

PROTOCOLLO PER LA GESTIONE SANITARIA DEI MIGRANTI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

FINALITA'

Le finalità del presente protocollo sono:

- Individuare una risposta sanitaria/assistenziale congrua all' emergenza rappresentata dai flussi dei migranti richiedenti protezione internazionali, che periodicamente si accentuano a seguito di eventi bellici/persecutori/altro
- Tutelare gli operatori sanitari e non sanitari, (operatori delle Questura e Prefetture e Forze dell'Ordine al posto di Polizia, Arma dei Carabinieri, GdF ecc..) coinvolti rispetto al possibile rischio di contrarre malattie infettive e parassitarie.

PREMESSA

art.32 della Costituzione Italiana

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti.

Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.

È da tenere nella dovuta considerazione che questi fenomeni migratori non sono avvenimenti occasionali: è quindi importante pensare a percorsi strutturati nel quotidiano e non emergenziali e non sostenibili nel tempo.

Il compito della Sanità Pubblica è quindi, in riferimento all'art. 32 citato, di tutelare la salute del singolo nell'interesse suo e di tutta la collettività, nel rispetto ovviamente anche delle risorse umane e di mezzi disponibili. Le strutture dedicate all'accoglienza dei migranti , dovranno essere commisurate agli arrivi e distribuite omogeneamente sul territorio regionale.

Si ribadisce l'importanza della mediazione culturale nei percorsi sanitari.

Nella realizzazione del percorso sanitario non si può prescindere da tenere nella dovuta considerazioni i seguenti aspetti:

1. **la maggior parte dei profughi giunge nel nostro paese in buone condizioni di salute, come confermano tutti i dati di letteratura, e che poi sono a rischio di sviluppare malattie trasmissibili a causa delle scadenti condizioni igieniche in cui si trovano a vivere.** Infatti, l'esperienza ultradecennale regionale nonché i dati nazionali supportano concretamente la

teoria che i soggetti migranti che arrivano nel nostro paese presentano sostanzialmente un buono stato di salute; la maggior parte delle patologie rilevate derivano da traumi da agenti fisici/chimici, condizioni estreme relative al viaggio, e, una volta giunti in Italia, dal perdurare di condizioni di vita disagiate che favoriscono appunto le così dette malattie sociali, che possono rappresentare un problema di sanità pubblica.

2. **Risulta evidente che i programmi assistenziali, già condivisi a livello regionale da tutte le Aziende Sanitarie nel 2011 a seguito dell'emergenza "Nord Africa", non richiedono un'applicazione con carattere di urgenza**, bensì sono realizzabili solo quando il soggetto è inserito in un'accoglienza relativamente stabile, che permetta di portare a termine il percorso previsto evitando lo spreco di tempo e risorse, economiche ed umane, legato al repentino trasferimento delle persone da un centro all'altro o all'assenza di un adeguato supporto da parte degli operatori dedicati all'accompagnamento.
3. **L'intervento in assoluto più efficace nel prevenire il rischio di contrarre e diffondere malattie infettive e parassitarie è prevedere l'allestimento di strutture deputate alla "primitissima accoglienza" dotate dei requisiti minimi essenziali** (letto pulito, cambio abiti, servizi igienici, spazi adeguati e riscaldati);
4. Le **"visite mediche preventive"** generalizzate risultano invece di scarsa utilità per i migranti o per gli operatori di polizia e della Prefettura in assenza dei prerequisiti minimi per la salute.
5. Tali **"visite mediche preventive"** non possono essere ritenute urgenti o propedeutiche all'ingresso in struttura.
6. Nonostante l'enfasi dei mass media nel diffondere notizie allarmanti relative ai casi di malattie quali la scabbia e la tubercolosi, i casi reali sono stati molto limitati, prontamente individuati e trattati senza conseguenze sulla collettività.

