, un'attenzione specifica viene rivolta anche alle condizioni morbose in forma subclinica, mediante l'utilizzo di appropriati test (**Tabella 2**). **Non si tratta di campagne di screening di massa, quanto piuttosto di misure da proporre all'interno del setting clinico, sulla base di criteri epidemiologici (provenienza da Paesi ad alta endemia) e/o di esposizione a fattori di rischio, verificati nell'ambito del counselling.** Nel contesto della presa in carico da parte del SSN, vengono anche offerte misure di prevenzione primaria (vaccinazioni), secondo quanto previsto dai LEA.

Tabella 2

FASE DI SECONDA ACCOGLIENZA

Prevenzione primaria (vaccinazioni previste dal calendario vigente)
Screening per il carcinoma della cervice uterina (nell'ambito dei programmi territoriali)

Ricerca attiva di condizioni precliniche

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
- 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

Adesso che linea guida è stata adottata dalla conferenza Stato-Regioni, la prossima sfida che attende il SSN è quella dell'implementazione. Ciò implica lo sviluppo di un piano d'azione, organico e capillare, da articolare su due livelli. Localmente, si tratta di promuovere la creazione di **percorsi clinico-organizzativi** che sappiano tradurre nella pratica corrente le raccomandazioni contenute nella linea guida. A livello nazionale, sarà necessario prevedere una regia unica che sostenga e indirizzi i processi implementativi, all'interno di un quadro di **governance** del fenomeno migratorio, complessivo e coerente. Da questo dipenderà, in ultima analisi, la ricchezza dei frutti che potremo raccogliere, nella prospettiva di una piena tutela della salute individuale e collettiva.

Giovanni Baglio, Istituto Nazionale Salute, Migrazione e Povertà (INMP) | Maria Elena Tosti, Istituto Superiore di Sanità (ISS) | Maurizio Marceca, Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

Risorsa

Linea guida. [I controlli alla frontiera/La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza](#) [PDF: 5 Mb]

Bibliografia

1. Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e Province autonome di Trento e Bolzano sulle Linee guida "I controlli alla frontiera - la frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza". (SALUTE) Codice sito 4.10/2017/100 - Servizio sanità, lavoro e politiche sociali. Sito [Stato Regioni](#)
2. [PRISMA](#)
3. [AGREE](#)
4. Intesa del 10 luglio 2014 n. 77/CU tra Governo, Regioni ed Enti locali relativa al "Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati".