



Ministero della Salute

Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse

con l'afflusso di migranti sulle piccole isole

Il presente documento è stato elaborato da un Gruppo di Lavoro istituito presso il Ministero della Salute, con il coordinamento della Direzione Generale della Prevenzione, comprendente rappresentanti di:

- *Croce Rossa Italiana;*
- *Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP);*
- *Ministero dell'Interno;*
- *Regione Siciliana: Assessorato della Salute, ASP di Palermo;*
- *OMS, Ufficio Regionale per l'Europa;*
- *Ufficio del Ministro per la Cooperazione internazionale e integrazione;*

Versione 2

Roma, 6 giugno 2012

Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole

1. Premessa

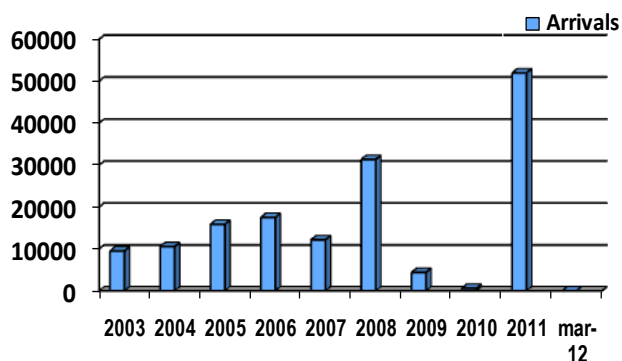
In seguito all'evoluzione della crisi nordafricana nella primavera 2011, che aveva determinato un massiccio afflusso migratorio sulle coste siciliane, e, in particolare, sull'isola di Lampedusa, è stata avviata una proficua e intensa collaborazione in materia di sanità pubblica tra il Ministero della Salute italiano e l'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS. Nell'ambito di tale collaborazione sono state effettuate ricognizioni e missioni operative in Italia e nelle isole interessate, con lo scopo, tra gli altri, di esaminare la preparazione (*preparedness*) del sistema sanitario regionale e locale per gestire le problematiche sanitarie delle persone in arrivo in Italia attraverso canali irregolari di immigrazione.

Il presente documento contiene raccomandazioni, stilate sulla base delle valutazioni effettuate nelle missioni degli esperti OMS e della Regione Siciliana - Assessorato della Salute e ASP di Palermo, riguardo ai rischi e ai bisogni sanitari che potrebbero manifestarsi in caso di nuovi massicci afflussi di migranti provenienti dall'Africa del nord e dalla regione subsahariana.

Giova, in proposito, ricordare che la crisi della primavera 2011 aveva determinato l'arrivo di circa 60.000 persone sull'isola di Lampedusa che, già nel passato, prima degli accordi politici tra Italia e Libia in merito al controllo dei flussi migratori, era stata la meta principale di migrazione per chi ambiva a entrare nell'Unione Europea.



Mapa di flussi migratori irregolari e misti
Fonte: Organizzazione Internazionale delle Migrazioni (IOM)



Numero annuo di migranti in arrivo a Lampedusa, Italia, 2003- Marzo 2012;
Fonte OMS, con dati forniti dall'Assessorato della Salute della Regione Siciliana

**Da "Second Assessment of Migrants Health Needs , Lampedusa and Linosa, Italy. 16-19 Maggio 2012;
WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen – Ministero della Salute, Italia**

L'anticipazione dei potenziali scenari futuri, al fine di predisporre idonei strumenti di risposta alle possibili criticità di ordine igienico-sanitario, non può non tener conto delle azioni intraprese, tanto

a livello internazionale (iniziative politiche bilaterali con i Paesi dai quali i flussi migratori generano o trovano snodo strategico nei transiti intermedi) quanto a livello nazionale, con eventuali ulteriori procedure di gestione del fenomeno migratorio irregolare da parte delle Amministrazioni competenti.

Lo scopo di queste raccomandazioni è quello di prendere gli aspetti positivi e le lezioni apprese, a livello di sanità pubblica, dall'esperienza di Lampedusa nel 2011 per tradurli, in un modello virtuoso applicabile, con gli opportuni adattamenti, ad altre simili realtà, non solo delle piccole isole ma anche di contesti "continentali".

Potrà, in questo modo, essere possibile, per gli attori del Servizio Sanitario regionale e nazionale, l'erogazione di prestazioni mediche alle persone che le necessitano così come l'applicazione di misure di prevenzione e screening sanitari nell'ambito di specifici protocolli e progetti.

Infatti, una delle maggiori criticità evidenziate durante la crisi del 2011, con conseguenti preoccupazioni per la salute dei migranti, della popolazione locale e degli operatori dell'accoglienza, è stata rappresentata proprio dall'estremo sovraffollamento dell'unico centro di ricezione di Lampedusa, progettato per contenere, all'epoca, circa 800 persone, ma la cui capienza è stata sovraccaricata fino a contenerne diverse migliaia.

2. Preparazione

Ai fini di un'ottimale gestione della problematica dei flussi migratori, non solo sotto il profilo igienico-sanitario, ma anche sotto quello del rispetto e della salvaguardia dei fondamentali diritti umani, è necessaria la massima possibile concertazione, dal punto di vista gestionale e decisionale, tra il Ministero dell'Interno, il Dipartimento della Protezione Civile, le Regioni, i Comuni e tutte le Amministrazioni, Enti ed Organizzazioni previamente identificati, interessati alle operazioni di accoglienza, in particolare per quanto attiene l'attivazione e l'operatività di siti di accoglienza, anche se di piccolo dimensionamento e integrati all'interno di contesti urbani.

Ciò si traduce nella chiara definizione di una catena di comando, controllo e distribuzione di ruoli che garantisca il dialogo tra i soggetti deputati a prendere le decisioni in merito all'attivazione e gestione di centri di accoglienza e in merito all'immediato trasferimento dei migranti, in caso di superamento delle possibilità ricettive delle strutture di primo soccorso e accoglienza nel primo punto di arrivo sul territorio nazionale.

Le Autorità regionali e locali dei luoghi interessati dagli afflussi incontrollati di migranti irregolari dovrebbero sviluppare piani adeguati di "preparazione", individuando le lacune e le possibili criticità e sviluppando piani operativi per la risposta ai vari scenari ipotizzabili.

In caso di arrivo di migranti in numero superiore a quello che può essere gestito dal personale e dalle strutture sanitarie del luogo, occorre definire i meccanismi per la loro integrazione, in via transitoria, mediante la mobilitazione di strumentazione, strutture temporanee e risorse umane da parte della Croce Rossa Italiana e di altre Organizzazioni non governative (vedi allegato 1).

Accordi bilaterali, attraverso Organizzazioni non governative o con il supporto delle Nazioni Unite, potrebbero garantire anche meccanismi di supporto internazionale, ove necessario.

Il coordinamento dell'emergenza a livello internazionale, nel caso di una grave crisi umanitaria che colpisca l'Italia con un massiccio afflusso di migranti, può giovare del "Meccanismo di Risposta alle Crisi Umanitarie delle Nazioni Unite", gestito dall' OCHA (Ufficio delle Nazioni Unite per gli Affari Umanitari), da attivarsi attraverso appropriati canali istituzionali.

Essenziale, ai fini di un'ottimale realizzazione dei piani per la gestione delle emergenze derivanti da massicci e incontrollati afflussi di migranti, è la formazione di tutti i soggetti coinvolti, a qualsiasi titolo, nella realizzazione concreta delle azioni previste dalle pianificazioni, effettuate preventivamente e periodicamente aggiornate.

