



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO – VASCOLARI E SANITA'
PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**INCIDENZA DELLE MALATTIE INFETTIVE TRA LA
POPOLAZIONE MIGRANTE NEI CENTRI D'ACCOGLIENZA
STRAORDINARIA DEL DISTRETTO DI TREVISO ULSS 2
MARCA TREVIGIANA-REGIONE VENETO**

**RELATORE: PROF. GIAN LUCA DIACONO
CORRELATORE: DR.SSA ANGELA BERTUZZI**

LAUREANDA: ELISA BERTUOLA

ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

**UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI PADOVA
DIPARTIMENTO DI SCIENZE CARDIO – TORACO – VASCOLARI E SANITA'
PUBBLICA**

CORSO DI LAUREA IN ASSISTENZA SANITARIA

TESI DI LAUREA

**INCIDENZA DELLE MALATTIE INFETTIVE TRA LA
POPOLAZIONE MIGRANTE NEI CENTRI D'ACCOGLIENZA
STRAORDINARIA DEL DISTRETTO DI TREVISO ULSS 2
MARCA TREVIGIANA-REGIONE VENETO**

**RELATORE: PROF. GIAN LUCA DIACONO
CORRELATORE: DR.SSA ANGELA BERTUZZI**

LAUREANDA: ELISA BERTUOLA

ANNO ACCADEMICO 2022 – 2023

INDICE

PREMESSA	Pag. 1
CAPITOLO 1 – INTRODUZIONE	Pag. 3
1.1 Il Dipartimento di Prevenzione e la sua mission	
1.2 Impatto del fenomeno migratorio nel sistema sanitario nazionale.	
1.3 Definizione di Richiedente Asilo, sfollato e apolide.	
1.4 Definizione dei Centri di Accoglienza	
1.5 Flussi migratori	
1.6 Flussi migratori in Italia	
1.7 Malattie infettive nella popolazione migrante	
1.7.1 Tubercolosi	
1.7.2 HIV	
1.7.3 Epatite B	
1.7.4 Sifilide (LUE)	
CAPITOLO 2 – PRESENTAZIONE DEL PROGETTO	Pag. 23
2.1 Problema	
2.2 Quesiti di ricerca	
2.3 Obiettivi	
2.4 Revisione della letteratura	
CAPITOLO 3 – MATERIALI E METODI	Pag. 29
3.1 Campionamento	
3.2 Metodi, strumenti di raccolta dati, analisi dei dati e limiti dello studio	
CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE	Pag. 35
CAPITOLO 5 – PROGETTO	Pag. 55
5.1 Sintesi del modello	
5.2 Programma delle attività	
5.3 Pianificazione degli obiettivi	
5.4 Fasi del progetto	
5.5 Piano di valutazione	
5.6 Piano di comunicazione	
5.7 Cronogramma	
5.8 Riflessioni conclusive	
CAPITOLO 6 –CONCLUSIONE	Pag. 67
BIBLIOGRAFIA	Pag. 71
SITOGRAFIA	Pag. 73
ELENCO FIGURE	Pag. 77
ELENCO TABELLE	Pag. 79
ELENCO GRAFICI	Pag. 81
ALLEGATI	Pag. 85



**CORSO DI LAUREA
IN ASSISTENZA SANITARIA
POLO DIDATTICO DI CONEGLIANO
CORSO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE
ACCREDITATO IUHPE**



**UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
DI PADOVA**

LAUREANDA

BERTUOLA ELISA

MATRICOLA 2023062

TITOLO DELLA TESI “Incidenza delle malattie infettive tra la popolazione migrante nei centri d'accoglienza straordinaria del distretto di Treviso Ulss 2 Marca Trevigiana ”

TITOLO IN INGLESE “Incidence of infectious diseases among the migrant population in reception centers of the Treviso district, ULSS 2, Marca Trevigiana”

RELATORE PROF. DIACONO GIANLUCA

CORRELATRICE DOTT.SSA BERTUZZI ANGELA

INTRODUZIONE: L’OMS evidenzia come molti Paesi ci sia un’interruzione di normali attività di sanità pubblica dovuta ad agenti esterni, per questo si andrà a discutere dell’importanza del dipartimento di prevenzione con lo scopo principale che ha in quest’ambito, inoltre verrà fatta chiarezza su cosa viene inteso per fenomeno migratorio e le varie aree prioritarie per favorire un corretto inserimento a queste persone. Viene inoltre fatta chiarezza su chi è il richiedente asilo e le varie realtà che ci sono con i suoi doveri e i vari diritti che possiede nel momento in cui arriva in Italia, vengono definite cosa sono le CAS e il ruolo fondamentale che hanno in questa realtà e la cooperazione che attuano nella rete territoriale che hanno a disposizione. Si andranno ad approfondire i flussi migratori presenti sia attuali che del passato con quelli relativi all’Italia e le varie malattie infettive che possono presentarsi al momento degli arrivi di queste persone, con particolare riferimento alla tubercolosi.

MATERIALI E METODI: Al fine di indagare le malattie più frequenti nei centri di accoglienza nella popolazione migrante nell’Azienda Sanitaria Veneta, sono stati analizzati dati in archivio relativi alle caratteristiche del campione attraverso documentazione sanitaria e i vari programmi regionali delle malattie infettive, questo ha potuto mettere alla luce le varie malattie presenti così poi da redigere un possibile progetto.

RISULTATI E DISCUSSIONE: Si andranno ad analizzare i vari dati presenti all’interno degli archivi informatizzati, dove si andranno a vedere le varie prese in carico da Gennaio 2022 ad Agosto 2023 per mensilità, le prese in carico in base all’età del soggetto, si andranno ad analizzare i vari esami che si effettuano al momento dell’accesso nel servizio come Mantoux se in caso di positività l’esame del Quantiferon, RX torace, anche in base al paese d’origine, si analizzeranno attraverso grafici malattie come le varie epatiti, l’HIV, la sifilide e se quando accedono al servizio eseguono le varie vaccinazione previste

PROGETTO: Il progetto redatto dovrebbe far in modo di acquisire maggior sicurezza e conoscenza sulle malattie infettive presenti e far in modo di tutelarsi attraverso le norme igienico-sanitarie che vengono insegnate.

CONCLUSIONI: Dalla ricerca è emerso che i bisogni di salute sono molteplici e differenziati a seconda delle diverse etnie di provenienza, si è data importanza ai dati che sono stati raccolti ed analizzati, perciò un intervento di tipo educativo si pensa sia la soluzione migliore per eradicare il più possibile i fattori di rischio in cui si espongono e che costituiscono la principale causa di insorgenza di patologie.

PREMESSA

“L'immigrato ha un mondo del passato a cui appartiene e un mondo del presente al quale sempre, più o meno, sarà estraneo; suo figlio invece sta in tutti e due e molte volte in nessuno. Per questo c'è bisogno che il processo di integrazione abbia successo, in modo che la seconda generazione non resti chiusa nel ghetto.”

ANTONIO MUÑOZ MOLINA

“È da come una società affronta i problemi di chi è più fragile che si misura la sua civiltà, e anche la sua vera forza”

Sergio Mattarella, Presidente della Repubblica Italiana

28 febbraio 2017

La prevenzione delle malattie infettive nei centri d'accoglienza è uno dei temi fondamentali per evitare il contagio, la diffusione e l'aumento di nuove malattie e per questo se ne discute su più fronti.

Le malattie infettive che colpiscono principalmente la popolazione migrante sono legate alle condizioni igienico-sanitarie in cui vivono e ai comportamenti di igiene che adottano: infatti, azioni semplici come la corretta igiene orale, delle accortezze nei confronti degli accessori per l'igiene personale e molte altre azioni di uso comune possono evitare la diffusione di numerose malattie.

In questo contesto, al fine di evitare e/o ridurre la diffusione delle malattie infettive, svolgono un ruolo cardine le figure sanitarie, sia presenti all'interno dei centri d'accoglienza sia la figura dell'Assistente Sanitario che si occupa principalmente di prevenzione ed educazione sanitaria come viene citato nel D.M.69/1997 che fornisce la seguente definizione:

“L'operatore sanitario, in possesso del diploma universitario abilitante e dell'iscrizione all'albo professionale, è addetto alla prevenzione, alla promozione e alla educazione per la salute.”¹

Nello specifico l'elaborato è così strutturato:

¹ <https://ape.agenas.it/>

- Nel primo capitolo “Introduzione”, viene definita la mission del dipartimento di prevenzione, viene descritto l’impatto del fenomeno migratorio che ha sul Sistema Sanitario Nazionale, viene definito cosa vuol dire Richiedente Asilo, sfollato e apolide e definito cosa sono i Centri di Accoglienza, Viene fatta un’analisi sull’andamento dei flussi migratori negli ultimi anni con un focus rivolto ai flussi in Italia e descritto le principali malattie rilevate nella popolazione migrante;
- Nel secondo capitolo “Presentazione del progetto” viene analizzato il problema che ha portato alla realizzazione e allo sviluppo del progetto, i quesiti di tesi, l’obiettivo principale con i suoi derivati obiettivi specifici e una revisione di letteratura attraverso la ricerca bibliografica e sitografica.
- Nel terzo capitolo “Materiali e metodi” vengono approfonditi i criteri di selezione del campione preso in esame, sottolineando i metodi di presa in considerazione e dell’elaborazione statistica, gli strumenti utilizzati per la realizzazione del progetto di tesi attraverso l’attuazione della raccolta dati e l’analisi, i metodi e dei limiti riscontrati.
- Nel quarto capitolo “Risultati e discussione” vengono presentati i dati raccolti descrivendo i vari risultati ottenuti.
- Nel quinto capitolo “Progetto” viene analizzata e presentata una proposta di progetto da poter proporre nelle strutture di accoglienza.
Viene analizzato nello specifico la sintesi del modello, il tema di intervento, il programma delle attività, la pianificazione degli obiettivi, sia di quello generale che di quelli specifici, le azioni da attuare per la realizzazione, le varie fasi del progetto, la valutazione e il relativo cronoprogramma.
- Nel sesto capitolo “Conclusione” vengono analizzati e sintetizzati i dati, con relativi risultati più rilevanti del lavoro di ricerca ed analisi.

CAPITOLO 1- INTRODUZIONE

1.1 Il Dipartimento di Prevenzione e la sua mission

Il Dipartimento di Prevenzione è una struttura interna all'ULSS la cui missione è fornire alle comunità un sistema coordinato di azioni di prevenzione e promozione della salute che supportino le persone in ogni fase e contesto di vita, affinché possano mantenersi sane, attive e indipendenti anche quando invecchiano, con l'impegno a ridurre il più possibile le disuguaglianze sanitarie.

Pertanto, le azioni intraprese dai servizi del Dipartimento riguardano non solo i tradizionali ambiti della prevenzione ma, sempre più, anche quelli della promozione della salute attraverso la partecipazione attiva dei singoli e delle comunità.²

1.2 Impatto del fenomeno migratorio nel Sistema Sanitario Nazionale.

Il fenomeno migratorio rappresenta un test per i sistemi sanitari per misurare la loro capacità di fornire risposte efficaci ai bisogni sanitari emergenti.

Queste risposte implicano la capacità di gestire problemi importanti in modo organico, attraverso un approccio sistematico che superi la frammentazione e la temporaneità delle soluzioni, per sviluppare metodi standardizzati di assistenza sanitaria pubblica e pratiche basate sull'evidenza scientifica.

È per questo motivo che è essenziale sostenere lo sviluppo di documenti orientativi e raccomandazioni per le buone pratiche.³

Sulla base di queste premesse, l'Istituto Nazionale per le Migrazioni e la Povertà (INMP), l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) e la Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM) hanno avviato uno specifico programma volto a fornire indicazioni, guidare e organizzare gli ambulatori sulla tutela della salute e sostegno medico-sociale ai migranti.⁴

Un'importante attività preliminare è quella di identificare le questioni organizzative cliniche e le aree prioritarie di sanità pubblica su cui focalizzare lo sviluppo delle linee guida.

² <https://www.aulss2.veneto.it/>

³ Istituto superiore di sanità

⁴ <https://www.inmp.it/>

Ci sono cinque aree tematiche prioritarie:⁵

- screening sanitario all'arrivo e procedure di tutela sanitaria, soprattutto per i migranti accolti nei centri di accoglienza;
- Check-up sanitario in gravidanza, sostegno al parto e nel periodo post parto;
- La salute in condizioni di libertà limitata;
- Tubercolosi.

