

REPUBBLICA ITALIANA

Anno 68° - Numero 42

**GAZZETTA**  **UFFICIALE**  
**DELLA REGIONE SICILIANA**

PARTE PRIMA

Palermo - Venerdì, 3 ottobre 2014

SI PUBBLICA DI REGOLA IL VENERDI'  
*Sped. in a.p., comma 20/c, art. 2,  
L. n. 662/96 - Filiale di Palermo*

DIREZIONE, REDAZIONE, AMMINISTRAZIONE: VIA CALTANISSETTA 2-E, 90141 PALERMO  
INFORMAZIONI TEL. 091/7074930-928-804 - ABBONAMENTI TEL. 091/7074925-931-932 - INSERZIONI TEL. 091/7074936-940 - FAX 091/7074927  
POSTA ELETTRONICA CERTIFICATA (PEC) [gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it](mailto:gazzetta.ufficiale@certmail.regione.sicilia.it)

**ASSESSORATO DELLA SALUTE**

DECRETO 23 settembre 2014.

**Adozione del Piano di contingenza sanitario regionale  
migranti.**



## DECRETI ASSESSORIALI

### ASSESSORATO DELLA SALUTE

DECRETO 23 settembre 2014.

**Adozione del Piano di contingenza sanitario regionale migranti.**

#### L'ASSESSORE PER LA SALUTE

Visto lo Statuto della Regione;

Vista la legge n. 833/78 e sue integrazioni e modificazioni;

Visto il decreto legislativo n. 502/92 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il decreto legislativo n. 229/93 e successive modifiche ed integrazioni;

Visto il decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 29 novembre 2001, recante "Definizione dei livelli essenziali di assistenza";

Vista la risoluzione dell'Assemblea mondiale della sanità dell'Organizzazione mondiale della sanità 61.17/2008 "Salute dei migranti";

Visto l'art. 28 della legge regionale n. 5 del 14 aprile 2009, che prevede che "la Regione, in applicazione dei principi costituzionali di eguaglianza e di diritto alla salute, nonché di gratuità delle cure agli indigenti, garantisce a tutti coloro che si trovino sul territorio regionale, senza alcuna distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali individuate dall'articolo 35, comma 3, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286;

Viste le conclusioni dell'"High Level Meeting on Migrants'Health" tenutosi a Roma l'11 aprile 2011 ed il "Rome Action Plan" redatto, in pari data, dal Ministero della salute e l'OMS Ufficio regionale per l'Europa, l'Unione europea, l'Organizzazione internazionale delle migrazioni (OIM), il Centro europeo per la prevenzione e controllo delle malattie (ECDC), e dei ministri della sanità della Grecia, Malta, Cipro, Spagna ed Ungheria, quale titolare della Presidenza dell'UE;

Viste le "Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole" del Ministero della salute del 6 giugno 2012;

Vista l'ordinanza di protezione civile n. 33 del 28 dicembre 2012, emanata nel rispetto dell'art. 23, comma 12, del decreto legge n. 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge n. 135/2012, con la quale il capo Dipartimento della protezione civile decreta la chiusura dello stato di emergenza umanitaria nel territorio nazionale in relazione all'eccezionale afflusso di cittadini appartenenti ai paesi del Nord d'Africa;

Vista la legge 13 dicembre 2013, n. 137 (in G.U. n. 293 del 14 dicembre 2013) - Conversione in legge, con modificazioni, del decreto legge 15 ottobre 2013, n. 120, recante misure urgenti di riequilibrio della finanza pubblica nonché in materia di immigrazione;

Visto il D.A. n. 2183 del 17 ottobre 2012 "Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri extracomunitari e comunitari della Regione siciliana";

Visto il D.A. n. 469 dell'8 marzo 2013, con il quale è stato istituito il tavolo tecnico permanente multidisciplinare di coordinamento interistituzionale per l'assistenza sanitaria ai migranti;

Visto il D.A. n. 88613 dell'8 maggio 2013, di istituzione del "Tavolo tecnico ristretto flussi migratori isola di Lampedusa";

Visto il D.A. n. 1791 del 26 settembre 2013, con il quale questo Assessorato ha recepito l'Accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano del 20 dicembre 2012: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome italiane";

Visto il D.A. n. 326 del 6 marzo 2014 "Assistenza sanitaria agli stranieri-procedure di iscrizione al servizio sanitario regionale dei minori stranieri extracomunitari o comunitari possessori dei rispettivi codici STP ed Eni" con il quale questo Assessorato ha disciplinato il percorso operativo che le aziende sanitarie provinciali della Sicilia dovranno adottare per provvedere all'iscrizione obbligatoria al SSR dei minori extracomunitari non in possesso di permesso di soggiorno e di età inferiore ai 14 anni;

Visto il D.A. n. 431/2014 di approvazione del protocollo d'intesa per la *governance* delle politiche sanitarie dell'immigrazione in Sicilia, siglato in data 17 aprile 2014;

Considerato che nel corso delle molteplici verifiche, espletate dal 2011 congiuntamente da esperti dell'Assessorato regionale della salute e dell'Organizzazione mondiale della sanità nell'ambito del "Progetto salute e migrazione", è emersa la necessità di rafforzare le procedure operative d'intervento sanitario in risposta agli sbarchi di migranti nell'Isola, attraverso la predisposizione di uno specifico piano di contingenza, allo scopo di disciplinare l'insieme coordinato della catena di interventi da attuarsi nel caso si verifichi uno sbarco di migranti lungo le coste siciliane, avuto riguardo sia all'assistenza sanitaria allo sbarco che di quella erogata nei centri di prima accoglienza riducendo al minimo l'impatto dell'evento sulla salute dei migranti, dei soccorritori e della popolazione residente;

Considerato che il succitato piano, elaborato dalle articolazioni competenti di questo Assessorato di concerto con esperti del settore dell'Organizzazione mondiale di sanità e con il contributo delle aziende sanitarie provinciali, è stato presentato ai direttori generali delle medesime Aziende nella riunione svoltasi presso questo Assessorato in data 4 agosto 2014 e successivamente discusso presso le diverse sedi delle aziende stesse;

Ritenuto, pertanto, necessario di dover adottare, su tutto il territorio regionale, il "Piano di contingenza sanitario regionale migranti - modalità operative per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica in Sicilia - anno 2014" allegato al presente decreto;

Ritenuto, altresì, di dover prevedersi, attesa la natura dinamica dello strumento operativo insito nel Piano, che lo stesso possa essere oggetto di revisione a seguito di verifiche sul campo e/o dell'eventuale evolversi degli scenari dei flussi migratori che interessano la Regione siciliana;

Decreta:

Art. 1

Per i motivi di cui in premessa, che si intendono integralmente richiamati, è adottato l'allegato "Piano di contingenza sanitario regionale migranti - modalità operative per il coordinamento degli aspetti di salute pubblica in Sicilia - anno 2014" in tutto il territorio della Regione siciliana.

## Art. 2

La *governance* del Piano di contingenza sanitario regionale di cui all'art. 1, è realizzata attraverso una *task force* regionale di coordinamento, di cui al punto 12 del Piano, coordinata, senza oneri, su nomina dell'Assessore per la salute, dal dott. Francesco Bongiorno, esperto in politiche dell'immigrazione.

La *task force* di coordinamento regionale si articola nelle seguenti cinque aree tecniche:

- a) area tecnica "salute pubblica" allocata presso il servizio 1 DASOE "Igiene pubblica";
- b) area tecnica "*disaster management*" allocata presso il servizio 10 DPS "Isole minori";
- c) area tecnica "assistenza sanitaria di base" allocata presso il servizio 8 DPS "Programmazione territoriale ed integrazione socio - sanitaria";
- d) area tecnica "controllo e monitoraggio" allocata presso l'Area interdipartimentale 2 DPS - "Ufficio del Piano di rientro ex art. 1, comma 180, legge 30 dicembre 2004, n. 311";
- e) area tecnica "rete ospedaliera" allocata presso il servizio 4 DPS "Programmazione ospedaliera".

Le attività della *task force* regionale di coordinamento sono espletate senza oneri aggiuntivi per l'Amministrazione regionale in quanto riconducibili all'attività istituzionale.

## Art. 3

Il Piano di contingenza sanitario regionale di cui all'art. 1, elaborato come modello operativo è da intendersi come documento dinamico che potrà essere oggetto di revisione a seguito di verifiche sul campo e/o dall'eventuale evolversi degli scenari dei flussi migratori che interessano la Regione siciliana.

## Art. 4

Il presente decreto verrà trasmesso alla *Gazzetta Ufficiale* per la pubblicazione, entrando in vigore il giorno della pubblicazione, e sarà pubblicato, altresì, nel sito istituzionale di questo Assessorato della salute e delle aziende sanitarie provinciali.

Palermo, 23 settembre 2014.

BORSELLINO

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA REGIONE SICILIANA  
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE



REGIONE SICILIANA

**Assessorato Regionale della Salute**

# Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

Modalità operative per il coordinamento  
degli aspetti di salute pubblica in Sicilia

**2014**

In collaborazione con PHAME project,  
WHO European Office for Investment  
for Health and Development, Venice.

**World Health  
Organization**REGIONAL OFFICE FOR **Europe**

## Prefazione

Da gennaio 2014 oltre 100.000 migranti sono sbarcati in Sicilia, un numero senza precedenti che per la prima volta ha coinvolto l'intero territorio dell'isola ponendo nuove sfide al Sistema Sanitario Regionale. Al fine di garantire un'efficace ed omogenea capacità di risposta è stato necessario uno sforzo progettuale per la gestione delle risorse umane e logistiche.

Questo Assessorato, in stretta collaborazione con PHAME project, WHO European Office for Investment for Health and Development Venice, nell'ambito di un più ampio progetto Salute Pubblica e Migrazione, ha intrapreso un processo di pianificazione della risposta agli afflussi migratori per rafforzare la capacità sanitaria ed il coordinamento tra le istituzioni. A tal fine è stato realizzato un Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti che identifica ruoli e responsabilità di tutti i principali attori, il modo in cui devono interagire, e gli aspetti gestionali e logistici.

L'obiettivo di questo documento è quello di implementare le azioni di "preparedness" (preparazione e azioni preventive) necessarie per un approccio efficace e coordinato della gestione di un grande afflusso di migranti. Il piano serve dunque ad identificare ruoli e responsabilità delle istituzioni Sanitarie Regionali, delle principali organizzazioni coinvolte nella gestione del fenomeno e delle figure strategiche, al fine di:

- garantire una gestione efficiente delle risorse;
- rafforzare gli aspetti organizzativi per garantire una risposta efficace ai bisogni di salute indotti dal grande afflusso di migranti;
- definire le procedure e le modalità per una comunicazione coerente ed "univoca" durante l'emergenza.

Il Piano è stato redatto grazie al coinvolgimento dei vertici decisionali dell'Assessorato Regionale della Salute e all'istituzione di una Task Force composta da esperti dell'OMS con competenze di malattie trasmissibili, prevenzione ed epidemiologia, politiche sanitarie, gestione delle risorse umane, economia del sistema sanitario e comunicazione.

Questo documento rafforzerà la risposta sanitaria ai massicci afflussi migratori fungendo quale piano solido e flessibile atto ad una risposta multisettoriale.

**D.ssa Lucia Borsellino**  
Assessorato della Salute  
Regione Siciliana



**Dr. Santino Severoni**  
World Health Organization  
Regional Office For Europe



## Introduzione

Le Aziende Sanitarie Provinciali che ad oggi non hanno collaudati sistemi operativi per il coordinamento delle attività legate alla gestione dei flussi migratori, saranno tenute ad applicare le direttive del presente piano di contingenza.

Le Aziende Sanitarie Provinciali che ad oggi hanno definito propri percorsi e procedure operative, dovranno allineare gli strumenti già adottati nell'esecuzione delle fasi poste in essere con gli indirizzi del suddetto piano di contingenza, avendo riguardo tuttavia, delle buone pratiche già sperimentate con efficacia ed efficienza organizzativa e gestionale.

Per la gestione dei flussi migratori che insistono sull'isola di Lampedusa, si rimanda a quanto predisposto con la nota Assessoriale prot. n°. 26694 del 18 marzo 2011 *"programma per l'assistenza sanitaria rivolta alle persone straniere sbarcate a Lampedusa"* ed implementato con la nota Assessoriale prot. n° 43296 del 24 maggio 2012 di pari oggetto e recepito come allegato 3 dal documento del Ministero della Salute prot. n° 112909890 del 05 novembre 2012 *"raccomandazioni operative per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole"*.

## 1. Finalità

Il presente piano descrive l'insieme coordinato delle procedure operative d'intervento sanitario da attuarsi nel caso si verifichi uno sbarco di migranti lungo le coste siciliane prendendo in considerazione sia l'assistenza sanitaria allo sbarco che quella effettuata nei centri di prima accoglienza. Il piano si applica sia a sbarchi pianificati nel contesto dell'operazione "Mare Nostrum" sia a sbarchi che avvengono al di fuori di qualsiasi operazione programmata.

Il presente piano si applica altresì per gli sbarchi che avvengono sull'Isola di Lampedusa e nelle altre piccole isole della Sicilia, in quanto lo stesso non è in contrasto con le "raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole" emanato dal Ministero della Salute con documento n° 112909890 del 5.11.2012 – Ufficio 3° - Coordinamento Uffici Sanità Marittima, ma definisce ruoli e competenze mediante le schede operative di funzione.

## 2. Distribuzione

Nazionale	Presidenza del Consiglio dei Ministri Ministero della Salute Ministero dell'Interno Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Croce Rossa Italiana
Regionale	Presidenza della Regione Presidenza della Regione – Dipartimento della Protezione Civile Tribunale dei Minori Assessorato Regionale della famiglia e delle politiche sociali Aree e Servizi Assessorato Salute Emergency, MSF ed Associazioni di Volontariato Regionali
Provinciale	Aziende Sanitarie del Servizio Sanitario Regionale Uffici Territoriali di Governo dell'Isola Questure dell'Isola
Comunale	Sindaci dei Comuni della Regione Siciliana



### 3. Legislazione di riferimento

Legge 13 dicembre 2013, n° 137 ( in G.U. n° 293 del 14 dicembre 2013) - conversione in legge con modificazioni del decreto-legge 15 ottobre 2013, n° 120, recante misure urgenti di riequilibrio della finanza pubblica nonché in materia di immigrazione.
Ordinanza di protezione civile n° 33 del 28 Dicembre 2012, emanata nel rispetto dell'art. 23, comma 12, del decreto legge n° 95/2012, convertito con modificazioni dalla legge n° 135/2012, con la quale il Capo Dipartimento della Protezione Civile decreta la chiusura dello stato di emergenza umanitaria nel territorio nazionale in relazione all'eccezionale afflusso di cittadini appartenenti ai paesi del Nord d'Africa.
Art. 28 della Legge regionale n° 5 del 14 aprile 2009 che prevede che "la Regione, in applicazione dei principi costituzionali di eguaglianza e di diritto alla salute, nonché di gratuità delle cure agli indigenti, garantisce a tutti coloro che si trovino sul territorio Regionale, senza alcuna distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali" individuate all'articolo 35, comma 3, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n° 286.
Decreto 0469 dell'8 Marzo 2013 dell'Assessorato Regionale della Salute con il quale è stato istituito il tavolo tecnico permanente multidisciplinare di coordinamento interistituzionale per l'assistenza sanitaria ai migranti.
Decreto Presidenziale 7 gennaio 2014 "Individuazione di iniziative per l'anno 2014 in occasione della giornata del 3 ottobre, dedicata dalla Regione siciliana al ricordo della tragedia consumatasi al largo dell'isola di Lampedusa il 3 ottobre 2013".
D.A. 2183 del 17 ottobre 2012 "Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri extracomunitari e comunitari della Regione Siciliana".
D.A. 326/14 "Assistenza sanitaria agli stranieri-procedure di iscrizione al servizio sanitario Regionale dei minori stranieri extracomunitari o comunitari possessori dei rispettivi codici STP ed Eni" con il quale questo Assessorato ha recepito l'accordo sancito dalla conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome Italiane";
DA.431/2014 Decreto di approvazione del protocollo d'intesa per la governance delle politiche sanitarie dell'immigrazione in Sicilia, siglato in data 17 aprile 2014
D.A. 88613 del 8 maggio 2013 "Tavolo tecnico ristretto flussi migratori isola di Lampedusa"
Regolamento C.E. 178 del 2002 e C.E. 852 del 2004 sulla sicurezza alimentare
Direttiva Ministero della Salute del 5.11.2012 documento sulla gestione sanitaria dei flussi migratori che interessano particolarmente le coste Siciliane, con particolare riguardo all'isola di Lampedusa
Decreto assessoriale n° 0820 del 7 maggio 2012 "Calendario Vaccinale per la Vita"
Decreto Interministeriale (Interni, Affari Esteri, Difesa e Salute) del 23 Novembre 2010, con cui sono state definite ed approvate le procedure Nazionali per il trattamento delle persone affette da patologie quali la febbre emorragica sostenuta dal Virus Ebola, individuando gli ospedali di riferimento nazionale, le metodologie di diagnosi e di trasporto dei casi sospetti e/o conclamati.
Circolare del Ministro della Salute n° 4 del 13 Marzo 1998, "Misure di Profilassi per esigenze di sanità pubblica – Provvedimenti da adottare nei confronti di soggetti affetti da alcune malattie infettive e nei confronti di loro convivente o contatti"

## 4. Contesto

Da gennaio 2014 ad oggi si è registrato l'arrivo in Sicilia di oltre 100.000 migranti. La distribuzione geografica degli arrivi in tutta la Sicilia pone un nuovo scenario, dovuto principalmente a due fattori:

- la chiusura temporanea del centro di Lampedusa in contrada Imbriacola;
- l'operazione di soccorso navale " Mare Nostrum".

Questo nuovo scenario richiede un adeguamento della risposta sanitaria alla nuova realtà del fenomeno migratorio. Ciò sottopone l'intero Sistema Sanitario Regionale ad uno sforzo aggiuntivo per adeguare l'organizzazione sanitaria per garantire un'adeguata protezione della salute dei migranti, degli operatori anche volontari e della popolazione residente.

I migranti oltre ad essere ospitati nelle strutture governative (ormai sature) vengono anche ospitati in centri di accoglienza straordinaria (CAS) individuati di volta in volta dagli Uffici Territoriali di Governo – Prefetture competenti per territorio, ma tali strutture non sono sempre note al SSR per i successivi adempimenti di competenza.

Le ASSPP dei territori dove avvengono gli sbarchi, oltre a garantire il coordinamento del triage sanitario e la prima assistenza all'arrivo, assicurano l'assistenza sanitaria di base, anche con il supporto di Croce Rossa Italiana ed alcune Emergency, MSF presso i CAS ( giusto protocollo d'intesa siglato in data 17 aprile 2014 ).

Le Aziende del SSR si occupano anche dell'eventuale assistenza ospedaliera ove ciò è necessario anche in overbooking.

L'assistenza sanitaria di base nei centri registrati dal Ministero degli Interni viene garantita dall'ente gestore con apposito protocollo d'intesa.

In caso di emergenza urgenza, la gestione sanitaria avviene anche attraverso il coinvolgimento del SUES 118, per il trasferimento urgente presso la più vicina struttura DEA.



## 5. Analisi dei rischi per la salute

- Migranti;
- Operatori coinvolti nelle operazioni di soccorso ed assistenza;
- La popolazione residente.

### 5.1. Migranti

#### Rischi presenti nei paesi di origine e transito

Il rischio di malattie prevenibili da vaccino dipende dalla suscettibilità della popolazione di riferimento. Per quanto riguarda la copertura vaccinale nei paesi di provenienza e transito, i dati aggiornati per ogni singolo paese sono raccolti regolarmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) e riportati sul sito <http://apps.who.int/immunizationmonitoring/globalsummary>. In molti dei paesi di provenienza e transito la presenza di guerre civili, crisi economiche o disastri naturali hanno provocato e provocano un' interruzione nell'attività dei servizi di salute pubblica con conseguente riduzione, alcune volte anche drammatica, nella copertura vaccinale della popolazione. Nella Repubblica Araba di Siria, per esempio, la copertura vaccinale è drammaticamente caduta dal 91% registrata nel 2011 al 68% del 2012 e nonostante i notevoli impegni profusi per migliorare questo dato, permangono preoccupazioni sullo stato vaccinale dei Siriani richiedenti asilo che sbarcano sulle coste Siciliane.

Coperture vaccinali basse sono riportate anche in diversi paesi Africani quali la Somalia, la Nigeria, la Repubblica Centro-Africana ed il Mali.

Per quanto riguarda la presenza di epidemie nei paesi di origine e transito, il sito dell'OMS <http://www.who.int/csr/don/archive/year/2014/en> riporta i dati sulle epidemie presenti nel mondo.

Attualmente (settembre 2014), rilevanti per l'emergenza sbarchi in Sicilia sono le epidemie di poliomielite in Siria e Israele, la diffusione del virus Ebola in Africa e la sindrome respiratoria medio-orientale da coronavirus (MERS-CoV).

Per quanto riguarda le malattie croniche, è importante rilevare come a livello mondiale l'80% delle morti dovute a malattie croniche quali malattie cardiovascolari, tumori, malattie respiratorie croniche e diabete, avvengono in paesi in via di sviluppo.

E' importante anche sottolineare come le particolari condizioni in cui i migranti sono assoggettati soprattutto nei paesi di transito, espongono in particolare le donne, ma anche gli uomini a rischio di violenza sessuale.

#### Rischi relativi al viaggio in mare

Con l'inizio dell'operazione "Mare Nostrum", nell' Ottobre 2013, le condizioni generali del viaggio in mare sono migliorate soprattutto in termini di minore durata. Permangono comunque rischi sanitari legati principalmente a traumatismi, ustioni, ipotermia, disidratazione, sindrome da annegamento, colpo di sole/calore, tossinfezioni alimentari, infezioni delle vie respiratorie e della cute, tetano.

Le donne in gravidanza ed i bambini < 5 anni costituiscono due gruppi particolarmente sensibili rispettivamente per il rischio di complicanze ostetriche e per la maggiore vulnerabilità a patologie infettive e disturbi nutrizionali.



### **Rischi connessi con le operazioni di soccorso in mare e sbarco**

Nonostante le operazioni di soccorso in mare con l'operazione "Mare Nostrum" avvengano in maniera più tempestiva ed in maggiore sicurezza che in passato, esistono ancora rischi riferibili soprattutto a traumatismi e sindrome da annegamento durante il soccorso e ad ipotermia durante il trasporto specie se questo avviene per periodi prolungati ed in maniera non sufficientemente protetta. Dall'esperienza vissuta durante gli sbarchi a Lampedusa negli anni precedenti di migranti arrivati in acque territoriali con mezzi natanti autonomi, si evidenziano colpi di calore/di sole ed ustioni da carburante.

### **Rischi relativi alla permanenza in centri di prima accoglienza**

I possibili rischi alla salute sono riconducibili al sovraffollamento, alle eventuali scarse condizioni igienico sanitarie ed al possibile limitato accesso alle cure mediche per la presenza di barriere socio-culturali.

Morbillo, Difterite, e Pertosse sono malattie a rischio in una popolazione con una copertura vaccinale incerta.

Il sovraffollamento facilita la diffusione di infezioni respiratorie acute e influenza.

Contatti prolungati in ambienti ristretti e con scarsi ricambi d'aria possono favorire la trasmissione del bacillo tubercolare da soggetti ammalati di tubercolosi polmonare bacillifera (aperta) e sintomatici a soggetti sani. Comunque, solo il 10% delle persone contagiate svilupperà la malattia nel corso degli anni.

Scarse condizioni igienico sanitarie espongono al rischio di infezioni gastro-intestinali e della cute.

Barriere culturali e mancanza di comunicazione dei vari centri di accoglienza a seguito di spostamenti dei migranti, possono provocare la sospensione del trattamento di malattie croniche con gravi conseguenze. Tempi di permanenza prolungati e non definiti, status giuridico percepito come non chiaro, difficoltà di comunicazione e passate esperienze traumatiche, espongono a rischi per la salute mentale con possibili neurosi ansioso-depressive e psicosi di vario grado.

## **5.2. Soccorritori e personale dei centri di accoglienza**

Il rischio alla salute è dovuto alle modalità con cui viene effettuato il soccorso, all'esposizione ad agenti biologici nelle operazioni di soccorso e all'interno dei centri di accoglienza e dipende dalla resistenza e dalla suscettibilità individuale.

Le modalità con le quali avvengono le operazioni di soccorso espongono i soccorritori al rischio di **traumatismi** vari, **ferite**, cadute in mare con conseguente **ipotermia**, specie nei mesi invernali e **sindrome da annegamento** e colpo di sole o di calore nei mesi estivi durante le fasi di soccorso in banchina. L'esposizione ad agenti biologici può avvenire sia durante le operazioni di soccorso che all'interno dei centri di accoglienza. Le modalità di trasmissione possono essere per contatto prolungato diretto dell'agente con la cute (**dermatomicosi, pediculosi**), per via aerea (**influenza, infezione delle vie respiratorie**), per contatto con sangue ed altri fluidi biologici (**epatite B, C e AIDS**), attraverso oggetti o materiali contaminati.



### 5.3. Popolazione residente

La maggior parte dei migranti che arrivano sulle coste Siciliane è fondamentalmente in buona salute. Una disamina della letteratura internazionale conferma che molti dei problemi di salute dei migranti sono acquisiti nel paese ospite e sono dovuti alle precarie condizioni igienico sanitarie in cui i migranti sono costretti a vivere. I rischi sanitari per la popolazione residente sono quindi prevalentemente legati alle condizioni di vita precarie di comunità di migranti più che a importazione di malattie dall'estero.