3. Raccomandazioni

Ai fini della predisposizione delle presenti raccomandazioni, scaturite dalle missioni effettuate congiuntamente dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS, dal Ministero della Salute italiano, dalla Regione Siciliana, , Assessorato della Salute e ASP di Palermo, dall'INMP e da altre Organizzazioni governative coinvolte nella pianificazione di "*preparedness*", e da successive riunioni di valutazione, sono stati utilizzati :

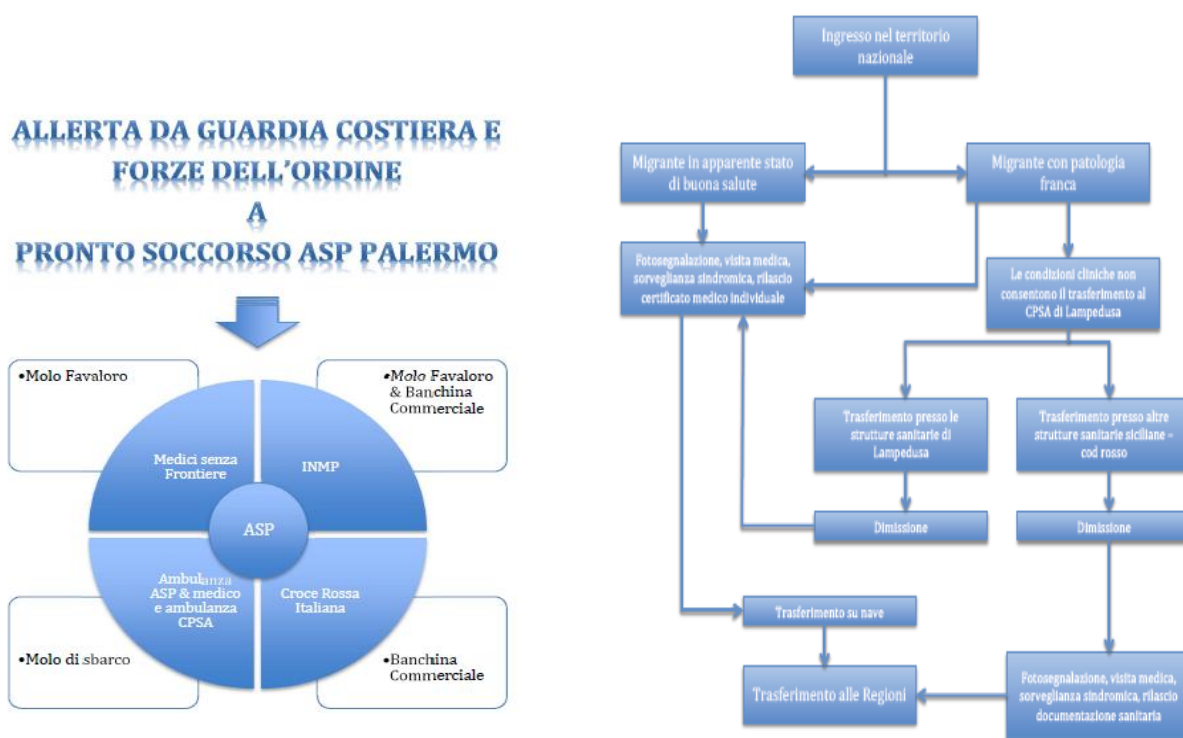
- il 'Metodo per la valutazione della "*preparedness*" dei sistemi sanitari in casi di crisi dell'OMS';
- lo 'Strumento per la valutazione della capacità di gestione del sistema sanitario durante le crisi' dell'Ufficio Regionale per l'Europa dell' OMS, che fornisce una metodologia standardizzata per analisi e valutazione dei sistemi sanitari nazionali, utilizzabile anche dai Paesi stessi come strumento di autovalutazione per identificare lacune e monitorare i progressi di *preparedness* in caso di emergenze;
- il primo rapporto prodotto dall'Ufficio Regionale OMS nella primavera 2011 (WHO, Regional Office for Europe. "Health Need Assessment Report, Lampedusa – Italy - Mission of 16 to 18 of March 2011
- il secondo rapporto di rivalutazione (re-assessment) prodotto dall'Ufficio Regionale OMS nel maggio 2012 (WHO, Regional Office for Europe." Second Migration Health Need Assessment, Lampedusa and Linosa, Joint report from the Sicily Regional Health Authority and the WHO Regional office Mission of 16-19 May 2012)
- la Circolare del Ministero della Salute n. DGPREV/V/8636 del 7 aprile 2011 "Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale"

3.1 Coordinamento

Il coordinamento di tutti gli attori coinvolti nella gestione delle emergenze, di qualsiasi natura esse siano, è di basilare importanza per una efficace azione di risposta, che eviti sia lacune che duplicazioni di intervento.

I criteri d'intervento, i provvedimenti chiave e l'assetto organizzativo debbono essere definiti anticipando, nei limiti del possibile, gli scenari prevedibili, prevedendo il coordinamento delle azioni in appositi piani sviluppati a livello locale, regionale e centrale (*preparedness*).

Il coordinamento locale **per gli aspetti sanitari** può giovare, come testimonia l'esperienza di Lampedusa nel 2011, dell'introduzione di una catena di comando, coordinamento e distribuzione dei ruoli, **sotto il controllo delle autorità mediche**, e di un sistema di gestione del flusso e di reindirizzamento verso altri siti delle persone che necessitino di cure mediche specialistiche, ovvero non erogabili in loco, così come di persone che richiedano misure di controllo di patologie infettive, secondo le modalità indicate dalla sopracitata circolare del 7 aprile 2011, dalle direttive del Dipartimento della Protezione Civile e dal documento della Regione Siciliana - Assessorato della Salute, del 18 marzo 2011, n. 26694 "Programma per l'assistenza sanitaria rivolta alle persone straniere sbarcate a Lampedusa".



Esempio di procedure messe in atto a Lampedusa nel 2011 (Fonti : INMP- Dipartimento della Protezione Civile)

A livello regionale e locale è, pertanto opportuna l'istituzione di tavoli tecnici di coordinamento per la "Salute", con la partecipazione di tutti gli Organi competenti, cui demandare anche la predisposizione di **piani** e di **obiettivi operativi locali**.

A livello locale, per facilitare il coordinamento, sarà indispensabile nominarne un "event manager" responsabile della distribuzione dei ruoli e compiti e che presiederà un tavolo di coordinamento con tutte le Parti interessate. In caso di emergenza conclamata (sbarchi ripetuti con frequenza quotidiana

e pluriquotidiana, superamento della capacità ricettiva del centro di primo soccorso e accoglienza), il tavolo di coordinamento sarà riunito con la frequenza ritenuta più opportuna.

A titolo esemplificativo, si allega il più recente documento di pianificazione prodotto, sull'argomento, dalla Regione Siciliana - Assessorato della Salute, in data 24 maggio 2012 (allegato 2).

3.2. Comunicazione in situazioni di emergenza

Altrettanto essenziale è una efficace **comunicazione nelle situazioni di emergenza**.

E', quindi, opportuno che le Autorità sanitarie impegnate nella gestione della crisi si dotino di un Piano di comunicazione che delinei, in maniera generale, le linee guida e le azioni necessarie per una adeguata comunicazione di base e che individui il Portavoce ufficiale, il quale si farà carico di rappresentare le Istituzioni sanitarie, di rilasciare dichiarazioni ufficiali e di rispondere alle domande dei mezzi di informazione per tutta la durata della crisi.

Il Piano di comunicazione deve affrontare le dimensioni critiche della gestione della comunicazione nelle situazioni di crisi e di emergenza: situazione, vittime, fiducia/credibilità, azioni, attese dei professionisti, aspetti etici e lezioni apprese.

L'incapacità di rispondere e comunicare in modi che riflettano gli standard e le aspettative della comunità si traduce, inevitabilmente, in una serie di risultati negativi; per tale motivo, nella gestione della comunicazione in una crisi è di fondamentale importanza una reazione rapida e appropriata che permetta di evitare situazioni imbarazzanti e controversie non necessarie.

3.3 Infrastrutture

In situazioni particolari, quali quelle di piccole isole o di contesti continentali "isolati", la sfida principale rimane, tuttora, la limitata capacità di accoglienza e la fragilità delle infrastrutture idrico-sanitarie che, se utilizzate in maniera intensiva, possono risultare a rischio, non solo in caso di una crisi migratoria ma, soprattutto, quando tale iperafflusso coincida con l'incremento della popolazione nel picco della stagione turistica.

E', quindi, opportuno prevedere un piano strategico che aiuti la municipalità interessata ad affrontare una possibile emergenza da sovrappollamento, non solo derivante da aumentati flussi migratori, migliorando l'approvvigionamento idrico e il sistema di smaltimento dei reflui e dei rifiuti solidi e mettendo in atto sistemi di sorveglianza sindromica ed epidemiologica che permettano di evidenziare prontamente possibili eventi rilevanti per la salute pubblica.

3.4 Centri di primo soccorso e accoglienza

I centri di primo soccorso e accoglienza debbono essere organizzati in modo tale da non sovraccaricare la capacità ricettiva, prevedendo, quindi, appropriati meccanismi per l'immediato trasferimento dei migranti verso altri centri e strutture, a seconda delle condizioni e dello *status* del

migrante (necessità di cure mediche specialistiche per patologie pregresse o acquisite nel corso del viaggio; richiesta di asilo politico, etc...). Nelle esperienze passate, il buon funzionamento dei centri di accoglienza è stato garantito da una permanenza dei migranti in essi non superiore alle 72 ore che, pertanto, possono essere considerate un limite temporale adeguato, avendo cura che i trasferimenti tengano conto del tempo di permanenza nel centro.

Nella gestione del centro dovranno essere assicurati i necessari collegamenti e flussi informativi con le Autorità sanitarie locali, regionali e centrali, anche ai fini dell'applicazione delle misure previste dal Regolamento Sanitario Internazionale dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Per quanto attiene le modalità di accoglienza, è opportuno prevedere la presenza di mediatori culturali all'interno delle *équipes* sanitarie cui è affidato l'intervento, teso a fornire l'assistenza necessaria ai migranti, sia al momento dello sbarco che, successivamente, nel Centro di primo soccorso e accoglienza, nonché negli altri centri e strutture sul territorio nazionale.