L'ISS partecipa inoltre al gruppo scientifico del Centro europeo per la prevenzione e il controllo delle malattie (ECDC), per supportare lo sviluppo di linee guida europee sullo screening e sulla vaccinazione dei migranti in arrivo nei Paesi stranieri.⁶

1.3 Definizione di Richiedente Asilo, sfollato e apolide.

I richiedenti asilo sono persone che hanno lasciato il proprio Paese d'origine, richiesto di essere riconosciuti come rifugiati e che sono in attesa del risultato. Infatti hanno presentato domanda di asilo politico e devono attendere una risposta in merito al riconoscimento dello status di rifugiato da parte delle autorità del Paese che li accoglierà.⁷

Solitamente entrano nel territorio in modo irregolare, ma nel momento in cui presentano la richiesta diventano regolarmente soggiornanti, per questo non possono essere definiti clandestini; infatti loro in questa condizione hanno pieno diritto di permanere nel territorio italiano.⁸

È stato stimato che in Italia nell'anno 2022 con una popolazione totale di 58.940.425, ci sono state 84.290 richieste di asilo politico; mentre a livello di Unione Europea sempre nell'anno 2022 con una popolazione totale di 447.033.117, i richiedenti asilo sono stati 965.665.⁹

⁵ <https://www.fieri.it/>

⁶ <https://www.epicentro.iss.it/migranti>

⁷ <https://www.unhcr.org/it/chi-aiutiamo/richiedenti-asilo/>

⁸ <https://www.openpolis.it/>

⁹ <https://www.europarl.europa.eu/>

I richiedenti asilo hanno dei doveri fra cui:¹⁰

- **COOPERARE:** Essi sono sempre tenuti a collaborare con le autorità competenti per la procedura di concessione della protezione internazionale al fine di fornire tutti i documenti e le informazioni che possano essere utili per la presentazione e l'esame della domanda.
- **COMUNICARE I TRASFERIMENTI:** Se viene cambiata la residenza si deve avvisare la Questura. Se questo non avviene o se l'indirizzo fornito non è valido, non potranno ricevere informazioni relative alla loro domanda di protezione internazionale.
- **PRESENTARSI AL COLLOQUIO:** sono tenuti a presentarsi presso la Commissione Territoriale per il colloquio nel giorno e nell'ora della riunione annunciata. Tuttavia, nel caso in cui gravi motivi non ti consentano di presentarti al colloquio, possono chiedere il rinvio del colloquio dandone comunicazione alla Commissione Territoriale;
- **PERMANERE SUL TERRITORIO ITALIANO:** per l'intera durata del processo di rilascio dello status di rifugiato.
- **RISPETTARE LE LEGGI ITALIANE:** sono tenuti a rispettare in ogni momento la legge italiana.

L'UNHCR, l'Agenzia delle Nazioni Unite per i Rifugiati, tutela i diritti e il benessere dei rifugiati in tutto il mondo sostenendo i richiedenti asilo nel processo di concessione della protezione internazionale.

L'Assemblea generale delle Nazioni Unite ha predisposto all'UNHCR un mandato preciso ovvero quello di guidare e coordinare, a livello mondiale, la protezione dei rifugiati e le azioni necessarie per garantire il loro benessere.

Per più di settant'anni hanno aiutato milioni di persone a ricostruire la propria vita; questa azione venne premiata anche con due premi Nobel per la pace, il primo assegnato nel 1954, il secondo nel 1981.¹¹ E' la principale organizzazione mondiale impegnata in prima linea per salvare vite umane, tutelando i diritti di milioni di rifugiati o di coloro che temono

¹⁰ Guida pratica per i richiedenti di protezione internazionale in Italia, la guida in Italiano per i richiedenti asilo (file PDF), Ministero dell'interno

¹¹<https://www.unhcr.org/it/>

persecuzioni per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza a un particolare gruppo sociale o per le loro opinioni politiche.¹²

Questa situazione è definita dall'articolo 1A della Convenzione di Ginevra del 1951.¹³ Il lavoro a favore dei rifugiati sta crescendo sia sul campo che dalle sedi centrali.

Ogni giorno infatti si opera per raggiungere diversi obiettivi, fra i quali:¹⁴

- Garantire il diritto di asilo, intervenendo se necessario per evitare il respingimento e agevolando le procedure per la determinazione dello status di rifugiato.
- Verificare i bisogni dei rifugiati e dei richiedenti asilo e monitorare il trattamento.
- Avere un coordinamento ed una linea comune con i governi per garantire la sicurezza fisica dei rifugiati e delle altre persone affidate alla nostra missione.
- Identificare i Gruppi vulnerabili come donne e bambini e garantire un sostegno specifico.
- Collaborare con i governi per definire la registrazione e la documentazione, partecipando alle procedure nazionali per determinare lo status di rifugiato.
- Promuovere la riduzione del numero degli apolidi.
- Lavorare per ripristinare i regimi di protezione, in collaborazione con le ONG e altre organizzazioni internazionali.
- Promuovere una legislazione favorevole ai rifugiati, incoraggiare l'adesione alla Convenzione e al Protocollo e incoraggiare lo sviluppo di istituzioni e regolamenti nazionali in questo settore.
- Tutela degli sfollati, in tutti i casi previsti dalle direttive organizzative.
- Continuare a sviluppare la capacità di fornire protezione ai rifugiati.
- Promuovere e implementare soluzioni sostenibili.
- Risolvere direttamente le procedure di reinsediamento nei paesi terzi.

¹²<https://www.coe.int/>

¹³<https://www.prefettura.it/>

¹⁴<https://www.retemigrazioni/>

Inoltre, l'organizzazione si prende cura degli sfollati interni, che sono civili costretti a fuggire da guerre o persecuzioni; tuttavia, a differenza dei rifugiati, non attraversano i confini internazionali riconosciuti e quindi rimangono nel loro paese d'origine.¹⁵

L'assistenza agli sfollati non rientrava nel mandato originario dell'UNHCR, come definito dagli statuti dell'Agenzia, dalle Convenzioni di Ginevra e dal Protocollo del 1967 relativo ai diritti dei rifugiati, ma nel corso degli anni l'organizzazione ha ampliato la propria protezione e il sostegno anche a questa categoria.¹⁶

Quest'ultimi sono tra le persone più vulnerabili al mondo perché hanno lasciato le loro case per ragioni simili a quelle dei rifugiati, ma sono ancora protetti dai loro governi. Anche se il governo del loro Paese crea situazioni che li costringe a fuggire, l'assenza di un mandato generale fa sì che la maggior parte degli sfollati interni non possano beneficiare di protezione internazionale.¹⁷

Secondo i dati del rapporto Global Trends 2019 dell'UNHCR, nel 2019 45,7 milioni di persone sono state sfollate a causa di conflitti o repressione.¹⁸

A queste due categorie si aggiunge l'apolide (dal greco a-polis “senza città”), cioè l'uomo o la donna senza cittadinanza di alcuno Stato. Alcuni apolidi sono anche rifugiati, ma non tutti i rifugiati sono apolidi e molti di loro non hanno mai attraversato un confine nazionale.¹⁹ La condizione di apolidia non dipende da una scelta o dalla volontà dei singoli.²⁰ Si è apolidi per una o più delle seguenti ragioni:²¹

- Quando si è figli di apolidi oppure quando si è impossibilitati a ereditare la cittadinanza dei genitori;
- Quando si è parte di un gruppo sociale cui è negata la cittadinanza sulla base di una discriminazione;

¹⁵ <https://www.unhcr.org/it/>

¹⁶ <https://www.inca.it/>

¹⁷ <https://www.ismu.org/>

¹⁸ <https://www.unhcr.org/media/global-trends-repor/2019>

¹⁹ <https://www.unhcr.org/>

²⁰ <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/>

²¹ <https://integrazionemigranti.gov.it/>

- Se sei un rifugiato a seguito di una guerra o di un'occupazione militare;
- Per motivi burocratici, se lo Stato di cui sei cittadino viene sciolto e vengono creati nuovi enti nazionali;
- A causa di incertezze e lacune nelle leggi sulla cittadinanza dei diversi stati.

Il numero esatto di persone apolidi a livello mondiale è sconosciuto, ma l'organizzazione UNHCR stimano che siano diversi milioni fra cui un terzo solo bambini. Questa condizione influisce notevolmente sulla loro vita perché non possono andare a scuola, consultare un medico, trovare un lavoro, avere una casa. Inoltre queste persone non vengono nemmeno riconosciute dalle istituzioni, in quanto la cittadinanza è un diritto fondamentale e non possono quindi godere dei diritti ad essa connessi.

Una sfida che si è posta l'organizzazione è quella di porre fine all'apolidia entro il 2024, lanciando la campagna *#IBelong*.²² A spiegare le motivazioni, le parole dell'Alto Commissario delle Nazioni Unite per i Rifugiati, Filippo Grandi:

“Invisibile è il termine più comunemente usato per descrivere cosa si prova a vivere senza nazionalità. Per i bambini e i giovani che vivono in situazioni di apolidia, essere ‘invisibili’ significa dover rinunciare a un’istruzione [...] non poter ricevere cure mediche, essere privi di opportunità di lavoro e non poter far sentire la propria voce.”²³

Pertanto l'UNHCR ha individuato 10 punti in un piano decennale (2014-2024) per porre fine all'apolidia nel mondo. I punti fondamentali sono:²⁴

1. Cercare idee per le principali situazioni di apolidia esistenti.
2. Garantire che tutti i bambini nascano con una nazionalità.
3. Togliere dalla legge la discriminazione di genere.
4. Prevenire la discriminazione in quanto potrebbe comportare la privazione, la perdita o il rifiuto della nazionalità.
5. In casi di successione interstatale prevenire l'apolidia.

²² <https://ibelong.eu/>

²³ <https://www.unhcr.org/it/chi-aiutiamo/apolidi/>

²⁴ <https://www.unhcr.org/puntifondamentali>

6. Ai migranti apolidi garantire lo status protetto.
7. Registrare tutte le nascite per prevenire l'apolidia.
8. Alle persone autorizzate rilasciare i documenti di nazionalità.
9. Aderire alla Convenzione delle Nazioni Unite riguardanti l'apolidia.
10. Migliorare la qualità e la quantità dei dati statistici sulle popolazioni apolidi.

Secondo le varie rilevazioni effettuate dall'Agenzia delle Nazioni Unite per i Rifugiati, i richiedenti asilo nel mondo sono complessivamente circa due milioni, la maggior parte fanno richiesta in Nord America e in Europa.

1.4 Definizione dei Centri di Accoglienza

Il Sistema di Protezione per Richiedenti Asilo e Rifugiati (SPRAR) è costituito da una rete di enti locali che, nell'ambito delle risorse disponibili, accedono ai fondi nazionali per la politica e i servizi di asilo e realizzano progetti di accoglienza integrata.

A livello locale, le autorità anche con il prezioso supporto degli attori del terzo settore, possono andare oltre la semplice distribuzione di cibo e alloggi per fornire informazioni complementari, sostegno e misure di orientamento, hanno assicurato misure di "adozione", costruendo percorsi di inclusione socio-economica personali e individualizzati.²⁵

La normativa prevede una prima accoglienza, svolta grazie ai centri collettivi definiti come Hotspot dove i migranti che arrivano in Italia vengono identificati e successivamente si procede se possibile alla domanda di asilo. Inizialmente ricevono le prime cure mediche anche attraverso screening sanitari, vengono identificati e fotosegnalati e successivamente possono chiedere la protezione internazionale; la maggior parte delle persone che arrivano via mare la richiede.²⁶

Dopo la domanda di asilo (entro 48 ore) vengono accompagnati nei centri di prima accoglienza, dove da qui viene trovata una soluzione per la seconda accoglienza; da informazioni ricavate dal Ministero dell'Interno i principali centri di Hotspot sono a

²⁵ <https://www.retesai.it/>

²⁶ <https://www.interno.gov.it/>

Lampedusa, Pozzallo, Messina dove il numero di migranti varia a seconda del numero di sbarchi e in base a quanto tempo viene impiegato per i trasferimenti nei centri di prima accoglienza. I principali centri di prima accoglienza sono distribuiti in cinque regioni, tra le quali Sicilia, Puglia, Veneto, Friuli Venezia Giulia e Calabria; la prospettiva era di aprire un centro per ogni regione.²⁷

Coloro che non richiedono la domanda di asilo politico vengono trasferiti nei Centri di Permanenza e Rimpatrio (CPR), solitamente i posti disponibili variano fra i 500 e 1.000, nel 2021 in totale sono transitati all'incirca 5.174 migranti.

Successivamente vengono assegnati a centri di seconda accoglienza, più orientata all'integrazione, e vi possono accedere sia richiedenti asilo, i quali ricevono assistenza legale, sanitaria e materiale, sia i titolari di protezione internazionale, i quali hanno servizi rivolti soprattutto all'integrazione e all'orientamento lavorativo. Quando il Ministero approva lo status richiesto, i Comuni vengono finanziati per promuovere l'integrazione di queste persone, non solo a livello lavorativo ma anche a livello di abitazione. Infatti vengono inseriti in appartamenti oppure in centri di piccole, medio o grandi dimensioni; qui possono rimanere sei mesi, prorogabili ad altri sei mesi, e nel frattempo vengono accompagnati nel percorso per trovare una sistemazione autonoma.