PROCEDURE DI PRIMA ACCOGLIENZA PER quanto attiene al PROFILO SANITARIO

- La Prefettura, tramite il contatto telefonico di cui all'allegato 4, informerà con il massimo anticipo possibile l'Azienda per l'Assistenza Sanitaria territorialmente competente sugli arrivi di migranti, al fine di permettere la corretta organizzazione degli interventi di competenza, dando indicazione precisa della struttura dove le persone saranno accolte, sia per programmare l'intervento sanitario che per il successivo rintracciamento dei contatti in caso di emergenza sanitaria, per malattia infettiva diffusiva. Ogni AAS dovrà pertanto individuare la struttura competente di riferimento e rendere note le modalità di contatto.
- La Questura aggiorna periodicamente gli operatori dell'A.A.S. sugli arrivi dei migranti e informa il proprio Medico Competente.
- Il referente per gli interventi sanitari clinico/diagnostici e terapeutici con carattere di urgenza (ad es. disidratazione, stati febbrili..) è e rimane il Sistema 118.
- **Per le situazioni non urgenti si potrà prevedere l'attivazione di turni di guardia medica e/o di ambulatori aziendali a bassa soglia d'accesso anche attraverso accordi con Enti e Associazioni del privato sociale (in funzione dell'organizzazione territoriale) in attesa della possibilità di inserimento nei percorsi sanitari standard.**

- Si ricorda che la presenza di eventuali parassitosi (pediculosi, scabbia) **NON** costituisce un'urgenza, e che l'intervento sanitario per essere efficace presuppone l'esistenza di condizioni igienico-sanitarie minime per un adeguato trattamento (possibilità di docce, cambio abiti, biancheria comune, in concomitanza alla terapia medica).
- La Prefettura, ove se ne ravvisasse la necessità in ragione delle modalità di trasferimento dei migranti, coinvolgerà il competente Ufficio di Sanità Marittima, Aerea di Frontiera (USMAF), nella logica di un'azione congiunta ed integrata tra tutti i soggetti istituzionali coinvolti.
- Gli operatori della Prefettura e di polizia che accolgono i migranti dovranno essere dotati di strumenti idonei a proteggersi da eventuali infezioni e ridurre la potenziale diffusione (DPI, pacchetto di medicazione, sacchi per isolare/contenere liquidi biologici, liquidi disinfettanti a base di ipoclorito di sodio, ecc.) ai sensi del D. Lgs. 81/08.

In funzione del tipo di accoglienza, il programma sanitario proposto è il seguente.

IMMIGRATI IN ACCOGLIENZA NON STRUTTURATA

- a) Si definisce accoglienza non strutturata la primissima accoglienza di immigrati al loro immediato arrivo o ritrovamento sul territorio (parchi, stazioni etc) prima della loro destinazione finale in percorsi strutturati di accoglienza nella nostra regione.
- b) Il modello di riferimento dell'assistenza sanitaria può essere simile a quello dei dormitori (strutture a bassa soglia d'accesso) gestiti in genere da operatori del privato sociale, di cui abbiamo diversi esempi in regione. All'ingresso non viene richiesto nessun "certificato di buona salute", ma gli operatori, dotati di un'adeguata preparazione e conoscenza dei servizi territoriali, in caso di necessità sono in grado di indirizzare tempestivamente gli ospiti ai servizi competenti appropriati: pronto soccorso per le urgenze, dipartimenti di prevenzione/distretti per le situazioni gestibili sul territorio.
- c) Il percorso informativo/sanitario dovrà seguire quanto previsto dall'all.1
- d) L'approccio di sistema deve necessariamente fondarsi sulla presenza permanente di **centri di primissima accoglienza che rispettino i requisiti igienico-sanitari minimi** (spazi adeguati, servizi igienici, riscaldamento, pasti caldi.); in assenza degli stessi la salute degli immigrati e dell'intera comunità viene messa a rischio, determinando un problema di sanità pubblica per la possibilità di sviluppo di malattie infettive trasmissibili. Per le caratteristiche dei Centri di primissima accoglienza vedasi all.2.
- e) In caso quindi di **permanenza del soggetto sul territorio aziendale, seppur ancora in condizioni di precarietà**, l'operatore di riferimento prende accordi con i servizi di igiene pubblica dei dipartimenti di prevenzione territorialmente competenti per l'avvio di un percorso assistenziale di minima, volto ad escludere la presenza di malattie trasmissibili o di situazioni cliniche che necessitino di invio al pronto soccorso. In questa cornice anche gli ambulatori a bassa soglia della sanità pubblica, ove presenti, possono rappresentare una prima risposta ai

bisogni sanitari pur ribadendo la necessità di attivare quanto prima un percorso di accoglienza istituzionale e strutturato.