L'impiego dei mediatori culturali a supporto degli operatori sanitari risulta di cruciale importanza per il superamento delle barriere linguistiche e comunicativo-interpretative, queste ultime legate alle differenze culturali nella sfera della salute e della percezione del proprio stato di benessere e di sofferenza, che rappresentano i principali ostacoli per un'adeguata interazione tra l'operatore sanitario e il migrante e, più in generale, per un'efficace azione di accoglienza e presa in carico dei bisogni di salute espressi.

3.5. Trasferimento di migranti necessitanti di cure mediche e trattamenti sanitari

Nel piano di preparazione andrebbero contemplati anche gli aspetti relativi al re-indirizzamento verso altri siti di persone necessitanti di cure mediche specialistiche, non erogabili in loco, nonché alla esecuzione di trattamenti sanitari obbligatori.

Per questi ultimi, in caso non sussistano condizioni di urgenza che richiedano il trasporto aereo, è opportuno il trasporto del paziente via nave nei locali infermeria con posti letto o, in alternativa, in cabine destinate all'alloggio temporaneo del paziente e del personale sanitario di accompagnamento durante la traversata.

Nei limiti del possibile, è sconsigliabile il trasporto di pazienti con patologie psichiatriche in fase acuta e in regime di TSO con utilizzo di mezzi aerei o navali di piccole dimensioni.

Il trasporto del paziente in ambulanza imbarcata su nave traghetto e con paziente ed equipaggio ristretto sul mezzo all'interno del garage appare una modalità non idonea sia dal punto di vista microclimatico che della sicurezza.

3.6 Acqua destinata al consumo umano

E' opportuna la predisposizione di un **Piano di Sicurezza per l'Acqua** (Water Safety Plan, WSP), con l'obiettivo di affrontare in modo organico e sistematico non solo i problemi eventualmente

presenti in condizioni ordinarie, ma, a maggior ragione, quelli che si verrebbero a determinare in caso di ripresa di massicci flussi migratori.

A tale riguardo, sarebbe opportuno prevedere una verifica dell'efficienza e del dimensionamento degli impianti esistenti per la dissalazione dell'acqua di mare, prevedendone, ove necessario, un potenziamento ed ammodernamento per aumentare la loro capacità di produzione in modo da fare fronte al fabbisogno di acqua sulle isole, non solo in caso di afflusso di migranti ma anche per le esigenze ordinarie della popolazione residente e dei turisti.

In caso di assenza di impianti per la dissalazione, sarebbe opportuna la loro costruzione ex novo, che, a fronte di investimenti iniziali, consentirebbe, successivamente, di risparmiare sul trasporto di acqua per mezzo di navi cisterna e ridurre i volumi di rifiuti generati dalla distribuzione di acqua in bottiglie di plastica.

Ove si ricorra a ulteriori fonti di approvvigionamento di acqua per il consumo umano, il piano dovrebbe anche prevedere la disponibilità di apparecchiature efficienti per la potabilizzazione dell'acqua con relativi sistemi, pronti all'uso e di scorta, per effettuare in loco, anche con utilizzo di laboratori mobili, tutti i relativi test di verifica.

La vigilanza sul trasporto delle acque ad uso umano per mezzo di navi cisterna e di autobotti deve essere rafforzata, nel rispetto di quanto previsto dalla normativa vigente ¹.

Andrebbe, comunque, prevista la pronta disponibilità di scorte di acqua ad uso umano, sufficienti ad affrontare un afflusso di migranti che ecceda la capienza prestabilita del Centro di primo soccorso e accoglienza, ovvero emergenze derivanti da interruzioni nella distribuzione dell'acqua con i sistemi ordinari.

Il Centro di primo soccorso e accoglienza necessita di un flusso continuo di acqua; pertanto, in caso di interruzione, andrebbero immediatamente effettuati interventi per assicurare e/o ripristinare tale flusso, assicurando, inoltre, con regolarità, gli interventi di pulizia e manutenzione degli impianti. Le Autorità sanitarie dell'isola preposte ai controlli periodici sulle acque devono poter estendere gli stessi esami periodici delle acque anche al Centro di prima accoglienza.

In ogni caso, quindi, deve essere assicurata la disponibilità sufficiente, sia in termini qualitativi che quantitativi, di acqua per consumo umano.

3.7 Impianti e servizi igienico-sanitari

¹ DM 10 ottobre 1988, n. 474 "Autorizzazione navi cisterna per il trasporto marittimo di acqua potabile"; D. Lgs 2 febbraio 2001, n. 31 "Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano"; Dichiarazione di Inizio Attività -DIA per i mezzi addetti al trasporto dell'acqua (artt. 43 e 47 del D.P.R. 327/1980, Allegato II, Cap. IV Regolamento 852/2004/CE).

Il Piano deve prevedere misure tese a dare non solo rifugio ma anche servizi igienici adeguati e docce agli immigrati, sin dal momento dell'arrivo sul territorio nazionale, nel rispetto dei fondamentali diritti umani, della dignità della persona oltreché della tutela della salute.

Coerentemente con i requisiti indicati da UNHCR, andrebbe, inoltre, prevista la fornitura di vestiario, lenzuola, kit per la cura dell'igiene personale di base, con adeguati siti di stoccaggio, in termini qualitativi e quantitativi, dei materiali in questione per la loro pronta disponibilità in caso di necessità.

I Centri di primo soccorso e accoglienza devono essere gestiti in maniera da garantire la regolare effettuazione di controlli sulle condizioni di abitabilità ed igienico-sanitarie della struttura, degli impianti, delle scorte di alimenti e delle dotazioni di medicinali, assicurando i dovuti collegamenti con le Autorità sanitarie territoriali

3.8 Sanificazione

Il piano di emergenza deve prevedere e descrivere procedure e modalità appropriate di trattamento dei reflui in condizioni ordinarie e in caso di sovraccarico delle strutture nei momenti di maggiore affollamento, al fine di prevenire l'eventuale contaminazione del sistema di approvvigionamento e distribuzione dell'acqua ad uso umano.

La Direttiva dell'Unione Europea sulle Acque Urbane Reflue (*EU Urban Wastewater Directive*) e la normativa italiana di settore sono i riferimenti² da tenere presente per gli interventi sul sistema di smaltimento dei reflui, al fine di adeguare il sistema fognario per ciò che concerne la raccolta, il trattamento e lo smaltimento delle acque reflue urbane ed industriali.

A tale riguardo, sarebbe opportuno prevedere una verifica dell'efficienza e del dimensionamento degli impianti esistenti per la depurazione dei reflui, prevedendone, ove necessario, un potenziamento e ammodernamento per aumentare la loro capacità di depurazione, in modo da far fronte alle aumentate esigenze, non solo in caso di afflusso di migranti ma anche di aumento della popolazione nel picco della stagione turistica.

Nel quadro di una adeguata tutela dell'ambiente e della salute, va assicurata la rimozione corretta e sicura di detriti e rifiuti solidi provenienti dai CPSA.

3.9 Aspetti relativi all'igiene degli alimenti

La qualità e lo stato di conservazione delle derrate alimentari stoccate presso il Centro di primo soccorso ed accoglienza, così come le caratteristiche strutturali e la gestione dei locali destinati alla

² Direttiva del Consiglio 91/271/CEE del 21 maggio 1991 concernente il trattamento delle acque reflue urbane (91/271/EEC); Decreto del 12 giugno 2003, n. 185 "Regolamento recante norme tecniche per il riutilizzo delle acque reflue in attuazione dell'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 152" per la depurazione e la distribuzione delle acque reflue al fine del loro recupero e riutilizzo in campo domestico industriale e urbano; Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152 "Norme in materia ambientale" : Parte III, Allegato V

manipolazione e distribuzione di alimenti, devono essere sottoposti a controlli regolari da parte dell'Autorità sanitaria locale, assicurando i dovuti collegamenti informativi con le Autorità sanitarie territoriali.

I gestori del Centro di primo soccorso e accoglienza dovrebbero mettere in atto tutte le azioni previste dal piano di autocontrollo per la sicurezza degli alimenti (HACCP, Hazard Analysis and Critical Control Points), fornendo appropriate informazioni alle Autorità sanitarie competenti per territorio.

3.10 Misure di prevenzione e controllo - sorveglianza epidemiologica

Le procedure indicate dal Ministero della Salute con la Circolare n. DGPREV/V/8636 del 7 aprile 2011 (Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale) debbono essere messe in atto, per una tempestiva individuazione e segnalazione, mediante la sorveglianza sindromica, di eventi potenzialmente rischiosi per la salute pubblica.