### 5.4. Conclusioni

In base all'analisi dei dati disponibili al maggio 2014 sull'incidenza di patologie infettive nella popolazione immigrata in Sicilia negli ultimi tre anni (notifiche, schede di dimissione ospedaliera e sorveglianza sindromica) al confronto con i dati della popolazione Siciliana residente e di quella Italiana ed in base ad una revisione della letteratura sui rischi da malattie infettive, risulta che:

- i sistemi di raccolta dati attuali in Sicilia sono conformi alle direttive Ministeriali e adeguati a sostenere un realistico quadro della situazione epidemiologica anche se una maggiore comunicazione informativa con le strutture periferiche del Ministero dell'Interno migliorerebbe sostanzialmente la raccolta di dati epidemiologici;
- nei gruppi di soggetti immigrati l'incidenza finora registrata delle comuni malattie infettive non è superiore a quella della popolazione Siciliana;
- l'incidenza di parassitosi quali scabbia e pediculosi tra i migranti è superiore a quella della popolazione Siciliana, ma non rappresenta un reale rischio di contagio all'interno della popolazione di migranti e fra i migranti e la popolazione residente purché vengano effettuati minimi interventi di igiene e profilassi e una tempestiva diagnosi e cura dei casi;
- l'incidenza di tubercolosi fra la popolazione migrante non è superiore a quella della popolazione Siciliana e la stima di nuovi casi di tubercolosi importata da migranti può essere stimabile in circa 2 casi al mese;
- per quanto attiene al virus ebola, colera o altre malattie tropicali, il rischio di importazione è altamente improbabile, nonostante ciò, aderendo alle raccomandazioni del Ministero della Salute e dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, la sorveglianza per queste patologie è stata particolarmente intensificata;
- il rischio di importazione del virus polio è ridotto dallo stato immunitario della popolazione Italiana e dall'introduzione nel calendario vaccinale Regionale (2012) della quinta dose di vaccino in età adolescenziale ed è inoltre rinforzata dall'offerta attiva di richiami vaccinali ai gruppi provenienti da paesi con epidemia di poliomielite.
- Schede tecniche per le principali malattie infettive contenenti elementi di diagnosi, controllo, prevenzione ed informazioni su modalità di contagio e protezione degli operatori sono contenute al punto 21 del suddetto Piano

## 6. Scenari

### Scenario sbarchi programmati

Da gennaio 2014 ad oggi, oltre 100.000 migranti sono stati soccorsi in mare attraverso l'operazione "Mare Nostrum". Al momento (04 settembre 2014), negoziazioni sono in atto da parte del Governo Italiano per un coinvolgimento della struttura FRONTEX che dovrebbe assorbire le funzioni di "Mare Nostrum". In ogni caso lo scenario attuale è caratterizzato dalle seguenti caratteristiche:

- traversate in mare generalmente brevi fino all'avvistamento ed al soccorso in mare da parte di unità della Marina Militare anche oltre le 100 miglia dalle coste Siciliane;
- sbarchi programmati di numerosi gruppi di migranti in località predefinite (Palermo, Augusta, Pozzallo, Catania, Trapani, Porto Empedocle, Messina) con un preavviso di diverse ore;
- stato di salute dei migranti in generale soddisfacente.
- Scenario sbarchi non programmati
- Pur vigendo l'operazione "Mare Nostrum" si sono verificati più volte sbarchi non programmati che sono caratterizzati da:
- traversate in mare che possono durare anche diversi giorni ed avvenire in condizioni estremamente precarie;
- sbarchi con tempo di preavviso limitato o inesistente di piccoli o medi gruppi che avvengono anche a breve distanza di tempo in zone multiple;
- Isola di Lampedusa nuovamente al centro delle rotte dei migranti;
- stato di salute dei migranti fortemente compromesso dalle condizioni del viaggio.

## 7. Obiettivi

### Obiettivo generale

- Ridurre al minimo l'impatto dell'evento sulla salute dei migranti, dei soccorritori e della popolazione residente.

### Obiettivo di gestione

- direzione unitaria delle operazioni;
- utilizzo razionale delle risorse disponibili e della reperibilità degli uomini e dei mezzi idonei all'intervento;
- flusso bidirezionale di informazioni fra il sistema centrale e quello periferico.



## 8. Procedure nelle diverse fasi operative

### Soccorso in mare e trasporto in banchina

- Dal 21 giugno 2014, medici dell'USMAF sono presenti sulle navi militari. Un iniziale triage viene effettuato al momento del soccorso in mare dallo stesso personale medico, o in alternativa laddove presenti, dal personale del Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta (CISOM) supportato in caso di necessità da personale medico della Marina Militare. I codici rossi e gialli sono evacuati al porto più vicino con motovedette SAR o in casi estremi con elicottero militare. All'arrivo in banchina interviene il sistema 118 per il trasporto in ospedale.

### Assistenza sanitaria in banchina e trasporto ai centri di prima accoglienza

- Il personale USMAF verifica il sospetto per malattie soggette a Regolamento Sanitario Internazionale al momento prima dello sbarco in banchina e prima dell'avvio verso i centri per l'immigrazione. Una volta in banchina, l'ASP coordina le attività di triage, avvalendosi ove necessario del personale sanitario di C.R.I. ed Emergency, MSF. Su richiesta, il personale del Ministero della Salute - USMAF verifica il sospetto per malattia soggetta a regolamento Sanitario Nazionale. L'attività del 118 così come quella delle visite mediche viene coordinata dal coordinatore ASP per i CAS.

### Assistenza sanitaria nei centri di prima accoglienza

- Nei centri di accoglienza "governativi" l'assistenza sanitaria è assicurata dall'ente gestore mentre nei centri di accoglienza straordinaria (CAS) l'assistenza sanitaria viene garantita dall'ASP di competenza territoriale. Le attività nei CAS vengono coordinate dal Coordinatore ASP per i CAS.

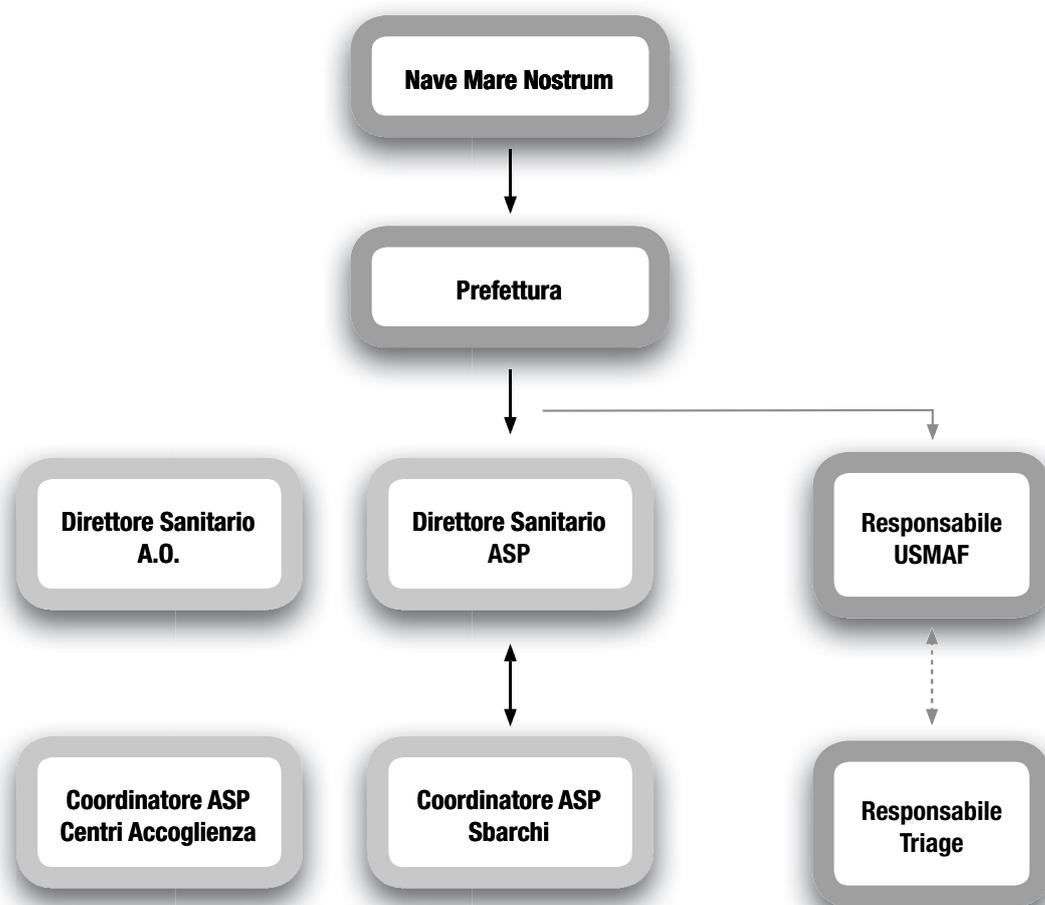
## 9. Minori non accompagnati

Gli uffici territoriali di governo - Prefetture dell'Isola individuano strutture dove accomodare minori non accompagnati. **Le ASP di riferimento ne ricevono comunicazione e provvedono a verificare l'esistenza dei requisiti igienico sanitari minimi.** Sulla scorta dell'accordo Stato Regioni del 20 dicembre 2012 che ha approvato il documento "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria agli stranieri da parte delle Regioni e delle Province autonome" con D.A. 326/14 "Assistenza sanitaria stranieri - Procedure iscrizione al Servizio Sanitario Regionale dei minori stranieri extracomunitari o comunitari possessori rispettivamente dei codici STP ed ENI" viene sancita l'iscrizione obbligatoria al SSR per i minori stranieri presenti sul territorio "a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno". I minori fino al 14° anno di età vengono pertanto iscritti ai pediatri di libera scelta.

**Allegato C**

## 10. Flusso informativo

Il flusso delle informazioni a carattere operativo prevede che dalla nave impegnata nelle operazioni di soccorso in mare parta una informativa urgente per la Prefettura di competenza la quale allerta il Coordinatore ASP per l'assistenza medica allo sbarco fornendo informazioni sulla località scelta per lo sbarco, il numero dei migranti attesi distinti per sesso ed età e l'ora prevista dell'arrivo in porto. La Prefettura informa anche il Coordinatore ASP per l'assistenza medica nei CAS sulle località dove i migranti verranno alloggiati. Il coordinatore medico ASP per l'assistenza medica allo sbarco attiva le procedure come da scheda di funzione.



## 11. Piano Operativo

### 11.1 Definizioni e scopo



## **Direzione Strategica**

E' la figura cui compete politicamente l'assunzione di pianificazione, decisione e gestione strategica, finalizzate a garantire la "Salute Pubblica" di tutti i soggetti coinvolti negli sbarchi, ivi compresa la popolazione residente.

La direzione strategica delle attività di assistenza sanitaria ai migranti è in capo all'Assessore della Salute della Regione Siciliana che è organo monocratico. L'Assessore è responsabile dei rapporti con il Ministero della Salute per gli aspetti strategici sanitari, con il Presidente della Regione Siciliana per gli aspetti di politica Regionale e con gli Uffici Territoriali di Governo della Regione Siciliana per gli aspetti di coordinamento interistituzionale.

## **Coordinatore Regionale**

E' la figura responsabile del coordinamento tecnico fornito dall'Assessorato Regionale della Salute, a tutte le istituzioni coinvolte nel suddetto piano. Definisce il coordinamento operativo di tutte le attività sanitarie relative all'arrivo e all'accoglienza dei migranti. Monitorizza le attività della Aziende Sanitarie Regionali al fine di garantire l'efficacia del Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti.

## **Supporto Tecnico Regionale**

E' la struttura che si occupa di fornire il supporto tecnico ed amministrativo al coordinatore del Piano, al fine di garantire le attività tecniche specifiche di competenza delle singole figure in cui si articola tale supporto.

## **Coordinatore Sanitario ASP**

E' la figura che ha il coordinamento generale delle attività sanitarie a livello territoriale. Coordina le attività sanitarie dallo sbarco ai centri di accoglienza, raccordandosi con la struttura tecnica Regionale e con i servizi aziendali ed i responsabili designati delle aziende ospedaliere.

## **Coordinatori Territoriali**

Sono le figure responsabili della gestione sanitaria dell'evento sul proprio territorio (sbarco, centri di accoglienza, presidio ospedaliero).

## **Operazioni**

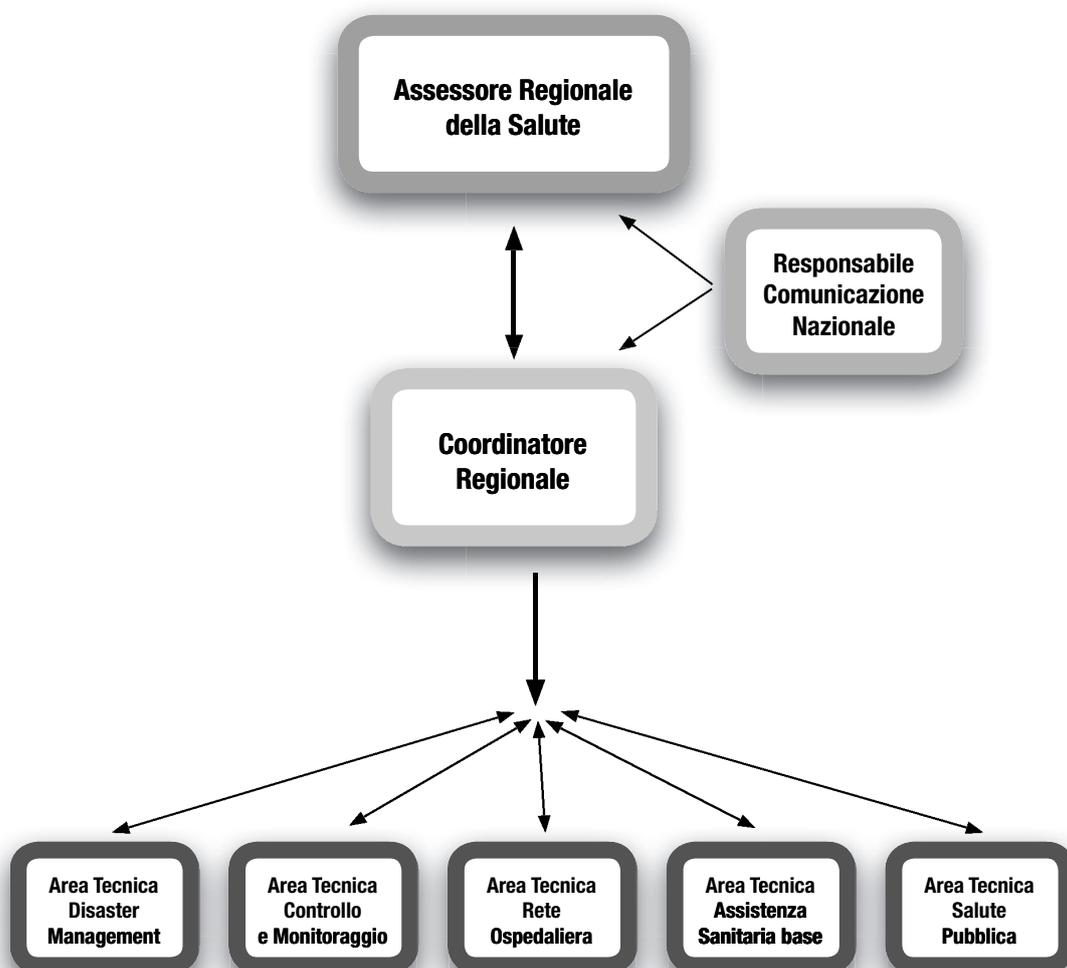
Sono le strutture che si occupano di attuare gli interventi sanitari previsti nel Piano di Contingenza su indicazione dei coordinatori territoriali.

## **Operazioni**

Sono le strutture (CRI, Emergency, MSF, Associazioni di volontariato, S.I.M.M.) che si occupano di attuare gli interventi sanitari previsti nel Piano di Contingenza su indicazione dei coordinatori ASP territoriali.



## 12. Coordinamento Regionale



## 12.1 Schede di funzione Regionale

# Assessore Regionale della Salute

Funzione assegnata a:	Assessore
Riporta a:	Presidente Regione Siciliana
Sede operativa	Assessorato della Salute, Palermo

### Obiettivi di funzione

- Direzione politico-strategica e collegamento istituzionale fra Regione Siciliana e Ministero della Salute.
- Coordinamento strategico con gli Uffici Territoriali di Governo dell'isola.

### Compiti

- Emanando disposizioni in materia di tutela della salute e potenziamento dei servizi sanitari a seguito dei fenomeni migratori che interessano la Regione Siciliana.
- Riceve report aggiornati dal coordinatore Regionale del piano di contingenza
- Valuta i risultati del piano di contingenza
- Propone alla Giunta di Governo l'allocazione di risorse aggiuntive finalizzate ad affrontare eventi ordinari e straordinari connessi ai fenomeni migratori
- Si coordina con il Ministero della Salute ai fini della profilassi internazionale
- Dispone la riprogrammazione degli interventi



## Coordinatore Regionale

Funzione assegnata a:	Francesco Bongiorno; cell 3299074679; email: francesco.bongiorno@regione.sicilia.it
Riporta a:	Assessore Regionale della Salute
Sede operativa	Assessorato Regionale della Salute, Palermo

### Obiettivi di Funzione:

- Coordinamento del supporto tecnico Regionale agli interventi.
- Assicurare continuità e coerenza fra le funzioni di pianificazione (Assessorato della Salute) e le funzioni operative (ASP).
- Coordinamento generale inter-provinciale.
- Coordinamento operativo inter-istituzionale.
- Coordinamento rapporti con i media.

### Compiti

- Organizzare e coordinare riunioni periodiche dei responsabili aree tecniche Regionali.
- Preparare aggiornamenti periodici scritti (settimanali o mensili a seconda dell'evolversi della situazione) per l'Assessore Regionale della Salute.
- Valutazione appropriatezza piano.
- Valutazione economica d'impatto sulla scorta dei dati forniti dalle strutture di coordinamento territoriali.
- Proporre all'Assessore correttivi al piano di contingenza Regionale.
- Valida comunicati stampa.
- Valida i piani di contingenza locali.
- Si coordina con le istituzioni non sanitarie coinvolte nelle dinamiche di politiche immigratorie.
- Riceve tempestivamente comunicazione sugli sbarchi dal Direttore Sanitario ASP.

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatori delle Aree Tecniche	Assessore alla Salute
Direttore Sanitario ASP	Coordinatori delle Aree Tecniche
	Direttori Sanitari ASP



## Responsabile Area Tecnica Salute Pubblica

Funzione assegnata a:	Area tecnica salute pubblica
Riporta a:	Coordinatore Regionale
Sede operativa	Assessorato Regionale della Salute, Dipartimento Attività Sanitarie ed Osservatorio Epidemiologico, Palermo, Servizio 1

### Obiettivo di funzione

Supporto tecnico e normativo alle ASP su:

- Igiene ambientale nei centri di accoglienza;
- Valutazione requisiti igienico-sanitari centri di accoglienza non governativi;
- Profilassi e sorveglianza malattie infettive nei migranti, soccorritori e popolazione residente;
- Vaccinazione migranti;
- Sicurezza alimentare e nutrizione nei centri di accoglienza.

### Compiti

- Attiva, consolida ed analizza dati su eventi sanitari occorsi all'interno dei centri di accoglienza
- Propone agli uffici preposti delle ASP, verifiche sulle condizioni igienico sanitarie a seguito di informazioni dettagliate provenienti dal territorio.
- Effettua studi sulla prevalenza delle patologie presenti
- Propone misure di profilassi
- Riunisce periodicamente i responsabili dei dipartimenti di prevenzione per il monitoraggio della situazione sanitaria
- Fornisce direttive sul corretto approvvigionamento degli alimenti e sullo stoccaggio degli stessi all'interno dei centri di accoglienza
- Fornisce direttive sull'uso dell'acqua potabile
- Fornisce direttive sullo smaltimento dei rifiuti
- Fornisce direttive sullo smaltimento dei reflui
- Si raccorda in maniera paritetica con gli altri responsabili dell'area tecnica
- Coordina il flusso informativo sulla sorveglianza sindromica in collaborazione con le istituzioni nazionali ed internazionali

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore Regionale	Coordinatore Regionale
Dipartimenti di prevenzione delle ASP	Coordinatore Sanitario ASP
Direttori di presidio ospedaliero	Direttori di presidio ospedaliero
Coordinatori delle Aree Tecniche	Coordinatori delle Aree Tecniche



## Responsabile Area Tecnica Disaster Management

Funzione assegnata a:	Area tecnica disaster management
Riporta a:	Coordinatore Regionale
Sede operativa	Assessorato Regionale della Salute, Dipartimento della pianificazione strategica Palermo, Servizio 10 isole minori

### Obiettivo di funzione

- Supporto tecnico e normativo alle ASP su triage ed altre procedure di emergenza medica allo sbarco

### Compiti

- Promuove le procedure di allertamento più idonee per l'organizzazione dei soccorsi sanitari
- Censisce le risorse sanitarie e del volontariato individuando le criticità e i relativi correttivi
- Promuove la formazione del personale dedicato
- Individua eventuali risorse aggiuntive in caso di mancata tenuta del sistema a livello locale
- Mantiene costantemente aggiornati i dati di triage
- Sviluppa e coordina gli obiettivi previsti dal protocollo d'intesa siglato tra Assessorato Salute, C.R.I. MSF ed Emergency
- Aggiorna i dati sull'impiego dell'elisoccorso per gli interventi urgente sui migranti

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore Regionale	Coordinatore Regionale
Coordinatore Sanitario ASP	Coordinatore Sanitario
Coordinatori delle Aree Tecniche	Coordinatori delle Aree Tecniche
Coordinatori CRI, Emergency, MSF, Associazioni di volontariato	Coordinatori CRI, Emergency, MSF, Associazioni di volontariato



## Responsabile Area Tecnica Assistenza Sanitaria di Base

Funzione assegnata a:	Area tecnica assistenza sanitaria di base
Riporta a:	Coordinatore Regionale
Sede operativa:	Assessorato Regionale della Salute, Palermo, servizio 8 programmazione territoriale ed integrazione socio sanitaria

### Obiettivo di funzione

Supporto tecnico e normativo alle ASP sulla organizzazione dei servizi di medicina generale all'interno dei centri di accoglienza

### Compiti

- Gestisce e organizza la continuità assistenziale anche mediante il ricorso ad interventi di raddoppio
- Censisce i dati sugli STP
- Garantisce la funzionalità degli ambulatori dei migranti
- Garantisce l'emergenze pediatriche dei minori stranieri ospiti nei centri di accoglienza

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore Regionale	Coordinatore Regionale
Coordinatore Sanitario ASP	Coordinatore Sanitario ASP
Coordinatori delle Aree Tecniche	Coordinatori delle Aree Tecniche



## Responsabile Area Tecnica Controllo e Monitoraggio

Funzione assegnata a:	Area tecnica controllo e monitoraggio
Riporta a:	Coordinatore Regionale
Sede operativa	Assessorato Regionale della Salute, Palermo, DPS area interdipartimentale 2, ufficio del piano di rientro ex art 1, comma 180 legge 30/12/2004, n.311

### Obiettivo di funzione

Assicurare supporto tecnico e normativo alle ASP su salute mentale

### Compiti

- Effettua una valutazione sull'assistenza psicologica ai migranti al fine di tutelare la dignità ed il rispetto della persona in tutte le azioni di soccorso
- Attua le iniziative di supporto in modo coordinato con le altre azioni previste ed attivate nella catena dei soccorsi sanitari, al fine di evitare sovrapposizioni e potenziali conflitti;
- Tutela la dignità ed il rispetto della persona in tutte le azioni di soccorso supportando la decodifica delle differenze e delle specificità culturali dei destinatari e vigilando affinché non insorgano processi di stigmatizzazione, in particolare attraverso l'etichettamento di comportamenti che potrebbero sembrare anomali se separati dal contesto in cui sono rilevati;
- Garantire la raccolta e la conservazione accurata dei dati utili all'intervento, al fine di permettere una costante azione di monitoraggio degli interventi stessi.

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore Regionale	Coordinatore Regionale
Coordinatore Sanitario ASP	Coordinatore Sanitario ASP
Coordinatori delle Aree Tecniche	Coordinatori delle Aree Tecniche



## Responsabile Area Tecnica Rete Ospedaliera

Funzione assegnata a:	Dipartimento Pianificazione Strategica Servizio 4 "Programmazione Ospedaliera"
Riporta a:	Coordinatore Regionale
Sede operativa	Assessorato della Salute, Palermo

### Obiettivo di funzione

Assicurare gli interventi volti a garantire la funzionalità della rete ospedaliera in relazione all'impatto dell'emergenza sbarchi migranti.