Le persone aiutate sono soprattutto uomini con età compresa fra i 25 e 40 anni. Le nazionalità più presenti sono quelle della Nigeria, del Pakistan, del Mali e del Bangladesh.²⁸

Con l'ondata di migranti arrivata nel periodo compreso fra la metà del 2014 e la metà del 2017 sono stati istituiti i Centri di Accoglienza Straordinaria (CAS), che avevano lo scopo di essere aperti come strutture temporanee nel caso in cui ci fossero stati arrivi numerosi e ravvicinati temporalmente (Decreto Legislativo 142/2015, art. 11) e non fosse possibile accoglierli nei sistemi ordinari. Da strutture temporanee divennero poi strutture stanziali e vennero usate normalmente dal 2015 al 2020; attualmente questi centri sul territorio italiano sono circa cinquemila.²⁹

²⁷ <http://www.libertaciviliimmigrazione.dlci.interno.gov.it/>

²⁸ <https://www.istat.it/>

²⁹ <https://www.normattiva.it/>

Tali strutture sono determinate dalle diverse circoscrizioni del territorio, attivando convenzioni con cooperative, associazioni e esercizi alberghieri, secondo procedure di appalti pubblici, consultata l'amministrazione locale del territorio in cui sono ubicate le strutture che possono accogliere i migranti.

In generale, il periodo di soggiorno nei CAS deve essere limitato al periodo di tempo assolutamente necessario, fino al trasferimento del richiedente in un centro di seconda accoglienza o fino alla creazione di un sistema di protezione per i rifugiati richiedenti asilo che non hanno mezzi di sussistenza.³⁰

1.5 I flussi migratori

Diversi flussi migratori hanno sempre fatto parte della storia umana: le persone migrano da un luogo all'altro per ragioni diverse e il loro movimento segue rotte e regole, che non rispettano i confini nazionali, sovraregionali o gli spazi internazionali.³¹

Ci sono diversi fattori che influenzano le migrazioni fra i quali:³²

- Conflitti tra Stati o conflitti interni ad uno Stato.
- Gravi squilibri economici tra differenti aree geografiche.
- Presenza di sistemi antidemocratici politici, che sono fonti di persecuzioni
- I vari cambiamenti atmosferici come catastrofi naturali.
- Far assicurare un buon standard di vita a loro stessi ed ai loro familiari.

Negli ultimi dieci anni, la migrazione è aumentata in tutte le regioni del mondo, soprattutto in Asia ed Europa.

³⁰ <https://www.openpolis.it/>

³¹ <https://www.interno.gov.it/>

³² <https://www.savethechildren.it/>

Nel 2020, una persona su 30 viveva in un paese diverso da quello di nascita. Nello stesso anno, il numero di persone in fuga da guerre, violenze, repressioni e violazioni dei diritti umani in tutto il mondo, nonostante la pandemia, ammontava a circa 281 milioni, di questi, circa 36 milioni di minori, pari al 3,6% della popolazione mondiale. Nel 2021, sul totale di 24.147 minori arrivati in Europa, il 71% sono minori senza accompagnatore.³³

1.6 Flussi migratori in Italia

Dagli inizi degli anni '90 si sono succedute diverse normative in materia di immigrazione, che hanno avuto effetti anche su percorsi e procedure per le richieste di asilo. Particolare rilievo per la gestione dei flussi migratori con relativa accoglienza dei migranti in Italia è stato il Decreto Legge del 21 ottobre 2020, n. 130,³⁴ successivamente convertito, con alcune modificazioni, con Legge n.173 del 18 dicembre 2020.³⁵

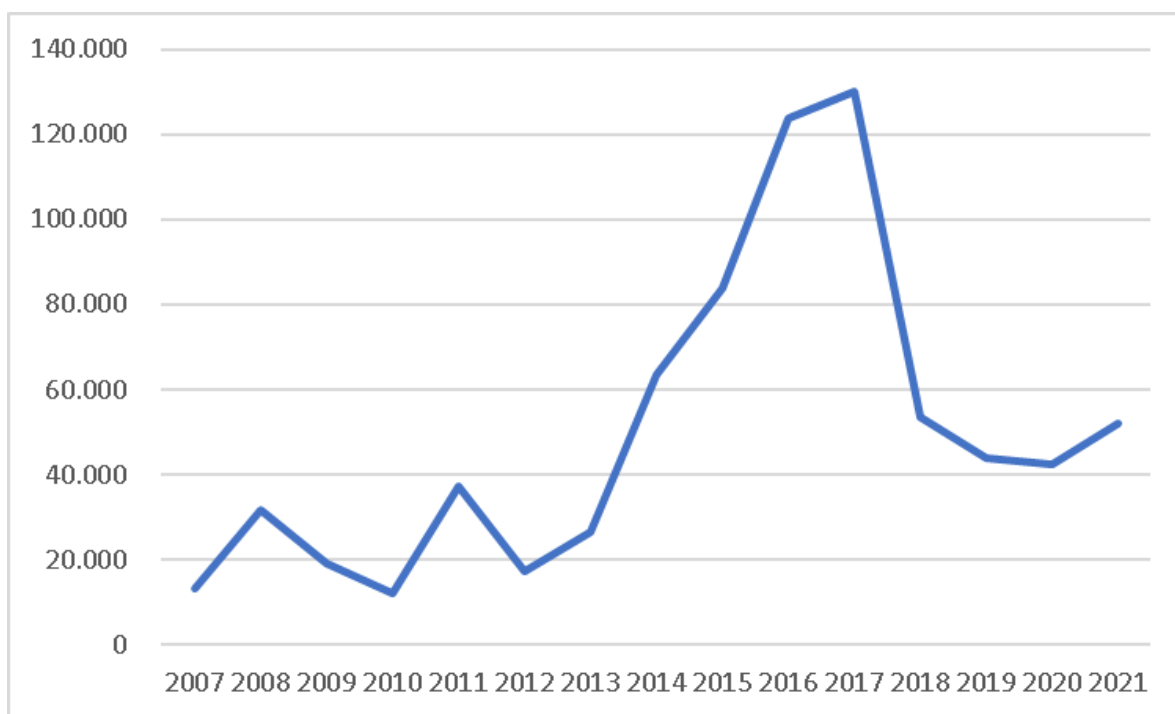


Grafico 1 Andamento dei richiedenti asilo dall'anno 2007 al 2021 in Italia, fonte Istat.

³³ <https://www.amnesty.it/>

³⁴ <https://www.sistemapenale.it/>

³⁵ <https://www.normattiva.it/>

Dal grafico 1 si rileva l'andamento dei richiedenti asilo in Italia dal 2007 al 2021, si può notare come ci sia stato un aumento importante dal 2013 con un picco nel 2017 di 130.119 persone, successivamente una decrescita dal 2018 e poi il numero di persone richiedenti asilo è rimasto abbastanza costante fino al 2021, ultimo dato fornito dall' ufficio centrale di statistica.³⁶

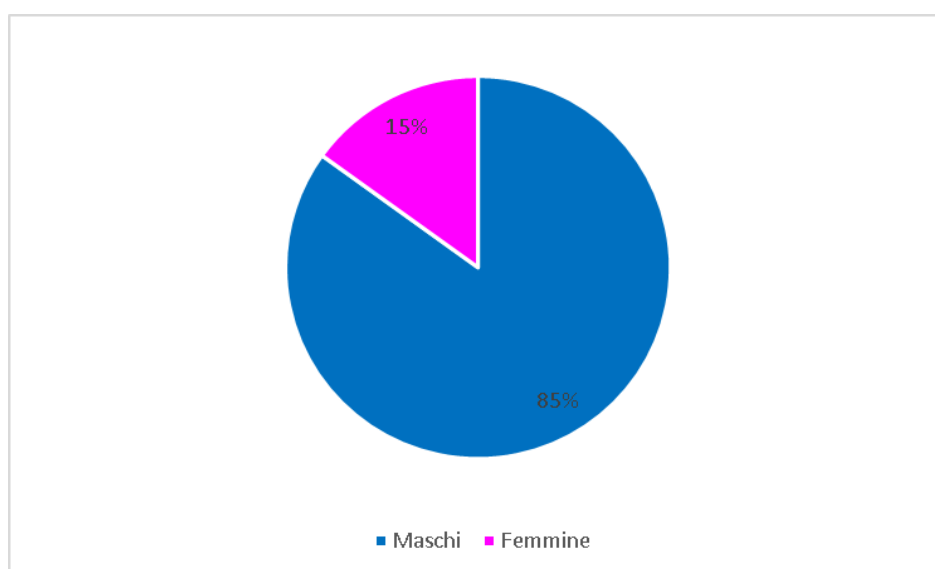


Grafico 2 Richiesta asilo per genere 2016, fonte Istat.

Dal grafico 2 si nota, il dato fa riferimento all'anno 2016 ma è sovrapponibile agli altri anni, la disparità tra l'elevato numero di uomini che effettuano richiesta di asilo politico rispetto alle donne. Gli uomini rappresentano circa l'85%, delle richieste, mentre le donne sono solamente il 15%.

Dal grafico 3 si evidenzia che il maggior numero di richiedenti asilo hanno un'età compresa tra i 18 e i 34 anni, soggetti, come prevedibile, che hanno una condizione di salute "buona" necessaria per affrontare i lunghi e difficili viaggi.

³⁶ [https://ucs.interno.gov.it/ministero dell'interno/ ufficio centrale di statistica](https://ucs.interno.gov.it/ministero%20dell%27interno/ufficio%20centrale%20di%20statistica)

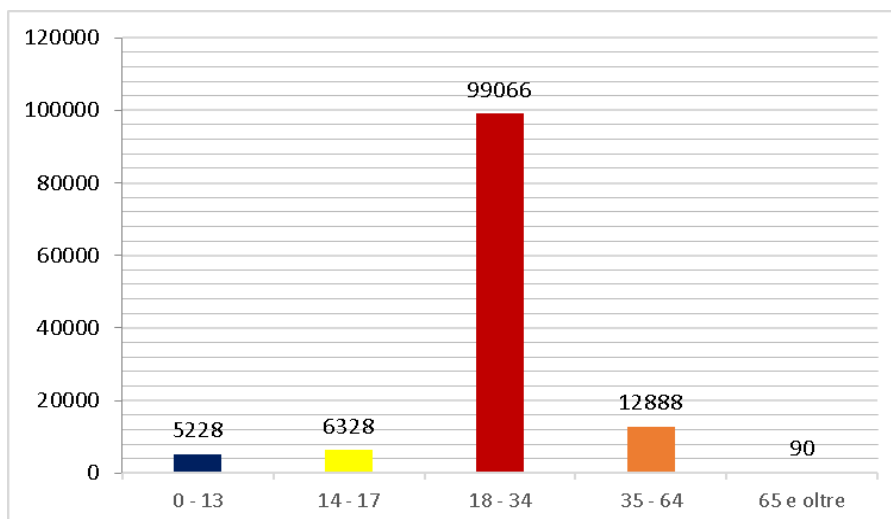


Grafico 3 Richiesta di asilo suddivisi per fasce d'età 2016, fonte Istat.

Durante l'anno 2021 si è potuto registrare un incremento delle concessioni dei permessi di soggiorno con un totale di quasi 242 mila, +127% rispetto al 2020, con un incremento anche dei nuovi documenti per Asilo Politico, ne sono stati emessi quasi 31mila (+129% in un anno).

Sempre nell'anno 2021 i permessi di protezione internazionale e asilo politico sono stati concessi soprattutto ai cittadini Pakistani (6.090 nuovi documenti rilasciati), poi ai cittadini del Bangladesh (quasi 5 mila permessi) e della Nigeria (oltre 3 mila).³⁷

³⁷ <https://integrazioneimmigranti.gov.it/>

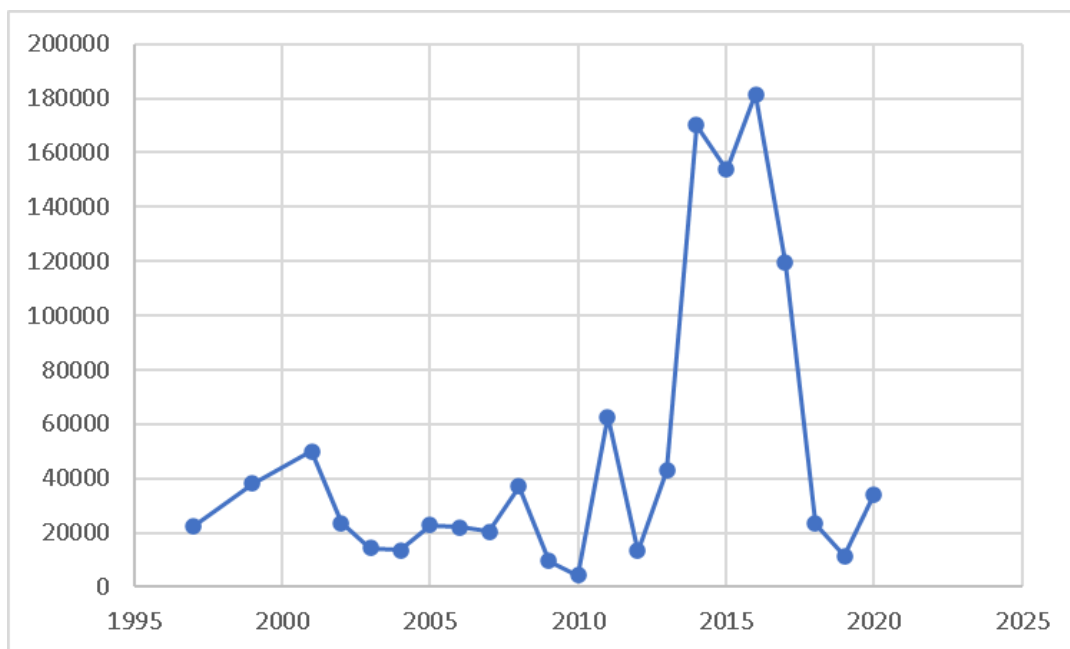


Grafico 4 Andamento degli sbarchi in Italia dal 1995 al 2020, fonte Istat.³⁸

Il grafico 4 mostra l’andamento nel corso degli anni, compresi tra il 1997 e il 2020, degli sbarchi avvenuti via mare delle persone straniere arrivate in Italia. Questi dati sono relativi solamente agli sbarchi avvenuti via mare e non fanno riferimento agli arrivi avvenuti via terra attraverso, come ad esempio quelli della “rotta balcanica”, la principale via di migrazione verso l’Europa.