Lo scambio di informazioni tra i gestori dei Centri di primo soccorso e di accoglienza e le autorità sanitarie a livello locale, regionale e centrale è essenziale ai fini una efficace prevenzione e tutela della salute non solo dei migranti, ma anche degli operatori impegnati nell'assistenza e nell'accoglienza e della popolazione in generale, tanto del primo punto di ingresso, quanto del restante territorio nazionale.

A tale riguardo, è essenziale l'attivazione di flussi informativi che consentano l'immediata segnalazione di sindromi di interesse del Regolamento Sanitario Internazionale e di eventi rilevanti per la sanità pubblica, sia per i successivi adempimenti informativi del Ministero della Salute nei confronti dell'OMS, sia per l'adozione di appropriate misure di prevenzione e controllo nei confronti del soggetto colpito e di suoi eventuali contatti

4. Raccolta centralizzata dei dati di assistenza

E' di fondamentale importanza poter restituire alla comunità scientifica nonché alle Autorità e agli Enti sanitari la rappresentazione organizzata dei dati raccolti nel corso delle attività di assistenza psico-socio-sanitaria in favore delle popolazioni migranti.

Tutti gli attori nel teatro dell'emergenza e coloro i quali contribuiscono, da localizzazioni distali, al completamento del processo diagnostico-terapeutico, attraverso prestazioni specialistiche di secondo e terzo livello, debbono essere considerati, per le finalità del presente documento, un unicum operativo in campo clinico-sanitario e, pertanto, le informazioni relative alle diagnosi e alle prestazioni erogate da tutti i providers di salute non debbono essere disperse.

A tal riguardo, l'INMP ha già sperimentato sull'isola di Lampedusa, nel corso dell'emergenza del 2011, l'utilizzo del proprio sistema informativo con accesso web, attraverso l'upload giornaliero da parte degli operatori sanitari dei dati raccolti al triage e presso il poliambulatorio, con l'utilizzo di format studiati per la particolare tipologia di utenza. Il sistema informativo, denominato "Nausica",

permette l'analisi dei dati operata dalla sede nazionale a Roma e la loro restituzione, in modo aggregato e disaggregato, secondo modalità di reporting flessibili a seconda delle esigenze conoscitive.

Appare importante che tutti gli attori coinvolti nelle attività di assistenza nei confronti dei migranti appena giunti sull'isola o in località della terra ferma, possano utilizzare, senza oneri a carico, lo stesso sistema per la raccolta dati psico-socio-assistenziali, gestito inderogabilmente da un Ente di natura pubblica di tipo sanitario. Tale requisito assicurerebbe le tutele e le garanzie per gli assistiti in termini di protezione dei dati sensibili nonché il dialogo con le Autorità e gli Istituti sanitari internazionali, nazionali e regionali.

Accertamento dell'età nei soggetti sospettati di minore età.

I minori, accompagnati e non accompagnati, assistiti nel 2011 a Lampedusa nel periodo degli sbarchi (marzo-settembre) sono stati complessivamente 3.200³.

Nella fase della prima accoglienza dei migranti, è fondamentale poter stabilire con la maggiore accuratezza possibile la loro effettiva età. I metodi tutt'ora in uso conducono all'effettuazione, nei casi clinici al limite, di una radiografia radio-ulnare per la valutazione del nucleo cartilagineo di accrescimento.

Tale metodica, effettuata con apparati a bassa emissione di radiazioni, viene ritenuta ragionevolmente innocua e, pertanto, rappresenta il *gold standard* diagnostico in assenza di altri parametri di riferimento.

Vale rammentare che le leggi italiane prevedono la non espulsione dei soggetti in età minore e, quindi, che la determinazione orientativa dell'età anagrafica è fondamentale ai fini della fruizione di tale tutela. Ciò induce i migranti a dichiararsi minorenni senza esserlo, con conseguente esposizione ad accertamenti diagnostici radiologici altrimenti non necessari.

La situazione può essere meglio gestita favorendo una consapevolezza dei diritti in relazione allo status ricoperto; ciò si può ottenere utilizzando la capacità di un team multidisciplinare che veda al proprio interno, oltre la presenza del pediatra, anche quella dello psicologo e del mediatore culturale, proprio per veicolare, con gli strumenti culturali adeguati alla persona migrante, la giusta informazione relativamente alle conseguenze dello status dichiarato.

Sarebbe opportuno che presso le più rilevanti zone di sbarco siano previsti i predetti team multidisciplinari, proprio per trattare i casi di ragazzi e ragazze stranieri che appaiano all'osservazione clinica al limite della maggiore età (Parere del Consiglio Superiore di Sanità del 25 febbraio 2009 relativo a "Accertamento dell'età dei minori non accompagnati"). Infine, è importante assicurare loro, per il periodo della permanenza nel centro, un percorso educativo-ludico dedicato e adeguato all'età.

³ Fonte: Ministero del lavoro e delle politiche sociali, Soggetto attuatore emergenza umanitaria ex OPCM n. 3924 del 18 febbraio 2011

Riferimenti essenziali

- Action Contre La Faim (2005): Water sanitation and hygiene for populations at risk, chapter 11. Hermann Editeurs Des Sciences et des Arts, Paris, ISBN 2 7056 6499 8
- Action Contre la Faim (2005): *Water sanitation and hygiene for populations at risk* – Chapter 15. Hermann Editeurs Des Sciences et des Arts, Paris, ISBN 2 7056 6499 8
- Boot, M. and Caircross, S. (1993) *Actions Speak: the study of hygiene behaviour in water and sanitation projects*, IRC/LSHTM, London
- CDC (Undated) Chlorine residual testing, [http:// www.cdc.gov/safewater/publications _pages/chlorineresidual.pdf](http://www.cdc.gov/safewater/publications_pages/chlorineresidual.pdf)
- Davis, J. and Lambert, R. (2002) *Engineering and Emergencies: A practical guide to fieldworkers*, 2nd Edition, Practical Action Publishing, UK
- Dipartimento della Protezione Civile “Emergenza umanitaria nel territorio nazionale in relazione all’eccezionale afflusso di cittadini appartenenti a paesi del nord-africa – analisi delle procedure sanitarie” Prot. DIP/0002567 del 30 giugno 2011
- DM 10 ottobre 1988, n. 474 “*Autorizzazione navi cisterna per il trasporto marittimo di acqua potabile*”
- D. Lgs 2 febbraio 2001, n. 31 “*Attuazione della direttiva 98/83/CE relativa alla qualità delle acque destinate al consumo umano*”;
- Decreto Legislativo 3 aprile 2006, n. 152 "Norme in materia ambientale" : Parte III, Allegato V
- Decreto del 12 giugno 2003, n. 185 "Regolamento recante norme tecniche per il riutilizzo delle acque reflue in attuazione dell'articolo 26, comma 2, del decreto legislativo 11 maggio 1999, n. 152" per la depurazione e la distribuzione delle acque reflue al fine del loro recupero e riutilizzo in campo domestico industriale e urbano
- Direttiva del Consiglio 91/271/CEE del 21 maggio 1991 concernente il trattamento delle acque reflue urbane (91/271/EEC);
- Ferron, S., Morgan, J. and O’Reily, M. (2007) *Hygiene Promotion: a practical guide for relief and development*, Practical Action, Rugby, UK.
- Harvey P., Baghri, S. and Reed. R.A. (2002) *Emergency Sanitation: Assessment and programme design*, WEDC, Loughborough University, UK
- Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP): Documento di contesto “Riunione del tavolo tecnico su Lampedusa, Roma, 2 maggio 2012”
- Louisiana Department of Health and Hospitals (Undated) Instructions for Emergency Tank Truck Bulk Water Hauling in Louisiana. <http://www.dhh.louisiana.gov/offices/publications/pubs-204/Bulk%20Water%20Hauling%20Instructions.pdf>
- Massachusetts Department of Environmental Protection (Undated) Procedures for Emergency Tank Truck Bulk Water Haulage. <http://www.mass.gov/dep/water/drinking/blkwfct.doc>
- Ministero della Salute - DG Prevenzione, Circolare n. 8636 del 7 aprile 2011 “Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica in relazione alla emergenza immigrati dall’Africa settentrionale”