### Compiti

- Effettua una ricognizione della rete ospedaliera esistente
- Individua in ambito Regionale le strutture ospedaliere di riferimento per patologie prevalenti, ove le stesse non possono essere trattate nell'ambito del territorio della singola ASP
- Fornisce alle Aziende del Servizio Sanitario Regionale gli indirizzi per i ricoveri in "over booking"

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore Regionale	Coordinatore Regionale
Coordinatore Sanitario ASP	Coordinatore Sanitario ASP
Coordinatori delle Aree Tecniche	Coordinatori delle Aree Tecniche



## Responsabile Comunicazione Regionale

Riporta a:	Coordinatore Regionale, Assessore Regionale della Salute
Sede operativa	Assessorato della Salute, Palermo

### Obiettivo di funzione

Svolge il compito di addetto stampa

- Redige i comunicati stampa
- Seleziona i mezzi di informazione per la comunicazione efficace basata sul target da raggiungere
- Cura la gestione del sito istituzionale per quanto di competenza
- Organizza conferenze stampa;
- Propone nuove metodologie di comunicazione in funzione del messaggio da esternare alla popolazione
- Cura i rapporti d' informazione con le istituzioni coinvolte nel suddetto piano

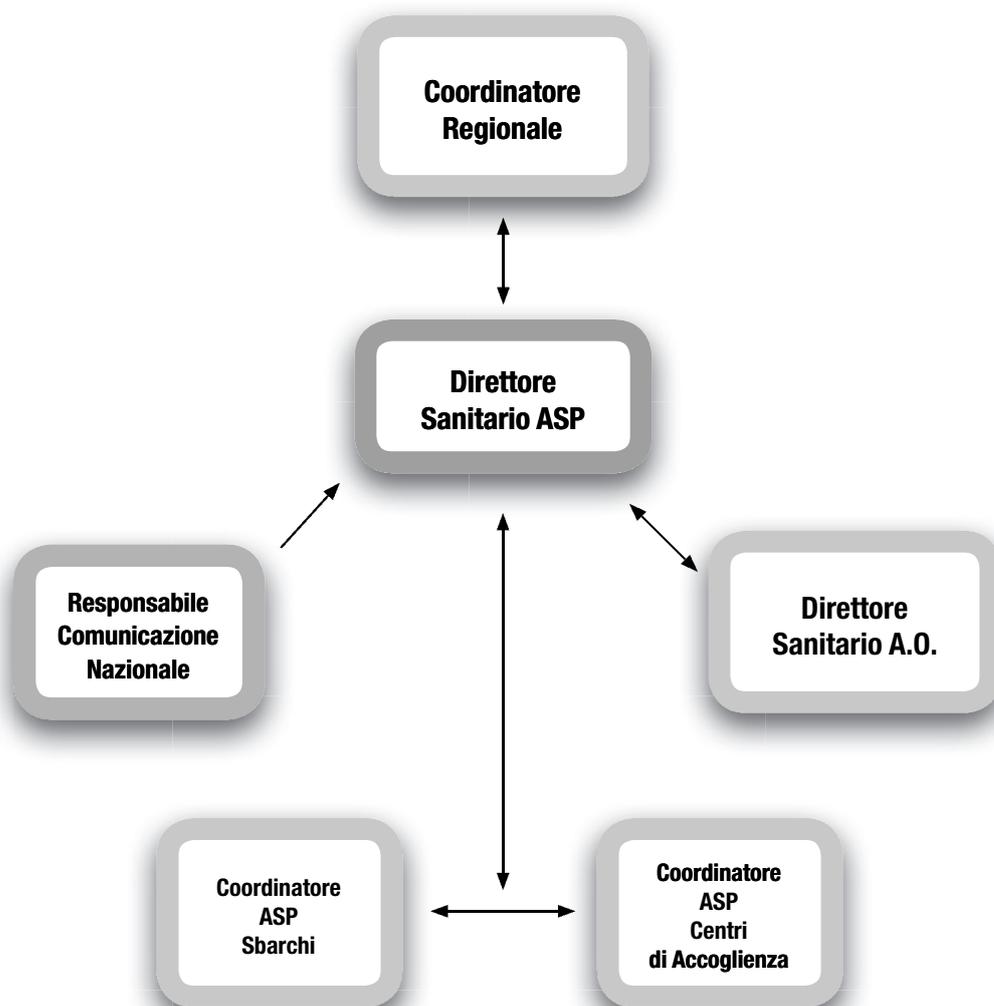
### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Assessore Salute	Organi di stampa
Coordinatore Regionale	Istituzioni coinvolte nel piano
Direttore Sanitario ASP	

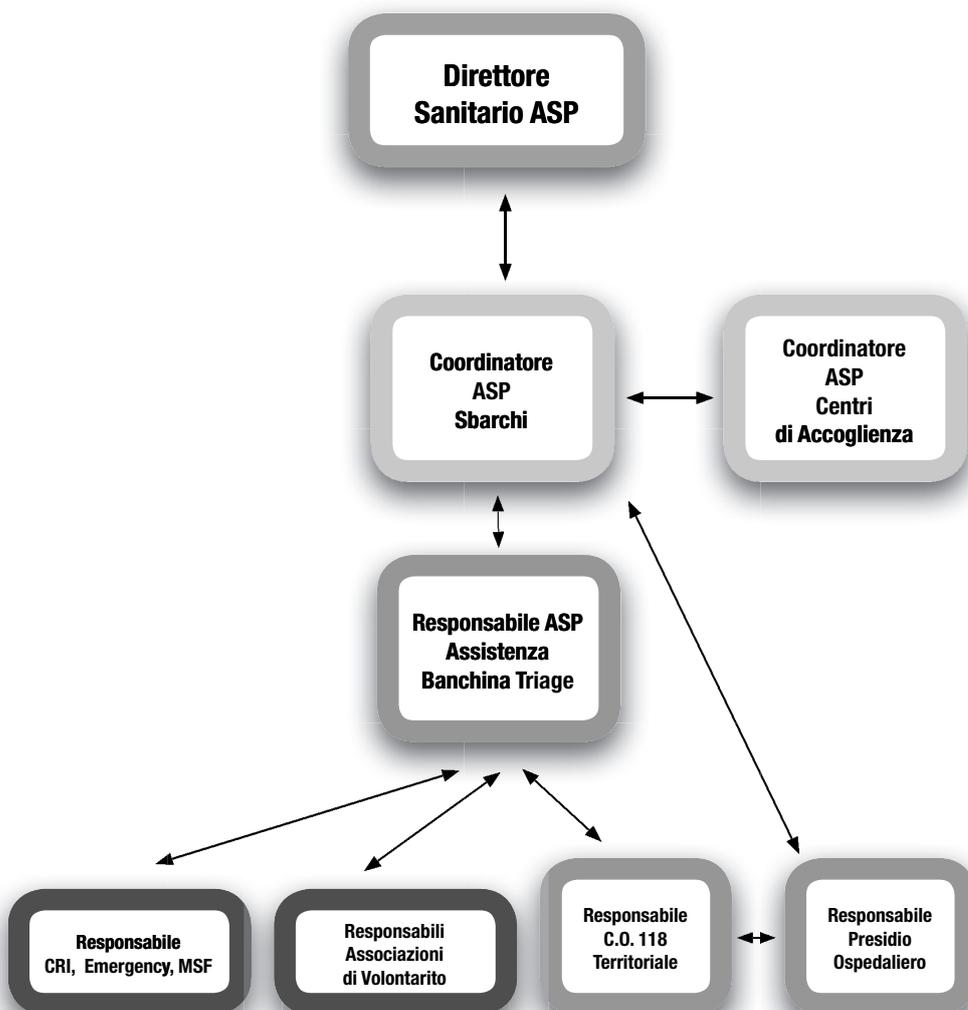


## 13. Strutture di gestione periferiche

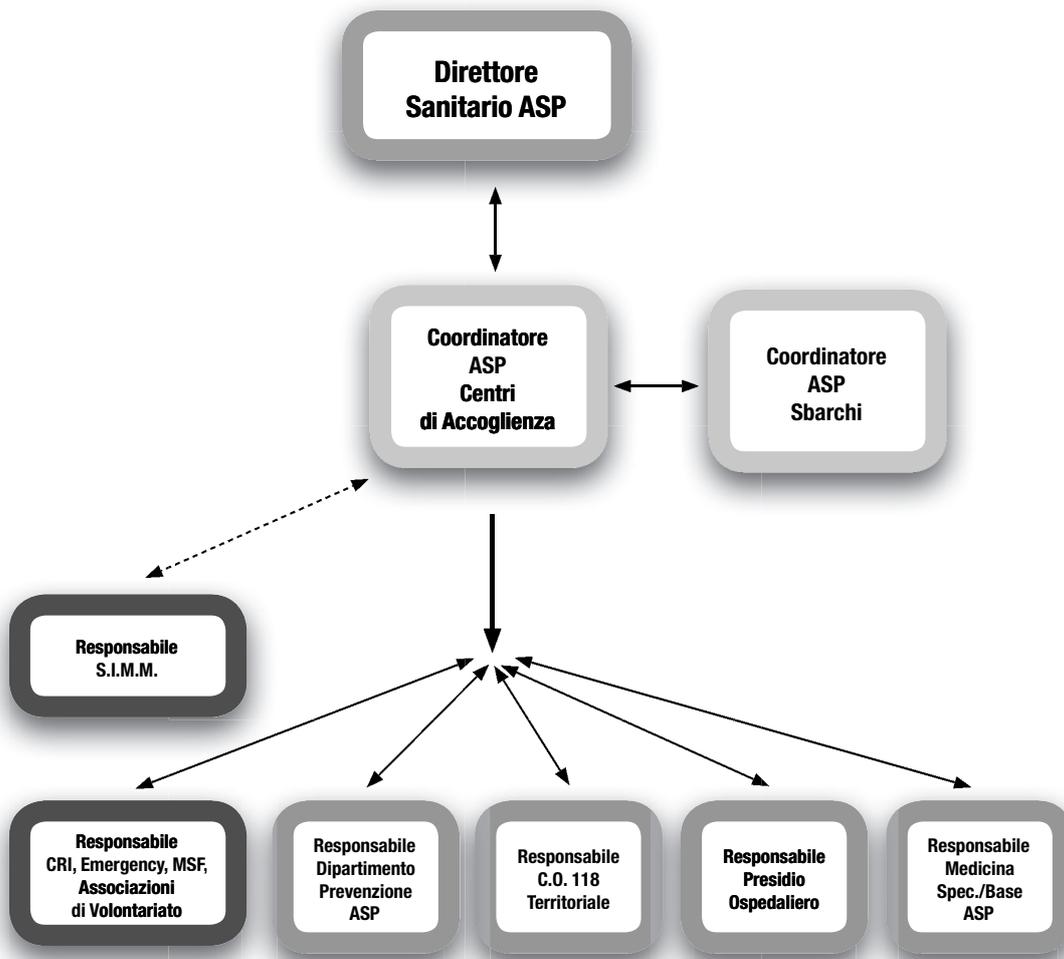
### 13.1 Struttura di coordinamento aziendale



### 13.2 Struttura di coordinamento agli sbarchi



### 13.3 Struttura di coordinamento centri di accoglienza



### 13.4 Schede di funzione territoriale

## Direttore Sanitario ASP

Riporta a:	Coordinatore Regionale
Sede operativa	Ufficio ASP

#### Obiettivo di funzione

Coordinamento generale attività sanitarie allo sbarco e nei centri di accoglienza

#### Compiti

- Attiva le procedure di gestione territoriale in caso di sbarco
- Monitorizza le attività poste in essere adottando i necessari correttivi
- Si raccorda con il coordinamento Regionale ed aree tecniche
- Coordina le attività con i servizi dell' azienda
- Si coordina con le istituzioni territoriali non sanitarie
- Si coordina con i responsabili provinciali di CRI, Emergency, MSF ed Associazioni di Volontariato

#### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore Regionale	Coordinatore Regionale
Coordinatore ASP CAS	Coordinatore ASP CAS
Coordinatore ASP Sbarchi	Coordinatore ASP Sbarchi
Direttore presidio ospedaliero	Direttore presidio ospedaliero
Coordinatori aree tecniche	Coordinatori aree tecniche
Responsabili provinciali di CRI, Emergency, MSF ed Associazioni di volontariato	Responsabili provinciali di CRI, Emergency, MSF ed Associazioni di volontariato



REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

**13.5 Elenco Direttori Sanitari Asp Regione Siciliana**

ASP	NOMINATIVO	Indirizzo di posta elettronica	Telef. Cell.	Recapito Telefonico	FAX
Agrigento	<b>Dr. Silvio Lo Bosco</b>	direttore.sanitario@aspag.it	333 3721712	0922 407403	0922 407218
Caltanissetta	<b>D.ssa Paola Marcella Santino</b>	marcellasantino@libero.it	329 7975437	0934 506027	0934 4506081
Catania	<b>Dr. Franco Luca</b>	direzionesanitaria@aspct.it	339 8595405	095 2540493	095 0938100
Enna	<b>Dr. Emanuele Cassarà</b>	direzione.sanitaria@aspenna.it	335 1350859	0935 520915	0935 520576
Messina	<b>Dr. Domenico Sindoni</b>	direttorisantario@asp.messina.it	338 9049441 330 790289	090 3652790	090 2922112
Palermo	<b>Dr. Giuseppe Noto</b>	direzionesanitaria@asppalermo.org	335 1676824 333 4314701	091 7032402	091 7032039 091 7032395
Ragusa	<b>Dr. Vito Amato</b>	direttore.sanitario@asp.rg.it	338 7293794	0932 234 352	0932 227588
Siracusa	<b>Dr. Anselmo Madeddu</b>	direzione.sanitaria@asp.sr.it	335 5637056	0931 484334 0931 484259	0931 484318
Trapani	<b>Dr. Antonio Siracusa</b>	direzione.sanitaria@asptrapani.it	368 3120564	0923 809128	0923 809465



## Coordinatore ASP sbarchi

Riporta a:	Direttore Sanitario ASP
Sede operativa	ASP/luogo di sbarco

### Obiettivo di funzione

Coordinamento operativo interventi medici di soccorso in banchina

### Compiti

- Individua l'area per il triage
- Si coordina con il personale USMAF per le attuazioni dei piani operativi specifici
- Allerta e coordina le aziende ospedaliere presenti sul territorio attraverso i direttori di presidio ospedaliero
- Allerta la CO 118 di riferimento per gli interventi urgenti indifferibili
- Organizza le visite mediche di primo livello avvalendosi anche del personale sanitario di Cri e delle Emergency, MSF
- In presenza di minori si avvale del personale Medico Pediatrico
- Chiede, laddove necessario alla Protezione Civile Regionale, il supporto logistico del volontariato sanitario
- Garantisce il rifornimento dei farmaci e dei presidi sanitari necessari durante le fasi di sbarco
- Si raccorda con le Prefetture per la logistica in funzione del numero di migranti previsto allo sbarco
- Si raccorda con la Prefettura ed il Coordinatore dei centri di accoglienza per il monitoraggio dell'allocazione dei migranti nei centri della provincia

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Direttore sanitario ASP	Direttore sanitario ASP
Responsabili delle operazioni in banchina	Responsabili delle operazioni in banchina
Coordinatore dei centri di accoglienza	Coordinatore dei centri di accoglienza
Personale sanitario USMAf	Personale sanitario USMAf
Coordinatore forze dell'ordine sul luogo	Coordinatore forze dell'ordine sul luogo
Responsabili CRI ed Emergency, MSF	Responsabili CRI ed Emergency, MSF



**13.6 Elenco Coordinatori ASP sbarchi**

ASP	NOMINATIVO	Indirizzo di posta elettronica	Telef. Cell.	Recapito Telefonico
Agrigento	Dr.Salvatore Castellano	salvatore.castellano@aspg.it	349 3024459	0922 407111
	Dr.Alfonso Cavaleri	alfonsocavaleri@alice.it	333 3185122	0922 407111
Caltanissetta	Dr.Giuseppe Piva	pinopiva@libero.it	337 1001188	0933 816168
	Dr.Calogero Buttiglieri	igiene.gela@asp.cl.it	329 7975406	0933 905301
Catania	Dr. Giuseppe Spampinato	giuseppe.spampinato@aspct.it	335 7771460	095 2540493
	Dr. Mario Patanè	mario.patanè@aspct.it	338 3525867	095 2540397
Messina	Dr. Vincenzo Picciolo	enzopicciolo@virgilio.it	385 5419444	0942 751205
	Dr. Vincenzo Geraci	enzogeraci@alice.it	338 2265567	090 930831
Palermo	Dr.Vincenzo Prestianni	emergenzasaniter@asppalermo.org	366 6124740	091 7034005
	Dr. Giuseppe Termini	giuseppe.termini5@virgilio.it	366 6723052 334 7462129	091 7031111
Ragusa	Dr.Carmelo Scarso	carmelo.scarso@asp.rg.it	368 691037	0932 446309
	Dr. Angelo Gugliotta	angelo.gugliotta@asp.rg.it	338 6353653	0932 446309
Siracusa	D.ssa Gioacchina Caruso	gioacchina.caruso@gmail.com	320 4322652	0931 484400
	Dr.Carlo Candiano	carloandiano@hotmail.com	338 4540396	0931 724037
Trapani	Dr.Francesco Di Gregorio	francesco.digregorio@pec.asptrapani.it	338 2145113	0923 805111
	Dr. Massimo Di Martino	massimodimartino@ospedaleditrapani.it	349 7924779	

## Coordinatore ASP centri di accoglienza

Riporta a:	Direttore Sanitario ASP
Sede operativa	ASP

### Obiettivo di funzione

Coordinamento operativo interventi medici nei centri di prima accoglienza

### Compiti

- Compiti di coordinamento propri del Dipartimento di prevenzione
- Sistematica raccolta, archiviazione, analisi ed interpretazione di dati relativi a malattie infettive nei centri di prima accoglienza
- Monitoraggio di tutte le tipologie di centri di accoglienza presenti nella provincia
- Pianificazione strategica per l'assistenza sanitaria nei centri di accoglienza
- Coordinamento del personale sanitario di CRI e delle Emergency, MSF per l'assistenza nei centri di accoglienza
- Si coordina con il responsabile Provinciale della SIMM ( Società Italiana di Medicina delle Migrazioni), per favorire attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni e costituire un forum per lo scambio, a livello Regionale, di informazioni e di metodologie di approccio al paziente immigrato;

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Direttore sanitario ASP	Direttore sanitario ASP
Coordinatore del triage	Coordinatore del triage
Coordinatore forze dell'ordine presente allo sbarco	Coordinatore forze dell'ordine presente allo sbarco
Strutture di accoglienza	Strutture di accoglienza
Responsabili CRI ed Emergency, MSF	Responsabili CRI ed Emergency, MSF
Responsabile SIMM	Responsabile SIMM



**13.7 Elenco Coordinatori ASP Centri di Accoglienza**

ASP	NOMINATIVO	Indirizzo di posta elettronica	Telef. Cell.	Recapito Telefonico
Agrigento	Dr. Francesco Micciché	francesco.micciche@aspg.it	335 7192465	0922 407111
Caltanissetta	D.ssa Oriana Ristagno	o.ristagno@asp.cl.it	338 6769745	0934 506111
	Sig. Gerardo Mongiovi	areaterritoriale@asp.cl.it	334 6666591	
Catania	Dr. Mario Cuccia	mario.cuccia@aspct.it	347 4620265	095 2540109
	D.ssa Agata Lanteri	agata.lanteri@aspct.it	368 7178006	095 7677802
Enna	Dr. Giuseppe Lo Monaco	igienepubblica.piazza@asp.enna.it	335 5800236	0935 520111
	Dr. Michele Emanuele	igienepubblica.nicosia@asp.enna.it	335 8481767	
Messina	D.ssa Antonella Rando	an.erre@tin.it	347 3302592	090 355743
	D.ssa Giuseppa D'Andrea	igiene@asp.messina.it	347 6165715	090 661086
Palermo	D.ssa Ornella Dino	ornelladino@asppalermo.org	329 6180881	091 7035465
Ragusa	Dr. Carmelo Lauretta	carmelo.lauretta@asp.rg.it	330 899293	0932 234325
	D.ssa Giuseppina Fontanella	giuseppina.fontanella@asp.rg.it	338 473166	
Siracusa	D.ssa Lia Contrino	semp@asp.sr.it	320 4322680	0931 484056
	D.ssa Lavinia Lo Curzio	urp.siracusa@asp.sr.it	320 4322700	0931 484349
Trapani	Dr. Vincenzo Picciché	medicina.base.alcamo@asltrapani.it	330 379644	0923 805111
	Dr. Nicola Bonafede	siav@asptrapani.it	348 - 2297432	

**13.8 Schede di funzione personale presente allo sbarco****Responsabile ASP assistenza  
banchina triage**

Riporta a:	Coordinatore Sbarchi
Sede operativa	Posto medico avanzato

**Obiettivi di funzione**

Valutazione stato di salute dei migranti ed identificazione ricoveri ospedalieri urgenti;

Fornire prime cure mediche.

**Compiti**

- Esame obiettivo generale supportato da medici ASP e/o da medici CRI, Emergency, MSF/ Volontariato se presenti
- Eventuale attivazione del ricovero tramite SUES 118
- Coordina le attività sanitarie di CRI, delle Emergency, MSF e o delle A.O. di Volontariato attivate dal coordinatore medico degli sbarchi
- Rilascio documento per invio al PS
- Rilascio cartella clinica per invio a centro di accoglienza
- Ove a bordo vi siano medici USMAF del Ministero della Salute o dell'Ordine dei Cavalieri di Malta questi applicheranno il metodo di valutazione start, inviando i pazienti al triage in banchina secondo il codice colore.
- A tale proposito si ritiene utile rappresentare che le operazioni a bordo delle Unità della Marina Militare sono sotto il coordinamento della MM, e che la partecipazione del Ministero della Salute all'Operazione Mare Nostrum è prevista fino al 31 ottobre p.v.; per ciò che concerne navi mercantili, non è previsto che il medico del Ministero della Salute sia a bordo insieme con organizzazioni di volontariato o associazioni quali Ordine di Malta.

**Flusso informativo**

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore sbarchi	Coordinatore sbarchi
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali
Emergency, MSF/Volontariato	Emergency, MSF/Volontariato



## Responsabile CRI, Emergency e MSF

Riporta a:	Responsabile Assistenza in banchina
Sede operativa	Posto medico avanzato

### Obiettivi di funzione

Valutazione stato di salute dei migranti ed identificazione ricoveri ospedalieri urgenti, su delega del responsabile ASP assistenza banchina triage;

Fornire prime cure mediche su delega del responsabile ASP assistenza banchina triage.

### Compiti

- Svolge le funzioni delegate dal medico responsabile ASP assistenza banchina triage
- E' attivato dal Coordinatore ASP degli sbarchi o nel caso del personale di CRI da Prefettura o USMAF, concordando la logistica allo sbarco col responsabile ASP assistenza banchina triage
- Svolge attività di supporto logistico unitamente al personale ASP in presenza di un numero elevato di migranti allo sbarco
- E' delegato dal Responsabile ASP dell'assistenza in banchina alla firma degli atti medici al riguardo necessari

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Responsabile ASP Assistenza in banchina	Responsabile ASP Assistenza in banchina
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali
Coordinatore ASP sbarchi	Coordinatore ASP sbarchi
	SUES 118



## Responsabile associazioni di volontariato.

Riporta a:	Responsabile ASP assistenza banchina triage
Sede operativa	Posto medico avanzato

### Obiettivi di funzione

- Valutazione stato di salute dei migranti ed identificazione ricoveri ospedalieri urgenti, su delega dell'ASP.
- Fornire prime cure mediche su delega dell'ASP

### Compiti

- Svolge le funzioni delegate dal medico dell'ASP – Responsabile dell'Assistenza in banchina
- E' attivato dal Coordinatore degli sbarchi laddove necessario per il numero elevato di migranti
- E' delegato dal Responsabile ASP dell'assistenza in banchina alla firma degli atti medici al riguardo necessari

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Responsabile ASP Assistenza in banchina	Responsabile ASP Assistenza in banchina
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali



## Responsabile 118 territoriale

Riporta a:	Coordinatore sbarchi
Sede operativa	Centrale Operativa 118

### Obiettivi di funzione

Organizzazione trasporto migranti per ricoveri ospedalieri urgenti.

### Compiti

- Attua gli interventi di competenza del SUES 118 disponendo il trasferimento urgente alle strutture di II e III livello Regionale tramite elisoccorso.
- Attiva il sistema delle eccedenze del 118 ove necessario.

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Responsabile ASP Assistenza in banchina	Responsabile ASP Assistenza in banchina
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali
Responsabile presidio ospedaliero	Responsabile presidio ospedaliero



## Responsabile presidio ospedaliero

Riporta a:	Coordinatore sbarchi
Sede operativa	Presidio ospedaliero individuato nel piano di contingenza territoriale

### Obiettivi di funzione

Ricovero e cura dei migranti necessitanti di ricovero ospedaliero.

### Compiti

- Attua gli interventi di competenza reperendo anche in over booking i ppl necessari.
- Cura le procedure di dimissione di concerto con la Prefettura.
- Invia i casi sospetti nel reparto di malattie infettive senza necessità del passaggio al PS.

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Responsabile 118	Coordinatore ASP sbarchi
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali
Responsabile del reparto interessato	Responsabile del reparto interessato



### 13.9 Schede di funzione del personale incaricato per l'assistenza sanitaria nei centri di accoglienza.

## Responsabile medicina Spec./ Base ASP

Riporta a:	Coordinatore Medico Accoglienza
Sede operativa	ASP

#### Obiettivo di funzione

Assicurare assistenza sanitaria di base nei centri di prima accoglienza

#### Compiti

- Svolge le attività proprie della assistenza sanitaria di base disponendo la richiesta di accertamenti sanitari specialisti
- Richiede il ricovero presso i presidi ospedalieri individuati nei piani di contingenza territoriale
- Attiva il SUES 118 ove necessario
- Attiva l'assistenza psicologica ove necessario
- Attiva le procedure per il rilascio dei codici STP
- Attiva l'assistenza pediatrica obbligatoria ove sono presenti minori di età inferiore ai 14 anni
- Opera in sinergia con gli ambulatori dei migranti gestiti sia dall'ASP che da Emergency, MSF laddove presenti.

#### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore centri accoglienza	Coordinatore centri accoglienza
Mediatori culturali	Mediatori culturali
Resp CO 118	Resp CO 118
Resp assistenza psicologica	Resp assistenza psicologica
Resp Emergency, MSF e AAOOVV che sono a supporto	Resp Emergency, MSF e AAOOVV che sono a supporto



## Responsabile CRI, Emergency, MSF ed Associazioni di Volontariato

Riporta a:	Resp Medicina specialistica
Sede operativa	Centro di prima accoglienza

### Obiettivo di funzione

Supporto alle attività di medicina di base sulla scorta di quanto previsto nel piano di contingenza territoriale

### Compiti

Svolge le attività del responsabile di medicina di base su delega dello stesso e ove concordato con la direzione sanitaria ASP a seguito di esigenze particolari per il territorio di competenza

### Flusso informativo

	Fornisce informazioni a
Responsabile medicina di base	Responsabile medicina di base
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali
Responsabile del reparto interessato	Responsabile del reparto interessato



## Responsabile dipartimento di prevenzione ASP

Riporta a:	Coordinatore Centri di Accoglienza
Sede operativa	ASP

### Obiettivo di funzione

Controllo delle malattie infettive

### Compiti

- Attiva e monitorizza la sorveglianza sindromica
- Fornisce direttive sull'uso dell'acqua potabile
- Fornisce direttive sullo smaltimento dei rifiuti
- Fornisce direttive sullo smaltimento dei reflui
- Verifica il mantenimento dei requisiti igienico sanitari delle strutture sulla base della normative vigente all'atto dall'entrata in vigore del suddetto piano
- Attua l'ispezione e controllo degli alimenti utilizzati nell'ambito della struttura
- Monitorizza le attività vaccinali

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore centri accoglienza	Coordinatore centri accoglienza
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali
Responsabile del reparto interessato	Responsabile del reparto interessato



## Responsabile C.O.118 Territoriale

Riporta a:	Coordinatore centri di accoglienza
Sede operativa	Centrale Operativa 118

### Obiettivi di funzione

Organizzazione trasporto migranti per ricoveri ospedalieri urgenti

### Compiti

- Attua gli interventi di competenza del SUES disponendo il trasferimento urgente alle strutture di II e III livello regionale tramite elisoccorso
- Attiva il sistema delle eccedenze del 118 ove necessario

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Responsabile medicina di base	Responsabile medicina di base
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali
Responsabile del reparto interessato	Responsabile del reparto interessato



## Responsabile presidio ospedaliero

Riporta a:	Coordinatore centri di accoglienza
Sede operativa	Presidio ospedaliero individuato nel piano di contingenza territoriale

### Obiettivi di funzione

Ricovero e cura dei migranti necessitanti di ricovero ospedaliero

### Compiti

- Attua gli interventi di competenza per il ricovero di eventuali migranti presenti nel centro di accoglienza.
- Cura le procedure di dimissione di concerto con le Prefetture.
- Invia i casi sospetti infetti nel reparto di malattie infettive senza necessità del passaggio al PS.