IMMIGRATI IN ACCOGLIENZA STRUTTURATA

Per immigrati in “accoglienza strutturata” si intende la situazione di immigrati presi in carico in percorsi specifici (ad es. SPRAR o altre forme di accoglienza strutturata gestite da operatori del sociale) e per cui si prevede in linea di massima una permanenza prolungata sul territorio regionale. Vedi percorso sanitario previsto in all.1

ISCRIZIONE ALL'ANAGRAFE SANITARIA DEI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE (all.6)

Il referente dell'associazione/ente che gestisce l'accoglienza accompagna ed orienta il migrante alla normale fruizione del servizio di MMG e/o PLS e provvede all'iscrizione al SSR.

Dal momento dell'iscrizione al sistema sanitario regionale il riferimento sanitario rimane il medico di medicina generale come per tutti i cittadini.

Peraltro, atteso l'afflusso continuo sul territorio regionale di cittadini provenienti da zone di conflitto, considerata la dislocazione sul territorio degli stessi, si verifica la situazione per cui può passare un certo intervallo di tempo (attualmente in media un mese) tra l'arrivo presso le strutture temporanee e la verbalizzazione della domanda di Protezione Internazionale con rilascio dell'Attestato nominativo da parte della Questura.

Auspucando che questo intervallo di tempo sia il più breve possibile, si ritiene comunque che, in caso di necessità di prestazioni sanitarie urgenti e non differibili, queste possano essere erogate tramite la concessione del codice **STP** (D.Lgs. 286/98 art. 35; D.P.R. 394/99 art. 43 e successive modifiche; Circolare Ministero Sanità n. 5 del 2000; Circolare della Direzione Regionale F.V.G. della Sanità e delle Politiche Sociali del 18.12.2000 prot. N. 25072/Amm. 2.1.) in attesa di un documento di identificazione rilasciato dalle Questure.

Tale codice viene utilizzato per l'erogazione delle prestazioni sanitarie a favore di cittadini **stranieri extracomunitari presenti sul territorio italiano e non in regola con le norme relative all'ingresso e al soggiorno**, che necessitano di cure ambulatoriali ed ospedaliere essenziali ed urgenti, ancorché continuative, per malattia o infortunio; nonché per gli interventi di medicina preventiva e prestazioni di cura ad essi correlati (es. tutela gravidanza e maternità, tutela salute del minore, vaccinazioni, interventi di profilassi internazionale, profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai). Rimangono valide le indicazioni operative relative all'iscrizione anagrafica al Sistema sanitario regionale emanate in occasione dell'emergenza “Nord Africa” del 2011 (circ. Direzione Centrale Salute Prot. 17251 del 28.9.2011).

PREVENZIONE RISCHI PER OPERATORI NON SANITARI.

Per il personale sanitario tali valutazioni sono già state fatte perché si tratta di azioni/rischi che potrebbero coinvolgere il personale indipendentemente dal flusso dei migranti .

Per il personale della Questura, Prefettura o altri enti/istituzioni del privato sociale, le attività legate alla gestione dei percorsi dei migranti dovranno essere oggetto di valutazione da parte dei singoli datori di lavoro, in collaborazione con il responsabile del servizio prevenzione e protezione e del medico competente, come previsto dal D. Lgs. 81/08; tale valutazione costituirà specifico capitolo nel DVR (documento di valutazione dei rischi) e in base ai rischi individuati sarà seguita da idonea formazione/informazione, consegna dei DPI (dispositivi di protezione individuale, individuazione di procedure per la tutela della salute dei lavoratori).