- Ministero della Salute, Consiglio Superiore di Sanità, Parere del del 25 febbraio 2009 relativo a “Accertamento dell’età dei minori non accompagnati”
- OCHA (Office for the Coordination of Humanitarian Affairs - Ufficio delle Nazioni Unite per gli Affari Umanitari) “Meccanismo di Risposta alle Crisi Umanitarie”
- Redland Shire Council (Undated) Tanker Disinfection; <http://www.redland.qld.gov.au/>
- Regione Siciliana, Assessorato della Salute del 18 marzo 2011, n. 26694 “Programma per l’assistenza sanitaria rivolta alle persone straniere sbarcate a Lampedusa”.
- Regione Siciliana: Programma per l'assistenza sanitaria rivolta alle persone straniere sbarcate a Lampedusa. Prot. /Serv.1/43298, Palermo, 24 maggio 2012
- Regolamento (Ce) n. 852/2004 del Parlamento Europeo e del Consiglio del 29 aprile 2004 sull’igiene dei prodotti alimentari (Notifica Sanitaria per Attività Alimentare – DIA)
- Sphere (2004) *Humanitarian Charter and Minimum Standards in Disaster Response*. The Sphere Project: Geneva, Switzerland (Distributed worldwide by Oxfam GB), <http://www.sphereproject.org/>
- UNHCR, Division of Operational Services: A guidance for UNHCR for field operations water and sanitation services
- WHO (2004) *Guidelines for drinking water quality*, 3rd ed., WHO, Geneva, http://www.who.int/water_sanitation_health/dwq/guidelines/en/
- WHO (1998) PHAST step-by-step guide: A participatory approach for the control of diarrhoeal diseases, WHO/EOS/98.3 http://www.who.int/water_sanitation_health/hygiene/envsan/phastep/
- WHO (2005), International Health Regulations
- WHO, Regional Office for Europe. “Health Need Assessment Report, Lampedusa – Italy - Mission of 16 to 18 of March 2011
- WHO, Regional Office for Europe – Ministero della Salute “Increased influx of migrants in Lampedusa, Italy, Joint report from the Ministry of Health, Italy and the WHO Regional Office for Europe mission of 28–29 March 2011
- WHO, Regional Office for Europe.” *Second Assessment of Migrants Health Needs , Lampedusa and Linosa, Italy*. Joint report from the Sicily Regional Health Authority and the WHO Regional office Mission of 16-19 May 2012
- Wood, S., Sawyer, R. and Simpson-Hebert, M. (1998) PHAST *Step-by-step Guide: A participatory approach for the control of diarrhoeal disease*, WHO, Geneva.
- WHO, World Health Assembly, Resolution WHA.61.17 “Health of Migrants” WHA61/2008REC1; Geneva, 19-24 May 2008

REPUBBLICA ITALIANA
Regione Siciliana



ASSESSORATO DELLA SALUTE
Dipartimento Regionale per la Pianificazione Strategica
Dipartimento Regionale Attività Sanitarie e Osservatorio Epidemiologico

Prot./ Serv.1/ 43296

Palermo, 24 Maggio 2012

Oggetto: Programma per l'assistenza sanitaria rivolta alle persone straniere sbarcate a Lampedusa.

Al Sig. Prefetto di Agrigento

Al Sig. Sindaco di Lampedusa

Al Direttore Generale dell'ASP di Palermo

Al Direttore Sanitario dell'ASP di Palermo

Al Responsabile del C.O. del 118

Al Direttore del Centro di Accoglienza di Lampedusa

Al Responsabile Scientifico INMP Sicilia

Al Responsabile Amministrativo INMP Sicilia

Ai Direttori Generali delle Aziende Ospedaliere,
Cannizzaro di Catania, Villa Sofia - Cervello e
ARNAS Civico di Palermo

Ai Direttori Generali delle AA.SS.PP. di Catania,
Ragusa e Trapani

Ai Direttori dei PP.OO. di Acireale, Ragusa e Trapani

e p.c. Al Presidente della Regione Sicilia

Al Dirigente Generale del Dipartimento Regionale della
Protezione Civile

Ai Direttori Generali delle AA.SS.PP, AA.OO.,
AA.OO.UU. della Regione Sicilia

Ai Direttori Sanitari delle AA.SS.PP, AA.OO.,
AA.OO.UU. della Regione Sicilia

LORE SEDE

Alla luce del dato storico sugli sbarchi di persone extracomunitarie a Lampedusa (All. 1) e sulla base di quanto stabilito dal gruppo di lavoro multidisciplinare e multaziendale, nella seduta del 9 maggio 2012 e dalle risultanze del sopralluogo tecnico effettuato a Lampedusa e Linosa in data 17 e 18 maggio u.s., congiuntamente a funzionari dell'OMS, al fine di garantire una adeguata assistenza ed ottimizzazione degli interventi finalizzati alla gestione della salute individuale e collettiva sull'isola di Lampedusa, sia sulla popolazione residente che sulla popolazione immigrata, questo Assessorato ha ritenuto indispensabile procedere all'implementazione, introducendo ulteriori elementi, del "Programma per l'assistenza sanitaria rivolto alle persone straniere sbarcate a Lampedusa", già predisposto con nota prot. n° 26694 del 18 marzo 2011.

Premesso che, a seguito di incrementi non pianificati della popolazione, le isole Pelagie risultano facilmente vulnerabili sotto il profilo igienico sanitario, in quanto presentano delle criticità quali:

1. L'isola di Lampedusa, in atto, nonostante nell'anno 2011 sia stato realizzato, con apposito finanziamento, un ulteriore ramo di fognatura dinamica comunale riguardante C/da Cala Madonna, presenta per lo smaltimento dei reflui gravi inconvenienti quali il mancato funzionamento delle pompe di sollevamento, con conseguente sversamento sotto costa degli stessi e la dismissione del depuratore esistente che dovrebbe essere ricostruito, come da progetto già finanziato ma di cui non si conoscono le caratteristiche; i reflui che in atto giungono alla struttura dell'ex depuratore, vengono fatti confluire, senza alcun trattamento, ad un pennello a mare di circa 1 kilometro, anch'esso inefficace perché presenta discontinuità; L'approvvigionamento idro-potabile che dovrebbe essere garantito dall'impianto di dissalazione dell'acqua marina e con integrazione eventuale di acqua trasportata via mare mediante navi-cisterna, in atto è garantito dal trasporto via nave in quanto l'impianto di dissalazione, per motivi non noti, ha una resa di circa il 30% della sua potenzialità; di conseguenza le caratteristiche dell'acqua distribuita nel centro abitato, difficilmente rispettano i criteri di potabilità, inoltre, la stragrande maggioranza delle unità abitative dell'isola, non raggiunte da parte della rete idrica comunale, sono dotate di pozzi artesiani con disponibilità di acqua più o meno salata; I rifiuti solidi urbani prodotti, non essendo l'isola dotata di discarica controllata, vengono stoccati in camion e successivamente trasportati, tramite nave, a Porto Empedocle per essere conferiti in apposita discarica; I rifornimenti dei prodotti di prima necessità, viene effettuato esclusivamente mediante traghetto e pertanto, con condizioni meteo-marine non idonee, questi possono essere ritardati anche di molti giorni.
2. L'isola di Linosa, in atto non presenta problemi per quanto attiene l'approvvigionamento idrico, in quanto il dissalatore installato, per le caratteristiche

progettuali ed il buon funzionamento, riesce a garantire il fabbisogno della popolazione residente e turistica; L'isola non è dotata di alcun sistema di smaltimento dei reflui, un breve tratto di ramo fognario che serve il piccolo centro abitato scarica direttamente a mare, mentre la maggior parte degli insediamenti abitativi, sparsi su tutta l'isola, sono dotati di sistemi alternativi come le fosse Imhoff; Per quanto riguarda lo smaltimento dei rifiuti solidi urbani e l'approvvigionamento dei prodotti di prima necessità, per le caratteristiche degli attracchi e la mancanza di un vero porto, in condizioni meteo-marine avverse, le condizioni diventano ancora più critiche rispetto all'isola di Lampedusa.

In via preliminare, visto l'afflusso incrementale, negli ultimi anni, di soggetti extracomunitari sbarcati sulle coste dell'Isola di Lampedusa e Linosa, si ritiene, anche sulla base della direttiva prot. n° DGPREV 0015535-P-25/05/2011 del Ministero della Salute, che tali isole debbano essere considerate "punto di ingresso internazionale ufficiale" e che pertanto siano sottoposte, ordinariamente, a misure di vigilanza da parte dell'Autorità Sanitaria Nazionale per il tramite delle proprie articolazioni periferiche dagli uffici di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF).

Per tale finalità, è condizione preordinata l'apertura continuativa h-24, di una struttura (centro di accoglienza) con tutte le figure professionali previste nel capitolato del bando di gara ministeriale per i gestori dei centri di accoglienza, anche con sistemi modulari da adeguare alle variabili situazioni, che in particolari casi di emergenza, mediante procedure ben definite, deve poter essere adeguato alle necessità, in termini di personale ed organizzazione, in un tempo massimo di 48 ore.

Resta fermo che, per le caratteristiche proprie delle isole Pelagie, si rende indispensabile, anche al fine di prevenire possibili epidemie, che la permanenza degli ospiti nel Centro di accoglienza, non superi le 72 ore, pertanto si dovrà prevedere un sistema di mobilitazione delle persone sbarcate, mediante la disponibilità di idonei vettori, verso strutture più adeguate già esistenti sia sul territorio della Regione Sicilia che in altre Regioni.