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Responsabile 118	Coordinatore sbarchi
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali
Responsabile del reparto interessato	Responsabile del reparto interessato



## Responsabile S.I.M.M.

Riporta a:	Coordinatore centri di accoglienza
Sede operativa	Centro di accoglienza/Ambulatorio medico S.I.M.M.

### Obiettivi di funzione

Promuovere, collegare e coordinare le attività sanitarie in favore degli immigrati nella provincia dell' ASP, favorendo attività volte ad incrementare studi e ricerche nel campo della medicina delle migrazioni.

### Compiti

- Svolgere attività d' informazione e attivare discussioni sugli aspetti normativi specifici nazionali, Regionali e locali, sulle iniziative intraprese nei servizi pubblici e nei servizi del volontariato e del privato sociale;
- Individuare nelle unità territoriali, i GrIS (Gruppi Immigrazione e Salute), il livello organizzativo più consono per garantire partecipazione, vicinanza alle problematiche più o meno emergenti, capacità di analisi scientifica e organizzativa, per una reale accessibilità e fruibilità dei servizi socio-sanitari ai cittadini immigrati presenti nei territori.
- Promuovere l'impegno civile e costruisce collaborazioni per garantire l'accessibilità e la fruibilità del diritto alla salute e all'assistenza sanitaria senza esclusioni
- Sostenere iniziative e percorsi volti a favorire i processi di integrazione e di inclusione sociale

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Coordinatore ASP centri di accoglienza	Coordinatore ASP centri di accoglienza
Mediatori Culturali	Mediatori Culturali
Responsabili centri accoglienza	Responsabili centri accoglienza



## Responsabile comunicazione territoriale

Riporta a:	Direttore Sanitario ASP
Sede operativa	ASP

### Obiettivo di funzione

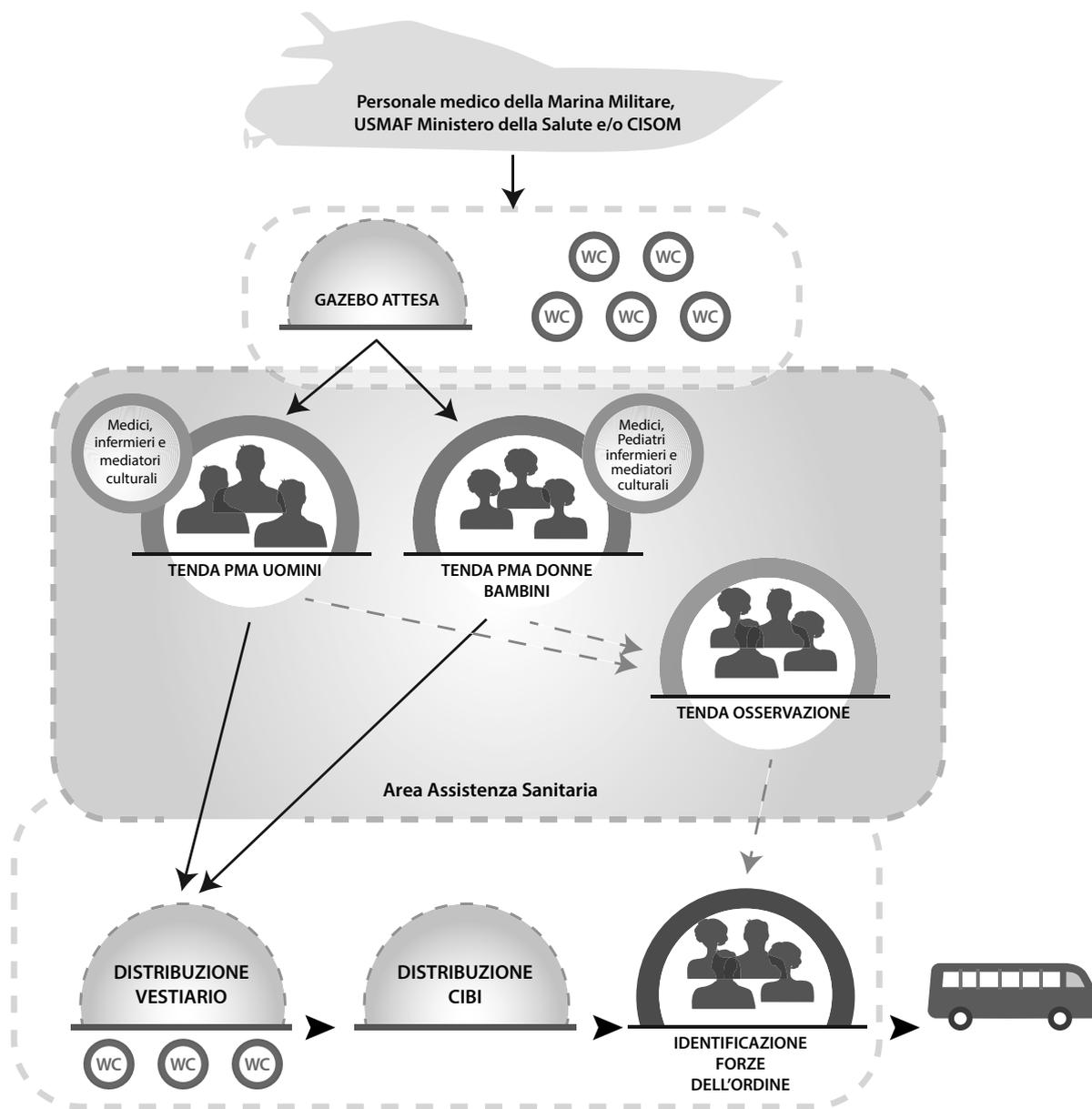
- Svolge il compito di addetto stampa
- Redige i comunicati stampa
- Seleziona i mezzi di informazione per la comunicazione efficace basata sul target da raggiungere
- Cura la gestione del sito istituzionale per quanto di competenza
- Organizza conferenze stampa;
- Propone nuove metodologie di comunicazione in funzione del messaggio da esternare alla popolazione
- Cura i rapporti d' informazione con le istituzioni coinvolte nel suddetto piano

### Flusso informativo

Riceve informazioni da	Fornisce informazioni a
Assessore Salute	Organi di stampa
Coordinatore Regionale	Istituzioni coinvolte nel piano
Direttore Sanitario ASP	



### 14. Modello operativo strutturale essenziale assistenza sbarchi



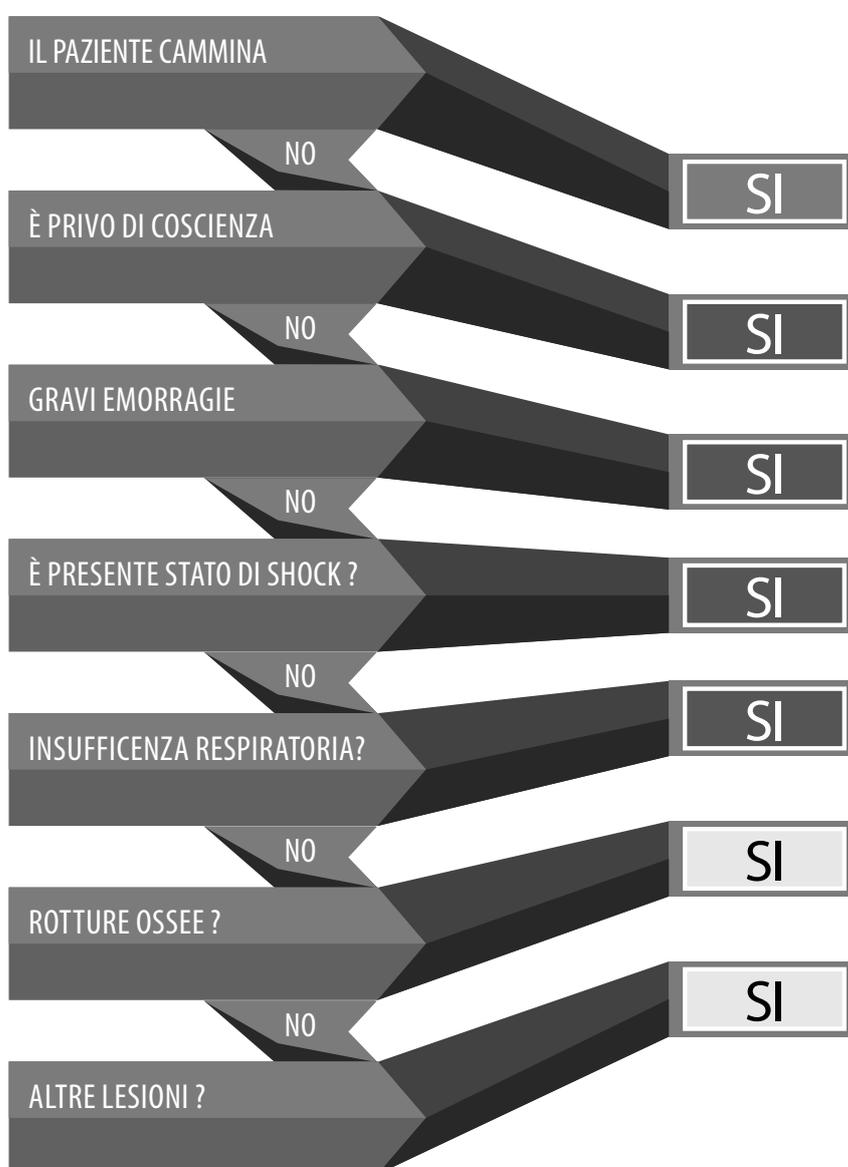
## 15. Assistenza Sanitaria allo Sbarco

Nell'ambito delle attività di "trriage" svolte in banchina, dovrà essere compilata la cartella clinica, come da allegato 1, con i dati disponibili per tutti i migranti sbarcati, ivi compresi i codici rossi e gialli da evacuare con urgenza ovvero in OBI al PMA

### 1ª Valutazione:

metodo C.E.S.I.R.A.

(Coscienza – emorragia – shock – insufficienza respiratoria – fratture ossee altro):



**Codici gialli (CODICE 2)**

Linee Guida 118 in supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana (p. I) n. 24 del 21 maggio 2010 (n. 22):

- Patologie infettive evidenti a rischio diffusione;
- Donna in gravidanza;
- Patologia psichiatrica acuta;
- Cianosi diffusa;
- Emergenza chirurgica
- fratture multiple o esposte;
- frattura costale senza difficoltà respiratoria;
- amputazione delle dita;
- trauma vertebrale senza segni neurologici;
- insufficienza respiratoria;
- crisi anginosa;
- ictus ischemico/emorragico senza segni di coma;
- ferite profonde con interessamento dei tendini e/o dei muscoli e dei vasi

**Codici rossi (CODICE 3)**

Linee Guida 118 in supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale della Regione Siciliana (p. I) n. 24 del 21 maggio 2010 (n. 22):

- trauma cranico con perdita di coscienza;
- politrauma;
- fratture con difficoltà respiratoria e segni di shock;
- traumi vertebrali con segni neurologici;
- ferite profonde con shock emorragico;
- amputazioni prossimale di arti;
- insufficienza respiratoria grave;
- infarto del miocardio;
- perdita di coscienza – coma;
- shock anafilattico – ipovolemico – settico;
- ustioni estese;
- annegamento;
- edema polmonare acuto;



REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

Codice di patologia prevalente in caso di invio al PS/DEA	
1	PATOLOGIA DI ORIGINE TRAUMATICA
2	PATOLOGIA DI ORIGINE CARDIOCIRCOLATORIA
3	PATOLOGIA DI ORIGINE RESPIRATORIA
4	PATOLOGIA DI ORIGINE NEUROLOGICA
5	PATOLOGIA DI ORIGINE PSICHIATRICA
6	PATOLOGIA DI ORIGINE NEOPLASTICA
7	PATOLOGIA DI ORIGINE TOSSICOLOGICA
8	PATOLOGIA DI ORIGINE METABOLICA
9	PATOLOGIA DI ORIGINE GASTROENTEROLOGICA
10	PATOLOGIA DI ORIGINE UROLOGICA
11	PATOLOGIA DI ORIGINE OCULISTICA
12	PATOLOGIA DI ORIGINE OTORINOLARINGOIATRICA
13	PATOLOGIA DI ORIGINE DERMATOLOGICA
14	PATOLOGIA DI ORIGINE OSTETRICO-GINECOLOGICA
15	PATOLOGIA DI ORIGINE INFETTIVOLOGICA
16	Altra patologia

**Ove si evidenziano sintomatologie previste dalla circolare n.8636 Del 04/04/2011 del ministero della salute queste devono essere specificatamente indicate in cartella clinica**



**15.1 Schema tipo cartelle cliniche****Allegato 1****Cartella Clinica****Per trasferimento a PS/DEA/REPARTO (ANCHE IN OVER BOOKING)****N° ID PAZIENTE:**

.....

LUOGO E DATA.....

(indicare se possibile dati del natante da cui il soggetto è sbarcato)

Codice gravità: \_\_\_\_\_

Codice Patologia: \_\_\_\_\_

SI EVIDENZIANO SPECIFICAMENTE SINTOMATOLOGIE PREVISTE DALLA CIRCOLARE N. 8636 DEL 04/04/2011 DEL MINISTERO DELLA SALUTE

**1. Infezione respiratoria con febbre, Almeno uno dei seguenti sintomi**

- Bronchite .....
- Polmonite .....
- Broncopolmonite.....
- Bronchiolite .....
- Rantoli.....
- Respirazione affannosa/difficile .....
- Emottisi.....
- Radiografia con presenza di infiltrati o anomalie mediastiniche .....
- PIU' Febbre (>38,0 C° misurata al Paziente).....

**2. Sospetta Tuberculosis polmonare, TUTTI i seguenti sintomi;**

- Tosse produttiva (con escreato) da più di 3 settimane .....
- Febbricola serotina da almeno 3 settimane e da non oltre un mese .....
- Sudorazione notturna (da almeno 3 settimane e da non oltre un mese) .....
- Astenia.....
- Dimagrimento negli ultimi tre mesi .....

**3. Diarrea con presenza di sangue senza segno di sanguinamento da altre sedi, ALMENO UNO dei seguenti sintomi:**Presenza di muco o pus nelle feci ..... Dolore addominale..... Gastroenterite con vomito..... **PIU'** sangue nelle feci (è sufficiente presenza sangue nelle feci, senza la conferma di laboratorio).... **4. Malattia febbrile con rash cutaneo, almeno uno dei seguenti sintomi:**Rash (i rash possono essere definiti come eritematosi, maculari, papulari, vescicolari, pustolosi con una combinazione combinazione in questi termini. Ognuno di essi va incluso nella definizione). ..... Esantema ..... **PIU'** Febbre ( $\geq 38,0$  C° misurata al Paziente) ..... **5. Meningite, encefalite o encefalopatia/ delirio, ALMENO UNO dei seguenti sintomi:**Meningite (senza considerare se è dovuta a Virus, batteri, funghi o altre cause.) ..... Encefalite (senza considerare se è dovuta a Virus, batteri, funghi o altre cause.) ..... **OPPURE UNO** dei seguenti:Encefalopatia ..... Stato mentale alterato ..... Confusione ..... Delirio ..... Stato di coscienza alterato ..... Disorientamento ..... **PIU'** Febbre ( $\geq 38,0$  C° misurata al Paziente) ..... **6. Linfadenite con febbre; ALMENO UNO dei seguenti sintomi**Ingrossamento dei linfonodi..... Linfadenopatia ..... Linfadenite ..... **PIU'** Febbre ( $\geq 38,0$  C° misurata al Paziente) ..... 

**7. Sindrome botulino-simile, ALMENO UNO dei seguenti sintomi**

- Paralisi o paresi dei nervi cranici .....
- Ptosi palpebrale .....
- Visione offuscata .....
- Visione doppia (diplopia).....
- Difficoltà nel parlare (disfonia, disartria, disfagia ) .....
- Paralisi discendente .....
- Stipsi.....
- PIU'** assenza di cronicità dovuta a storia clinica conosciuta(per cancro, sclerosi multipla, miastenia grave, infarto) .....
- OPPURE** diagnosi o sospetto di botulismo .....

**8. Febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato, ALMENO UNO dei seguenti motivi**

- Rash petecchiale, con eventuali aree purpuriche.....
- Esantema emorragico.....
- PIU'** Febbre (>38,0 C° misurata al Paziente) .....
- NB: Vanno escluse le diagnosi di leucemia acuta

**09. Infestazioni; TUTTI i seguenti sintomi**

- Lesioni da grattamento .....
- Papule, vescicole o piccoli cunicoli lineari.....
- Presenza di parassiti .....

DATA E LUOGO

FIRMA DEL MEDICO

che dispone il trasferimento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

**Per i migranti che non necessitano di ricovero o OBI**

## Cartella Clinica

DATI ANAGRAFICI: (ove possibile)

COGNOME E NOME \_\_\_\_\_

SESSO \_\_\_\_\_ NATO IL \_\_\_\_\_

NAZIONALITA' \_\_\_\_\_

ANMNESI PZ. ALL'INGRESSO:

---

---

---

---

ANAMNESI PATOLOGICA REMOTA (ove possibile):

INFEZIONI \_\_\_\_\_

FRATTURE \_\_\_\_\_

INTERVENTI \_\_\_\_\_

ESAME OBIETTIVO:

P.A. \_\_\_\_\_ F.C. \_\_\_\_\_ TEMP \_\_\_\_\_ SATURAZIONE \_\_\_\_\_

Linfoadenopatia si no \_\_\_\_\_

Lesioni cutanee di origine parassitaria (scabbia) si no \_\_\_\_\_

Se si indicare le parti interessate:

1) \_\_\_\_\_

2) \_\_\_\_\_

3) \_\_\_\_\_

TORACE: \_\_\_\_\_

ADDOME: \_\_\_\_\_

APPARATO OSTEO – ARTICOLARE: \_\_\_\_\_



REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

**NON SI EVIDENZIANO SINTOMATOLOGIE DI SORTA IVI COMPRESSE QUELLE PREVISTE DALLA CIRCOLARE N.8636 DEL 04/04/2011 DEL MINISTERO DELLA SALUTE E PERTANTO SI AUTORIZZA IL TRASFERIMENTO**

DATA E LUOGO

FIRMA DEL MEDICO

che dispone il trasferimento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**SI EVIDENZIANO LE SINTOMATOLOGIE di lieve entità che possono essere trattate presso il centro di accoglienza**

1)

2)

3)

Consulenze richieste:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TERAPIA praticata:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TERAPIA prescritta:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA E LUOGO

FIRMA DEL MEDICO

che dispone il trasferimento

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## 16. Schema riassuntivo delle principali attività mediche condotte nelle diverse fasi del soccorso ed accoglienza<sup>1</sup>

Luogo	Attività	Finalità	Risultato atteso	Responsabile
Mare Nave militare	Triage S.T.A.R.T. o C.E.S.I.R.A.	Valutazione dei parametri vitali e definizione di criticità (linee guida 118 regionale)	Assegnazione codice colore	Ministero della Salute-Marina Militare
Porto Nave attraccata	Esame clinico rapido e finalizzato (Utilizzo dello strumento decisionale del Regolamento Sanitario Internazionale 2005)	Verifica di segni e sintomi riferibili a malattie che potrebbero costituire un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale (Regolamento Sanitario Internazionale 2005)	Eventuale ricovero e notifica all'OMS	USMAF
Porto banchina	Esame clinico rapido e generale	Rivalutazione parametri vitali ed iniziale valutazione stato di salute generale	Eventuale ricovero e/o scheda clinica individuale	Coordinatore ASP Sbarchi coordina CRI e Emergency, MSF
CAS	Visite complete di medicina generale e sorveglianza sindromica	Diagnosi e cura di patologie comuni, richiesta visite specialistiche e ricoveri ospedalieri, sorveglianza epidemiologica.	Scheda clinica individuale completa	Coordinatore ASP CES coordina SIM
CAS	Ispezione sanitaria	Monitoraggio condizioni igienico sanitarie	Certificazione di idoneità	Coordinatore ASP CES

<sup>1</sup> nel caso di sbarchi non programmati, le attività di triage ed iniziale esame clinico vengono effettuate dal qualsiasi personale sanitario – medici e/o infermieri – impegnato nel primo soccorso che riporta appena possibile all'USMAF ed al Coordinatore ASP Sbarchi.

## 17. Scheda di funzione Croce Rossa Italiana per tutte le ASP



**Croce Rossa Italiana**  
**Comitato Regionale della Sicilia**



Croce Rossa Italiana

## IL RUOLO DELLA CROCE ROSSA ITALIANA

La Croce Rossa Italiana, facente parte del Movimento Internazionale della Croce Rossa e Mezzaluna Rossa, è organizzata in una struttura piramidale che si articola in un Comitato Centrale ed in Comitati Regionali, Provinciali e Locali presenti su tutto il territorio nazionale. Alla Croce Rossa è riconosciuto il ruolo di ausiliaria dei pubblici poteri.

Le linee guida dell'azione della Croce Rossa sono fissate nel documento denominato "Strategia 2020" stilato dalla Federazione Internazionale ed ispirate ai Principi Fondamentali, riferimento imprescindibile per chi opera in Croce Rossa. La Strategia 2020, recepita dalla nostra Società Nazionale, individua 6 aree di intervento che vanno dalla tutela della salute all'inclusione sociale, dalla risposta alle emergenze alla diffusione dei diritti fondamentali dell'individuo e definisce la strategia che guiderà l'azione dell'Associazione negli anni a venire.

Il fenomeno della migrazione, nella sua complessità, è trasversale alle aree di intervento perché tocca aspetti legati alla salute, all'inclusione sociale, alle situazioni di emergenza e alla protezione di persone che fuggono dai loro paesi per sfuggire guerre, fame, violazione dei diritti umani. La risposta della CRI, su tutto il territorio nazionale, si articola nelle aree sanitarie e di risposta all'emergenza, oltre che nel supporto sociale e nelle iniziative volte alla ricostituzione dei legami familiari. Questa polivalenza della CRI determina la presenza di mezzi e uomini sulle navi dell'operazione mare nostrum, in aree di sbarco e nelle strutture di prima accoglienza impegnata ad erogare assistenza sanitaria supporto logistico ed assistenza umanitaria. La CRI svolge queste attività avvalendosi dell'intervento dei suoi volontari, specificamente formati rispetto al ruolo che sono chiamati a svolgere.

L'articolazione della CRI permette di modulare la risposta a seconda dell'impegno richiesto con la possibilità di attivare progressivamente le sue diverse unità territoriali per rispondere in maniera adeguata alle esigenze. La richiesta di intervento può avvenire da parte di istituzioni governative centrali e dalle loro articolazioni territoriali, a seconda dei piani di intervento e delle necessità riscontrate.



Croce Rossa Italiana  
Comitato Regionale della Sicilia

Piano d'Azione 2014



Croce Rossa Italiana

### **OPERAZIONE MARE NOSTRUM**

La CRI partecipa all'operazione con il personale volontario ausiliario delle FFAA (Corpo Militare e Infermiere Volontarie). Il personale sanitario è imbarcato a bordo dei mezzi della Marina Militare e rispondono al comando del Personale Sanitario della Marina Militare.

### **SANITÀ MARITTIMA E DI FRONTIERA/REPARTO DI SANITÀ PUBBLICA CRI**

La CRI a livello nazionale ha stipulato un Accordo di collaborazione con il Ministero della Salute – Direzione Generale della Prevenzione, per “l’assolvimento dei compiti previsti per l’Italia dalla applicazione del Nuovo Regolamento Sanitario Internazionale per il rafforzamento del sistema di sorveglianza e di allerta ai confini del Paese”.

In particolare l'accordo prevede l'attività di ausilio e collaborazione o eventuale svolgimento di attività delegate relative alle attività di vigilanza sanitaria in applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale di competenza dello Stato, in relazione ad eventi collegati a fenomeni migratori con particolare riferimento alle coste meridionali del Paese e della Sicilia in particolare .

La Croce Rossa Italiana, su attivazione da parte del Ministero della Salute, assicurata la presenza di uomini e mezzi CRI in area di sbarco a supporto delle attività dell'USMAF, al fine di determinare che l'arrivo di persone sul territorio non costituisca pericolo per la salute pubblica anche attraverso le necessarie cure a persone malate.

Inoltre al fine di rafforzare la rete di risposta a situazioni di emergenza sanitaria al confine del Paese sono quindi stati predisposti protocolli di attivazione, in caso di emergenza, di un apposito contingente di personale sanitario della Croce Rossa Italiana, con possibilità di intervento su tutto il territorio nazionale.

A tal fine la CRI ha uomini e mezzi idonei per assicurare, in caso di comunicazione di patologie diffuse a bordo, la gestione del trasferimento e dell'assistenza in alto biocontenimento dalla nave o dall'area di sbarco all'ospedale di riferimento territoriale attrezzato per la patologia in questione. Inoltre sono disponibili laboratorio mobile per il soddisfacimento delle esigenze di diagnostica di laboratorio negli scenari specifici, mezzi di trasporto per eventuali contatti, attrezzature e strutture per la decontaminazione e l'isolamento

In caso di evento sospetto tutte le direttive sono diramate da Ministero della Salute a Croce Rossa Italiana , Ufficio USMAF e Assessorato Regionale; il coordinamento per le operazioni è del Ministero della Salute, le azioni operative sono assicurate da CRI, Marina Militare e aeronautica militare, con il coinvolgimento , dove necessario degli IRCS per le malattie infettive.

La CRI cura la formazione di personale sanitario nelle materie di interesse.