Fino al 2015 c’è stata una crescita esponenziale dei migranti che arrivavano in Unione Europea attraverso questa rotta, successivamente il numero è diminuito fino ad arrivare al 2019, anno in cui il dato degli arrivi è ricominciato ad aumentare.³⁹

Per quanto riguarda l’accoglienza in Italia è entrata in vigore una nuova normativa nazionale a marzo 2023, che prevede il soccorso, la prima assistenza e l’identificazione del migrante.⁴⁰

Le persone soccorse in mare vengono accompagnate nei centri d’accoglienza presenti nei pressi delle aree di sbarco per effettuare una prima assistenza sanitaria, il fotosegnalamento e la pre-identificazione; all’interno dei centri avviene anche il primo scambio di informazioni

³⁸ <https://www.openpolis.it/>

³⁹ <https://www.consilium.europa.eu/>

⁴⁰ <https://www.openpolis.it/>

sulle procedure per l'asilo politico e da qui avviene il primo smistamento fra i richiedenti di asilo politico e i migranti economici, dettato dal "D.Lgs 286/1998, art. 10"⁴¹

1.7 Malattie infettive nella popolazione migrante

Le condizioni di vita caratterizzate da povertà e degrado vissute dai richiedenti asilo con scarso accesso ai servizi di prevenzione possono favorire l'insorgenza e lo sviluppo di patologie. Questo aspetto è di fondamentale importanza ed è molto rilevante per l'area delle malattie infettive, che si diffondono con maggiore facilità nel caso in cui siano presenti scarse condizioni igieniche e sovraffollamento.⁴²

Alcuni esempi di malattie possono essere il morbillo, la difterite, l'influenza, la pertosse e le varie infezioni respiratorie acute. Tutte queste sono malattie a rischio epidemico in condizione di sovraffollamento. Se si pensa alle varie condizioni igieniche insufficienti che un migrante si trova ad affrontare durante il suo percorso, emerge rilevante come possa aumentare il rischio di infezioni gastrointestinali. D'altro canto, per quanto riguarda la diffusione delle malattie prevenibili attraverso la vaccinazione, è strettamente correlata alla possibilità di accesso ai centri vaccinali.⁴³

Alcune patologie ad alta endemia nei vari Paesi dove vi è una spinta migratoria, come ad esempio l'epatite B e la tubercolosi, possono essere asintomatiche al momento dell'arrivo nel Paese di immigrazione ma sviluppare sintomatologia in seguito.

Le malattie infettive più presenti fra gli immigrati sono:

- Infezioni da HIV
- Epatite B
- Sifilide
- Tubercolosi
- Gonorrea
- Malaria
- Malattie parassitarie
- Micosi

⁴¹ <https://www.normattiva.it/>

⁴² <https://www.epicentro.iss.it/globale/>

⁴³ <https://www.epicentro.iss.it/>

1.7.1 Tubercolosi

Il numero di casi di Tubercolosi è passato dal 10% del 2000 al 25% del 2010 nelle popolazioni migranti provenienti prevalentemente da Asia, Africa e da alcune regioni europee.⁴⁴

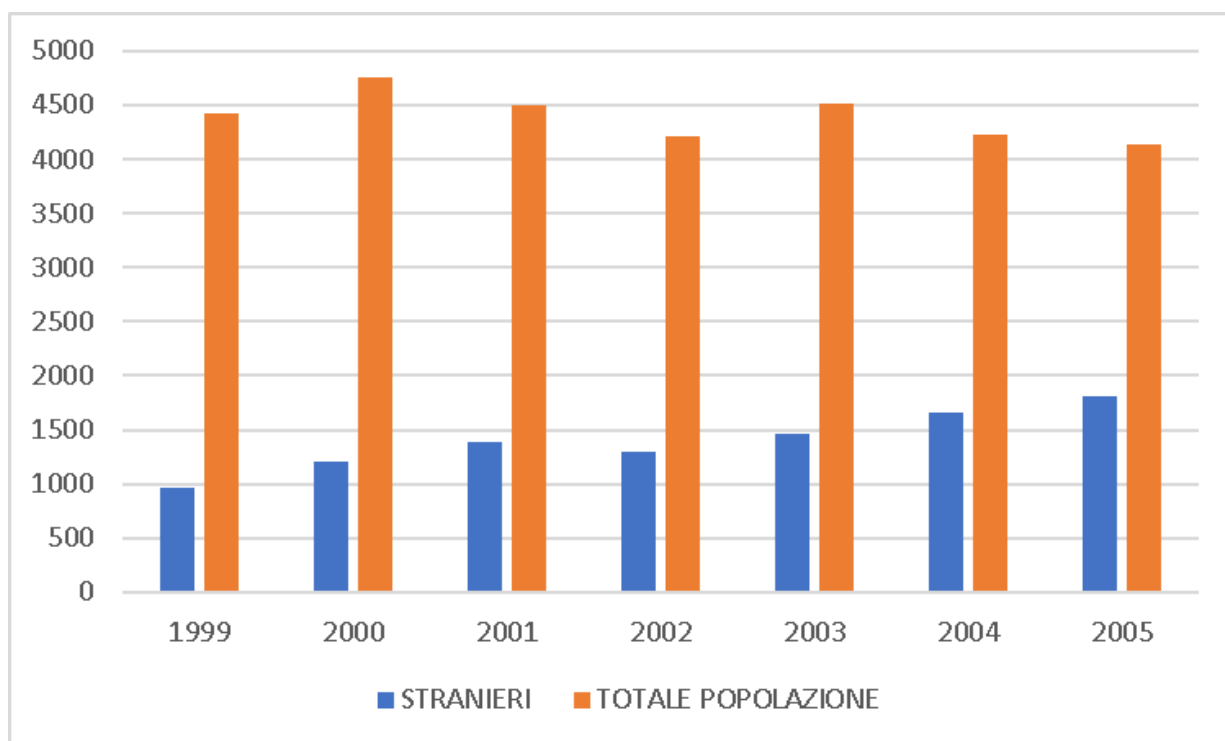


Grafico 5: casi di tubercolosi dal 1999 al 2005, fonte Istat.

Dal grafico 5 si può notare come il tasso dei casi di tubercolosi tra gli stranieri sia stato sempre in aumento dal 1999 al 2005.

In Italia si sono registrati, nel periodo che va tra il 1999 e il 2005, su un totale di 31.000 casi di Tubercolosi, circa 9.778 (32%) sono riferibili a persone straniere.⁴⁵

Secondo le stime del WHO, nel 2016 ci sono stati nel mondo 10,4 milioni di casi incidenti di tubercolosi, di cui il 45% nella Regione del Sud-est asiatico, il 25% in Africa, il 17% nel Pacifico occidentale, il 7% nel Mediterraneo orientale, il 3% nelle Americhe e il 3% nella Regione europea.

Più della metà dei casi si è concentrata in soli 5 Paesi: India, Indonesia, Cina, Filippine e Pakistan.

⁴⁴<https://www.ars.toscana.it/>

⁴⁵ Sistema Informativo Malattie Infettive, Ministero della Salute. Anni 1999-2005

Il tasso di incidenza globale è risultato pari a 140 per 100.000, con un'ampia variabilità da un minimo di 27 nella Regione americana a un massimo di 254 in quella africana e nell'81% dei casi la localizzazione è stata polmonare. Sebbene i tassi di incidenza di tubercolosi negli ultimi anni si siano ridotti costantemente a livello globale, ancora oggi la TB risulta essere tra le prime dieci cause di morte nel mondo.

In Europa, nel 2016, sono stati stimati 290.000 nuovi casi di TB, equivalenti a un tasso di 32 per 100.000.⁴⁶

Nonostante il numero dei casi notificati nella Regione europea sia complessivamente in costante diminuzione, specifici sottogruppi di popolazione quali migranti, senza dimora, tossicodipendenti e detenuti presentano un rischio più elevato di contrarre l'infezione.⁴⁷

Nel 2015, il 6,3% dei casi di TB notificati nella Regione europea ha riguardato pazienti stranieri, percentuale che sale al 30% se si considerano solo i Paesi dell'area economica europea.

I dati disponibili indicano peraltro come l'incidenza nella popolazione migrante sia molto variabile e di difficile stima, ma in tutti i Paesi europei risulta essere maggiore rispetto alla popolazione autoctona.

Per quanto riguarda l'Italia, nel 2016 risultano notificati 4.032 casi incidenti di TB, con un tasso stimato di 6,6 per 100.000 abitanti, in calo rispetto agli ultimi dieci anni.

Se si considerano i singoli paesi di origine, la maggior parte dei casi si è registrata tra rumeni (20%), pakistani (19%) e marocchini (8,9%).

Il maggior rischio di TB attiva a carico dei migranti dipende sia dall'elevata incidenza della malattia nei paesi di provenienza, sia da fattori connessi alle condizioni di svantaggio socio-economico nel paese ospitante.

Nella letteratura internazionale, le evidenze derivanti da studi epidemiologici e genotipici dimostrano che nei migranti la maggior parte dei casi di TB attiva è dovuta a riattivazione di forme latenti acquisite in precedenza.

La situazione di particolare vulnerabilità in cui molti di loro vivono, può favorire l'insorgenza di stati di immunodepressione che facilitano la progressione dalla forma latente all'infezione tubercolare attiva.⁴⁸

La tubercolosi (TBC) è una patologia infettiva contagiosa causata dal batterio *Mycobacterium tuberculosis* (o bacillo di Koch) che colpisce prevalentemente i polmoni e

⁴⁶ <https://www.epicentro.iss.it/tubercolosi/epidemiologia>

⁴⁷ <https://www.epicentro.iss.it/le-linee-guida-per-la-tubercolosi>

⁴⁸ <https://www.salute.gov.it/>

le ossa ma può diffondersi anche in altre parti del corpo quali reni, sistema linfatico, apparato circolatorio, apparato genito urinario, cervello e cute.

Infatti essa si trasmette per via aerea, attraverso le secrezioni respiratorie emesse nell'aria da una persona contagiosa.⁴⁹

La sintomatologia dell'infezione varia in base alle regioni anatomiche coinvolte; il contagio avviene attraverso goccioline di saliva, tramite la fonazione, i colpi di tosse che durano più di tre settimane, gli sputi e gli starnuti.⁵⁰

Per quanto riguarda la diffusione rappresenta ancora oggi una delle dieci principali cause di morte, la maggior incidenza di casi è presente nel Sud Est Asiatico, nel Pacifico Occidentale e in Africa.

La Tuberculosis è una malattia curabile, infatti tra il 2000 e il 2017 sono state diagnosticate e trattate molte Tb e questo ha permesso di salvare circa 54 milioni di persone.

La terapia si basa sull'utilizzo di diversi antibiotici per un periodo di tempo abbastanza lungo, effettuato per evitare l'insorgenza di ceppi resistenti a farmaci.

Per diagnosticare una Tuberculosis sono necessari alcuni test di screening: nel caso di persona asintomatica in prima battuta viene effettuato un test denominato MANTOUX, che consiste in un'iniezione intradermica effettuata nell'avambraccio, la cui eventuale positività si presenta con un rigonfiamento cutaneo locale ed indurimento della sede dopo 48-72 ore dall'esecuzione del test. Per attestare la positività al test il diametro del rigonfiamento deve superare i valori soglia di 5, 10 o 15 mm in base al rischio del paziente.⁵¹

Invece con il Test QUANTIFERON, che consiste in uno specifico prelievo ematico, si rileva la quantità di citochina Interferon Gamma liberata in seguito a stimolazione dei linfociti T con due antigeni della TBC altamente specifici (ESAT-6 e CFP-10).⁵²

Quando questo test risulta positivo, sono presenti due scenari: la presenza di tubercolosi latente, quando i pazienti non sono contagiosi, o di tubercolosi attiva, quando il paziente sintomatologia specifica e un quadro clinico radiologico suggestivo.