L'isola di Linosa, con le strutture in atto esistenti, un salone di circa 100 mq, con un solo servizio igienico, e la sola presenza di un medico di continuità assistenziale, non presenta le condizioni in essere per l'accoglienza, pertanto eventuali persone sbarcate sulle coste linosane dovranno essere tempestivamente trasferite a Lampedusa: in tal senso, si ritiene opportuno, una revisione del contratto stipulato tra la Prefettura di Agrigento ed il titolare di una trattoria ad apertura stagionale, con caratteristiche della cucina, paramtrate per circa 20 posti a sedere, con validità fino al 31 dicembre 2012 (Nota prot.n° 0014133 del 2/4/2012).

Si ritiene inoltre che, anche la base Loran sia inadeguata all'utilizzo per l'accoglienza di donne e minori, come peraltro utilizzata nel 2011, in quanto persistono le condizioni di non agibilità della struttura e la mancanza di ogni requisito igienico sanitario minimo previsto per tale destinazione d'uso.

Per quanto attiene i minori non accompagnati, sbarcati sull'isola, si ritiene indispensabile che sia rapidamente individuabile il titolare della funzione di tutela, in modo da facilitare il compito degli operatori sanitari nel caso in cui le condizioni di salute del minore lo rendano necessario.

Particolare attenzione deve essere posta alla gestione dei possibili casi di trattamento sanitario obbligatorio (TSO) nei confronti delle persone extracomunitarie con problematiche psichiatriche: infatti, per la loro peculiarità, non potendosi di norma provvedere al trasporto con l'eliambulanza, è ipotizzabile, in alternativa, il trasporto con motovedetta messa a disposizione dalle Forze Militari presenti sull'Isola, per raggiungere Porto Empedocle e successivamente in ambulanza la struttura sanitaria con disponibilità di posti letto; In particolari casi tale trasporto potrebbe essere effettuato tramite ambulanza con nave di linea: in questo caso il paziente e gli accompagnatori dovrebbero rimanere nella stiva della nave (garage) per tutta la traversata, stimata in circa 10 ore, in condizioni microclimatiche insostenibili.

Inoltre, al fine di garantire l'assistenza sanitaria alle persone sbarcate a Lampedusa, anche dopo il loro trasferimento presso altre strutture e dopo la dimissione da eventuali ricoveri ospedalieri, come da Direttiva del Ministero della Salute, prot. n° DGPREV 0008636-P-07/04/2011, si rappresenta la necessità, nell'ottica della collaborazione ed integrazione nelle attività di competenza di più amministrazioni, di conoscere, tempestivamente, le sedi delle strutture di destinazione degli stessi ricadenti in ambito regionale.

Infine, si rileva che la direttiva regionale prot. n° 33603 dell'11 Aprile 2011, sul controllo della diffusione dell'Afta Epizootica, è rimasta disattesa, nonostante l'immediata e consequenziale Ordinanza Sindacale, con possibile coinvolgimento della popolazione animale stanziale dell'isola e con le immaginabili ripercussioni sul territorio nazionale; Inoltre, il mancato recupero e smantellamento delle imbarcazioni approdate sull'isola di Lampedusa, ha determinato, su tutto il territorio isolano, un'incontrollata proliferazione di discariche provvisorie di intere imbarcazioni o parti di esse, tale da causare un ulteriore grave inquinamento ambientale.

Fermo restando che, quanto espresso in premessa, può condizionare l'esito degli interventi sanitari necessari per garantire una assistenza ottimale a coloro i quali dopo lo sbarco necessitano di cure, sulla base dei risultati delle procedure adottate per la gestione sanitaria nell'emergenza umanitaria verificatasi nell'anno 2011, si ritiene di riproporre, solo con parziali modifiche migliorative, le strategie di intervento già sperimentate nel precedente anno, da porre in essere in relazione alla tipologia ed alla dimensione del numero e della frequenza degli sbarchi.

Atteso che la gestione delle attività sanitarie sull'isola sono garantite dal Servizio Sanitario Regionale, per il tramite dell'ASP di Palermo, mentre all'interno del centro di accoglienza tali attività ricadono sul personale sanitario dell'Ente gestore, si ripropone, con alcuni elementi integrativi per l'ottimizzazione del percorso nelle varie fasi assistenziali, una procedura operativa a partire dall'accoglienza e assistenza sul molo, dopo lo sbarco, delle persone che necessitano di

assistenza sanitaria, fino all'eventuale necessario trasferimento presso un presidio ospedaliero tramite l'attivazione dell'eliambulanza.

Di seguito vengono descritte le procedure operative distinte per fasi, modulate per un numero di sbarchi da uno a mille persone nelle 24 ore e per contingenti di 200 unità (vedi schema operativo allegato).

1. Accoglienza e assistenza allo sbarco

Dopo lo sbarco, il personale presente sul molo, un medico di continuità assistenziale dell'ASP di Palermo e un medico del Centro di Prima Accoglienza (C.P.A.), con l'ausilio di un infermiere professionale (IP) della stessa ASP e un ulteriore infermiere professionale dello stesso Centro, avrà cura di svolgere una prima valutazione per selezionare le persone da inviare direttamente al Centro di Accoglienza o che, diversamente, necessitano di un intervento sanitario.

Oltre al personale sopra indicato è previsto l'eventuale coinvolgimento, con il coordinamento del medico dell'ASP, di altro personale sanitario afferente ad altri Enti e/o Istituzioni (INMP Sicilia, Croce Rossa Italiana, Medici Senza Frontiere, Medici dell'Ordine di Malta ecc.) presente sull'isola.

In caso di emergenza conclamata, in accordo con il Servizio 6 "*Programmazione dell'emergenza*" del Dipartimento Programmazione Strategica dell'Assessorato, il Servizio Regionale di Protezione Civile dovrà rendere disponibili n° 3 presidi mobili idonei all'uso e adeguati sul piano logistico.

2. Continuità assistenziale post-triage (Pronto Soccorso/Continuità Assistenziale)

In atto, nella struttura sanitaria di Lampedusa, oltre alle 19 branche specialistiche, attive mediante accessi di medici specialisti ambulatoriali, sono presenti un medico di continuità assistenziale (CA), un medico e un infermiere di pronto soccorso (PS), in servizio 24 ore su 24. Sono presenti inoltre un cardiologo, un rianimatore in pronta reperibilità e un pediatra di libera scelta (PLS); quest'ultimo garantisce, ordinariamente, l'assistenza sanitaria pediatrica tutti i giorni tranne festivi e prefestivi.

Sull'isola sono presenti altresì un rianimatore e un infermiere del 118 per la gestione dei pazienti da trasferire presso i presidi ospedalieri tramite eliambulanza.

Pertanto, tutti i pazienti cui viene riconosciuta, in fase di prima valutazione, una patologia tale da necessitare l'immediato trattamento, vengono trasportati con l'ambulanza alla predetta struttura sanitaria e, a seconda della gravità delle condizioni di salute, vengono trattati dal medico di continuità assistenziale o di pronto soccorso.

Al fine di garantire un'appropriata assistenza sanitaria, nel caso di particolare criticità determinata dall'incremento del flusso di stranieri sbarcati sull'isola, l'ASP di Palermo, ad integrazione del personale e dei servizi in atto ivi erogati, dovrà assicurare:

- l'assistenza pediatrica nei giorni in cui non è presente il PLS;
- l'assistenza ginecologica ed ostetrica continuativa;
- il potenziamento della continuità assistenziale mediante il raddoppio del personale medico;
- la presenza di personale infermieristico;
- la continuità del servizio di diagnostica radiologica attraverso la presenza di uno specialista radiologo h - 24 o, in alternativa, attraverso la telemedicina.

3. Trasferimento negli Ospedali Siciliani

I pazienti con emergenze/urgenze sanitarie, la cui stima è di circa 2-5 unità ogni 1000 nuovi arrivi, verranno trasferiti, attraverso il servizio SUES 118, in specifici ospedali siciliani (Tabella 2) ove saranno resi disponibili h-24, anche in overbooking, i posti letto necessari per tipologia di quadro clinico.

I pazienti non più gestibili presso la struttura sanitaria di Lampedusa (vedi tabella 1), verranno trasportati attraverso mezzo idoneo, a seguito di attivazione della Centrale Operativa del servizio SUES 118, e trasferiti presso le strutture ospedaliere più appropriate in relazione al quadro clinico, secondo lo schema indicato in tabella 2.

In considerazione della scarsa prevedibilità di eventi acuti e/o di necessità cliniche richiedenti l'immediato trasferimento, si è stabilito che ad integrazione e potenziamento del servizio di eliambulanza presente sull'isola di Lampedusa (n° uno Eliambulanza - Augusta 412), sarà predisposto il trasferimento di un ulteriore eliambulanza di istanza a Pantelleria, al fine di garantire la tempestività del trasporto anche nel caso del susseguirsi di eventi non temporalmente coincidenti.