Le procedure di attivazione del nucleo di Sanità Pubblico della CRI in Sicilia:



**Croce Rossa Italiana**  
**Comitato Regionale della Sicilia**

**Piano d'Azione 2014**



Croce Rossa Italiana

1. La Croce Rossa Italiana, ha comunicato all'ufficio 3 della Direzione Generale della Prevenzione del Ministero della Salute che, su richiesta del Responsabile delle Unità Territoriali USMAF operanti sul territorio della Regione Sicilia, la SOR (sala operativa regionale) CRI Sicilia - e-mail [sor.sicilia@emergenza.cri.it](mailto:sor.sicilia@emergenza.cri.it) - procederà all'attivazione del personale sanitario e/o logista dandone comunicazioni alle Unità CRI interessate e al Responsabile USMAF
2. Le Unità del Reparto di Sanità Pubblica della Croce Rossa Italiana forniranno supporto sanitario al Medico USMAF in caso di attivazione pervenuta da parte della Prefettura, della Autorità Marittima o da qualsiasi altra Autorità segnali l'arrivo di migranti nei porti della Regione Sicilia. La comunicazione da parte della CRI conterrà anche i tempi necessari per la pronta disponibilità del proprio personale (specificando se presenti infermieri e/o medici).
3. L'Ufficio 03 della Direzione Generale della Prevenzione fornirà le informazioni acquisite ai Direttori USMAF e ai Responsabili delle Unità Territoriali interessate. I Direttori USMAF potranno individuare un singolo dirigente medico quale contatto per la attività in oggetto da parte di tutte le UUTT interessate.
4. Le attivazioni del personale CRI, in occasione di avvenuti sbarchi o di sbarchi attesi di migranti, avverranno in via prioritaria localmente. La Unità Territoriale USMAF che ha effettuato l'intervento annoterà la collaborazione ottenuta da parte della CRI, comprensiva del numero e della qualifica professionale del personale CRI intervenuto, in sede di Report di attività.
5. In caso di disponibilità di personale medico CRI opportunamente addestrato il dirigente medico della UT USMAF potrà valutare la possibilità del conferimento di delega fatto salvo l'obbligo da parte della Unità Territoriale di garantire i previsti tempestivi flussi informativi e comunque vigilando sulla attività delegata.
6. Qualsiasi problematica relativa agli aspetti operativi dell'Accordo dovranno essere rappresentate in modo dettagliato agli Uffici Centrali della Croce Rossa Italiana e del Ministero della Salute competenti per l'attività qui disciplinata.
7. Il Direttore della Circostrizione USMAF di Catania, competente per le Unità Territoriali siciliane di Messina, Catania, Augusta e Siracusa ha individuato il Direttore della UT di Siracusa, quale referente USMAF per la attività in oggetto.

Materiali e attrezzature in dotazione al nucleo di Sanità Pubblico della CRI in Sicilia:

- Tenda pneumatica quattro archi
- Camera alto-biocontenimento a pressione negativa IsoArk
- Barella alto-biocontenimento a pressione negativa IsoArkN36
- Apparatii portatili di decontaminazione/detossificazione
- Veicolo di servizio a nove posti per trasporto contatti con modulo di isolamento BETH-RL

La suddetta attrezzatura potrà essere messa a disposizione su richiesta delle Prefetture e/o dell'Assessorato della Salute previa autorizzazione del Ministero della Salute.

REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

**Croce Rossa Italiana  
Comitato Regionale della Sicilia****Piano d'Azione 2014**

Croce Rossa Italiana

**LA CRI ALLE OPERAZIONI DI SBARCO**

La CRI ha dato una prima risposta durante gli sbarchi con costante impegno durante le operazioni di assistenza agli sbarchi fin dal Luglio 2013, quando il fenomeno è diventato consistente lungo le coste del siracusano e prima dell'inizio della operazione di *mare nostrum*.

In sede di assistenza umanitaria dei migranti agli sbarchi la CRI può offrire:

- attività di prima assistenza ed accoglienza;
- attività di supporto per i presidi sanitari;
- attività di supporto con gli Operatori Polivalenti di Salvataggio in Acqua;
- attività di supporto legale e ricongiungimenti familiari.

La CRI ha sviluppato un proprio modello di intervento che, coerentemente con i principi umanitari che indirizzano le nostre azioni, assicura l'assistenza sanitaria nel pieno rispetto della dignità dei migranti e dando la dovuta precedenza a chi si trova in condizioni di maggiore necessità e vulnerabilità. A tal fine è stata redatta una linea di indirizzo, partecipata al Ministero della Salute, raccomandando la disponibilità nel luogo di sbarco di strutture, anche mobili e di facile installazione come gazebo che consentano ai migranti di essere sottoposti a controlli sanitari con le dovute condizioni di riservatezza, e in numero sufficiente e congruo con il numero di persone in arrivo, per consentire la valutazione delle condizioni di salute ai migranti in arrivo in tempi ragionevoli; predisporre aree di sosta in attesa delle procedure sanitarie e di identificazione al riparo dagli agenti atmosferici e dotate di sedili. Anche in questo caso può essere sufficiente predisporre gazebo e panche; installare o rendere disponibili in prossimità delle aree di sbarco servizi igienici in numero adeguato al numero dei migranti in arrivo, nel rispetto della loro dignità e per ovvie ragioni di igiene; rendere immediatamente disponibili cibo, acqua, materiali per l'igiene e coperte, che dovranno essere distribuiti immediatamente dopo l'arrivo e senza attendere l'espletamento di altre operazioni; dovranno essere disponibili alimenti e materiali per le necessità dei neonati.

Per le specifiche necessità del piano di contingenza su attivazione da parte della Prefettura e/o dell'Assessorato /ASP, la CRI assicura attraverso il coordinamento regionale e per il tramite dei Comitati Provinciali e Locali della CRI Sicilia, l'impiego di:

- un'ambulanza completa di equipaggio
- cinque unità di personale volontario addestrato come soccorritore
- un medico e infermiere ( se disponibili)
- un responsabile del servizio
- tre tende telescopiche

Tali risorse potranno essere integrate su specifica richiesta della Prefettura o da parte dell'Assessorato alla Salute/ASP al Responsabile della CRI secondo disponibilità; al fine della razionale utilizzazione delle risorse, qualora durante lo sbarco o nella fase preparatoria la disponibilità CRI non sia richiesta o non si renda

[www.cri.it](http://www.cri.it)  
Persone in prima persona

<http://cri.it/sicilia>

Via Piersanti Mattarella, 3/a – 90141 Palermo  
tel. 091340611 - e-mail: [cr.sicilia@cri.it](mailto:cr.sicilia@cri.it) - [cr.sicilia@cert.cri.it](mailto:cr.sicilia@cert.cri.it)



REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

**Croce Rossa Italiana**  
**Comitato Regionale della Sicilia****Piano d'Azione 2014**

Croce Rossa Italiana

necessario l'utilizzo completo delle risorse, le stesse resteranno nella disponibilità del Responsabile CRI del servizio per l'impiego in altra area di sbarco .

Per quanto concerne l'attivazione dei Comitati Provinciali e Locali, i nominativi e i contatti dei Responsabili CRI Provinciali e Locali verranno indicati nella stesura dei piani di intervento territoriali.

**FORMAZIONE**

La CRI organizza adeguata formazione per i Volontari, privilegiando le seguenti tematiche:

- formazione, aggiornamento ed addestramento per i nuclei di Sanità Pubblica della CRI;
- giornata "I care" sul benessere psicosociale del Volontario;
- nozioni di approccio alla persona migrante, auto protezione, basi legali.

Il Comitato Regionale C.R.I., ove richiesto, supporta l'organizzazione degli eventi formativi con personale e risorse.

**RIFERIMENTI NORMATIVI**

- Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 6 Maggio 2005, n. 97 di "Approvazione del nuovo Statuto dell'Associazione Italiana della Croce Rossa" (G.U. n. 131 del 8-6-2005)
- Legge 4 novembre 2010, n. 183
- Decreto Legislativo 28 settembre 2012, n. 178 e s.m.i.
- Decreto Ministero della Salute 16 aprile 2014

[www.cri.it](http://www.cri.it)

Persone in prima persona

<http://cri.it/sicilia>Via Piersanti Mattarella, 3/a – 90141 Palermo  
tel. 091340611 - e-mail: [cr.sicilia@cri.it](mailto:cr.sicilia@cri.it) - [cr.sicilia@cert.cri.it](mailto:cr.sicilia@cert.cri.it)

**17.1 Elenco riferimenti CRI Sicilia**

<b>Comitato Regionale</b>				
Comitati C.R.I	Indirizzo	Telefono	Fax	e-mail
<b>Comitato Regionale</b> C.R.I. Sicilia	Via P.mattarella 3/A 90141 Palermo	091 340611	091 342951	cr.sicilia@cri.it - cr.sicilia@cert.cri.it

<b>Comitato Provinciale</b>				
Comitati C.R.I	Indirizzo	Telefono	Fax	e-mail
Com.Prov.le <b>Agrigento</b>	P.zza Trinacria n.1, (zona A. S. I.), 92021 Aragona (AG)	0922 602300	0922 602222	cp.agrigento@e.cri.it cp.agrigento@cert.cri.it
Com.Prov.le <b>Caltanissetta</b>	Via B.Gaetani,44 93100 CL	0934 25999	0934 564459	cp.caltanissetta@e.cri.it cp.caltanissetta@cert.cri.it
Com.Prov.le <b>Catania</b>	Via Etna,353 95100 CT	095 434129 095 477151	095 431071	cp.catania@e.cri.it cp.catania@cert.cri.it
Com. Prov.le <b>Enna</b>	Via Roma,508 94100 EN	0935 501999 0935 505928	0935 501603	cp.enna@e.cri.it cp.enna@cert.cri.it
Com. Prov.le <b>Messina</b>	Via U.Bonino,1 98100 ME	090 2935070	090 2935839	cp.messina@e.cri.it cp.messina@cert.cri.it
Com.Prov.le <b>Palermo</b>	Via Pietro Nenni, 75 90145 PA	091 6805111	091 6889576	cp.palermo@e.cri.it cp.palermo@cert.cri.it
Com.Prov.le <b>Ragusa</b>	Via Carducci, 245 97100 RG	0932 621057 0932 621111	0932 621057	cp.ragusa@e.cri.it cp.ragusa@cert.cri.it
Com.Prov.le <b>Siracusa</b>	V.le Elorina c/o Distaccamento A.M. SR 96100	0931 796811 0931 7909931	0931 796825	cp.siracusa@e.cri.it cp.siracusa@cert.cri.it
Com.Prov.le <b>Trapani</b>	Via C.A. Pepoli, 33 91100 TP	0923 21221 0923 27283	0923 21221	cp.trapani@e.cri.it cp.trapani@cert.cri.it

## 18. Strutture ospedaliere di riferimento

Per la gestione dei soggetti che necessitano di cure richiedenti il ricovero in ambiente ospedaliero, in via ordinaria sono da individuare i posti letto dei reparti specialistici dei Presidi Ospedalieri di pertinenza territoriale, nei casi in cui per mancanza di disponibilità dei posti letto o per specifiche necessità nell'erogazione delle prestazioni mediche e/o chirurgiche richieste vengono di seguito individuate delle Aziende Ospedaliere che renderanno disponibili h/24, anche in overbooking, i posti letto necessari per la gestione delle emergenze per specifico quadro clinico, in analogia a quanto già sperimentato nella gestione dell'Emergenza Lampedusa.

TIPOLOGIA/QUADRO CLINICO	STRUTTURA OSPEDALIERA
<b>Politrauma</b>	ARNAS Civico, Benfratelli di Cristina di Palermo A.O. Villa Sofia – Cervello di Palermo A.O. Cannizzaro di Catania
<b>Patologie infettive</b>	ARNAS Civico, Benfratelli di Cristina di Palermo A.O. Villa Sofia – Cervello di Palermo P.O. Civile di Ragusa A.O. Cannizzaro di Catania
<b>Ostetricia e Ginecologia</b>	ARNAS Civico, Benfratelli di Cristina di Palermo A.O. Villa Sofia – Cervello di Palermo A.O. Cannizzaro di Catania
<b>Neonatologia</b>	A.O. Villa Sofia – Cervello di Palermo P.O. S.A. Abbate di Trapani
<b>Pediatria</b>	ARNAS Civico, Benfratelli di Cristina di Palermo P.O. Acireale – ASP di Catania
<b>Chirurgia</b>	ARNAS Civico, Benfratelli di Cristina di Palermo A.O. Cannizzaro di Catania
<b>Ustioni</b>	ARNAS Civico, Benfratelli di Cristina di Palermo A.O. Cannizzaro di Catania
<b>Psichiatria</b>	Secondo la disponibilità dei PP.LL.

## 19. Referenze

*UN Interagency Standing Committee, Interagency Contingency Planning Guidelines for Humanitarian Assistance; 2007*

*International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies, Contingency Planning Guide; 2012*

*UN High Commissioner for Refugee, Contingency Planning Guidelines, a Practical Guide for Field Staff; 1996.*

*Cinquantottesima Assemblea Mondiale della Sanità, Revisione del Regolamento Sanitario Internazionale; 2005*

*World Health Organization, Humanitarian Emergency Management System – HQ level; 2008*

*World Health Organization, Event Management for International Public Health Security; 2008*

*Qureshi K., Gebbie EN., Gebbie K., Public Health Incident Command System a guide for the Management of Emergencies or Other Unusual Incidents within Public Health Agencies, October 2005.*

*Presidenza del Consiglio dei Ministri, Dipartimento della Protezione Civile, Servizio Emergenze Sanitarie; Comunicato relativo al decreto del Ministro dell'Interno delegato per il coordinamento della protezione civile 13 febbraio 2001, concernente: Adozione dei "Criteri massima per l'organizzazione dei soccorsi sanitari nelle catastrofi, Supplemento ordinario alla GAZZETTA UFFICIALE n. 109 del 12 maggio 2001*

*Ministero della Salute, Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole; 2012*

*Prefettura di Ragusa, Piano Provinciale di Soccorso ed Assistenza in Emergenza Sbarchi; 2010*



## 20. Malattie Infettive

### 20.1 Sorveglianza sindromica e profilassi immunitaria

L'obiettivo principale della sorveglianza sindromica è rilevare precocemente qualsiasi evento che possa rappresentare un'emergenza di salute pubblica ed organizzare una risposta tempestiva e appropriata. Gli interventi sulle misure di isolamento di casi sospetti di malattie infettive e diffuse, ovvero le misure quarantenarie, saranno di competenza degli Uffici periferici territoriali di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF) del Ministero della Salute, per le implicazioni relative all'applicazione del Regolamento Sanitario Internazionale 2005 (misure di profilassi internazionale per la riduzione del rischio di diffusione transfrontaliera di malattie infettive ed altri rischi per la salute umana). LA REGIONE PREENDE ATTO DELL' ACCORDO ESISTENTE TRA CRI E MIN SALUTE E CHE QUINDI QUESTA PUO AGIRE

Le attività di assistenza di I Livello, realizzate sul campo (sul molo, sulle imbarcazioni, etc.) da personale medico e paramedico devono prevedere una prima valutazione clinica degli immigrati al loro arrivo rilevando oltre che i parametri vitali anche eventuali manifestazioni sospette di malattie infettive e diffuse soggette a profilassi internazionale per selezionare le persone da inviare direttamente alla struttura di accoglienza dove verrà svolta una assistenza di II livello, o che diversamente necessitano di un intervento sanitario urgente con ricovero in idonea struttura di cura. Per le persone che vengono indirizzate alle Strutture di Accoglienza di II Livello dovrà essere attivata una sorveglianza sindromica secondo le modalità e definizioni di caso descritte nel protocollo operativo del Ministero della Salute per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale.

### 20.2 Pianificazione di emergenza per malattie infettive provocate da agenti di classe IV Regione Siciliana

(vedi allegato 2)



**Allegato 2**

MINISTERO DELLA SALUTE  
 Direzione Generale della Prevenzione  
 Ufficio 03

Documento dinamico: situazione al 17 Aprile 2014

PIANIFICAZIONE DI EMERGENZA PER MALATTIE INFETTIVE  
 PROVOCATE DA AGENTI DI CLASSE IV

**REGIONE SICILIANA**

CAPACITA' DI RICOVERO TEMPORANEO PRESSO  
 STRUTTURE DI MALATTIE INFETTIVE DI PAZIENTI SOSPETTI  
 O ACCERTATI PER PATOLOGIE INFETTIVE DA AGENTI DI  
 CLASSE IV

**RIEPILOGO CAPACITA' POSTI LETTO AL 17 APRILE 2014:**

**POSTI LETTO A PRESSIONE NEGATIVA: 15**

AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE "GARIBALDI" DI NESIMA CATANIA.....	4
PRESIDIO OSPEDALIERO FERRAROTTO ALESSI CATANIA.....	4
OSPEDALE CIVILE RAGUSA.....	1
OSPEDALE "CERVELLO" - PALERMO.....	2
OSPEDALE "SANT'ELIA" CALTANISSETTA.....	2
AZIENDA UNIV.POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" PALERMO.....	2

**POSTI LETTO RIANIMAZIONE A PRESSIONE NEGATIVA: 1**

OSPEDALE VITTORIO EMANUELE – CASTELVETRANO (TP).....	4
--	---

**DETTAGLIO POSTI LETTO****PALERMO****AZIENDA UNIV.POLICLINICO "PAOLO GIACCONE" PALERMO**

Via del Vespro, 129 90127 PALERMO

Malattie Infettive

Prof.ssa Titone – Tel. 091 6554348 – 091 6553946 – 091 6554433

DISPONIBILITA':

2 Posti isolamento a pressione negativa

**OSPEDALE "CERVELLO"**

U.O. Malattie Infettive

Dott. Farinella – Tel. 091 6802596 – 091 6802429 – 091 6802427

DISPONIBILITA':

2 Posti isolamento a pressione negativa

**CALTANISSETTA****OSPEDALE SANT'ELIA**

U.O. Malattie Infettive

Dott. Salvo – Tel. 093 4559547 – 0934559549

DISPONIBILITA':

2 Posti isolamento a pressione negativa

**CATANIA****1) AZIENDA OSPEDALIERA DI RILIEVO NAZIONALE "GARIBALDI" DI NESIMA**

Via Palermo 636 - 95122 CATANIA – NESIMA

Centralino: 095 7591111

DISPONIBILITA':

4 Posti isolamento a pressione negativa c/o:

CLINICA DI MALATTIE INFETTIVE

Direttore: Prof. Bruno Cacopardo. Cell: 392 8020504

Direttore Sanitario di Presidio: Dott. Beppe Giammanco Cell: 3351209248

Telefono Reparto: 095 7598651

**2) AZIENDA OSPEDALIERA - UNIVERSITARIA " POLICLINICO V. EMANUELE" PRESIDI FERRAROTTO S.BAMBINO (Università accorpata ad Azienda Ospedaliera)**

Via Santa Sofia 78 – 95123 CATANIA

DISPONIBILITA':

4 Posti isolamento a pressione negativa c/o:

PRESIDIO OSPEDALIERO FERRAROTTO ALESSI – Reparto di Malattie Infettive

Padiglione E-12;H18; H19 - Piano terra

Via S. Citelli 19 – CATANIA

Centralino: 095 7431111

Direttore del Reparto: Dott. Carmelo Iacobello - Tel. 095 7435220

Direttore Sanitario del Presidio: Dott. Maurilio Danzi \_ Cell.337 226678

**3) AZIENDA OSPEDALIERA PER L'EMERGENZA "CANNIZZARO" (Regione Siciliana)**

Via Messina 829 – 95126 CATANIA

Tel: 095 726.11.11 Fax: 095 726.23.79

DISPONIBILITA':

3 posti isolamento senza camere a press.negativa c/o

Divisione di Malattie Infettive

Direttore f.f. Dott. Giovanni Mannino tel. 095 7263499

Direttore Sanitario dott.ssa Anna Maria Longhitano Cell.338 4600872

Medico di Guardia: 095 7263499



REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

## **RAGUSA**

### **ASP di Ragusa - P.O. Civile - Regione Siciliana**

P.zza Caduti di Nassirya n.1 – 97100 RAGUSA

Centralino: 0932 600111

DISPONIBILITA':

1 Posti isolamento a pressione negativa c/o:

Divisione di Malattie Infettive

Direttore dott. Nunzio Storaci Cell. 339 2815797

## **TRAPANI**

### **CASTELVETRANO (TP): OSPEDALE VITTORIO EMANUELE II**

Via Marinella - 91022 CASTELVETRANO (TP)

Tel. 0924.930111 Fax. 0924.930326

Direttore: Dott. F. Milazzo - Tel. 0924 930230 - Fax 0924 930326

e-mail: [direzione.sanitaria.castelvetrano@asltrapani.it](mailto:direzione.sanitaria.castelvetrano@asltrapani.it)

Reparto di Rianimazione: 1 posto a pressione negativa per infettivi

## 21. Schede Tecniche malattie infettive

### Elenco malattie infettive

- 21.1 ..... Colera
- 21.2 ..... Ebola
- 21.3 ..... Epatite A
- 21.4 ..... Epatite B
- 21.5 ..... Meningite da Neisseria
- 21.6 ..... Mers Cov.
- 21.7 ..... Morbillo
- 21.8 ..... Pediculosi
- 21.9 ..... Poliomielite
- 21.10 ..... Salmonellosi
- 21.11 ..... Scabbia
- 21.12 ..... Tubercolosi

## 21.1 Colera

Malattia provocata da vibrio colerae siero gruppo 1

Malattia abitualmente molto grave con diarrea acquosa che provoca rapidamente grave disidratazione spesso con vomito, raramente con febbre.

### **Epidemiologia:**

#### **Nel mondo**

Pandemie di Colera sono ricorrenti nel globo e spesso anche nel bacino del Mediterraneo. Attualmente il Colera è segnalato in paesi endemici come il Bangladesh, in alcuni paesi africani; presente ancora in Haiti e nel Golfo del Bengala. L'OMS offre un costante monitoraggio dell'epidemiologia di questa malattia.

Non sono recentemente segnalati casi di Colera da Siria, Afghanistan, Iran, Iraq e Nord Africa, insomma dai Paesi dai quali più frequentemente provengono immigrati attualmente sbarcanti in Sicilia.

#### **In Italia**

L'ultima epidemia risale al 1979.

#### **In Sicilia**

Non sono riportati casi da oltre 50 anni.

#### **Nei migranti in Sicilia**

Nessun caso di Colera è stato segnalato nei migranti in Sicilia negli ultimi 10 anni.

#### **Serbatoio**

L'unico serbatoio è l'uomo; i vibrii possono sopravvivere, in forma non infettante, in alcune forme di zooplancton acquatico

#### **Trasmissione:**

Il Colera non si trasmette da persona a persona, bensì da ingestione di acqua o di cibo contaminato con una dose infettante di vibrii.

L'ammalato di colera non è un rischio di contagio per gli operatori sanitari

#### **Periodo di incubazione:**

fino a 5 giorni.

#### **Contagiosità:**

Il trattamento antibiotico riduce la contagiosità che attiva fino alla presenza di vibrii nelle feci.

#### **Trattamento specifico**

Il trattamento si basa sulla pronta reidratazione e restituzione della quota di Sali perduti con la diarrea.

#### **Controllo della Malattia:**

**Isolamento:** non è né utile né necessario alcun isolamento: necessaria la pronta ospedalizzazione.

**Disinfezione o disinfestazione:** necessaria la disinfezione delle feci e dei vomiti e degli effetti lettereci.

**Ricerca di casi:** utile la ricerca di casi potenzialmente esposti alla stessa fonte infettante del caso indice: non è nota una profilassi farmacologica efficace.

#### **Quando sospettare un caso di colera:**

Un individuo gravemente disidratato con diarrea acquosa tipo acqua di riso da almeno 48 h, proveniente da un paese con endemia o epidemia di Colera (es. Bangla Desh, Pakistan, Africa centrale..).



**Protezione degli operatori:** non è indicata alcuna specifica protezione degli operatori sanitari oltre alle comuni regole di igiene personale: l'adozione di mascherine facciali e di guanti a perdere è una pratica inefficace. Esiste un vaccino anticolera efficace, ma la vaccinazione non è indicata per gli operatori sanitari in Italia.

**Obbligo di Notifica**

Il colera ha obbligo di notifica immediata internazionale.

## 21.2 Ebola

Malattia provocata dal virus Ebola: una febbre emorragica molto grave che evolve rapidamente in una coagulazione intracellulare diffusa (CID), sepsi, epatopatia acuta, emorragie, shock.

**Epidemiologia:****Nel mondo**

Dal 1976, quando è stata identificata in Congo, l'Ebola è apparsa periodicamente in forma epidemica nei paesi dell'Africa centrale: ormai quasi ogni anno vi sono piccole o grandi epidemie di Ebola, l'ultima del 2014 in Guinea, tuttavia mai epidemie di Ebola sono avvenute fuori dall'area dell'Africa Centrale, di fatto attraversata dal fiume Ebola.

Una elevata proporzione della popolazione indigena di molti paesi centrafricani mostra anticorpi anti Ebola, a testimonianza di contatti asintomatici pregressi.

**In Italia**

Non vi sono mai stati casi di Ebola, nemmeno importati.

**In Sicilia**

Non sono mai stati riportati casi.

**Nei migranti in Sicilia**

Nessun caso di Ebola è stato segnalato nei migranti in Sicilia.

**Serbatoio**

Probabilmente l'Ebola è un virus delle scimmie e dei pipistrelli africani.

**Trasmissione:**

La trasmissione avviene con contatti tra un soggetto sano ed i liquidi e fluidi organici di una persona malata, dopo il decesso e anche dopo la guarigione ( trasmissione sessuale- sperma) e contatti con scimmie infette morte.

**Periodo di incubazione:**

Nella maggioranza dei casi il tempo di incubazione è breve (2-3 giorni), ma in rari casi può essere più lungo, fino a 21 gg (pertanto i contatti devono essere tenuti sotto osservazione per almeno 3 settimane)

**Contagiosità:**

Il paziente diventa contagioso quando sviluppa la febbre e le prime emorragie.

Trattamento specifico: Solo asintomatico. Non esiste un efficace vaccino.

**Controllo della Malattia:**

**Isolamento:** Necessario al sospetto.

**Disinfezione o disinfestazione:** necessaria la disinfezione delle feci e dei vomiti e degli effetti lettereci

**Ricerca di casi:** utile la ricerca di casi potenzialmente esposti alla stessa fonte infettante del caso indice: non è nota una profilassi farmacologica efficace.



**Protezione degli operatori:** Nel contatto con pazienti ospedalizzati per Ebola sono necessarie le più rigorose precauzioni per il contatto ematico e respiratorio: purtroppo le epidemie di Ebola si caratterizzano perché, molto frequentemente, uccidono anche operatori sanitari.

**Quando sospettare un caso di Ebola:**

Un individuo in gravi condizioni con febbre elevata ed emorragie nasali, orali rettali o vaginali insorte rapidamente da uno stato di buona salute, proveniente da un paese con endemia o epidemia di Ebola (es. Guinea, Congo non ancora ufficiale, Sierra Leone..).

Rischio Ebola per gli operatori sanitari in Sicilia e per la popolazione generale.

La malattia è molto grave, rapidamente ingravescente e con gravissimi evidenti sintomi: dopo un paio di giorni dall'infezione l'ammalato diventa contagioso subito con febbre elevata e nei successivi 3-4 giorni subisce una grave fase emorragica con coinvolgimento di tutti gli organi e del sistema nervoso: un migrante in Italia abitualmente si espone ad un lungo viaggio per raggiungere le coste nord africane (giorni, settimane, mesi); su questi luoghi staziona altri tempi lunghi per poi affrontare la traversata verso l'Italia.