Il passo successivo è quello di effettuare una Radiografia al torace, che fornisce uno scenario fondamentale nello screening e nella diagnosi di un eventuale caso di Tuberculosis e permette

⁴⁹<https://www.epicentro.iss.it/>

⁵⁰ <https://www.humanitas.it/>

⁵¹ <https://www.laboratoriolepetit.it/>

⁵² <https://www.humanitas.it/>

di definire un eventuale presenza di coinvolgimento polmonare e di conseguenza individuare un caso di TB attiva.⁵³

1.7.2 HIV

L'HIV è un virus che causa una malattia definita AIDS, la principale azione è quella di ridurre le difese immunitarie dell'organismo, distruggendo le cellule CD4 utili per difendere l'organismo dalle infezioni; non esistono cure o vaccini per eliminare l'infezione.

Le terapie che vengono utilizzate sono terapie antivirali con le quali in associazione ad altri farmaci che bloccano la replicazione del virus attenuano la distribuzione del sistema immunitario perciò il progredire della malattia.

L' HIV si trasmette tramite rapporti sessuali non protetti, attraverso il contatto di sangue oppure tra madre e bambino durante la gravidanza, il parto e l'allattamento al seno.

Il virus si manifesta solitamente attraverso due fasi, nella prima dopo alcune settimane dall'infezione i soggetti possono percepire del malessere simile all'influenza anche se in altre persone può rimanere senza nessun sintomo per molti anni; quando non trattata precocemente attraverso l'utilizzo di antivirali, l'infezione progredisce in AIDS, la fase successiva in cui si manifestano infezioni a livello organico fino ad arrivare alla morte.

La diagnosi dell' HIV si effettua attraverso uno specifico prelievo ematico con cui si va a verificare la presenza di anticorpi del virus; nei primi mesi dopo una possibile esposizione, il virus può essere ancora non rilevabile e questo viene definito "periodo finestra", durante il quale il soggetto è infetto e contagioso.⁵⁴

Stando ai dati diffusi dall' ECDC, sul totale di casi, circa 125 mila, a cui è stata diagnosticata l'infezione da HIV tra il 2007 e il 2011, il 40% riguarda la popolazione migrante. Stando a quanto emerge dai dati, vi è una percentuale maggiore di persone positive ad HIV nella popolazione proveniente dall'America Latina e dal centro ed est Europa, mentre vi è un coinvolgimento minore nella popolazione dell'Africa Sub-Sahariana, ma che comunque rappresenta quasi la metà dei casi.⁵⁵

⁵³ <https://cidimu.it/>

⁵⁴ <https://www.humanitas.it/>

⁵⁵ <https://www.ars.toscana.it/>

1.7.3 Epatite B

L'epatite B è un'infezione al fegato causata da un virus che ne provoca il progressivo danneggiamento. Si trasmette attraverso i contatti sessuali, liquidi biologici e con sangue infetto.

L'epatite B può avere due forme:

- Forma cronica: quando l'infezione dura più di sei mesi e si verifica quando il sistema immunitario non elimina il virus portano a problemi seri come il tumore al fegato, cirrosi epatica e insufficienza cronica.
- Forma acuta: ha una durata inferiore ai sei mesi, solitamente questa forma è presente nei pazienti di età adulta, dato che se in salute riesce a sviluppare degli anticorpi specifici per distruggere la patologia entro poco.

I sintomi, che solitamente si manifestano dopo tre mesi dall'infezione, sono affaticamento, nausea, vomito con perdita di appetito, dolori addominali, vi è presenza di ittero, urine di colore scuro e dolori alle articolazioni. Per quanto riguarda l'epidemiologia di questa malattia nell'anno 2022 sono stati segnalati 109 casi di epatite B acuta in Italia nella parte del Centro-Nord, i soggetti che sono maggiormente colpiti sono quelli con età compresa fra la fascia dei 35 e 54 anni. Il 40% dei casi sono soggetti che hanno effettuato trattamenti come manicure, pedicure, piercing e tatuaggi, seguiti dal 26% per cui la trasmissione è avvenuta tramite rapporti sessuali promiscui.⁵⁶

1.7.4 Sifilide (LUE)

La sifilide viene trasmessa principalmente attraverso rapporti sessuali (vaginale, anale o orale) e è possibile la trasmissione anche attraverso il sangue. Una madre portatrice può quindi al nascituro questa patologia, durante la gravidanza, al momento del parto e con l'allattamento; il rischio di trasmissione è basso fino al terzo mese e poi aumenta con il progredire della gestazione, inoltre include molte complicanze fra le quali l'aborto tardivo, la morte in utero, il ritardo della crescita e il parto pretermine.

La sifilide ha diversi stadi:

⁵⁶ <https://www.epicentro.iss.it/>

- Stadio primario: avviene nel momento del contagio e l'insorgenza dei sintomi che può passare fra i 10 e 90 giorni, lo caratterizza la presenza di un'ulcera che può comparire sull'ano oppure in gola/bocca e nei genitali, essa guarisce spontaneamente nel giro di 3-6 settimane, però la malattia continua a progredire.
- Stadio secondario: fra le 2-8 settimane, qui compaiono nella pelle delle macchie rosate, si potrebbe presentare anche febbre, disturbi gastrointestinali, mal di gola e disturbi alle ossa, anche senza nessun trattamento i vari segni e sintomi poi scompaiono.
- Stadio latente: questo stadio che potrebbe progredire fino a due anni, il soggetto non ha più sintomi ma la malattia progredisce; qui se il soggetto viene curato guarisce.
- Stadio tardivo: si presenta anni dopo il contagio anche 10-30 anni, qui può interessare qualsiasi organo fino ad arrivare al decesso

Per quanto riguarda la diagnosi è sierologica e permette di individuare la risposta anticorpale prodotta dall'infezione.

La prevenzione è la prima arma per evitare il contagio e si basa sull'utilizzo del preservativo in tutti i rapporti occasionali, inoltre se si scopre che un soggetto con cui si ha avuto un rapporto sessuale è utile sottoporsi al test per il virus HIV.

Inoltre in Italia è previsto lo screening sierologico per le donne alla prima visita ginecologica ed alla fine della gravidanza, esso viene esteso anche al partner.⁵⁷

Analizzando l'aspetto storico, nei paesi industrializzati l'incidenza della sifilide inizia a diminuire verso il 1800 per avere un successivo rialzo dei casi dopo la prima guerra mondiale, mentre dopo la seconda guerra mondiale il numero inizia a scendere per un progressivo miglioramento delle condizioni di vita e un avanzamento nelle metodologie di diagnosi.⁵⁸

Analizzando i dati presenti in letteratura si è visto che in Italia dal 2015 i casi di sifilide sono aumentati circa del 30% passando quindi da 1.060 casi del 2015 a 1.526 casi del 2018.⁵⁹

⁵⁷ <https://www.epicentro.iss.it/>

⁵⁸ <https://www.nurse24.it/>

⁵⁹ <https://www.epicentro.iss.it/>

CAPITOLO 2 - PRESENTAZIONE DEL PROGETTO

2.1 - Problema

I dati OMS evidenziano come in molti Paesi, guerre civili, crisi economiche o disastri naturali abbiano provocato un'interruzione delle normali attività di sanità pubblica, tra queste ricordiamo le vaccinazioni.

Dalla letteratura però emerge come le vaccinazioni antitetanica e antipolio risultino essere di enorme importanza per contrastare le emergenze internazionali che ci vedono ad oggi coinvolti.

Come dichiara l'ISS, alcuni gruppi, come i rifugiati, i richiedenti asilo e gli irregolari, sono particolarmente esposti al rischio di malattie infettive e potrebbero avere *outcome* peggiori delle popolazioni ospitanti, anche a causa di un ridotto accesso ai servizi sanitari. Per questo motivo va posta attenzione anche ad altre vaccinazioni, come anti difterite, anti pertosse, anti morbillo, anti parotite, anti rosolia e anti varicella.

Considerata l'importante misura preventiva tutte queste vaccinazioni vengono -proposte agli ospiti dei Centri d'Accoglienza del distretto di Treviso, non a caso infatti si tratta di vaccini per cui è previsto un obbligo di legge dai 0 ai 16 anni, proprio per un maggiore rischio infettivo favorito dal contesto.

Inoltre, essendo questi luoghi comunitari, e molto spesso sovraffollati, è necessario prendere ulteriori provvedimenti dal punto di vista sanitario.

Tra le malattie a trasmissione sessuale, per cui viene proposto un test di screening all'arrivo in Italia, vi è l'HIV; la prevalenza d'infezione è generalmente bassa tra le persone provenienti dal Medio Oriente e Nord Africa.

Si evince che vi è un basso rischio che l'HIV sia portato in Europa dai migranti provenienti da questi Paesi; va considerato che molti contraggono il virus dopo l'arrivo in Europa ed è stato confermato anche con recenti ricerche.

Altra malattia da considerare durante le visite che vengono effettuate alla popolazione migrante per l'ammissione in comunità è la scabbia.

È una patologia di comune riscontro sulla quale la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità non riesce a fornire stime precise di diffusione.

La scabbia è effettivamente diffusa tra i migranti allo sbarco, come conseguenza delle condizioni di scarsa igiene e promiscuità subite nei centri di raccolta nei Paesi di partenza e transito e durante la traversata.

Dai dati raccolti dal team specialistico dell'INMP negli hotspot di Lampedusa e Trapani-Milo nel 2015-2016, su 6.188 persone visitate, il 58% ha ricevuto una diagnosi di scabbia.⁶⁰ Stando comunque al report dell'ECDC, l'incidenza non sembra differire in maniera significativa tra popolazione immigrata e residente: nel 2010 il 7,3% dei casi riguardavano migranti, il 55,4% non migranti.

Uno dei problemi frequenti è la barriera linguistica e culturale dei popoli ospitati nei differenti centri di accoglienza; sarebbe opportuno rendere più accessibile il supporto di interpreti e di mediatori culturali.

Lingua e cultura sono dunque l'ostacolo principale per l'operatore sanitario che si trova a fronteggiare quotidianamente problematiche relative alla *compliance*.

Altro esempio è lo screening tubercolare (test Tst o Igra) che viene proposto ai richiedenti asilo che accedono nei centri di accoglienza.

I dati dichiarati dall'ISS dimostrano che l'incidenza di migranti affetti da tubercolosi, provenienti da Paesi ad alta endemia, è maggiore di 100 infetti su 100.000 abitanti.⁶¹

È indispensabile dunque effettuare un'anamnesi sociale e sanitaria per accertare la presenza di sintomi/segni suggestivi di tubercolosi attiva, ed eventualmente avviare tempestivamente l'iter diagnostico che prevede una radiografia del torace e un esame microbiologico.

2.2 - Quesiti di ricerca

I quesiti di ricerca sono:

1. Esistono progetti di promozione ed educazione alla salute nei centri di accoglienza per immigrati?
2. Quali sono le caratteristiche socio demografiche del campione?
3. Qual è l'incidenza/prevalenza delle malattie infettive presenti nei centri di accoglienza?
4. Quali sono i rischi più frequenti di malattie infettive in queste comunità?

⁶⁰ <https://www.inmp.it/>

⁶¹ <https://www.iss.it/>

5. Esistono informative in lingua che sono a disposizione degli ospiti e delle figure professionali che lavorano all'interno della struttura per diffondere le buone pratiche di igiene?

2.3 - Obiettivi

L'obiettivo generale del progetto di tesi è quello di descrivere l'andamento epidemiologico delle malattie infettive nei centri d'accoglienza del distretto di Treviso dell'Ulss 2 Marca Trevigiana, da Gennaio 2022 a Luglio 2023, rilevando il bisogno di health literacy nel campione individuato.

Gli obiettivi specifici individuati sono:

1. Conoscere le caratteristiche socio demografiche del campione
2. Descrivere l'andamento epidemiologico delle malattie infettive rilevate nei centri d'accoglienza del distretto di Treviso dell'Ulss 2 Marca Trevigiana da Gennaio 2022 ad Agosto 2023
3. Proporre un progetto educativo-promozionale applicabile nei Centri di Accoglienza Straordinari
4. Proporre eventuale materiale informativo a supporto delle corrette conoscenze igienico sanitarie.

2.4 - Revisione della letteratura

La ricerca bibliografica è stata condotta mediante il motore di ricerca Google e mediante varie stringhe di Pubmed.