Formazione

E' importante che si organizzino a cura degli operatori esperti in materia, del servizio sanitario dell'Azienda territorialmente competente, momenti formativi per tutti i soggetti coinvolti, care giver, operatori sanitari, operatori della Polizia di Stato/Questura/Prefettura coinvolti, Medici Competenti, a contenuti adatti all'interesse professionale specifico. In tale modo si opera direttamente su preoccupazioni che possono incidere nel quotidiano degli operatori e portare contemporaneamente sia alla sopravvalutazione di alcuni rischi, sia alla sottovalutazione di altri.

Anche i Titolari delle Strutture di accoglienza, non gestite direttamente da enti /associazioni storicamente impegnati nell'accoglienza di tale utenza, dovranno essere ugualmente formati in merito alle problematiche e alle responsabilità derivanti dall'accoglienza ed essere parti diligenti e collaborative nelle procedure operative conseguenti agli eventuali accertamenti epidemiologici che dovessero rendersi necessari, anche per la tutela sanitaria propria e del personale alberghiero.

Per tutti gli operatori non sanitari di riferimento dei centri accoglienza dovrà essere prevista una formazione di minima sui percorsi sanitari.

MALATTIE INFETTIVO-DIFFUSIVE

Alcuni dei rischi maggiormente riconosciuti dai media e per i quali vi è una notevole preoccupazione sono costituiti dalla TBC (approfondimenti all.7) e da alcune malattie parassitarie come la scabbia. La migliore prevenzione anche per gli operatori che siano esposti per motivi professionali è costituita dalle situazioni di accoglienza adeguate e soprattutto dal superamento della precarietà. Proprio nel documento regionale sulla TBC vengono affrontate numerose altre situazioni diverse dal contatto con immigrati ma ugualmente segnate dalla precarietà o da condizioni particolari, come la tossicodipendenza, che per gli operatori, segnatamente di polizia, possono ugualmente essere occasione di contatto con soggetti a maggior rischio di contrarre la TBC.

Scabbia

La scabbia è una malattia della cute causata da un acaro. L'uomo è l'unica fonte di contatto e la trasmissione avviene per contatto diretto cute-cute. IL CONTATTO DEVE ESSERE PROLUNGATO (UNA STRETTA DI MANO O UN ABBRACCIO NON DETERMINANO L'INFESTAZIONE).

Il periodo di incubazione della scabbia è in media di 4-6 settimane. La malattia si può trasmettere per tutto il periodo in cui il paziente rimane infetto e non trattato, anche prima della comparsa dei sintomi.

Si tratta di una infestazione largamente diffusa che colpisce persone di tutti i livelli socio-economici indipendentemente da età, sesso e razza.

La diffusione della scabbia avviene più facilmente nelle comunità chiuse (case di riposo, reparti di lungodegenza o geriatria). Date le modalità di trasmissione, il lungo periodo di incubazione, la frequenza dei casi secondari nei soggetti con esposizione prolungata è opportuno il trattamento preventivo dei contatti siano essi sintomatici o no.

ALL.1

PERCORSO DI GESTIONE SANITARIA

1. Arrivo dei profughi presso le strutture di accoglienza, su mandato della Prefettura, che nel contempo, ne darà comunicazione all'Azienda Sanitaria competente territorialmente.
2. Il referente dell'associazione/ente che gestisce l'accoglienza prende quanto prima accordi con il personale del distretto sanitario di afferenza per il rilascio delle tessere sanitarie.
3. **Accoglienza non strutturata, primissima accoglienza:** Gli operatori dovranno essere dotati di un'adeguata preparazione e conoscenza dei servizi territoriali, per essere in grado in caso di necessità di indirizzare tempestivamente gli ospiti ai servizi competenti appropriati (pronto soccorso per le urgenze, dipartimenti di prevenzione/distretti per le situazioni gestibili sul territorio). In caso quindi di **permanenza del soggetto sul territorio aziendale, seppur ancora in condizioni di precarietà**, l'operatore di riferimento prende accordi con i dipartimenti di prevenzione territorialmente competenti per l'avvio di un percorso di minima, volto ad escludere la presenza di malattie trasmissibili o di situazioni cliniche che necessitino di invio al pronto soccorso. In questa cornice anche gli ambulatori a bassa soglia della sanità pubblica, ove presenti, possono rappresentare una prima risposta ai bisogni sanitari pur ribadendo la necessità di attivare quanto prima un percorso di accoglienza istituzionale e strutturato.
4. **Accoglienza strutturata:** Il referente dell'associazione/ente che gestisce l'accoglienza prende accordi con il dipartimento di prevenzione (Servizio Igiene Pubblica) territorialmente competente per l'avvio del percorso verrà attivato nella sua completezza, solo in caso di permanenza sufficiente sul territorio regionale e in particolare nell'accoglienza strutturata.