Ci vorrebbe veramente una straordinaria evenienza perché un individuo proveniente da una zona ove attualmente vi sia un'epidemia in corso (oggi Guinea equatoriale) si infetti col virus e riesca a raggiungere le aree di imbarco prima che la malattia appaia (tempo di incubazione); se pure riuscisse ad arrivare in nord Africa sarebbe veramente fantasioso pensare che resista nei campi di raccolta e nel viaggio fino ad arrivare in Italia vivo e contagioso.

Infine l'improbabile arrivo di un caso di Ebola vivo in un campo di raccolta nord africano, inesorabilmente provocherebbe un'epidemia locale che non potrebbe sfuggire all'attenzione internazionale.

Le febbri emorragiche, tra cui l'Ebola, sono da tempo monitorate accuratamente dalle autorità internazionali e sono oggetto di sorveglianza in tutti i Paesi Europei, Italia Inclusa: eventuali rischi di importazione sarebbero segnalati in anticipo.

La presenza tra gli arrivi di migranti di una persona gravemente ammalata con febbre ed evidenza di profuse emorragie dovrà, in ogni caso, far scattare l'adozione delle procedure universali contro il contagio ematico e respiratorio.

**Obbligo di Notifica**

L'Ebola è soggetto a notifica internazionale.

## 21.3 Epatite A

Malattia da virus dell'epatite A ad evoluzione benigna caratterizzata da ittero e febbre. Oltre il 90% delle infezioni nei bambini è asintomatica, mentre negli adulti si registra una letalità di circa 1 caso ogni 1.000.

**Epidemiologia**

**Nel mondo**

Presente in tutto il mondo con elevata incidenza nei paesi con scarse condizioni igieniche.

**In Italia**

439 i casi notificati nel 2011 in tutto il Paese. Studi di siero prevalenza dimostrano che la popolazione adulta italiana è sostanzialmente tutta protetta contro l'epatite A per precedente infezione sintomatica o asintomatica.

**In Sicilia**

Nel triennio 2011-13 in media ogni anno 16 casi di epatite A sono stati notificati;

**Nei migranti in Sicilia**

Nessun caso di Epatite A è stato segnalato nei migranti in Sicilia negli ultimi 3 anni.



**Serbatoio**

L'unico serbatoio è l'uomo.

**Trasmissione:**

L'epatite A si trasmette per via oro fecale sia con ingestione di alimenti contaminate da feci, sia con contatto diretto specialmente tra bambini.

**Periodo di incubazione:**

da 3-4 settimane.

**Contagiosità:**

La contagiosità è massima nei giorni che precedono la comparsa di ittero (quando la malattia non è ancora clinicamente evidente) e prosegue solo pochi giorni dopo l'inizio dell'ittero.

L'eliminazione cronica di virus dell'epatite A non è nota.

**Trattamento specifico**

Il trattamento è sintomatico; la malattia è abitualmente autolimitante senza complicazioni.

**Controllo della Malattia:**

Isolamento: è utile l'isolamento oro fecale soltanto nei primissimi giorni di malattia.

**Disinfezione o disinfestazione:** utile la disinfezione di vestiti e stoviglie durante la breve fase di contagiosità. La disinfezione ambientale non è indicata.

**Ricerca di casi:** utile la ricerca di casi esposti alla stessa fonte di contagio.

**Quando sospettare un caso di Epatite A:**

Un individuo con ittero alle sclere ed astenia.

**Protezione degli operatori:** La popolazione italiana adulta ha già avuto un'infezione da epatite A in gran parte in modo asintomatico, come dimostrano i numerosi studi di siero prevalenza, ed è quindi protetta contro questo virus.

Il contagio avviene per via oro fecale, e quindi il contatto sporadico con un migrante ammalato, non è efficace a trasmettere l'infezione.

Il costante lavaggio ordinario delle mani è pratica utile necessaria per questa come per altre infezioni.

L'uso di mascherina non ha influenza sul rischio di contagio, mentre l'uso appropriato di guanti a perdere è indicata per i reparti che ospitano migranti con epatite A. Esistono vaccini efficaci per l'Epatite A che sono indicati per viaggiatori italiani suscettibili che si recano in zone ad alta endemia.

**Obbligo di Notifica**

L'epatite A è sottoposta ad obbligo di notifica.

## 21.4 Epatite B

Malattia causata dal virus dell'epatite B e caratterizzata da ittero, nausea e vomito nella fase acuta; nel 0,5-1% dei casi la malattia evolve in epatite cronica. Nei bambini meno del 10% delle infezioni si presenta con sintomi clinici, mentre questa percentuale sale fino al 50% degli adulti.

**Epidemiologia****Nel mondo**

Presente in tutto il mondo: almeno un milione di persone ancora muore ogni anno per questa malattia

**In Italia**

679 i casi notificati in Italia nel 2011.



La malattia è stata quasi completamente radicata dalla vaccinazione obbligatoria iniziata trent'anni orsono: casi sporadici avvengono in immunocompromessi e dializzati cronici.

La popolazione italiana è sostanzialmente tutta protetta contro l'epatite b sia per precedente infezione apparente o in apparente, che per vaccinazione.

**In Sicilia**

In media 24 casi /anno (2011-2013); 27 i ricoverati nel 2012.

**Nei migranti in Sicilia**

Nel triennio 1 solo caso notificato e nessun ricoverato nel 2012.

**Serbatoio**

L'unico serbatoio è l'uomo.

**Trasmissione:**

L'epatite B si trasmette per via ematica e per fluidi biologici ma le urine non sono infettanti.

Il contatto sessuale e la via iniettiva sono ancora le vie più frequenti di trasmissione della malattia.

**Periodo di incubazione:**

Da due a tre mesi.

**Contagiosità:**

Tutte le persone HBsAg-positive sono potenzialmente infettanti per via ematica o sessuale.

**Trattamento specifico**

Il trattamento è complesso ed ancora ampiamente incompleto.

**Controllo della Malattia:**

**Isolamento:** non è né utile né necessario alcun isolamento.

**Disinfezione o disinfestazione:** nessuna necessaria se non le precauzioni universali nella manipolazione dei fluidi biologici e dei mezzi taglienti

**Ricerca di casi:** utile la ricerca di casi con contatti sessuali o esposti alla stessa fonte infettante del caso indice.

**Quando sospettare un caso di Epatite B:**

Un individuo con ittero alle sclere ed astenia.

**Protezione degli operatori:**La popolazione italiana è sostanzialmente tutta protetta contro l'epatite B sia per precedente infezione sintomatica o asintomatica, che per vaccinazione.

Comunque vanno adottate le precauzioni universali nella manipolazione di sangue e altri fluidi biologici (non urine e feci), di tutti i soggetti malati e dei mezzi taglienti contaminati.

**Obbligo di Notifica**

L'epatite B è sottoposta ad obbligo di notifica immediata internazionale.

## 21.5 Meningite da Neisseria

Infiammazione acuta delle meningi di origine batterica o virale: malattia grave con severi segni clinici ed ancora un elevato tasso di letalità e di complicanze. L'agente più frequente della meningite batterica è la Neisseria meningitidis, espressa in diversi sierotipi.



**Epidemiologia****Nel mondo**

La meningite è ubiquitaria e in Africa vi sono periodiche grandi epidemie, mentre in Europa abitualmente si presenta con sporadici casi isolati.

**In Italia**

Circa 200 sono i casi di meningite da neisseria notificati ogni anno in Italia.

**In Sicilia**

Otto i casi di meningite da neisseria notificati in Sicilia nel triennio 2011-13; cinque i casi ricoverati nel 2012.

**Nei migranti in Sicilia**

Un solo caso segnalato nel triennio, sottoposto ad immediato trattamento farmacologico specifico, esitato in guarigione.

**Serbatoio**

Soltanto l'uomo.

**Trasmissione:**

La trasmissione avviene attraverso contatto diretto o respiratorio: il contagio causa una infezione mucosale asintomatica: meno dell'1% delle infezioni progredisce in malattia invasiva provocando la meningite.

Fino al 25% della popolazione sana è portatore sano di Neisseria.

**Periodo di incubazione:**

Comunemente da 3 a 4 giorni.

**Contagiosità:**

La Neisseria scompare dalla faringe entro le 24 ore dall'inizio del trattamento. La suscettibilità di popolazione è molto bassa data l'alto tasso di portatori sani.

**Trattamento specifico:**

Il trattamento specifico si basa su antibiotici.

**Controllo della Malattia:**

**Isolamento:** di fatto alla comparsa dei segni clinici gravi della meningite (rigidità nucale) il paziente è già non più contagioso, per questo l'isolamento non serve.

**Disinfezione o disinfestazione:** non sono dimostrate efficaci nel controllo della meningite.

Ricerca di casi: la ricerca attiva di casi non è utile data la straordinaria evidenza della malattia clinica che di fatto viene costantemente ricoverata in ospedale. La profilassi antibiotica dei contatti stretti familiari o di comunità è prescritta secondo specifici protocolli.

**Quando sospettare un caso di Meningite:**

Un individuo con grave prostrazione, febbre elevata e segni evidenti di rigidità nucale.

**Protezione degli operatori:** il rischio degli operatori di contrarre la meningite dal contatto con migranti è inesistente. Infatti la Neisseria è già ampiamente presente nel nostro territorio con numerosissimi portatori sani e non è identificabile uno specifico rischio di contagio da Neisserie che hanno provocato casi di meningite clinica: Analogamente non sono noti i rischi di trasmissione delle meningiti virali, anch'esse eventi rari, di difficile identificazione. Esistono encefaliti da agenti vettori (insetti) che richiedono specifiche misure profilattiche.

**Rischio per la popolazione siciliana:** la meningite è già presente nel nostro territorio e non è



documentato nel mondo un trasferimento epidemico di meningiti batteriche da un paese o da un continente all'altro.

**Obbligo di Notifica**

La meningite è sottoposta ad obbligo di notifica.

**21.6 MERS CoV.**

Una patologia respiratoria grave recentemente identificata in oriente.

Il virus causa della patologia è un coronavirus simile al virus causa della SARS, ma la malattia che provoca, pur simile alla SARS, sembra essere causa di una maggiore mortalità, infatti, il suo tasso di mortalità è stimato attorno al 30%, mentre per la SARS è del 10%.

**Nel Mondo**

Il Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie ha registrato, al 30 aprile 2014, 424 casi di infezione in tutto il mondo; 131 di questi letali. Quasi tutti i casi sono stati identificati nella penisola araba.

Alcuni casi sono stati importati in Inghilterra e Francia, collegati direttamente o indirettamente con la penisola araba.

**In Italia**

Tre casi registrati a Firenze in Italia a giugno 2013: una famiglia Giordana con un figlio affetto da una forma di tipo influenzale non specificata; i 60 soggetti sottoposti a sorveglianza perché venuti a contatto con i malati sono tutti sani e sono negativi alle prove di laboratorio.

**In Sicilia**

Nessun caso segnalato in Sicilia.

**Nei migranti in Sicilia**

Nessun caso segnalato.

**Serbatoio unico è l'Uomo.**

Trasmissione:

L'ipotesi oggi più sostenuta è che il virus MERS-CoV sia un virus dei pipistrelli della penisola araba che possono diffonderlo con i loro escrementi.

La trasmissione inter-umana avviene per via respiratoria ed anche con contatto di secrezioni orali o nasali; Non ci sono evidenze di trasmissione intra-comunitaria del virus, ma potrebbe essere possibile l'esistenza di individui super-diffusori come è avvenuto per la SARS.

**Periodo di incubazione:**

Da 2 a 4 giorni.

**Contagiosità:**

Non è nota.

**Trattamento specifico:**

Sintomatico.

**Controllo della Malattia****Quando sospettare un caso di MERS Cov:**

Secondo il Centers for Disease Control and Prevention (CDC) di Atlanta sono da sottoporre a sorveglianza adeguata i soggetti che abbiano contemporaneamente:



- un'infezione respiratoria acuta, che include febbre ( $\geq 38$  °C) e tosse; sospetto di una malattia del parenchima polmonare, come polmonite o Sindrome da distress respiratorio acuto (ARDS) sulla base di evidenze cliniche o radiologiche;
- una storia di viaggio dalla penisola arabica o paesi limitrofi negli ultimi 10 giorni;
- un quadro clinico che non sia spiegabile con altra infezione o altra eziologia e dopo aver fatto i test del caso compresi tutti i test clinicamente indicati per la polmonite acquisita in comunità.

Inoltre, le seguenti persone devono essere valutate per una possibile infezione da MERS-CoV:

- quando sviluppano una grave malattia respiratoria acuta delle vie aeree inferiori entro 10 giorni da un viaggio nella penisola arabica o nei paesi limitrofi e non rispondono alla terapia appropriata
- oppure quando sviluppano una grave malattia respiratoria acuta delle basse vie aeree e sono stati a "stretto contatto" con un viaggiatore sintomatico che ha sviluppato febbre e malattia respiratoria acuta entro 10 giorni dopo il viaggio dalla penisola arabica o paesi limitrofi. Lo "stretto contatto" è definito come colui che ha fornito assistenza ai viaggiatori malati (ad esempio, un operatore sanitario o un familiare), o colui che ha un analogo stretto contatto fisico o ha vissuto nello stesso luogo del malato

#### Protezione degli operatori:

Il Centro per il Controllo e la Prevenzione delle Malattie (CDC) offre suggerimenti utili per ridurre il contagio di malattie respiratorie:

- Lavarsi spesso le mani con acqua e sapone per 20 secondi, e aiutare i bambini a fare lo stesso. Se acqua e sapone non sono disponibili, utilizzare un disinfettante per le mani a base di alcool.
- Coprire naso e bocca con un fazzoletto di carta quando si tossisce o starnutisce poi gettarlo nel cestino.
- Evitare di toccarsi occhi, naso e bocca con le mani non lavate.
- Evitare il contatto ravvicinato, come il bacio, o la condivisione bicchieri o posate, con persone malate.
- Pulire e disinfettare le superfici toccate frequentemente, come i giocattoli e le maniglie delle porte.

Gli esperti non concordano sull'uso preventivo delle mascherine come strumento di prevenzione del contagio nei confronti della MERS.

## 21.7 Morbillo

### Malattia esantematica virale.

#### Nel Mondo

Il morbillo è ancora una temibile patologia nel mondo, per questo è sottoposto ad un piano mondiale di eradicazione, ma, nonostante l'ampia diffusione della vaccinazione efficace e sicura e l'avvenuta eradicazione nelle Americhe, vi è ancora alta incidenza in popolazioni africane infantili ed emergono frequenti epidemie nei paesi sviluppati in adolescenti e giovani.

#### In Italia

Nel 2011 v'è stata una grave epidemia con 7112 casi notificati. Nel successivo 2012, 622 casi ed una ripresa nel 2013 con 2245 casi notificati.

#### In Sicilia

Anche in Sicilia v'è stata un'epidemia nel 2011 con 777 casi, nel 2012 solo 39 e 31 nel 2013.

#### Nei migranti in Sicilia

Solo 2 casi notificati nel 2013.



**Serbatoio unico è l'Uomo.****Trasmissione:**

la trasmissione avviene per via respiratoria ed anche con contatto di secrezioni orali o nasali.

**Periodo di incubazione:**

Da 7 a 10 giorni.

**Contagiosità:**

Il morbillo è molto contagioso: già da 3-4 giorni prima dell'esantema e per 3-4 giorni dopo l'eruzione.

**Trattamento specifico**

Sintomatico.

**Controllo della Malattia:**

Il Morbillo si controlla con la vaccinazione, attiva nel nostro paese da oltre 30 anni: la copertura vaccinale in Italia è oltre il 95% per la vaccinazione primaria (13 esimo mese); abbiamo in atto epidemie di morbillo in popolazione adolescenziale e giovane adulta che non ha ricevuto la seconda dose (5 anni) di vaccino né è ha contratto la malattia. I soggetti sopra i trent'anni sono stati tutti esposti al virus e quindi non si registrano casi sopra quest'età.

**Isolamento:** L'isolamento respiratorio è utile nei primi 4 giorni di malattia.

**Disinfezione o disinfestazione:** non sono né indicate né necessarie.

**Ricerca di casi:** E' utile l'indagine epidemiologica sulla fonte del contagio al fine di offrire protezione vaccinale a soggetti non protetti.

**Quando sospettare un caso di Morbillo:**

un bambino o giovane che abbia esantema, febbre e sintomi del raffreddore.

**Protezione degli operatori:**

La protezione degli operatori si basa sulla storia di morbillo o sull'avvenuta vaccinazione: nel caso non si abbia memoria di malattia pregressa o di vaccinazione è possibile effettuare il test per gli anticorpi antimorbillo e, in loro assenza, effettuare la vaccinazione.

**Obbligo di Notifica**

Il Morbillo è soggetto ad obbligo di notifica.

## 21.8 Pediculosi

Infestazione da un pidocchio del capo (*pediculus capitis*) o del corpo (*p. corporis*) o del pube (*p. pubis*)

**Epidemiologia**

Nel mondo

**Presente in tutto il mondo.****In Italia**

E' ancora molto frequente: Le notifiche non esprimono la reale incidenza dei pidocchi: infatti solo una piccola parte dei casi viene notificata: i 2297 casi di pediculosi notificati in Italia sono solo una frazione della vera incidenza.

**In Sicilia**

86 casi notificati nel triennio 2011-13: in media 28 all'anno.



**Nei migranti in Sicilia**

1 caso nel triennio notificato tra i migranti: di fatto l'infestazione non viene quasi mai notificata, ma informazioni aneddotiche non indicano un'elevata frequenza di pidocchi tra gli immigrati.

**Serbatoio**

L'unico serbatoio è l'uomo.

**Trasmissione:**

I pidocchi si trasmettono per contatto diretto tra persone spesso in famiglia o in comunità anche attraverso vestiti comuni. Il pidocchio del pube si trasmette attraverso contatti sessuali.

**Periodo di incubazione:**

In una o due settimane l'insediamento del pidocchio in un ospite nuovo diventa efficace.

**Contagiosità:**

I pidocchi vivono bene sull'uomo per periodi lunghi e possono sopravvivere sui vestiti per una settimana.

**Trattamento specifico**

Shampi e creme specifiche.

**Controllo della Malattia:**

**Isolamento:** utile l'isolamento in comunità della persona fino all'applicazione dell'insetticida.

**Disinfezione o disinfestazione:** utile lo shampoo disinfettante e il lavaggio in acqua calda di vestiti ed effetti lettereschi.

**Ricerca di casi:** utile la ricerca di casi con contatti di comunità familiari e sessuali.

**Quando sospettare un caso di pediculosi:**

Un individuo che da alcuni giorni si gratta insistentemente il cuoio capelluto o che abbia avuto contatti persona a persona in una famiglia o una comunità con casi di pediculosi.

**Protezione degli operatori:** Nessuna azione preventiva si è dimostrata utile alla prevenzione del contagio che tuttavia avviene con un contatto intimo tra caso e suscettibile e non con contatti occasionali: una stretta di mano o toccare una persona con pediculosi non provoca un rischio di contagio. Il lavaggio frequente delle mani è pratica utile, mentre non ha senso indossare mascherine facciali e guanti a perdere.

**Obbligo di Notifica**

La pediculosi è sottoposta ad obbligo di notifica.

## 21.9 Poliomielite

Infezione virale dell'intestino che in rari casi (1 su mille) evolve in una degenerazione del tessuto nervoso midollare esitante in paralisi flaccida e talvolta bulbare.

**Epidemiologia**

La polio è sottoposta dal 1968 ad un piano mondiale di eradicazione: oggi è presente solo in alcuni Paesi: Afghanistan, Camerun, Guinea Equatoriale, Etiopia, Israele, Iraq, Nigeria, Pakistan, Somalia e la Repubblica Araba di Siria.

Il 5 maggio 2014, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha dichiarato che la recente diffusione di poliovirus selvaggio è "un'emergenza di sanità pubblica di rilevanza internazionale".

La sorveglianza della poliomielite si basa su due sistemi:

- Sorveglianza dei casi di paralisi flaccida in soggetti di età inferiore ai 15 anni e relativa diagnosi virologica.



- Sorveglianza degli enterovirus circolanti anche nell'ambiente.

Il controllo della malattia si avvale di vaccini sicuri ed efficaci.

**In Italia**

L'Italia è polio free dal 1991: La vaccinazione con OPV (vaccino vivo Sabin) è stata condotta con successo per oltre trent'anni e nel 2002 è stata sostituita con vaccinazione IPV (vaccino Salk ucciso); la copertura vaccinale italiana supera il 95% dei bimbi sotto i due anni.

**In Sicilia:**

Non vi sono casi di polio da oltre trent'anni.

**Nei migranti in Sicilia:**

Non sono stati importati casi di polio negli ultimi 10 anni.

**Serbatoio:**

Soltanto l'uomo.

**Trasmissione:**

La trasmissione avviene attraverso contatto oro fecale tra ammalato e suscettibile, non sono note trasmissioni da alimenti o altra fonte comune.

**Periodo di incubazione:**

da una a due settimane.

**Contagiosità:**

La polio è altamente infettante: il virus viene eliminato a lungo con le feci, ma è anche presente nelle fauci degli ammalati per 3-6 settimane: solo in un caso ogni mille infettati il virus provoca la paralisi flaccida.

**Trattamento specifico:**

Il trattamento è solo sintomatico.

**Controllo della Malattia:**

La polio si previene con la vaccinazione di massa e con la continua sorveglianza delle paralisi flaccide.

**Isolamento:** il sospetto di polio deve essere ricoverato in ospedale in isolamento oro-fecale.

**Disinfezione o disinfestazione:** la disinfezione di feci ed effetti lettereschi è utile.

Ricerca di casi: la ricerca attiva di casi è necessaria quando viene confermato un primo caso, altrimenti la sorveglianza si fa sulla paralisi flaccida (AFP).

**Quando sospettare un caso di Poliomielite:**

Persona con paralisi flaccida di uno o più arti proveniente da paesi con epidemie o endemia di poliomielite (vedi sopra): in questo caso va allertato il centro di riferimento polio di Palermo.

**Protezione degli operatori:**

il rischio degli operatori italiani di contrarre la poliomielite è inesistente. Infatti tutti gli italiani sono vaccinati contro questo virus tanto che il Paese è dichiarato POLIO free. Questo non esclude la possibilità di importare casi di polio da paesi ove questa è epidemica.

**Rischio per la popolazione siciliana:** Il rischio di trasmissione di poliomielite della popolazione siciliana è uguale a zero. Infatti la copertura vaccinale dei bimbi di due anni supera il 95% e la sorveglianza della paralisi flaccida, anche nei siti che ospitano migranti ed anche quella ambientale sono attive e ben funzionanti.

Una speciale indagine su campioni di fognie dei siti ove sono ospitati i migranti è attiva da due anni



e fornisce costantemente risultati negativi per virus polio selvaggio, mentre è regolarmente in grado di identificare virus polio vaccinale Sabin eliminato da bambini immigrati recentemente vaccinati nei paesi d'origine.

#### **Vaccinazione di migranti provenienti da paesi con epidemie.**

Dopo il recente allarme OMS il Ministero della salute ha disposto, in recepimento delle direttive OMS, speciali azioni di profilassi anti polio per tutti i soggetti provenienti da paesi con epidemie di polio in atto:

Stati membri che attualmente stanno esportando poliovirus selvaggi:

Pakistan, Camerun e Repubblica Araba di Siria.

Stati affetti da poliovirus selvaggio in cui al momento non è documentata trasmissione internazionale:

Afghanistan, Guinea Equatoriale, Etiopia, Iraq, Israele, Somalia e Nigeria.

**Per i provenienti da questi paesi:** Vanno eseguite entro le 24 ore dall'arrivo le seguenti procedure: Per tutti: verifica dello stato vaccinale nei confronti della polio, che dovrà essere documentato da certificato di vaccinazione valido;

Per i bambini (0-14): a) Se il bambino non è mai stato vaccinato: andrà vaccinato seguendo il nostro vigente calendario regionale e nazionale, in rapporto all'età; b) Se il bambino è stato vaccinato regolarmente nel Paese d'origine e lo stato vaccinale è sufficientemente documentato: andrà seguito il nostro vigente calendario regionale e nazionale, per l'eventuale completamento del ciclo vaccinale primario e/o i richiami, senza necessariamente ricominciare da capo il ciclo vaccinale; c) Se la documentazione è insufficiente e lo stato vaccinale è dubbio: si dovranno somministrare ex novo i vaccini previsti dal nostro vigente calendario regionale e nazionale. Nel caso in cui sia prevista la permanenza del minore nel nostro Paese, il ciclo vaccinale dovrà essere completato come da vigente Calendario regionale e nazionale delle vaccinazioni;

Per gli adulti:

a) per i soggetti che dichiarino di non essere mai stati vaccinati: effettuazione della vaccinazione anti-polio (ciclo completo);

b) per i soggetti sprovvisti di adeguata documentazione e con stato vaccinale dubbio: somministrazione di almeno 1 dose di vaccino anti-polio.

c) Anche per i soggetti che hanno certificazione formale di vaccinazione anti polio con l'ultima dose somministrata più di tre mesi precedenti l'arrivo va offerta una dose di vaccino.

Ai soggetti quindi, adulti e bambini, provenienti dai 10 paesi elencati, che non hanno documentazione vaccinale, va offerta tempestivamente almeno una dose di vaccino antipolio (al momento IPV iniettabile).

#### **Ulteriori indicazioni di Sanità Pubblica**

a) registrare puntualmente tutte le vaccinazioni effettuate, sia nei bambini che negli adulti, prendendo nota oltre che dei dati anagrafici del soggetto vaccinato anche del tipo e del lotto di vaccino;

b) aggiornare la documentazione attestante lo stato vaccinale del soggetto, nei casi in cui sia stata esibita, o rilasciare un libretto vaccinale personale ex novo, se bambini (da dare ai genitori o tutori), o un certificato attestante l'avvenuta vaccinazione, se adulti. Nel libretto vaccinale e nel certificato di vaccinazione dovranno essere indicati tipo e lotto del vaccino somministrato;

c) segnalare gli eventuali eventi avversi a vaccinazione.

#### **Obbligo di Notifica**

La poliomielite è sottoposta ad obbligo di notifica internazionale.



## 21.10 Salmonellosi

Malattia batterica che provoca una malattia acuta non grave caratterizzata da febbre, diarrea, talvolta vomito e crampi addominali.