Le parole utilizzate per la ricerca in Google sono state:

- prevenzione
- malattie infettive
- rischi più frequenti di malattie infettive nelle comunità

- conoscenza di progetti di educazione alla salute nei centri di accoglienza per immigrati

Gli elementi utilizzati per la ricerca hanno condotto a siti istituzionali o scientificamente riconosciuti da Enti, Istituzioni ed Associazioni quali:

- Epicentro
- Istituto superiore di sanità
- Ministero della salute
- Organizzazione Mondiale della Sanità

La ricerca ha potuto evidenziare come vi siano molte conoscenze in merito alle malattie infettive e al loro andamento, alla loro trasmissione alle conseguenti attività di prevenzione da mettere in atto per evitare la diffusione.

La ricerca on-line successivamente ha preso avviso dal sito Pubmed (NCBI), la prima stringa di ricerca è stata “*Infectious diseases and immigrants*” dalla quale sono emersi 5.698 risultati. Inserendo tra i criteri di selezione la “pubblicazione a 5 anni, la disponibilità di “free full text”, gli articoli corrispondenti si sono ridotti a 741.

Tra i risultati della ricerca sono stati selezionati alcuni articoli rispondenti alle tematiche da affrontare nel progetto.

In seguito, è stata condotta una ricerca attraverso l’impostazione “MeSH Terms”; i criteri di selezione adottati per questa ricerca sono corrispondenti a quelli adottati in precedenza:

- Data di pubblicazione 2015-2020 (ultimi 5 anni).
- Disponibilità di free full text

In questa modalità sono state elaborate le seguenti stringhe di ricerca:

- ("Infectious Disease Medicine"[Mesh]) AND "Emigrants and Immigrants"[Mesh]

Sono risultati 5 articoli, 1 di questi è stato preso in considerazione.

- ("Tuberculosis"[Mesh]) AND "Emigrants and Immigrants"[Mesh]

Sono risultati 102 articoli, 4 di questi sono stati presi in considerazione.

- (("Undocumented Immigrants"[Mesh]) AND "Skin Diseases"[Mesh]) AND "Disease Transmission, Infectious"[Mesh]

Con questa banda di ricerca non si sono trovati articoli a disposizione, perciò si è pensato di creare un'altra stringa di ricerca con i seguenti termini:

- (("Undocumented Immigrants"[Mesh]) AND "Skin Diseases"[Mesh])

È stato trovato un solo articolo in cui non è stato preso in considerazione.

- ("Emigration and Immigration"[Mesh]) AND "HIV"[Mesh]

Sono risultati 4 articoli, 2 di questi sono stati presi in considerazione.

Successivamente la ricerca bibliografica è proseguita nella piattaforma Google Scholar. Le aree di maggiore interesse riguardavano per quanto riguarda l'argomento di tesi sono state:

- richiedenti asilo
- immigrati e malattie infettive
- tubercolosi e immigrazione
- accoglienza dei richiedenti asilo in provincia di Treviso

I criteri di selezione indicati per la ricerca sono stati:

- Intervallo 2010-2020;
- Ordinamento per pertinenza;
- Qualsiasi lingua;
- Brevetti e citazioni.

I testi consultati sono stati:

- Epidemiologia e prevenzione, Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia;
- *Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA*

- Salute degli immigrati e disuguaglianze socioeconomiche nella popolazione residente in Italia valutate attraverso la rete degli Studi Longitudinali Metropolitani
- *Increase of reported diphtheria cases among migrants in Europe due to Corynebacterium diphtheriae , 2022*
- I controlli alla frontiera, La frontiera dei controlli, Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza;
- Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale;
- Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale;
- Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni.
- Le vaccinazioni nel migrante: bisogni di salute, aspetti organizzativi e implementazioni.

CAPITOLO 3 - MATERIALI E METODI

3.1 Campionamento

Il campione oggetto di studio è costituito dalla popolazione migrante che ha afferrito all' UOS Prevenzione e controllo delle malattie infettive nel singolo e nella comunità del Servizio Igiene e Sanità Pubblica del distretto di Treviso a partire da Gennaio 2022 ad Agosto 2023.

Il campione considera, senza distinzione di genere ed età, gli ospiti dei Centri di Accoglienza Straordinaria del distretto di Treviso, in cui sono presenti un numero maggiore di migranti. Sono stati esclusi dallo studio i CAS appartenenti ad altri distretti del territorio dell' Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, il dormitorio notturno e alcuni CAS situati nel distretto di Treviso che a causa dell'esiguo numero di persone ospitate non costituivano rilevanza a livello statistico.

Il progetto di tesi iniziale prevedeva un'analisi delle problematiche relative all'igiene personale, attraverso delle interviste strutturate condotte con alcuni ospiti di un centro di accoglienza. Per questioni burocratico-organizzative non è stato possibile svolgere le interviste dirette con il target individuato, con conseguente modifica del progetto iniziale.

Si è deciso di procedere alla raccolta dati utilizzando un database, aggiornato ad ogni accesso, contenente i dati oggetto di studio.

Le persone coinvolte nello studio sono state reclutate attraverso gli accessi che sono avvenuti presso l'ambulatorio immigrati del dipartimento di prevenzione di Treviso dell'ULSS 2 Marca Trevigiana.

Al primo accesso in ambulatorio viene chiesto loro da quanto tempo vivono nel territorio Italiano e si effettua un'anamnesi specifica per fare una prima analisi sulle condizioni di salute della persona. Tutte le rilevazioni del caso vengono riportate sul file Excel predisposto.

Poi si esegue il prelievo ematico dove si vanno a ricercare le principali malattie infettive che coinvolgono la popolazione migrante: Virus dell'epatite B (HBV), *Human immunodeficiency virus* (HIV), Sifilide (LUE), Virus dell'epatite A (HAV), Virus dell'epatite C (HCV).

Sempre durante il primo accesso, si esegue il test Mantoux, un test di screening che permette di individuare la presenza di un'eventuale infezione da Mycobacterium Tuberculosis.

Dopo 48 - 72 ore gli utenti effettuano un secondo accesso all'ambulatorio immigrati per verificare l'esito del test Mantoux ed eseguire le vaccinazioni previste dalle Linee Guida per la Salute dei Migranti del 2019.

Nel caso in cui il test Mantoux risultasse positivo si procede in prima battuta all'esecuzione di un RX Torace, al fine di escludere una diagnosi di Tuberculosis attiva, e successivamente se quest'ultimo risulta negativo si procede con il test Quantiferon.

3.2 Metodi, strumenti di raccolta dati, analisi dei dati e limiti dello studio

Ad ogni accesso in ambulatorio, concordato con gli operatori del centro di accoglienza ospitante, viene compilato/aggiornato un file in excel. Il file è suddiviso in fogli che suddividono la popolazione migrante per centro ospitante.

Il file excel viene compilato nel momento della raccolta anamnestica e in fase degli specifici accertamenti. Il file è così composto:

- Data di accesso al Servizio;
- Caso già noto al Servizio (SI/NO);
- Cognome;
- Nome;
- Data di nascita;
- Paese di nascita;
- Da quanto è in Italia;
- Se il soggetto è presente o fuggito (viene riportato se è motivo di non accesso in ambulatorio) ;
- Indicazioni raccolte nell'anamnesi:
 - Data mantoux;
 - Esito mantoux;
 - Se positiva indicare in millimetri il diametro del rigonfiamento cutaneo;
- Data della sierologia;
- Sierologia HBV;
- HIV;

- HCV;
- LUE;
- HAV;
- Data Test Quantiferon;
- Esito Test Quantiferon;
- Data RX Torace;
- Esito RX Torace;
- Data vaccinazione DTP-IPV;
- Data vaccinazione MPRV;
- Altri esami richiesti.

Come accennato inizialmente il progetto di tesi prevedeva la somministrazione di un questionario ai richiedenti asilo (R.A.) del CAS ex. Caserma Serena, presso la struttura oppure al momento dell'accesso in ambulatorio dedicando loro del tempo, con la collaborazione dell'interprete.

In quest'ottica è stata stilata la prima Sinossi (Allegato 1) ed è stata richiesta l'autorizzazione alla somministrazione del questionario tramite interviste con i R.A. al responsabile del CAS.

Purtroppo non è stato possibile portare avanti questo progetto perché l'autorizzazione alla raccolta dati da parte delle persone R.A. deve essere validata dalla da parte della Prefettura, al fine di tutelarne i diritti.

Per motivi logistici non è stato quindi possibile attendere l'arrivo del benessere da parte della Prefettura e pertanto è stata modificata la sinossi (Allegato 2) in corso d'opera, andando a recuperare ed analizzare i dati attraverso i vari file excel già in uso presso il servizio.

Inoltre, a conclusione dello studio, si andrà, sulla base delle evidenze/necessità rilevate, a stilare un progetto che verrà poi utilizzato nelle varie realtà dove sono presenti R.A. e che ha come obiettivo la prevenzione delle malattie infettive nei centri di accoglienza nel territorio dell'Azienda Ulss2 Marca Trevigiana.

Attraverso l'identificazione delle malattie che interessano più frequentemente i soggetti coinvolti, si andranno a proporre degli incontri in presenza, con la collaborazione di un

mediatore culturale, e verrà fornito materiale informativo in lingua che possa essere fruibile direttamente dal target coinvolto.

Il progetto prevede, la somministrazione di un questionario per verificare la conoscenza basilare sulle buone abitudini di igiene personale e della cura della persona sia nella fase precedente che successiva all'incontro, con lo scopo di verificare l'efficacia dell'intervento.

Il questionario (allegato 3) è costituito da 25 domande suddivise in tre sezioni.

- La prima sezione è dedicata alle domande di tipo generale incentrata sulla rilevazione dei dati anagrafici,
- nella seconda sezione si indaga su come i soggetti curano il lavaggio delle mani
- Nella terza sezione si indaga sulla della cura dell'igiene e della persona.

Ultima azione del progetto, a rinforzo dei temi proposti, verranno predisposti e consegnati degli opuscoli informativi in diverse lingue in cui si va a schematizzare e spiegare in modo semplice le cure igieniche primarie, come effettuarle nel modo corretto e come prevenire le principali malattie infettive maggiormente diffuse nei centri di accoglienza.

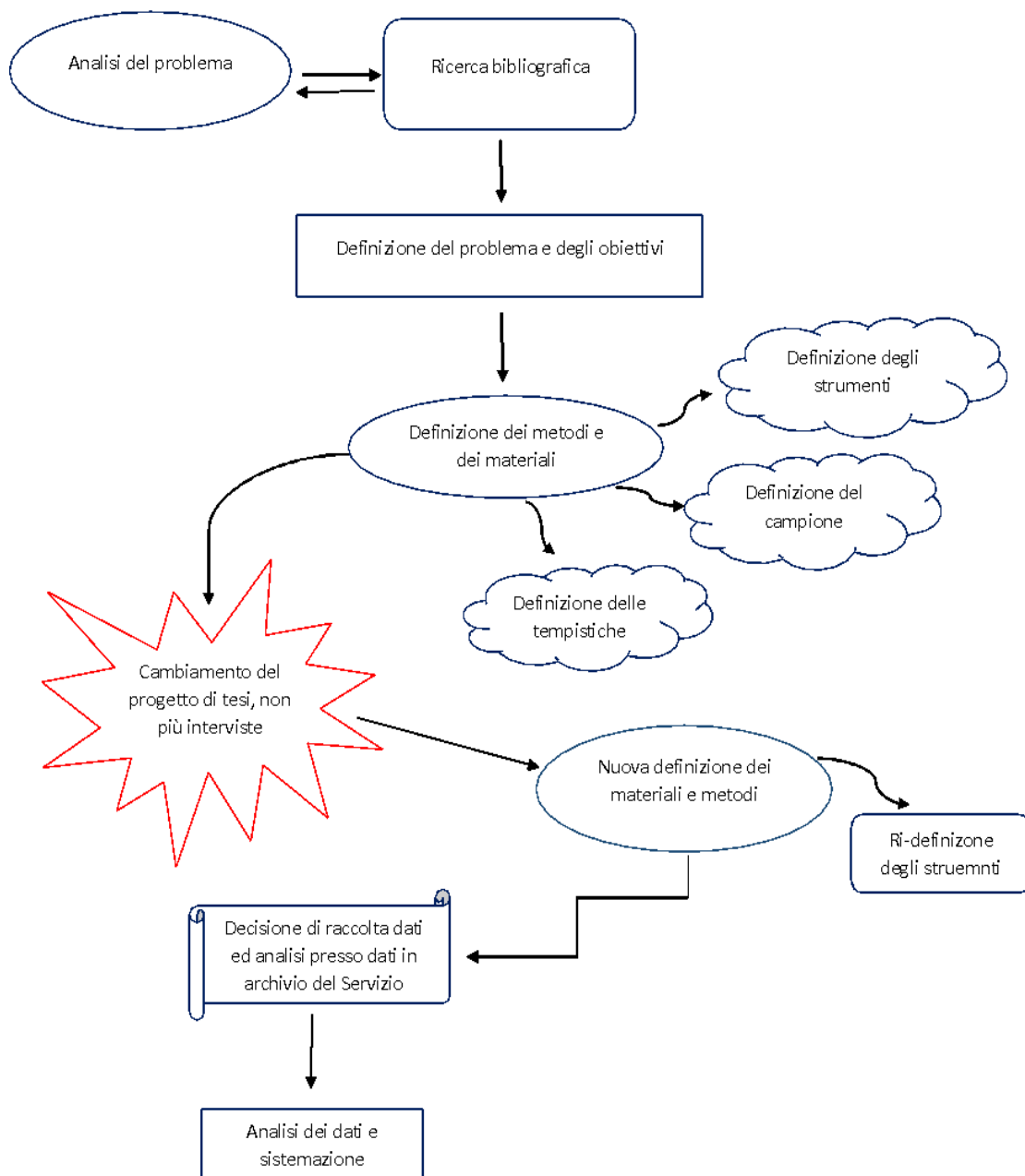


Figura 1: Flow chart del percorso di realizzazione della raccolta dati.