Il programma, come già definito e condiviso a livello regionale in occasione dell'emergenza nord-africa del 2011, di seguito è specificato nel dettaglio:

- 1) **colloquio e visita medica (possibilmente con l'attivazione del mediatore culturale):** anamnesi medica e sociale, con attenzione alla storia migratoria, visita medica generale, pianificazione percorsi sanitari (in particolare per le donne invio al consultorio familiare per valutazione ginecologica, o per le vittime di tortura al centro di salute mentale se richiesto) finalizzati alla diagnosi di eventuali malattie trasmissibili e alla verifica della situazione vaccinale con indagine epidemiologica ed educazione sanitaria; ulteriori eventuali approfondimenti diagnostici e/o interventi terapeutici saranno decisi dal medico sulla base delle valutazioni complessive sullo stato di salute ;
- 2) **eventuali certificazioni:** per ammissione in comunità e/o per invio in "Commissione Territoriale per il riconoscimento della protezione internazionale" in casi particolari.

- 3) Il referente dell'associazione/ente che gestisce l'accoglienza a completamento del percorso accompagna ed orienta il migrante alla normale fruizione del servizio di MMG e/o PLS.
5. Per prestazioni urgenti o non differibili i profughi possono accedere ai servizi di Pronto Soccorso ospedalieri o al servizio di guardia medica territorialmente competente.

Le Aziende per l'Assistenza Sanitaria e le Aziende Ospedaliere dovranno inoltrare alla Direzione Centrale salute la scheda all. 5 debitamente compilata evidenziando trimestralmente il numero di prestazioni effettuate (visite mediche, vaccinazioni , interventi diagnostici e terapeutici ecc.) al fine di monitorare l'attività svolta dal SSR nei confronti della popolazione migrante.

ALL.2

Indicazioni igienico-sanitarie per strutture di primissima accoglienza

Riferimenti generali: L.R. n. 44/1985 (Altezze minime e principali requisiti igienico - sanitari dei locali adibiti ad abitazione, uffici pubblici e privati ed alberghi) e L.R. n. 2/2002 (Disciplina organica del turismo).

Le strutture dovranno essere dotate dei requisiti minimi che di seguito si riportano in termini di riferimento generale:

1. Camere da letto:

- ben areate e illuminate.
- Dimensioni minime:

stanza da letto da 1 persona: superficie minima 9 m²

2. Servizi igienici e caratteristiche dotazioni

stanza da 2 letti superficie minima 14 m²

per ogni posto letto in più: aggiungere minimo 4 m²

- **Adeguati alla numerosità massima prevista:**

- 1 WC ogni 8 posti letto
- 1 lavabo ogni 6 posti letto
- 1 doccia ogni 12 posti letto

- Con acqua calda e fredda
- Regolarmente allacciati allo scarico fognario.
- Ben areati in modo naturale o eventualmente dotati di impianto di estrazione dell'aria temporizzato

3. Refettori:

- Ben areati e illuminati.
- Dimensioni: disponibilità di 1,5 m² per persona per il numero massimo previsto

4. Stanza soggiorno

- locale di norma distinto dal refettorio di adeguate dimensioni rispetto al numero massimo di ospiti previsto, ben areato e illuminato.