E' causata dalla Salmonella di cui esistono almeno 2500 tipi: le salmonelle colonizzano l'intestino umano molto spesso senza provocare malattia.

### Epidemiologia

#### Nel mondo

Le salmonellosi sono ubiquitarie, molto frequenti in tutti i paesi del Mondo, ma la loro reale incidenza è ampiamente sottostimata.

#### In Italia

Almeno 5000 casi notificati ogni anno, ma si stima che l'incidenza reale sia molto più alta.

#### In Sicilia

Nel triennio 2011-13 sono stati notificati in media 148 casi all'anno.

#### Nei migranti in Sicilia

Mediamente nel triennio 3 casi all'anno.

#### Serbatoio

Oltre l'uomo molte specie animali possono ospitare salmonelle, in Europa polli, maiali anatre cani e gatti sono abituali portatori di questo batterio,

#### Trasmissione:

La salmonellosi si trasmette per via oro fecale ; negli adulti quasi esclusivamente con l'ingestione di alimenti contaminati, alimenti ove il batterio ha avuto la possibilità di moltiplicarsi fino a raggiungere una concentrazione sufficiente a costruire dosi infettanti di alimento al consumatore.

Tra bambini la salmonella si può anche trasmettere col contatto diretto bimbo a bimbo.

#### Periodo di incubazione:

Da 12 a 48 ore dopo l'ingestione di alimento infetto.

#### Contagiosità:

Il paziente adulto con salmonella non trasmette l'infezione ai suoi contatti, tantomeno agli operatori sanitari, mentre il bambino può trasmettere l'infezione ad altri bambini e, molto raramente anche agli adulti, sempre per via oro fecale. Il trattamento antibiotico elimina la contagiosità in poche ore.

#### Trattamento specifico:

antibioticoterapia appropriata e reidratazione.

#### Controllo della Malattia:

**Isolamento:** non è né utile né necessario alcun isolamento.

**Disinfezione o disinfestazione:** Utile la disinfezione delle feci e dei vomiti.

**Ricerca di casi:** utile la ricerca di casi potenzialmente esposti alla stessa fonte infettante del caso indice: non è indicata alcuna profilassi farmacologica.

**Protezione degli operatori:** non è indicata alcuna specifica protezione degli operatori sanitari oltre alle comuni regole di igiene personale, in particolare il frequente lavaggio delle mani e l'uso di guanti a perdere; l'adozione di mascherine facciali è una pratica inefficace.

Il personale ospedaliero e dei nidi di infanzia che manipoli bambini o alimenti deve usare appropriatamente guanti a perdere e le opportune misure di igiene del contatto oro fecale.



**Obbligo di Notifica**

La salmonellosi ha obbligo di notifica ed è sottoposta a specifica sorveglianza microbiologica.

**21.11 Scabbia**

Malattia provocata da un insetto: Acaro (*Sarcoptes Scabiei*) che scava gallerie nella cute ove deposita le uova, malattia a diffusione universale. Lesioni cutanee sono frequenti sulla mani (tra le dita) sull'addome, collo natiche: lesioni pruriginose, crostose e dolenti. Malattia benigna rapidamente curabile.

**Nel Mondo**

Malattia universale, preferisce ambienti a scarsa condizione igienica.

**In Italia**

In Italia è diffusa: 1636 i casi notificati nel 2011, ma molti casi, non ospedalizzati, sfuggono alla notifica.

**In Sicilia**

Una media di 108 casi annuali notificati nel 2011-2013.

**Nei migranti in Sicilia**

2 casi annuali in media tra gli immigrati nel triennio; 2 immigrati ricoverati per scabbia nel 2012; dati che sottostimano l'incidenza; informazioni aneddotiche riferiscono numerosi casi di scabbia.

**Serbatoio unico è l'Uomo.****Trasmissione:**

L'unica trasmissione è con contatto diretto e prolungato tra persona infetta e persona suscettibile: il contatto deve essere intimo e prolungato per permettere agli acari di trasferirsi sulla persona suscettibile e colonizzarne la pelle: i contatti intrafamiliari la condivisione del letto e quelli sessuali sono le forme più frequenti di trasmissione: il contatto con vestiti o effetti lettereci di persone infette non è efficace. La corretta igiene delle mani riduce il rischio di contagio.

La scabbia NON SI TRASMETTE con una stretta di mano, né con contatti occasionale con persone infette: infatti i contatti di operatori sanitari, medici, infermieri, personale d'assistenza con pazienti con scabbia non ha, negli ultimi anni, mai portato ad un infezione di questo personale.

I guanti a perdere NON sono necessari per evitare un rischio scabbia dagli immigranti oggi in Europa.

**Periodo di incubazione:**

Ci vogliono almeno 2 settimane per sviluppare la scabbia ma talvolta fino a 6 settimane.

**Contagiosità:**

La scabbia è contagiosa fino al trattamento specifico: abitualmente un solo trattamento è sufficiente a distruggere acari ed uova e fermare la contagiosità.

**Trattamento specifico:**

Una sola applicazione di specifici antiscabiosi è sufficiente. In meno del 5% dei pazienti è necessario ripetere il trattamento dopo una settimana.

**Controllo della Malattia:**

Isolamento: non è né utile né necessario alcun isolamento.

**Disinfezione o disinfestazione:** non sono né indicate né necessarie; il cambio ed il lavaggio dei vestiti dell'ammalato è indispensabile dopo il trattamento. Gli effetti lettereci prima di un eventuale utilizzo, devono essere adeguatamente lavati e trattati (chiusura in un sacco nero per almeno sette giorni, e lavaggio successivo ad almeno 60°). Il costante lavaggio igienico con i comuni saponi è pratica efficace a ridurre il rischio di contagio.



**Ricerca di casi:** E' utile la visita cutanea dei familiari e dei contatti stretti dei casi: molto spesso si osservano contagi intra-familiari e tra persone che hanno rapporti sessuali: il trattamento profilattico antiscabbia di contatti intimi di casi è indicato.

**Quando sospettare un caso di scabbia:**

Un soggetto con prurito fastidioso sulla pelle, specialmente sulle mani e nella zona ventrale che abbia visibili lesioni cutanee con piccole croste.

**Protezione degli operatori:**

Gli operatori a contatto con pazienti scabiosi NON hanno rischio di contagio, per questo non sono indicate mascherine facciali nè guanti a perdere: il frequente lavaggio delle mani con sapone è pratica utile a ridurre molti rischi di contagio infettivo ben più efficace dell'uso comune di guanti a perdere.

**Obbligo di Notifica:**

La scabbia è soggetta ad obbligo di notifica.

## 21.12 Tubercolosi

Malattia causata da micro batteri: oltre 1,5 milioni di morti ogni anno. Generalmente una infezione polmonare cronica che può evolvere in numerose complicanze. L'infezione iniziale è generalmente latente con microlesioni polmonari: meno del 10% di queste persone svilupperanno la malattia durante la vita, ma tutti saranno positivi ai test della tubercolina. Tra questo 10% la metà svilupperà la malattia nei due anni seguenti. Il trattamento appropriato riduce molto rapidamente l'infezione.

### Epidemiologia

**Nel mondo**

Ogni anno abbiamo nel mondo quasi 10 milioni di nuove infezioni, oltre 1,5 milioni di morti ogni anno.

**In Italia**

Nel 2011 sono stati notificati 4453 casi di TBC, di questi 3360 polmonari: la metà dei casi di TBC è stata in soggetti nati fuori dall'Italia. Il rapporto nazionale TBC 2011 (sito Minsal.it) testimonia l'assenza di una introduzione epidemica di TBC da paesi extracomunitari. Ceppi di Micobatteri resistenti alla terapia sono stati identificati in Italia, ma in misura molto minore che in altri paesi Europei.

**In Sicilia**

205 casi in media notificati nel triennio 2011-2013 Un'incidenza di annua di 4,1 casi per centomila abitanti, inferiore a quella nazionale di 5,2 casi per centomila.

**Nei migranti in Sicilia**

16 i casi di nuova TB notificati in media nel triennio, mentre sono stati 86 i ricoverati per TB polmonare e 12 per TB extrapolmonare nel 2012, includendo anche le forme pr

egresse l'arrivo in Italia.

Serbatoio

Prevalentemente l'uomo, M. Bovis è prevalente nelle mucche.

**Trasmissione:**

L'esposizione a bacilli tubercolari sospesi nelle goccioline di vapore acqueo emesso per via respiratoria dagli infetti, in particolare durante emissione forzata di aria come per la tosse.

**Periodo di incubazione:**

Da due a dieci settimane dall'infezione è possibile dimostrare un aumento degli anticorpi specifici, mentre la malattia clinica sviluppa circa due anni dopo il contagio; nei bambini l'infezione latente



può avvenire in un tempo molto più breve.

**Contagiosità:**

la tubercolosi è contagiosa soltanto quando il paziente ha una lesione cavitaria polmonare aperta al tronco bronchiale in fase acuta non trattata. Il contagio dipende dalla frequenza e dall'intimità dei contatti e non è efficace con una esposizione occasionale ad una persona infettante, infatti la maggioranza dei contatti è intrafamiliare o all'interno di comunità limitate.

**Trattamento specifico:**

Il trattamento specifico esaurisce la contagiosità nelle prime 48 ore. La popolazione adulta italiana, di fatto non è sensibile ad un contagio occasionale di tubercolosi.

**Controllo della Malattia:**

La prevenzione migliore della tubercolosi è la pronta diagnosi e il trattamento: in una settimana il paziente può eliminare la sua contagiosità.

**Isolamento:**

utile l'isolamento respiratorio fino all'assenza di presenza di micro bacilli nello sputo (in genere da due a quattro giorni di trattamento).

**Disinfezione o disinfestazione:**

non sono dimostrate efficaci nel controllo della tubercolosi.

**Ricerca di casi:**

utile la ricerca di casi con contatti familiari e di comunità.

**Quando sospettare un caso di Tubercolosi:**

Un soggetto con tosse toracica insistente, febbricola ed astenia permanenti da almeno tre settimane: illuminante la dichiarazione di presenza di casi analoghi nella sua famiglia o comunità.

Non è consigliato né efficace lo screening di soggetti sani e di migranti con test della tubercolina Mantoux o con saggi di anticorpi IGRA: infatti questi screenings, abbandonati da oltre vent'anni nel nostro paese, ci dicono soltanto la storia di contatto dell'individuo col microbatterio. A nulla servono per modificare il rischio di contagio; anche la popolazione italiana adulta è in gran parte positiva al test per la Mantoux, ma questo più che segnale di rischio è segno di protezione verso questa malattia.

**Protezione degli operatori:**

La popolazione migrante è abitualmente selezionata per stato di buona salute, tuttavia in alcuni dei Paesi di origine, la tubercolosi ha un'alta prevalenza ed incidenza e possono esserci numerosi casi non sottoposti ad adeguato trattamento. Vi sono paesi (sostanzialmente nell'Africa centrale) in cui l'incidenza di infezioni può arrivare fino a un caso per mille abitanti in un anno. Assumendo che la metà di questi pazienti riceve il trattamento adeguato, potremmo ipotizzare la presenza di una persona ogni 2.000 con una nuova infezione tubercolare non trattata. Nella peggiore delle ipotesi quindi, assumendo che la metà delle persone immigranti in Sicilia, proviene da zone africane con questa altissima incidenza (mentre l'altra metà proviene dall'oriente ove l'incidenza è 10 volte più bassa), avremo ogni anno un rischio di entrata di un immigrato dall'Africa con tubercolosi attiva non trattata di uno ogni duemila africani, mentre dall'est avremo un caso ogni ventimila immigrati. Se arrivassero in Sicilia quindi centomila immigrati all'anno, ugualmente divisi tra Africa ed est, avremo un'importazione di 2,5 casi di TB contagiosa dall'est e di 25 casi di TB contagiosa dall'Africa per un totale di 27,5 casi di TB contagiosa all'anno (poco più di due al mese).

Tenendo conto che la popolazione italiana è fortemente immunizzata contro la tubercolosi per precedente esposizione e che il contagio avviene soltanto tramite un contatto intimo e prolungato, ne consegue che il rischio di contagio degli operatori a contatto con la popolazione migrante è molto, molto basso.

La vaccinazione antitubercolare una volta molto praticata e tuttora in auge in alcuni paesi in via di



REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

sviluppo, è universalmente riconosciuta inefficace con i vaccini attualmente disponibili.

L'adozione di mascherine facciali e di guanti a perdere deve essere riservata al personale dei reparti ospedalieri di isolamento TB, mentre il lavaggio delle mani è costantemente pratica utile per ridurre qualsiasi rischio di contagio.

**Rischio per la popolazione siciliana:**

tenendo conto che meno del 10% dei casi di tubercolosi di qualsiasi tipo notificati in Sicilia è in soggetti immigrati (STP) e mantenendo le assunzioni del precedente paragrafo, appare evidente come il rischio dell'aumento del contagio TB attribuibile ai nuovi ingressi in Sicilia da zone ad alta endemia è altresì estremamente basso.

**Obbligo di Notifica**

La tubercolosi è sottoposta ad obbligo di notifica.



## **22. Altre condizioni cliniche emergenziali non a carattere infettivo**

- 22.1.....Soggetto in Ipotermia e/o Assideramento**
- 22.2.....Congelamento**
- 22.3.....Assideramento (o ipotermia)**
- 22.4.....Prevenzione e primo soccorso**
- 22.5.....Colpo di Calore e Colpo di Sole**
- 22.6.....Colpo di calore**
- 22.7.....Collasso da calore**
- 22.8.....Colpo di sole**
- 22.9.....Ustioni Chimiche (ustioni da idrocarburi)**

## 22.1 Soggetto in Ipotermia e/o Assideramento - premessa

Con il termine ipotermia s'intende la diminuzione della temperatura corporea al di sotto dei 35°C. Tale condizione, assolutamente reversibile e recuperabile, può precipitare fino all'assideramento, che si verifica quando la temperatura corporea scende al di sotto dei 24-26°C; in questo caso la funzionalità del centro respiratorio viene irreversibilmente compromessa e non vi è alcuna possibilità di recupero.

La temperatura corporea può scendere al di sotto dei valori normali per le più svariate cause:

Il corpo si difende dall'ipotermia attraverso la vasocostrizione, un meccanismo volto a ridurre la quantità di sangue che scorre negli strati superficiali del corpo, per limitare la cessione di calore all'ambiente esterno ed assicurare allo stesso tempo un maggior sostegno agli organi vitali. Come conseguenza a questa reazione immediata al raffreddamento si ha comparsa di pallore diffuso della cute, che si presenta fredda al tatto. Nel tentativo di generare calore, i muscoli si contraggono e si rilasciano rapidamente ed involontariamente dando origine ai caratteristici brividi.

L'aggravarsi o il perdurare dell'ipotermia, che si manifesta più facilmente nelle persone anziane, nei bambini e nei soggetti particolarmente debilitati, si associa alla comparsa di scoordinamento muscolare, rigidità e difficoltà di parola. La attività psicosensoriali si alterano, i tremori avvengono ad ondate irregolari fino all'interruzione, la pressione arteriosa cala drasticamente, il polso ed il respiro rallentano fino alla perdita di conoscenza.

## 22.2 Congelamento

E' il raffreddamento localizzato di alcune parti del corpo dovute all'esposizione a basse temperature. In genere sono colpite le estremità, quali le dita (delle mani e dei piedi), la punta del naso, le guance e le orecchie.

### Sintomi

#### Fase iniziale

- lieve dolore iniziale che scompare, assieme alla sensibilità;
- sensazione di formicolio della parte interessata;
- possibile gonfiore e indurimento;
- cute leggermente pallida.

#### Fasi avanzate

Se non trattato precocemente, il congelamento porta ad un progressivo arresto della circolazione del sangue nella parte colpita, assenza completa di sensibilità, la pelle è cianotica, si formano delle bolle (prima sierose poi emorragiche) e si avvertono dolori molto intensi. L'ultimo grado di congelamento porta al blocco della circolazione nella parte interessata, si hanno fenomeni necrotici nei tessuti, fino alla perdita della parte.

#### Trattamenti

- portare il soggetto in un ambiente riscaldato, o proteggerlo da vento e umidità;
- rimuovere ogni ostacolo alla circolazione sanguigna;
- togliere gli indumenti bagnati;
- asciugare la parte con delicatezza;
- riscaldare le parti in acqua con temperatura tra i 35 e i 40°C;
- in mancanza d'acqua riscaldare con indumenti o con le mani senza strofinare;
- provvedere al ricovero in ospedale.



**Da evitare**

- la frizione con le mani;
- il riscaldamento con fonti di calore secco (fuoco, stufa, ecc.);
- la perforazione delle bolle;
- la somministrazione di bevande alcoliche;

**22.3 Assideramento (o ipotermia)**

E' il raffreddamento di tutto il corpo (sotto i 35°C) dovuto all'esposizione prolungata a basse temperature. Vi è diminuzione della temperatura corporea (3°C ogni ora), da cui deriva una progressiva e marcata riduzione delle funzioni vitali.

**Sintomi****Fase iniziale**

- accentuato pallore del viso e del corpo;
- presenza di brividi e agitazione;
- polso accelerato e respiro rapido;
- dolori articolari e muscolari.

**Seconda fase**

- difficoltà o scarsa coordinazione nei movimenti;
- stato di confusione o sonnolenza;
- polso aritmico e respiro rallentato;
- rigidità muscolare.

**Fasi avanzate**

Se l'esposizione al freddo continua e la temperatura corporea scende al di sotto dei 30°C si verifica uno stato di incoscienza e le funzioni vitali sono estremamente rallentate, che via via peggiorano fino alla completa assenza e all'arresto cardiaco.

**Trattamenti**

- portare il soggetto in un ambiente riscaldato, o riparato da vento e umidità (spostarlo sempre con movimenti lenti e mantenerlo in posizione orizzontale);
- sostituire gli indumenti bagnati con altri asciutti e caldi;
- somministrare bevande calde;
- somministrare ossigeno;
- provvedere al ricovero in ospedale.

**Da evitare**

- l'innalzamento della temperatura troppo rapido;
- la somministrazione di bevande alcoliche;
- i massaggi alle estremità.



## 22.4 Prevenzione e primo soccorso

La capacità del corpo umano di reagire contro il freddo è minore per anziani e bambini ed è diminuita dall'alcool, dalla droga, dal diabete mellito e dalle malattie cardiovascolari. Per questo motivo sono da evitare alcool, ma anche tabacco e caffè; solo se il paziente è cosciente si potranno eventualmente somministrare bevande zuccherate in piccola quantità.

Come misura preventiva è utile una dieta ricca di alimenti energetici e facilmente digeribili (come le classiche barrette a base di cereali, miele e frutta secca).

Nella scelta dell'abbigliamento idoneo a prevenire le ipotermie si consideri che in ambienti umidi o quando il corpo è immerso in acqua, la sottrazione di calore è più rapida e marcata.

In presenza di ipotermia, occorre sdraiare l'infortunato e verificare i parametri vitali (stato di coscienza, respiro, battito cardiaco e segni di circolo). Si deve procedere immediatamente a togliere gli indumenti bagnati avvolgendo il corpo, la testa ed il collo, ma senza coprire il volto, con coperte ed indumenti asciutti. Se possibile, il soggetto andrà trasportato in un ambiente riscaldato ma non troppo, al riparo dal vento: non strofinare né massaggiare il soggetto; vietati anche i bagni caldi e l'esposizione diretta a fonti di calore (un riscaldamento corporeo troppo rapido può provocare improvvise aritmie cardiache, specialmente nelle persone che già soffrono di disturbi cardiovascolari). E' possibile trasmettere calore al soggetto colpito da ipotermia anche dividendo con esso il proprio tepore corporeo, per esempio sdraiandosi insieme in un letto o in un sacco a pelo caldo.

## 22.5 Colpo di Calore e Colpo di Sole - premessa

L'organismo umano è dotato di un complesso sistema di termoregolazione che permette entro certi limiti l'adattamento alle variazioni della temperatura ambientale. Il processo di acclimatazione richiede tuttavia un certo periodo di tempo per realizzarsi (da pochi giorni ad alcune settimane). Il colpo di calore e il collasso da calore sono le condizioni patologiche che si determinano per l'incapacità del nostro organismo a rispondere in modo adeguato alle variazioni ambientali. Queste sindromi non sono legate necessariamente all'esposizione al sole, potendosi manifestare anche in ambiente chiuso, ma sono provocate da condizioni ambientali di elevata temperatura esterna, ridotta ventilazione e soprattutto elevata umidità relativa, che non consente all'organismo un'adeguata dispersione del calore corporeo attraverso la sudorazione. Il colpo di calore è un disturbo causato da una temperatura troppo alta, associata ad un elevato tasso di umidità e alla mancanza di ventilazione, a cui l'organismo non riesce ad adattarsi. Il collasso da calore, invece, si verifica in seguito ad un'eccessiva perdita di acqua e sali, tale da determinare una vera e propria disidratazione. Le persone più frequentemente colpite dalle malattie da calore sono quelle non abituate al caldo. Più raro rispetto al colpo di calore e al collasso da calore è il colpo di sole, che si può manifestare in seguito a un'eccessiva (diretta e prolungata) esposizione ai raggi solari. Il primo segnale del disturbo è un malessere generale e improvviso a cui seguono mal di testa, sensazione di vertigine, nausea, scarsa sudorazione. La temperatura corporea si alza, mentre la pelle appare secca e molto arrossata. La causa determinante non è, come nel colpo di calore, l'alta temperatura, ma l'azione dei raggi solari e le radiazioni infrarosse e ultraviolette sul capo.

## 22.6 Colpo di calore

È la più seria malattia da calore e si determina per l'inefficienza dei meccanismi della termoregolazione, a cui segue una produzione di calore che eccede quello disperso. In altre parole si tratta di un disturbo causato da una temperatura troppo alta, associata ad un elevato tasso di umidità e alla mancanza di ventilazione, a cui l'organismo non riesce ad adattarsi. Può manifestarsi anche in un ambiente chiuso oppure in un luogo dove non batte direttamente il sole.

### I sintomi più comuni sono:

- alta temperatura corporea (41-43°C);
- pelle calda e secca al tatto (la sudorazione è assente nel 50 per cento dei casi);
- vertigini, mal di testa, agitazione, aggressività, allucinazioni che possono precedere la perdita di coscienza.



Il viso diventa bluastro, il respiro è accelerato, il cuore batte disordinatamente e la pupilla appare dilatata. La pressione può abbassarsi a tal punto da portare allo svenimento.

**Cosa fare**

È necessario trasportare subito la persona in un luogo fresco, ombroso e possibilmente ventilato. Va quindi sdraiata sulla schiena con le gambe sollevate. Per abbassare la temperatura è necessario:

- eliminare gli abiti;
- immergere la persona in acqua fredda massaggiando la pelle e le estremità oppure esporre la persona a un ventilatore (o ad un asciugacapelli) strofinando contemporaneamente la pelle con una soluzione salina alcolica ghiacciata;
- portare il colpito in ospedale il più rapidamente possibile.

Se non si ha la possibilità di immergere completamente la persona in acqua fredda, con un asciugamano o un panno imbevuti di acqua fredda è necessario tamponare più volte il corpo del colpito allo scopo di far scendere la temperatura. Ogni volta che l'asciugamano diventa tiepido va nuovamente immerso in acqua fredda. Se possibile, è bene anche mettere una borsa di ghiaccio sulla testa.

La temperatura corporea va tenuta costantemente sotto controllo: se scende al di sotto dei 38 gradi è bene sospendere gli impacchi e asciugare la persona. Se la temperatura risale, invece, è necessario riprendere l'operazione di raffreddamento.

È bene controllare frequentemente le persone a rischio, soprattutto i bambini e gli anziani, e accertarsi che stiano in ambienti freschi ed assumano una quantità idonea di liquidi.

**Prevenzione**

Ci sono alcuni consigli che possono essere seguiti per una giusta prevenzione:

- limitare l'attività fisica nelle ore più calde della giornata;
- programmare un periodo di acclimatazione che preveda un aumento graduale dell'attività fisica, tenendo presente che una perfetta acclimatazione si realizza nel corso di qualche settimana;
- equipaggiarsi in modo appropriato: in ambienti caldo-umidi indossare abiti larghi e leggeri di colore chiaro; gli indumenti sudati vanno sempre sostituiti con altri asciutti;
- bere abbondantemente prima e durante gli sforzi; le bevande devono reintegrare anche le perdite di sali e vanno quindi addizionate con sale da cucina (cloruro di sodio).

## 22.7 Collasso da calore

Si verifica in seguito ad un'eccessiva perdita di acqua e sali, tale da determinare una vera e propria disidratazione: è il collasso da calore o sincope da caldo. Questa perdita può essere complicata dalla presenza di diarrea, evento piuttosto frequente all'inizio di un viaggio in un paese tropicale. Il collasso da calore può essere la conseguenza o di un'esposizione ad una temperatura ambientale eccessiva o di uno sforzo fisico intenso e prolungato in clima temperato.

**Sintomi**

I sintomi più comuni sono:

- sudorazione abbondante;
- debolezza estrema;
- nausea e vomito (quest'ultimo aggrava la disidratazione);
- pressione bassa;
- aumento dei battiti cardiaci (il polso è rapido e sottile);
- respirazione rapida.



- temperatura corporea normale o leggermente aumentata;
- La pelle si presenta piuttosto umida e abbastanza fresca, quindi non secca e calda come nel colpo di calore.

**Cosa fare**

Il collasso da calore va trattato tenendo soprattutto conto delle serie perdite di sali e di liquidi che si hanno nell'organismo, perdite che vanno sollecitamente reintegrate. La prima cosa da fare in caso di collasso da calore, quindi, è distendere il soggetto in un luogo fresco e tenerlo a riposo. Vanno poi somministrati liquidi salati: un cucchiaino da tè colmo di sale e due cucchiaini di zucchero in un litro d'acqua.

## 22.8 Colpo di sole

Il colpo di sole si può manifestare in seguito a un'eccessiva (diretta e prolungata) esposizione ai raggi solari. Le persone con la pelle chiara sono più vulnerabili a questo problema. Il primo segnale del disturbo è un malessere generale e improvviso a cui seguono mal di testa, sensazione di vertigine, nausea, scarsa sudorazione. La temperatura corporea si alza, la pelle appare secca e molto arrossata. La causa determinante non è, come nel colpo di calore, l'alta temperatura, ma l'azione dei raggi solari, le radiazioni infrarosse e ultraviolette sul capo.