CAPITOLO 4 – RISULTATI E DISCUSSIONE

Il campione selezionato per questo progetto di tesi è composto da 461 persone che alloggiano nei vari centri di accoglienza presi in considerazione e che hanno effettuato accessi presso gli ambulatori preposti del Servizio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione del distretto di Treviso Ulss 2 Marca Trevigiana nel periodo compreso tra Gennaio 2022 e Agosto 2023. I centri di accoglienza coinvolti nello studio sono:

- HILAL con 120 ospiti presi in considerazione;
- CASERMA SERENA con 234 ospiti presi in considerazione;
- CIVICO 1 con 95 ospiti presi in considerazione;
- LA ESSE con 12 ospiti presi in considerazione.

In base ai dati rilevati dallo studio sono stati prodotti grafici, rappresentativi della popolazione presa in carico, per ogni patologia che si va a ricercare durante i controlli di screening e suddivisa per nazionalità.

Nello specifico, nel capitolo vengono dapprima approfonditi i dati anagrafici e successivamente viene effettuata un'analisi sui dati di rilevazione dei test di screening effettuati. In particolare un'analisi sulle infezioni date da Micobatterio Tuberculare, Epatite A, Epatite B, Epatite C, HIV e Sifilide.

Infine vengono valutati i dati di adesione relativi alle vaccinazioni proposte alla popolazione migrante oggetto di studio.

Situazione socio-demografica

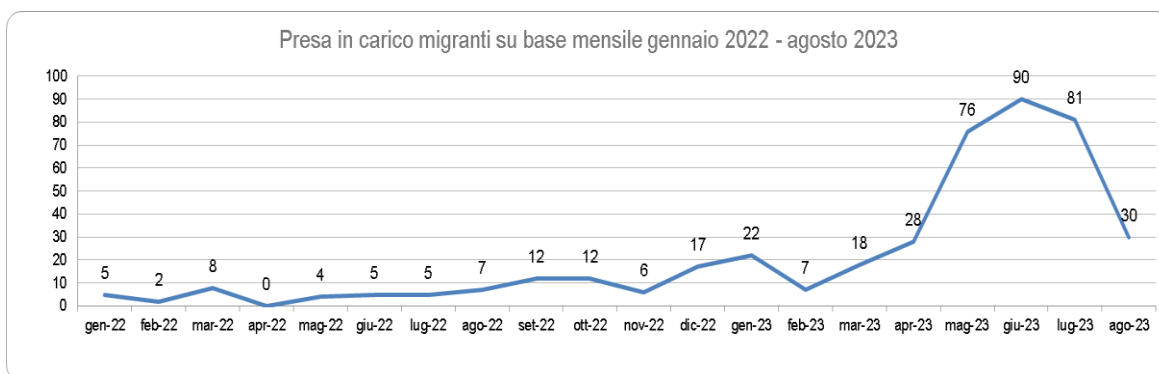


Grafico 6: Presa in carico dei migranti da Gennaio 2022 ad agosto 2023.

Come si evince dal grafico 6, si nota un progressivo incremento di accessi negli ambulatori “migranti” nel periodo fra Dicembre 2022 e Gennaio 2023, una lieve diminuzione a Febbraio 2023 e una ripresa da Marzo 2023 fino ad arrivare ad un picco di prese in carico a Giugno 2023, per poi ripresentarsi una discesa ad Agosto 2023, probabilmente per problematiche riguardanti l’accesso al servizio nel periodo estivo.

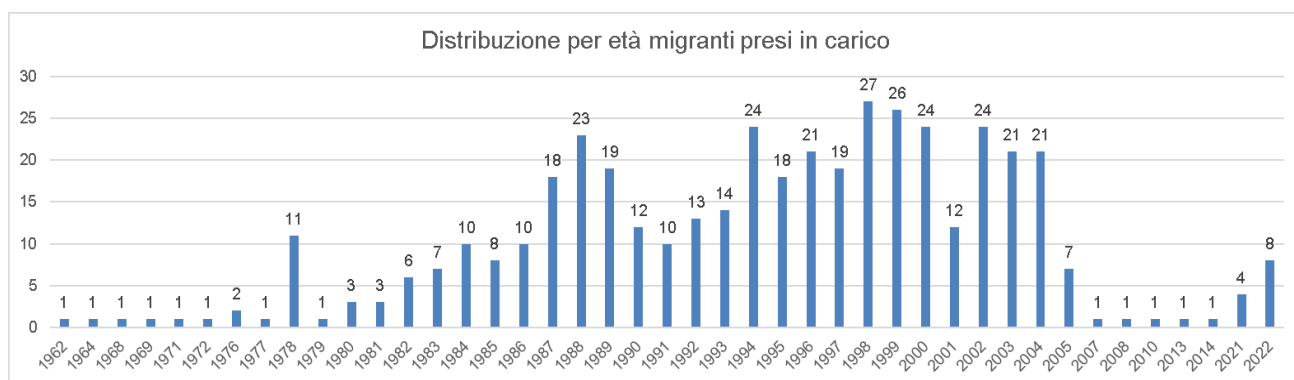


Grafico 7: Distribuzione per le varie fasce d’età dei migranti presi in carico.

Il grafico 7 mostra l’età media dei migranti che accedono al Servizio. La maggior parte di loro sono nati nel periodo compreso tra l’anno 1994 e il 2004, sono quindi persone che hanno fra i 19 e 29 anni. Il dato che rispecchia il dato nazionale.

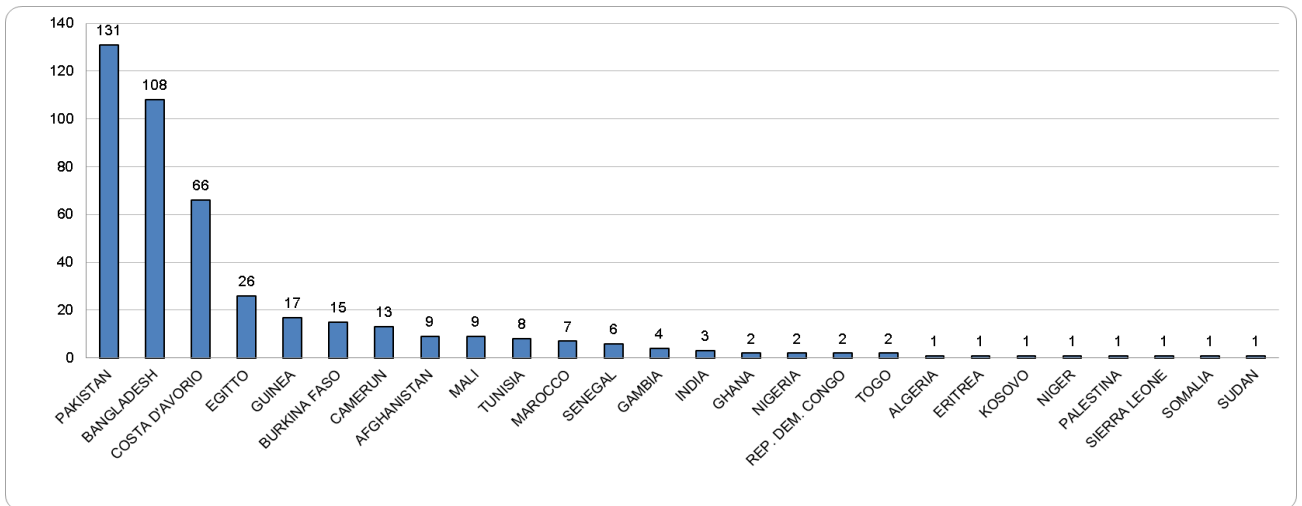


Grafico 8: Distribuzione geografica per paese d'origine.

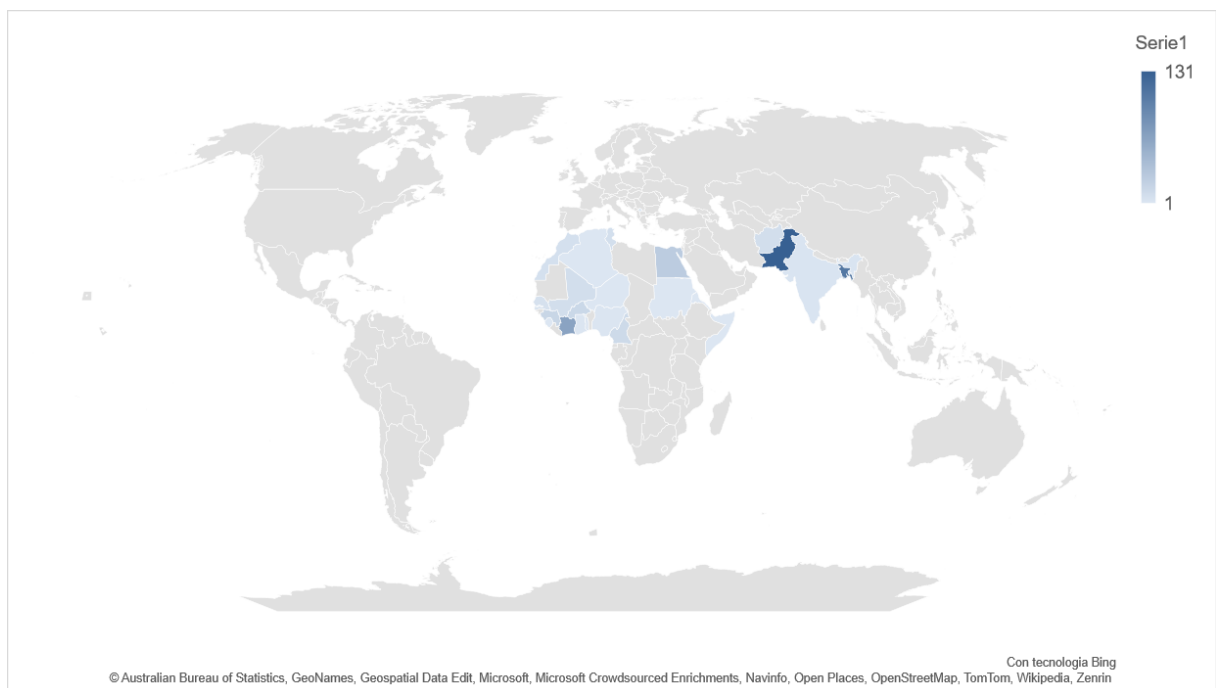


Grafico 9: Distribuzione della provenienza geografica attraverso piantina.

I Grafici 8 e 9 mostrano lo stesso dato ma in modo differente. Il Grafico 8, rileva il numero assoluto suddiviso per nazionalità della popolazione che afferisce maggiormente al servizio: ovvero Pakistan, Bangladesh, Costa D'Avorio e con un numero minore l'Egitto.

Il grafico 9 mostra lo stesso dato su mappa . I paesi maggiormente rappresentati hanno il colore blu scuro ed a scalare i meno rappresentativi di colore più chiaro. Il Pakistan ha il colore più scuro in quanto maggiormente rappresentativo.