5. Locale infermeria: disponibilità di locale ben areato e illuminato, con pareti e pavimenti facilmente lavabili e disinfettabili dotato di:

- lavabo con comando a pedale con acqua calda e fredda,
- cassetta di pronto soccorso (vedi allegato 3),
- Dotazione di arredo: lettino, paravento, sgabello, attaccapanni, scrivania, sedia

E' inoltre opportuno prevedere un **locale/area per il deposito del materiale di pulizia e deposito del materiale sporco e un locale/area per deposito biancheria pulita**

ALTRE DOTAZIONI STRUTTURALI

Riscaldamento della struttura

Impianto elettrico: conforme alle norme vigenti

Sicurezza antincendio: disporre di idonei dispositivi/mezzi antincendio, secondo le disposizioni vigenti

Indicazione di tipo gestionale/organizzativo

- Dovrà essere garantita la pulizia quotidiana di tutti i locali, con asporto dei rifiuti; in particolare, dovrà essere verificato quotidianamente il funzionamento degli scarichi fognari.
- Dovrà essere identificata una persona che accompagni gli immigrati in caso di malattia per l'accesso alle varie strutture sanitarie (Pronto Soccorso, Medico specialista, MMG o PLS, ecc.).
- Dovrà essere prevista la modalità di cambio/lavaggio della biancheria (lenzuola, asciugamani, indumenti degli ospiti, ecc.).
- Dovrà essere prevista l'erogazione regolare dei pasti.

ALL. 3

CONTENUTO MINIMO DELLA CASSETTA DI PRONTO SOCCORSO

Guanti sterili monouso (5 paia).

Visiera paraschizzi

Flacone di soluzione cutanea di iodopovidone al 10% di iodio da 1 litro (1).

Flaconi di soluzione fisiologica (sodio cloruro - 0, 9%) da 500 ml (3).

Compresse di garza sterile 10 x 10 in buste singole (10).

Compresse di garza sterile 18 x 40 in buste singole (2).

Teli sterili monouso (2).

Pinzette da medicazione sterili monouso (2).

Confezione di rete elastica di misura media (1).

Confezione di cotone idrofilo (1).

Confezioni di cerotti di varie misure pronti all'uso (2).

Rotoli di cerotto alto cm. 2,5 (2).

Un paio di forbici.

Lacci emostatici (3).

Ghiaccio pronto uso (due confezioni).

Sacchetti monouso per la raccolta di rifiuti sanitari (2).

Termometro.

Apparecchio per la misurazione della pressione arteriosa.

Siringhe sterili monouso 2.5 cc (10)

ALL.5: comunicazione alla Regione FVG

AAS/AO	Denominazione/nominativo	telefono	fax	email
Struttura aziendale di riferimento per i migranti				
Operatore di Riferimento				
Dipartimento di Prevenzione / Servizio di igiene pubblica dirigente medico di riferimento				

ALL.6

ISCRIZIONE ALL'ANAGRAFE SANITARIA DEI RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE

Le norme vigenti prescrivono per il richiedente la protezione internazionale l'iscrizione obbligatoria al SSN, con parità di diritti e doveri con il cittadino italiano (art. 34, co. 1, lettera b, T.U.); considerato che per il rilascio della **Tessera Sanitaria** è necessario fornire all'Anagrafe sanitaria del Distretto territorialmente competente anche gli estremi del **Codice Fiscale**, si ritiene opportuno stabilire procedure uniformi sull'intero territorio regionale, utili anche al conseguimento della documentazione necessaria:

1. **Codice Fiscale** da richiedere presso l'Agenzia delle Entrate attraverso la compilazione dell'apposito modulo: per evitare la dispersione delle comunicazioni dirette ai titolari del codice fiscale, si suggerisce di fornire come domicilio fiscale l'indirizzo dell'Ente o dell'Associazione di tutela che segue le pratiche burocratiche-amministrative e legali dei migranti, evitando così di indicare come domicilio fiscale la Struttura alberghiera che provvisoriamente li ospita.

Una volta individuata la struttura definitiva si procederà alla modifica dei dati indicati per la richiesta di attribuzione del codice fiscale (nello specifico andrà richiesta la variazione del domicilio fiscale, con indicazione dell'indirizzo della struttura definitiva).