Tabella 1

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. PAZIENTE POLITRAUMATIZZATO 2. PAZIENTE CON PATOLOGIA INFETTIVA 3. DONNA IN GRAVIDANZA IN PROCINTO DI PARTO 4. PAZIENTE PEDIATRICO 5. PAZIENTE CON EMERGENZA CHIRURGICA 6. PAZIENTE CON USTIONE SEVERA 7. PAZIENTE CON PATOLOGIA PSICHIATRICA ACUTA |
|---|

Tabella 2

TIPOLOGIA/QUADRO CLINICO	STRUTTURA OSPEDALIERA
POLITRAUMA	- ARNAS Civico, Benfratelli Di Cristina di Palermo - A.O. Villa Sofia-Cervello di Palermo - A.O. Cannizzaro di Catania
PATOLOGIE INFETTIVE	- ARNAS Civico, Benfratelli Di Cristina di Palermo - A.O. Villa Sofia-Cervello di Palermo - P.O. Civile di Ragusa - A.O. Cannizzaro di Catania
OSTETRICIA E GINECOLOGIA	- ARNAS Civico, Benfratelli Di Cristina di Palermo - A.O. Cervello di Palermo - A.O. Cannizzaro di Catania
NEONATOLOGIA	- A.O. Villa Sofia-Cervello di Palermo - P.O. S.A. Abbate di Trapani
PEDIATRIA	- ARNAS Civico, Benfratelli Di Cristina di Palermo - P.O. Acireale - ASP di Catania
CHIRURGIA	- ARNAS Civico, Benfratelli Di Cristina di Palermo - A.O. Cannizzaro di Catania
USTIONI	- ARNAS Civico, Benfratelli Di Cristina di Palermo - A.O. Cannizzaro di Catania
PSICHIATRIA	- Secondo la Disponibilità dei PP. LL.

La presente direttiva, in via di eccezionalità, deroga la procedura n° 002 della SUES 118-
“Per il trasferimento dei cittadini extracomunitari giunti a Lampedusa – da Lampedusa ad idonee
strutture ospedaliere” del 21/05/2010.

Il Responsabile del Presidio sanitario di Lampedusa, Dr. Pietro Bartolo è individuato come
coordinatore di tutte le attività sanitarie di cui alla presente direttiva, giusta nota assessoriale n.
26584 del 18/03/2011, formalizzata su richiesta, pervenuta in pari data (nota n. 26559), da parte
della Prefettura di Agrigento.

L'ASSESSORE
Dott. Massimo Russo

REGIONE SICILIA

MIGRANTI CLANDESTINI SBARCATI A LAMPEDUSA (ANNI 1997 - 27 MARZO 2012)

LA NAZIONALITÀ DI PROVENIENZA DEI CLANDESTINI, SUDDIVISA PER ANNI E PER NAZIONE, E' LA SEGUENTE:

NAZIONE	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	Tot.
ALTRO	49	22	0	118	165	1467	893	259	73	716	329	19	1	48	1091	0	5250
ALGERIA	51	272	25	12	155	404	79	75	325	473	182	505	146	20	133	0	2857
BANGLADESH	0	0	0	0	15	280	179	563	392	340	47	422	114	0	1012	0	3364
BENIN	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	2	62	0	0	30	0	101
BURKINA	0	0	0	0	0	0	2	0	10	0	0	501	8	0	451	0	972
CAMBOGIA	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
CAMERUN	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	3	30	3	0	81	0	120
CIAD	0	0	0	0	4	51	18	0	5	8	9	36	0	0	420	0	551
CONGO	0	0	0	0	0	12	13	12	2	7	3	44	1	0	67	0	161
COSTA AV.	0	0	0	0	0	39	133	94	354	108	186	439	40	0	739	0	2132
EGITTO	3	6	7	2	0	17	0	207	215	352	620	760	113	22	731	0	3055
ERITREA	0	0	0	0	51	368	587	659	1057	1918	2174	3559	29	9	363	0	10774
ETIOPIA	0	0	0	0	0	19	66	142	255	369	395	262	15	0	85	0	1608
GAMBIA	0	0	0	0	0	1	2	3	3	11	36	489	51	0	318	0	30946
GAMBIA MI.	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
GHANA	0	1	0	0	0	1	333	34	295	438	664	1688	143	0	2815	0	6412
GUINEA	0	0	0	0	0	2	1	0	0	12	24	137	7	0	459	0	642
INDIA	0	0	0	0	16	26	19	45	76	8	5	374	17	0	1	0	587
IRAQ	3	74	2	7	94	2225	1257	700	2177	729	788	190	9	3	71	0	8329
KENIA	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	40	1	0	1	0	43
LIBERIA	0	0	0	0	0	1718	750	103	133	25	55	80	2	0	52	0	2918
LIBIA	7	22	1	6	0	50	18	25	8	40	28	81	5	5	702	0	998
MALI	0	0	0	0	0	0	18	0	19	0	80	144	16	0	1598	0	1875
MAROCCO	1907	3175	193	192	208	996	346	232	2817	7329	2142	2459	744	30	508	0	23278
MAURITANIA	2	4	0	0	0	0	2	1	16	0	0	7	1	0	8	0	41
NIGER	0	0	0	0	0	0	0	1	46	0	3	58	2	0	452	0	562
NIGERIA	0	0	0	0	0	19	118	68	146	380	837	5722	995	0	4935	0	13220
PAKISTAN	54	13	0	0	22	398	394	261	343	251	83	258	0	1	275	0	2353
PALESTINA	0	61	0	12	31	588	2152	6327	4643	1859	1585	817	48	46	15	0	18184
SENEGAL	0	2	0	0	0	4	1	2	1	5	28	29	1	0	398	0	471
SIRIA	0	5	0	0	0	13	8	7	38	30	38	41	0	0	15	0	195
SIERRA LEONE	0	77	0	0	25	280	166	4	39	12	16	73	1	0	56	0	749
SOMALIA	1	29	0	0	77	193	1216	87	185	59	290	4056	325	14	4576	524	11632
SUDAN	0	0	0	0	56	817	498	498	530	260	300	291	8	0	302	0	3560
TOGO	0	0	0	0	0	0	5	5	322	44	131	585	5	0	38	0	1135
TUNISIA	136	255	86	93	163	350	201	124	1321	1700	1087	7035	1564	406	29124	54	43699
ZIMBABWE	0	0	0	0	0	0	0	4	1	0	0	17	0	0	0	0	22
TOTALE	2213	4018	315	442	1.028	10.338	9.476	10.543	15.722	17.483	12.170	31.311	4.415	604	51.499	578	172765

PROPOSTA D'INTERVENTO

La nostra proposta di intervento si basa su due presupposti iniziali, per come sono stati descritti nel documento di contesto condiviso nella riunione del 2 maggio 2012: la competenza delle strutture sanitarie della ASP per l'assistenza agli sbarchi e per la individuazione e la gestione, in questa fase, delle emergenze sanitarie. Per quanto riguarda invece l'assistenza sanitaria ai migranti che permangono sull'isola ospitati nei centri di accoglienza prima del loro trasferimento, l'assistenza è demandata all'ente gestore, in collaborazione con le strutture sanitarie della ASP; pur considerandola una evenienza improbabile è importante organizzare l'assistenza per le persone che non dovessero essere ospitate nel CSPA, ma allocate in alloggi non dedicati.

Tuttavia, come sempre quando si ha un brusco incremento delle presenze, in luoghi logisticamente difficili come le piccole isole, è importante poter disporre di risorse che in caso di necessità siano immediatamente disponibili e che possano incrementare la capacità di risposta, supportando i sistemi competenti. Di seguito è riportato uno schema di sintesi della modalità di intervento, in ipotetici scenari in cui la modulazione degli interventi di supporto è legata al numero di sbarchi/die e numero di persone/sbarco

Per ogni scenario sono analizzati gli interventi allo sbarco e gli interventi di assistenza durante la permanenza sull'isola, partendo da provvedimenti di base ai quali vengono aggiunti, al crescere delle necessità, ulteriori risorse e mezzi.

SINTESI DELLA MODALITÀ di GESTIONE OPERATIVA

Basso impatto: Sbarchi < 60 persone con frequenza non giornaliera : bassa intensità di intervento

La situazione è assimilabile ad altre tipiche delle zone turistiche dove è necessario incrementare la capacità di risposta proporzionalmente all'incremento della popolazione. Assumendo che l'assistenza agli sbarchi può essere svolta dalla ASP, mantenendo l'integrazione già assicurata dalla ASP di Palermo per i periodi di particolare criticità dovuti all'incremento di cittadini stranieri, si propone un **presidio mobile (Ambulatorio mobile su Camper)** da utilizzare nella assistenza ai migranti presenti nelle strutture non dedicate, garantendo le visite e la somministrazione di terapie. Questa struttura, qualora fosse richiesto, potrà costituire un supporto al poliambulatorio come punto salute principalmente rivolto alla popolazione migrante, e si presta comunque ad essere utilizzato, in caso di necessità per l'assistenza agli sbarchi.