**Sintomi**

I sintomi più comuni del colpo di sole sono:

- eritema diffuso alle parti esposte al sole con formazione di bolle;
- nei casi più gravi compaiono eruzioni pruriginose o brucianti;
- gli occhi sono arrossati, la lacrimazione è abbondante e spesso la luce provoca senso di fastidio;
- la pelle è calda e sudaticcia e talvolta può comparire la febbre.

Il soggetto colpito avverte profondo malessere a volte accompagnato da nausea, vertigini e intorpidimento mentale.

**Cosa fare**

Le prime misure da prendere sono:

- portare la persona colpita in un ambiente fresco, ombreggiato e ventilato e farla sdraiare a terra a pancia in su, tenendole le gambe sollevate rispetto al resto del corpo;
- per abbassare la temperatura del corpo si può immergere un lenzuolo o un grande asciugamano in acqua fredda e poi avvolgerci la persona per farle sentire un immediato benessere. Se è possibile, è ancora meglio riempire una vasca d'acqua fredda e farvi distendere il colpito. È consigliabile anche una borsa di ghiaccio alle ascelle e alla testa. Se dopo circa mezz'ora di "raffreddamento" la temperatura non scende, è assolutamente necessario trasportare il soggetto in ambiente ospedaliero. Solo successivamente vanno curate le lesioni della pelle con creme o spray anti-eritema a base di idrocortisone.

Trasferire il paziente con urgenza in un Centro di Cura se il colpo di sole è accompagnato da sintomi più seri, per esempio:

- ustione;
- febbre alta;
- cefalea.



## 22.9 Ustioni Chimiche (ustioni da idrocarburi)

### Il primo intervento

Le ustioni chimiche sono una causa di lesioni cutanee non molto frequente, tuttavia gli esiti locali e sistemici sono potenzialmente temibili. Non sempre le conoscenze degli operatori si dimostrano pronte per garantire un'assistenza basata sulle migliori evidenze scientifiche.

Le ustioni chimiche rappresentano un tema "di nicchia" nell'ambito generale delle conoscenze del wound care, ma anche nel capitolo più specifico del trattamento delle ustioni in generale. La stessa definizione di ustione chimica è riduttiva, ma la si manterrà per facilità di comunicazione. Sarebbe preferibile parlare di esposizioni tossiche, in quanto le sostanze chimiche non provocano solo ustioni, ma anche danni sistemici talora poco noti.

È scontato che un trattamento corretto evita o limita danni cutanei e sistemici conosciuti, in quanto le proprietà o la fisiopatologia sono spesso completamente sconosciute.

### Cenni di primo soccorso

La potenza, la concentrazione dell'agente tossico e la durata del contatto sono gli elementi che determinano il grado di distruzione dei tessuti. È fondamentale che il trattamento inizi immediatamente. Nella grande maggioranza dei casi, la gestione delle ustioni chimiche consiste delle fasi generali seguenti:

- Assicurare la protezione dei soccorritori e gli operatori sanitari potenzialmente coinvolti dall'esposizione alla sostanza chimica durante l'assistenza. Il livello di protezione varia a seconda del tipo di sostanza e della sua pericolosità.
- Allontanare il paziente dalla zona di esposizione.
- Rimuovere tutti gli indumenti, le calzature, i monili e i gioielli.
- Rimuovere le sostanze chimiche secche dal paziente spazzolandole: qualsiasi strumento adatto può essere utilizzato (per esempio, un pennello asciutto, un asciugamano). La rimozione completa della sostanza chimica tossica è essenziale. Il danno tissutale continua finché la sostanza rimane in contatto con la pelle. Inoltre, la distruzione dell'epidermide consente alla sostanza chimica di raggiungere il derma, che è più permeabile alle tossine chimiche e può permettere l'assorbimento sistemico.
- Iniziare l'irrigazione con abbondante acqua subito sul luogo dell'esposizione. L'irrigazione con acqua va proseguita anche dopo l'arrivo al pronto soccorso. L'irrigazione si inizia nel sito di contaminazione (gli occhi e la faccia hanno la precedenza se coinvolti) e riguarda anche le zone adiacenti della superficie contaminata dal prodotto chimico. Alcuni esperti suggeriscono di pulire la zona esposta con sapone seguito da una leggera irrigazione con acqua.

### La valutazione delle ustioni chimiche

Le ustioni chimiche possono essere difficili da valutare e ustioni apparentemente superficiali possono essere associate a gravi lesioni dei tessuti profondi. Come risultato, l'entità della lesione è spesso sottovalutata, portando a irrigazione insufficiente. Per evitare tali errori, si consiglia di peccare in eccesso e di irrigare con abbondante acqua. Il riesame frequente del paziente e di tutte le lesioni deve essere eseguito con qualsiasi ustione chimica.

### Tossicità sistemica

I prodotti chimici tossici assorbiti attraverso la pelle possono causare tossicità sistemica e i vapori chimici per via inalatoria possono causare sia tossicità sistemica che danno polmonare.

### Il trattamento delle ustioni chimiche

Le ustioni chimiche sono diverse dalle ustioni termiche, nel senso che continuano a causare danni finché qualche componente attivo della sostanza chimica è presente nella ferita. Le ustioni chimiche hanno un ritardo di guarigione elevato e generalmente richiedono un periodo di ospedalizzazione che è il 30 per cento più lungo di quello necessario a una ustione termica di superficie comparabile e



di profondità simile.

Oltre all'importanza della decontaminazione immediata già ricordata inizialmente, all'irrigazione prolungata, i principi di gestione per le ustioni chimiche sono simili a quelli da danno termico. Questi includono la rapida valutazione delle vie aeree, il ripristino dei fluidi, la profilassi antitetanica, e il controllo del dolore. Come tutte le ustioni, le ustioni chimiche su una vasta area di superficie corporea possono portare a significativi spostamenti di liquidi che richiedono un trattamento aggressivo con la somministrazione di liquidi per via endovenosa.

### **L'irrigazione della pelle**

Un'abbondante irrigazione con acqua diluisce e rimuove la grande maggioranza dei prodotti chimici (un detto comune è: "la soluzione è la diluizione").

Quando avviata sul campo, l'irrigazione con acqua riduce la gravità dell'ustione e la durata del ricovero. L'irrigazione tempestiva rappresenta anche l'evento fondamentale per le ustioni chimiche della pelle e degli occhi, riducendo il rischio di una congiuntivite prolungata e l'ulcerazione della cornea.

L'acqua utilizzata per l'irrigazione deve essere moderatamente calda e in quantità elevate, ma a bassa pressione. Le irrigazioni ad alta pressione devono essere evitate perché possono generare schizzi di sostanze chimiche su altre zone non ustionate e/o essere spinte negli strati profondi dei tessuti. Durante la stagione fredda, è necessaria acqua più calda per evitare l'ipotermia, anche se il rischio di ipotermia associata allo shock deve essere sempre tenuto presente specie nei bambini e negli anziani. Può essere utilizzata una doccia, una gomma per irrigazione o un tubo flessibile. L'irrigazione deve iniziare dal sito della contaminazione dando la precedenza agli occhi e il viso, se sono interessati o adiacenti alla zona esposta. La decontaminazione del volto preserva un'ulteriore inalazione o ingestione della sostanza chimica.

Nell'eseguire la decontaminazione devono essere fatti ragionevoli sforzi per contenere il danno ambientale conseguente allo spargimento dei liquidi diluiti. Ovviamente se l'ustione è limitata e il liquido di lavaggio abbondante, la decontaminazione non costituisce una minaccia ambientale o quantomeno questa è limitata. In alcune situazioni possono essere necessarie unità di decontaminazione con equipaggiamenti ed accessori per gestire il deflusso di irrigazione, che può essere raccolto e smaltito in modo sicuro per l'ambiente.

### **Come e quando va fatta l'irrigazione**

Mancano prove di efficacia relative ai metodi e alla durata dell'irrigazione. Per ustioni della pelle provocate da acidi, suggeriamo un'irrigazione continua acqua fino a quando il pH di ogni tessuto esposto diventa neutro.

Purtroppo una corretta misurazione del pH avviene con il piaccametro, strumento semplice, ma poco diffuso se non in ambito di ricerca. Non sono noti altri sistemi validi di rilevazione. L'utilizzo di sistemi semplici come cartine al tornasole o stick urinari per la misurazione del pH delle ustioni chimiche potrebbe essere un argomento di ricerca clinica. In assenza di strumenti di misurazione del pH delle ustioni conseguenti ad acidi si consigliano almeno 15 minuti di irrigazione continua, ripetuti a breve distanza da una successiva irrigazione.

Per le ustioni della pelle da alcali, si consiglia lo stesso approccio, ma è necessario un periodo molto più lungo di irrigazione. In presenza di alcali forti sono necessarie due ore o più di irrigazione continua prima che il pH dei tessuti esposti diventi neutro. È preferibile misurare il pH circa 10-15 minuti dopo la fine dell'irrigazione per garantire che la misurazione rifletta accuratamente la presenza di qualsiasi residuo chimico piuttosto che non sia influenzata dall'acqua utilizzata per l'irrigazione. La neutralizzazione delle ustioni da alcali utilizzando un acido debole, come ad esempio il 5 per cento di acido acetico (aceto), può essere un trattamento utile, ma sono necessarie successive ricerche in quanto le prove attuali si basano su studi di laboratorio.



**Le ustioni da idrocarburi**

Gli idrocarburi sono onnipresenti nella vita quotidiana. Essi possono essere reperiti in una vasta gamma di prodotti per di pulizia domestica, solventi e prodotti chimici, oltre che per le automobili. Il contatto con benzina e altri idrocarburi può causare dermatiti, prurito e infiammazione. Le ustioni significative con tossicità sistemica possono verificarsi soprattutto nel contesto di traumi, infortuni sul lavoro o incidenti automobilistici. Gli idrocarburi provocano lesioni della membrana cellulare e la dissoluzione dei lipidi; in caso di esposizione prolungata l'ustione si manifesta con necrosi cutanea.

La maggior parte delle ustioni sono a spessore superficiale o parziale. Tuttavia l'esposizione prolungata può provocare ustioni a pieno spessore. Una volta che il danno alla pelle si è verificato, gli idrocarburi sono facilmente assorbiti. Ciò può provocare tossicità sistemica, inclusa tossicità polmonare grave, danni neurologici, renali, cardiovascolari e lesioni gastrointestinali. Il trattamento dell'esposizione cutanea consiste nella rimozione immediata dal luogo dell'accaduto e nell'irrigazione con abbondante acqua.

## 23. Assistenza ai cittadini stranieri extracomunitari

La Regione Siciliana con D.A. 2183 del 17/10/2012, ha emanato le "Linee guida per l'assistenza sanitaria ai cittadini stranieri extracomunitari e comunitari della Regione Siciliana".

L'assistenza ai predetti cittadini viene erogata attraverso la "Rete Assistenziale Regionale Stranieri" che, in un processo di integrazione territorio/ospedale, prevede:

il "punto assistenza stranieri", ubicato all'interno degli sportelli di accesso alle cure primarie atto all'accoglienza/orientamento;

gli "ambulatori dedicati", atti alle cure di 1° livello;

i "servizi di accoglienza attiva", atti alle cure di 2° livello.

**Gli stranieri extracomunitari irregolari e i comunitari non iscrivibili al SSN** accedono per le cure di 1° livello e specialistiche direttamente agli "ambulatori dedicati", previo rilascio, da parte delle Aziende Sanitarie siciliane e IRCCC, rispettivamente del codice STP ed ENI.

Gli "ambulatori dedicati" allocati nel territorio siciliano, almeno uno per ogni distretto, (vedi tabella) fanno capo alle Aziende Sanitarie Provinciali mentre i "Servizi di accoglienza attiva" afferiscono alle Aziende Ospedaliere e/o Universitarie.

### 23.1 Minori

Con D.A. 326/14 "Assistenza sanitaria stranieri - Procedure iscrizione al Servizio Sanitario Regionale dei minori stranieri extracomunitari o comunitari possessori rispettivamente dei codici STP ed ENI" vengono delineate le procedure operative utili ad applicare quanto previsto dall'accordo sancito dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento nazionale: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province Autonome Italiane", e recepito dalla Regione siciliana con D.A. 26/09/2013.

In particolare viene sancita *l'iscrizione obbligatoria al SSR per i minori stranieri presenti sul territorio "a prescindere dal possesso del permesso di soggiorno"*. I minori fino al 14° anno di età vengono pertanto iscritti ai pediatri di libera scelta (PLS), che attuano gli stessi interventi di prevenzione (educazione, alimentazione, vaccinazioni, attività fisica, etc.) e di assistenza garantiti ai minori Italiani e agli stranieri regolarmente presenti nel territorio siciliano, garantendo così a tali soggetti i diritti sanciti dalla convenzione di New York (diritti del fanciullo).

Saranno così assicurati, da parte dei pediatri di libera scelta, anche i "bilanci di salute", visite "filtro" che permettono una periodica valutazione di elementi predefiniti atti a seguire il corretto sviluppo dei bambini.

**PROCEDURA OPERATIVA**

L'iscrizione obbligatoria al SSR viene effettuata e rinnovata dalle Aziende Sanitarie Provinciali attraverso gli uffici anagrafe aziendali.

I documenti occorrenti per la richiesta di iscrizione al SSR dei minori possessori di codice STP (stranieri temporaneamente presenti) sono:

- autocertificazione di uno dei genitori;
- codice STP in corso di validità del minore;
- certificato di nascita del minore se nato in Italia.

La richiesta di iscrizione deve essere effettuata:

- da un genitore;
- da chi ne ha la tutela o la patria potestà.

Tale richiesta presuppone il possesso del codice STP o ENI, che può essere contestualmente rilasciato.

Il tutore dei soggetti non accompagnati inseriti in strutture dovrà quindi personalmente iscrivere i minori e comunicare all'ASP le eventuali variazioni del domicilio.

Per la scelta del Pediatra deve essere compilato un apposito modulo di autocertificazione (Allegato 3).

Per il carattere temporaneo della residenza nel territorio dell'assistito, le scelte assegnate al Pediatra saranno calcolate in deroga al massimale.

**DIVIETO DI SEGNALAZIONE**

Si ribadisce che ai sensi del comma 5 dell'art. 35 del D.Lgs. n. 286/98 e della circolare del Ministero dell'Interno n. 17, prot. 780/A7 del 27-11-2009, l'accesso alle strutture sanitarie da parte dello straniero non in regola con le norme sull'ingresso e il soggiorno non deve comportare alcun tipo di segnalazione all'autorità. A tal proposito vedansi anche le direttive dell'Assessorato Regionale della Salute di cui alle note prot. n. 2292/GAB. del 25-2-2009 e prot. Serv. 8/n. 787 del 27-10-2009

REGIONE SICILIANA - ASSESSORATO DELLA SALUTE

Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti

## Allegato 3

### Richiesta iscrizione obbligatoria al Servizio Sanitario Regionale del minore straniero in possesso del codice STP e del minore comunitario in possesso del codice ENI per l'assegnazione del Pediatra di libera scelta.

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_

(cognome e nome del genitore o tutore o di chi ha la patria potestà)

nato/a a \_\_\_\_\_

il \_\_\_\_\_

Nazionalità \_\_\_\_\_

Codice STP \_\_\_\_\_

rilasciato in data \_\_\_\_\_ / rinnovato in data \_\_\_\_\_,

genitore di

\_\_\_\_\_ nato/a in \_\_\_\_\_

(nome del minore)

il \_\_\_\_\_

#### CHIEDE

l'iscrizione obbligatoria al SSR del proprio figlio/a e l'assegnazione del Pediatra di Libera

Scelta dott. \_\_\_\_\_,

codice regionale n. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DATA E LUOGO

In fede il sottoscritto

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## Ringraziamenti

Si ringraziano per la collaborazione quanti a vario titolo, con particolare dedizione, hanno contribuito alla realizzazione del presente Piano di Contingenza Sanitario Regionale Migranti.

Gli argomenti trattati e le procedure operative elencate nel presente piano, sono state valutate e condivise durante la fase di stesura nei vari passaggi, con coloro che giornalmente si occupano di garantire la migliore accoglienza sanitaria ai migranti che sbarcano sulle coste della Sicilia.

In particolare, un sentito ringraziamento è dovuto al WHO European Office for Investment for Health and Development Venice, che con il loro prezioso contributo hanno reso possibile la produzione di un documento operativo di valenza Europea.

**Nello specifico si ringrazia:**

Dott. Santino Severoni, Dott. Donato Greco, Dott. Giuseppe Annunziata, Dr. Matteo Dembech per il lavoro svolto in sinergia con i componenti di questo Assessorato.

**L'Assessore della Salute**

D.ssa Lucia Borsellino



**LEGENDA**

<b>AAOOVV</b>	Associazioni di Volontariato
<b>ASP</b>	Azienda sanitaria provinciale
<b>CAS</b>	Centro accoglienza straordinario
<b>CISOM</b>	Corpo Italiano di Soccorso dell'Ordine di Malta
<b>C.O.</b>	118 Centrale Operativa 118
<b>CRI</b>	Croce Rossa Italiana
<b>DEA</b>	Dipartimento di emergenza ed accettazione
<b>ENI</b>	Europeo non iscritto
<b>FRONTEX</b>	Agenzia europea per la gestione della cooperazione internazionale alle frontiere esterne degli Stati membri dell'Unione Europea
<b>MSF</b>	Medici Senza Frontiere
<b>OMS</b>	Organizzazione Mondiale della Sanità
<b>ONG</b>	Organizzazione non governativa
<b>PMA</b>	Posto medico avanzato
<b>SEUS</b>	Sicilia Emergenza Urgenza Sanitaria
<b>SIMM</b>	Società Italiana di Medicina dell'Immigrazione
<b>SSN</b>	Sistema Sanitario Nazionale
<b>SSR</b>	Sistema Sanitario Regionale
<b>USMAF</b>	Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera



La *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana è in vendita al pubblico:

AGRIGENTO - Edicola, rivendita tabacchi Alfano Giovanna - via Panoramica dei Templi, 31; Pusante Alfonso - via Dante, 70; Damont s.r.l. - via Panoramica dei Templi, 21;	MODICA - Baglieri Carmelo - corso Umberto I, 460.
ALCAMO - Arusio Maria Caterina - via Vittorio Veneto, 238; "Di Leo Business" s.r.l. - corso VI Aprile, 181; Libreria Pipitone Lorenzo - viale Europa, 61.	NARO - "Carpediem" di Celauro Gaetano - viale Europa, 3.
BAGHERIA - Carto - Aliotta di Aliotta Franc. Paolo - via Diego D'Amico, 30; Rivendita giornali Leone Salvatore - via Papa Giovanni XXIII (ang. via Consolare).	PALERMO - Edicola Romano Maurizio - via Empedocle Restivo, 107; "La Libreria del Tribunale" s.r.l. - piazza V. E. Orlando, 44/45; Edicola Badalamenti Rosa - piazza Castelforte, s.n.c. (Partanna Mondello); "La Bottega della Carta" di Scannella Domenico - via Caltanissetta, 11; Libreria "Campolo" di Gargano Domenico - via Campolo, 86/90; Libreria "Forense" di Valenti Renato - via Maqueda, 185; Iaria Teresa - via Auto-nomia Siciliana, 114; Libreria "Ausonia" di Argento Sergio - via Ausonia, 70/74; Gra-fill s.r.l. - via Principe di Palagonia, 87/91.
BARCELLONA POZZO DI GOTTO - Maimone Concetta - via Garibaldi, 307; Edicola "Scilipoti" di Strocchio Agostino - via Catania, 13.	PARTINICO - Lo Iacono Giovanna - corso dei Mille, 450.
BOLOGNA - Libr. giur. Edinform s.r.l. - via Irnerio, 12/5.	PIAZZA ARMERINA - Cartolibreria Armana Michelangelo - via Remigio Roccella, 5.
CAPO D'ORLANDO - "L'Italiano" di Lo Presti Eva & C. s.a.s. - via Vittorio Veneto, 25.	PORTO EMPEDOCLE - MR di Matrona Giacinto & Matrona Maria s.n.c. - via Gen. Giardino, 6.
CASTELVETRANO - Cartolibreria - Edicola Marotta & Calia s.n.c. - via Q. Sella, 106/108.	RAFFADALI - "Striscia la Notizia" di Randisi Giuseppina - via Rosario, 6.
CATANIA - Essegici s.a.s. - via Francesco Riso, 56/60; Libreria La Paglia - via Etnea, 393/395; Cefat - piazza Roma, 18/15; Cartolibreria Giuridica-Professionale di Cavallaro Andrea - via Ruggero Settimo, 1.	SAN FILIPPO DEL MELA - "Di tutto un pò" di Furnari Maria Teresa - via Borgo G. Verga-Cattafi, 19.
FAVARA - Costanza Maria - via IV Novembre, 61; Pecoraro di Piscopo Maria - via Vittorio Emanuele, 41.	SAN MAURO CASTELVERDE - Garofalo Maria - corso Umberto I, 56.
GELA - Cartolibreria Eschilo di Simona Trainito - corso Vittorio Emanuele, 421.	SANT'AGATA DI MILITELLO - Edicola Ricca Benedetto - via Cosenz, 61.
GIARRE - Libreria La Senorita di Giuseppa Emmi - via Trieste, 39.	SANTO STEFANO CAMASTRA - Lando Benedetta - corso Vittorio Emanuele, 21.
LICATA - Edicola Santamaria Rosa - via Palma (ang. via Bramante).	SCIACCA - Edicola Coco Vincenzo - via Cappuccini, 124/a.
MAZARA DEL VALLO - "Flli Tudisco & C." s.a.s. di Tudisco Fabio e Vito Massimiliano - corso Vittorio Veneto, 150.	SIRACUSA - Cartolibreria Zimmiti Catia - via Necropoli Grotticelle, 25/O.
MENFI - Ditta Mistretta Vincenzo - via Inico, 188.	TERRASINI - Serra Antonietta - corso Vittorio Emanuele, 336.
MESSINA - Rag. Colosi Nicolò di Restuccia & C. s.a.s. - via Centonze, 227, isolato 66.	
MISILMERI - Ingrassia Maria Concetta - corso Vittorio Emanuele, 528.	

Le norme per le inserzioni nella *Gazzetta Ufficiale* della Regione siciliana, parti II e III e serie speciale concorsi, sono contenute nell'ultima pagina dei relativi fascicoli.

## PREZZI E CONDIZIONI DI ABBONAMENTO - ANNO 2014

### PARTE PRIMA

I) Abbonamento ai soli fascicoli ordinari, incluso l'indice annuale	
— annuale	€ 81,00
— semestrale	€ 46,00
II) Abbonamento ai fascicoli ordinari, incluso i supplementi ordinari e l'indice annuale:	
— soltanto annuale	€ 208,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,15
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

### SERIE SPECIALE CONCORSI

Abbonamento soltanto annuale	€ 23,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 1,70
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

### PARTI SECONDA E TERZA

Abbonamento annuale	€ 202,00
Abbonamento semestrale	€ 110,00
Prezzo di vendita di un fascicolo ordinario	€ 4,00
Prezzo di vendita di un supplemento ordinario o straordinario, per ogni sedici pagine o frazione	€ 1,15

Fascicoli e abbonamenti annuali di annate arretrate: il doppio dei prezzi suddetti.

Fotocopia di fascicoli esauriti, per ogni facciata	€ 0,18
--	--------

Per i paesi europei o extraeuropei, i prezzi di abbonamento e vendita sono rispettivamente, raddoppiati e triplicati.

L'importo dell'abbonamento, **corredato dell'indicazione della partita IVA o, in mancanza, del codice fiscale del richiedente**, deve essere versato a mezzo **bollettino postale** sul c/c postale n. 00304907 intestato alla "Regione siciliana - Gazzetta Ufficiale - Abbonamenti", ovvero direttamente presso l'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, indicando nella causale del versamento per quale parte della *Gazzetta* ("prima" o "serie speciale concorsi" o "seconda e terza") e per quale periodo (anno o semestre) si chiede l'abbonamento.

L'Amministrazione non risponde dei ritardi causati dalla omissione di tali indicazioni.

In applicazione della circolare del Ministero delle Finanze - Direzione Generale Tasse - n. 18/360068 del 22 maggio 1976, il rilascio delle fatture per abbonamenti od acquisti di copie o fotocopie della *Gazzetta* deve essere esclusivamente richiesto, dattiloscritto, nella causale del certificato di accreditamento postale, o nel retro del postagio o nella quietanza rilasciata dall'Istituto di credito che svolge il servizio di cassa per la Regione, unitamente all'indicazione delle generalità, dell'indirizzo completo di C.A.P., della partita I.V.A. o, in mancanza, del codice fiscale del versante, oltre che dall'esatta indicazione della causale del versamento.

Gli abbonamenti annuali hanno decorrenza dal 1° gennaio al 31 dicembre, mentre i semestrali dal 1° gennaio al 30 giugno e dal 1° luglio al 31 dicembre.

I versamenti relativi agli abbonamenti devono pervenire improrogabilmente, pena la perdita del diritto di ricevere i fascicoli già pubblicati o la non accettazione, entro il 31 gennaio se concernenti l'intero anno o il 1° semestre ed entro il 31 luglio se relativi al 2° semestre.

I fascicoli inviati agli abbonati vengono recapitati con il sistema di spedizione in abbonamento postale a cura delle Poste Italiane S.p.A. oppure possono essere ritirati, a seguito di dichiarazione scritta, presso i locali dell'Amministrazione della *Gazzetta*.

Invio o la consegna, a titolo gratuito, dei fascicoli non pervenuti o non ritirati, da richiedersi all'Amministrazione della *Gazzetta* entro 30 giorni dalla data di pubblicazione, è subordinato alla trasmissione o alla presentazione della targhetta del relativo abbonamento.

Le spese di spedizione relative alla richiesta di invio per corrispondenza di singoli fascicoli o fotocopie sono a carico del richiedente e vengono stabilite, di volta in volta, in base alle tariffe postali vigenti.

**AVVISO** Gli uffici della *Gazzetta Ufficiale della Regione siciliana* sono aperti al pubblico dal lunedì al venerdì dalle ore 9,00 alle ore 13,00 ed il mercoledì dalle ore 16,15 alle ore 17,45. Negli stessi orari è attivo il servizio di ricezione atti tramite posta elettronica certificata (P.E.C.).

COPIA TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.  
NON VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

TRATTA DAL SITO UFFICIALE DELLA G.U.R.S.  
VALIDA PER LA COMMERCIALIZZAZIONE

---

VITTORIO MARINO, *direttore responsabile*

MELANIA LA COGNATA, *redattore*

---

SERISTAMPA di Armango Margherita - VIA SAMPOLO, 220 - PALERMO

---

**PREZZO € 8,05**