2. **Tessera Sanitaria.** In base alla normativa vigente è consentita l'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale al richiedente la Protezione Internazionale in possesso:
 - del solo **Attestato nominativo** (Circolare Direzione Centrale regionale n. 1 del 25 maggio del 2006);
 - del **solo cedolino** della ricevuta della richiesta del permesso per richiesta asilo politico (Circolare. Ministero Sanità' n. 5 del 24/3/2000);
 - del **permesso di soggiorno per richiesta di asilo.**

Tale iscrizione si conserva per tutta la durata della procedura, **inclusi i ricorsi** giurisdizionali (Circolare Ministero Sanità' n. 5 24/3/2000); inoltre il richiedente asilo e' equiparato agli iscritti al collocamento, il che comporta l'**esonero** dall'obbligo di partecipazione alla spesa sanitaria per i primi sei mesi dalla data della presentazione della domanda di protezione internazionale, quindi sino a quando non gli è consentita l'attività lavorativa (da Circolare Ministero Sanità n. 5 del 24/3/2000) ovvero sino alla notifica dell'accoglimento della domanda (esenzione E02 per gli adulti; verrà individuato idoneo codice per l'esenzione dei minori non accompagnati ai sensi della circolare regionale n. 1 del 25 maggio 2006).

All.7 estratti da linee guida regionali su TBC (ultimo aggiornamento 2006)

La TBC come problema di sanità pubblica richiede la continuità di un sistema di sorveglianza in grado di descrivere accuratamente il fenomeno e l'attuazione di programmi di intervento adatti alle realtà epidemiologiche.

L'attuale sistema di sorveglianza si basa sulla notifica dei casi; il sistema di raccolta deve garantire la pronta disponibilità dei dati. È compito dei Dipartimenti di Prevenzione attuare, in modo omogeneo, interventi di prevenzione e di controllo adeguati alla situazione epidemiologica e rivolti in particolare ai gruppi a rischio.

Obiettivi generali:

- ridurre la diffusione della malattia tubercolare nella popolazione; il pronto riconoscimento dei casi e l'efficace terapia dei medesimi, il controllo e la sorveglianza dei contatti, sono gli obiettivi prioritari.
- Modificare le misure di profilassi abolendo le procedure non efficaci e non più previste dalle norme legislative. Monitorare l'andamento della malattia tubercolare nella popolazione. Ridurre il numero di casi nelle categorie a rischio elevato di sviluppare la malattia se infettate.

L'Unità Operativa di Igiene e Sanità Pubblica di ciascun Dipartimento di Prevenzione è la struttura competente a coordinare e svolgere le attività di prevenzione antitubercolare. Alle Unità Operative di Prevenzione e Sicurezza negli Ambienti di Lavoro è attribuita la verifica degli adempimenti riguardo la tutela della salute dei lavoratori.

I test di screening, le prestazioni di diagnostica strumentale e di laboratorio e le altre prestazioni specialistiche richieste per il controllo della tubercolosi, compresa la chemiopprofilassi, vanno erogati a titolo gratuito, ai sensi dell'art. 5 del D.M. 1 febbraio 1991 e del D.Lgs. 29 aprile 1998 n. 124 e successive modifiche e integrazioni in quanto disposte nel prevalente interesse di salute collettiva. È auspicabile che i farmaci antitubercolari possano essere erogati direttamente dalle strutture preposte.

Obiettivo specifico D.9: Immigrati da Paesi ad alta endemia.

L'accesso ai servizi antitubercolari è **gratuito** anche per gli extracomunitari e va garantita l'eventuale **fornitura gratuita dei farmaci antitubercolari.**

Obiettivo D.13: Soggetti senza fissa dimora o con forti disagi sociali.

L'esecuzione dei controlli...vanno programmati tenendo nella dovuta considerazione le prevedibili difficoltà organizzative, correlate alle peculiari condizioni di vita dei soggetti in questione.

1. Linee guida per la prevenzione della tubercolosi. Regione FVG, Direzione centrale salute e protezione sociale. Aprile 2006.

2. Documento di consenso: politiche efficaci a contrastare la tubercolosi negli immigrati da paesi ad elevata endemia tubercolare. Roma, 5 e 6 giugno 2008