Medio impatto Sbarchi > 60 persone , con frequenza non giornaliera: media intensità di intervento

In questa ipotesi è opportuno un incremento delle risorse già messe a disposizione dalla ASP per quanto riguarda l'assistenza agli sbarchi. Quindi aggiungendo all'intervento descritto sopra una squadra sanitaria (personale medico e una ambulanza) con la disponibilità di una PMA leggero (struttura ad assemblaggio veloce in contiguità con il camper) si può assicurare la presenza in area di sbarco di ulteriori risorse a rinforzo di quelle della ASP, mantenendo nello stesso tempo quanto progettato nella fase precedente di una integrazione con presidio mobile all'assistenza offerta dalla ASP, purché sia assicurato un costante deflusso di migranti dall'isola proporzionale agli arrivi.

Alto impatto: Sbarchi > 60 persone con frequenza giornaliera / più sbarchi nella stessa giorno : alta intensità di intervento



Croce Rossa Italiana

Se il numero di migranti per sbarco aumenta e gli sbarchi avvengono più volte nel corso della giornata, per velocizzare le operazioni di assistenza, per assicurare a tutti la prima visita e una efficace sorveglianza sindromica si può rinforzare, se richiesto, il sistema di accoglienza immediata, rendendo disponibile un PMA (un modulo triage/trattamento + un modulo osservazione breve + ambulanza per i trasferimenti) con team sanitari in rotazione coadiuvato da mediatori linguistici e volontari, ad ulteriore integrazione delle strutture descritte prima, che continuano a partecipare come supporto all'assistenza ai migranti presenti sull'isola.

Nello scenario in cui il numero di migranti in arrivo supera la capacità di accoglienza del CSPA, pur in presenza di un sistema di trasferimento efficace, sarà possibile, su decisione dei responsabili dell'assistenza sanitaria, utilizzare per integrare il sistema di assistenza ambulatoriale alla popolazione migrante oltre che per rinforzare l'assistenza nelle strutture di permanenza dei migranti sia il Camper che il PMA leggero come punti salute a bassa soglia di accesso e decidere di mantenere il PMA operativo anche al di fuori delle operazioni di sbarco.

DISPONIBILITA' DELLA CRI

Come già sperimentato in altre condizioni di incremento della popolazione in particolari contesti, la CRI può offrire la presenza di team sull'isola, a supporto delle strutture della ASL, dei servizi di continuità assistenziale e con la disponibilità di mezzi di emergenza. Per quanto riguarda invece lo specifico della gestione dell'afflusso di migranti nelle piccole isole, oltre alla presenza di operatori che collaborano nelle attività di assistenza, è possibile proporre la partecipazione a Progetti di ricerca, la disponibilità alla elaborazione del programma di registrazione dati sanitari/disponibilità alla condivisione dei programmi informatici già in uso e lo studio e realizzazione di particolari percorsi di screening.

Caratteristiche dell'intervento

In considerazione della particolare situazione d'impiego, agli operatori, che saranno in maggioranza non residenti nell'isola, devono essere assicurati adeguati alloggi e possibilità di riposo, considerando un periodo d'impiego non inferiore a 2 settimane. Il personale minimo necessario alla gestione del Presidio mobile è costituito da un team composto dal medico, infermiere, tecnico-autista e mediatore linguistico. Con operatività h 12 e eventuale reperibilità notturna sono necessari almeno due team. Se è prevista una operatività h 24 saranno necessari 3 team e si può garantire anche l'assistenza agli sbarchi

L'eventuale dispiegamento del PMA per l'assistenza agli sbarchi richiede altri 2 team (totale 5) ipotizzando che 1 team può essere in rotazione sulle due attività.

Si rende necessario sottolineare come sia indispensabile una fase di pianificazione globale degli interventi, con la definizione del piano operativo, e quindi la modalità di attivazione di ogni singola fase di intervento, definendo in modo univoco anche la catena di comando sia nella fase di attivazione e che nella la fase di operatività.

Per Croce Rossa Italiana
Leonardo Carmenati
Alessandra Diodati

Roma, 28/5/2012



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA SANITÀ PUBBLICA E DELL'INNOVAZIONE
DIREZIONE GENERALE DELLA PREVENZIONE
UFFICIO 03 ex DGPREV - Coordinamento Uffici
di Sanità Marittima, Aerea e di Frontiera (USMAF)

N. DGPREV.III/P/C.1.a. /
Risposta al Foglio del
N.

All. 1

OGGETTO: Documento relativo a “Raccomandazioni operative per la gestione sanitaria di nuovi fenomeni migratori.

Doc. 112909890 del 05-11-2012

Prot 0023703-05/11/2012-DGPREV-
DGPREV-P

Roma,

Agli Assessorati alla Sanità delle Regioni a
Statuto Ordinario e Speciale
Loro Sedi

Agli Assessorati alla Sanità delle Province
Autonome di Trento e Bolzano
Loro Sedi

E, per conoscenza

Al Ministero dell'Interno
Ufficio di Gabinetto
Palazzo del Viminale
Via Agostino Depretis 7, 00184 Roma

All'Ufficio del Ministro per la Cooperazione
internazionale e l'integrazione
Largo Chigi, 19 - 00187 Roma

Al Dipartimento della Protezione Civile
Via Ulpiano, 11 - 00193 roma

Alla Croce Rossa Italiana
Via Toscana, 12 - 00187 Roma

All'Istituto Nazionale per la promozione della
salute dei Migranti e per il contrasto delle
malattie della Povertà
Via di San Gallicano, 25/a 00153 ROMA

I fenomeni migratori continuano a costituire un rilevante fenomeno anche nei nostri tempi e richiedono una gestione che consenta di affrontare in maniera appropriata eventuali problematiche non solo di tipo strettamente sanitario ma anche, per le evidenti ripercussioni sulla salute, di tipo ambientale.

Ciò è particolarmente importante in alcuni contesti, quali le piccole isole o luoghi isolati, che di per sé soffrono di una fragilità ambientale e di difficoltà di accesso ai servizi sanitari.

Il documento che si invia è il frutto del lavoro di un Tavolo Tecnico costituito presso il Ministero della Salute, cui hanno partecipato rappresentanti delle Amministrazioni, Organizzazioni ed Istituti che leggono in copia, oltreché della Regione Siciliana e dell'Ufficio Regionale Europeo dell'OMS.

Il documento, che ha ricevuto l'approvazione e l'apprezzamento del Consiglio Superiore di Sanità nella seduta dello scorso 25 settembre, si propone di fornire raccomandazioni e regole operative per la gestione delle problematiche sanitarie, e di quelle collegate di carattere ambientali, connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole, facendo tesoro dell'esperienza e delle lezioni apprese nel corso dell'emergenza umanitaria che nel 2011, in seguito alle crisi politiche che avevano riguardato la maggior parte dei Paesi del Nord Africa, determinò un ingente afflusso di persone provenienti da tali aree sulle nostre coste, ed in particolare a Lampedusa .

Del documento fanno parte, come allegati e parti integranti, una Proposta di intervento operativo a cura del Comitato Centrale della Croce Rossa Italiana (Dipartimento attività socio-sanitarie, Operazioni di emergenza e volontariato) ed il Programma per l'Assistenza sanitaria rivolte alle persone sbarcate a Lampedusa dell'Assessorato alla Salute della Regione Siciliana.

Lo scopo di queste raccomandazioni è quello di esaminare gli aspetti positivi e le lezioni apprese, a livello di sanità pubblica, dall'esperienza di Lampedusa nel 2011 e tradurli in un modello virtuoso applicabile, con gli opportuni adattamenti, ad altre simili realtà, non solo delle piccole isole, ma anche di contesti "continentali" isolati e di zone destinarie anche di rilevanti afflussi turistici.

Tale modello virtuoso non può non basarsi sulla concertazione, dal punto di vista gestionale e decisionale, tra Amministrazioni, Organizzazioni ed Enti nazionali, territoriali, locali coinvolti, a vario titolo e con diversi ruoli e responsabilità, nella gestione dei fenomeni migratori e nella prestazione di assistenza sanitaria e sociale.

Dott.ssa L. Vellucci
Direttore Ufficio 03

Il Direttore Generale
Dott. Giuseppe RUOCCO*

“* f.to + *Giuseppe RUOCCO*”

**“firma autografa sostituita a mezzo stampa, ai sensi dell'art. 3, comma 2, del D. Lgs. n. 39/1993*