Infezioni da Micobatterio Tuberculare e Tubercolosi

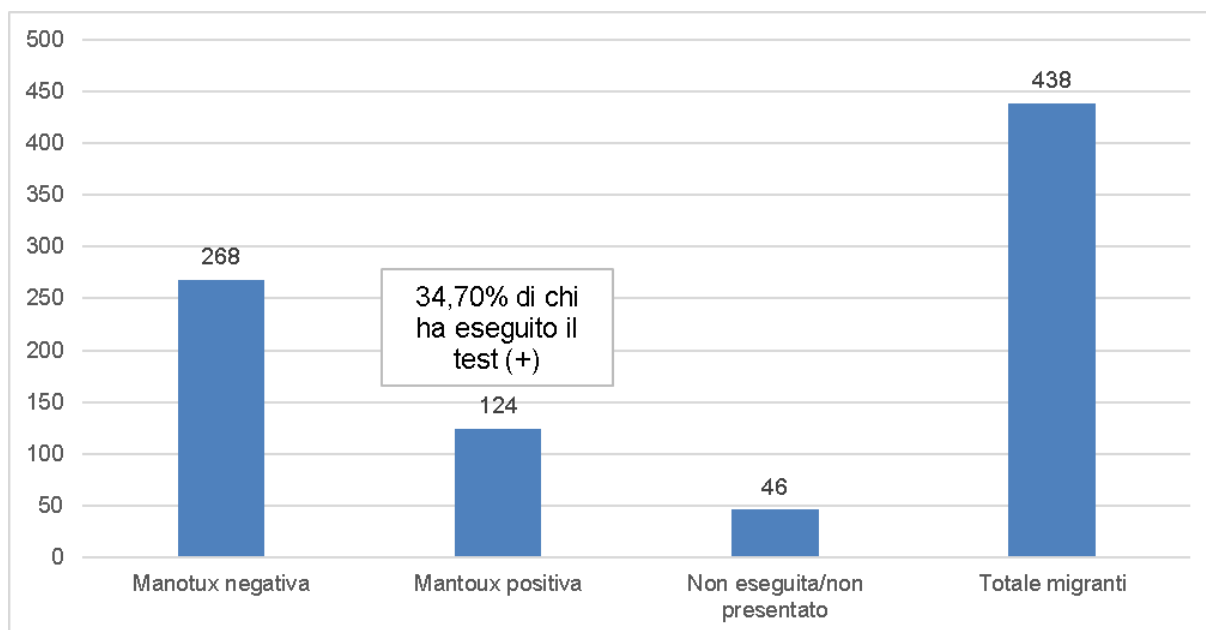


Grafico 10: Positività alla Mantoux effettuata all'accesso.

Come si può vedere dal Grafico 10, in totale i migranti che sono stati sottoposti al test Mantoux sono stati 438. A 46 persone non è stato possibile eseguire il test, oppure non si sono presentati alla lettura prevista dopo 48-72 ore.

Nel totale del campione preso in considerazione, le persone risultate negative sono state un numero molto significativo ovvero 268 migranti, pari al 61.2%, mentre i soggetti risultati positivi sono stati 124 (il 34.70% del totale); questi ultimi hanno eseguito ulteriori esami di approfondimento come l’RX torace e il test Quantiferon.

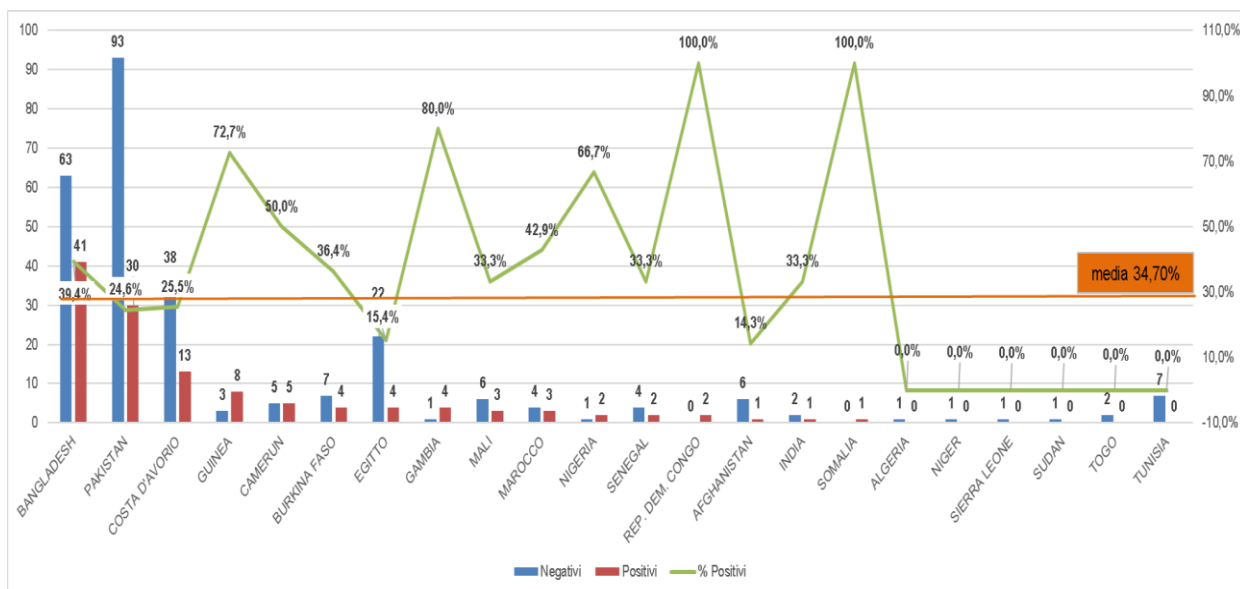


Grafico 11: Distribuzione per paese di origine esito test mantoux.

Nel Grafico 11 si confrontano il numero di Test Mantoux positivi e negativi suddividendoli paese di provenienza dei migranti individuando la percentuale di positivi. Come si può vedere, il maggior numero di test Mantoux positivi si concentra negli stessi 3 Paesi che presentano un maggior numero di arrivi, ovvero il Bangladesh (39.4% di persone risultate positive), Pakistan (24.6% di persone risultate positive) e Costa D'Avorio (25.5% di persone positive).

Per gli altri paesi la percentuale di positività non può essere considerata affidabile in quanto il numero di ospiti che hanno effettuato accesso al servizio non è statisticamente significativo.

Il tasso di positività rilevato nei tre Paesi maggiormente rappresentativi nel campione esaminato è in linea con l'andamento dell'incidenza della malattia nei Paesi di origine.

Bangladesh

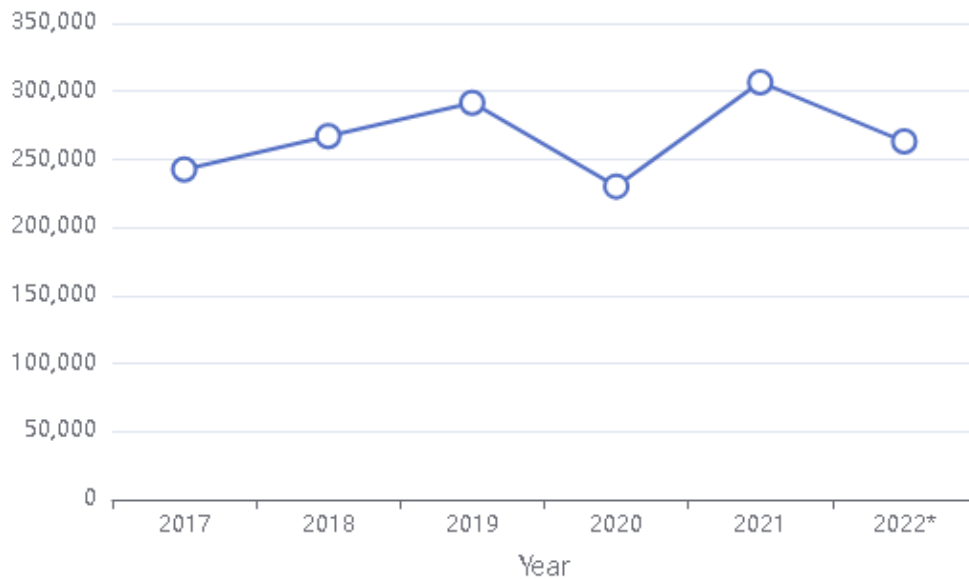


Grafico 12: Numero di persone con episodi nuovi o recidive di tubercolosi notificati ogni anno, 2017 - 2022 Bangladesh. ⁶²

Come si può vedere dal Grafico 12 che prende in considerazione solamente le persone Bangladesi a livello mondiale, il numero di nuovi casi di tubercolosi o di persone recidive negli anni rimane pressappoco stabile, con un lieve decremento nel 2020, dato verosimilmente correlato ad una sottostima nella diagnosi a causa della pandemia da SARS-Cov-2.

Questo dato torna poi a crescere nel 2021 per poi stabilizzarsi nel 2022 ponendosi in linea con i valori pre-pandemia. Ad ogni modo il dato delle tubercolosi diagnosticate supera sempre la soglia dei 220.00.

⁶² <https://worldhealthorg.shinyapps.io/>

Pakistan

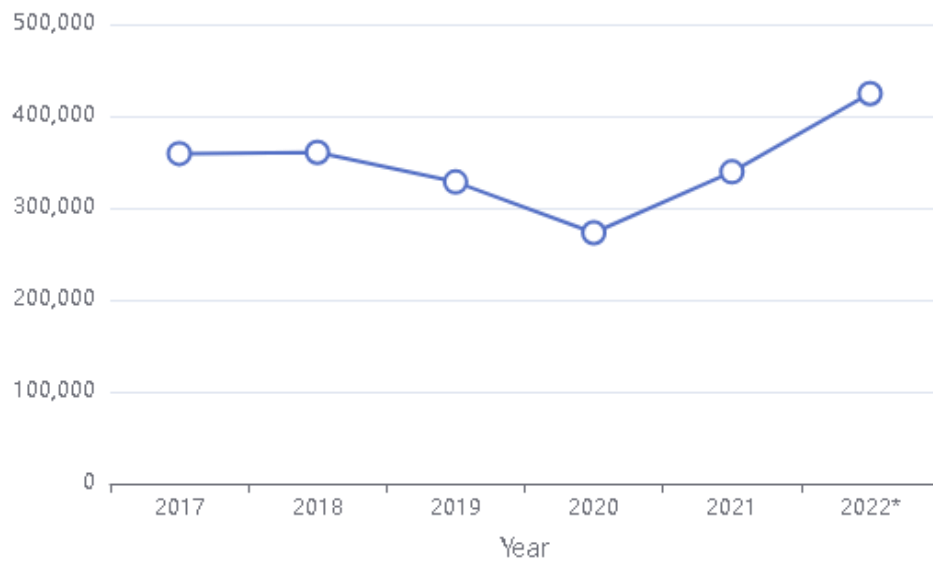


Grafico 13: Numero di persone con episodi nuovi o recidivi di tubercolosi notificati ogni anno, 2017 - 2022 Pakistan.

Côte d'Ivoire

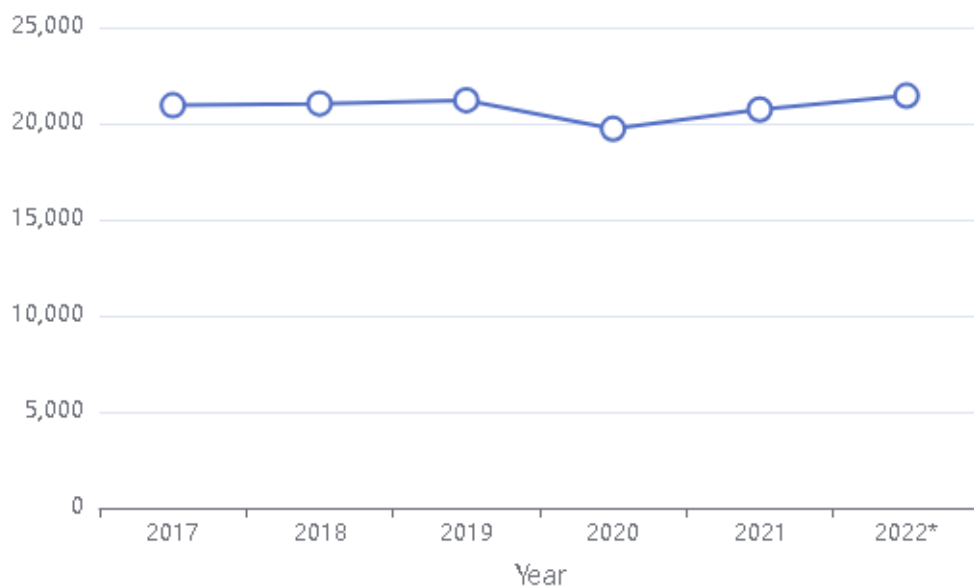


Grafico 14: Numero di persone con episodi nuovi o recidivi di tubercolosi notificati ogni anno, 2017 - 2022 Costa D'Avorio.

Nella popolazione Pakistana, come si vede nel Grafico 13, a livello Mondiale la situazione è molto simile a quella mostrata nel Grafico 12 per la popolazione Bengalese, con un trend di notifiche che, dal 2017 al 2022, spazia dai 300.000 e i 400.000 casi all'anno, ad eccezione del 2020 in cui il numero di casi riportati è lievemente inferiore alla soglia indicata, corrispondente a 227.000 casi.

Allo stesso modo, anche per la popolazione Ivoriana, rappresentata nel grafico 14, il trend di notifiche di positività o di recidive per Tubercolosi è stabile. Il numero di positività, a differenza di quanto emerge nella popolazione Bengalese e Pakistana, è molto minore, infatti il dato si aggira tra i 19.700 e i 21.500 casi.

Il dato, in termini assoluti, è influenzato dal numero di abitanti presenti nei rispettivi paesi.

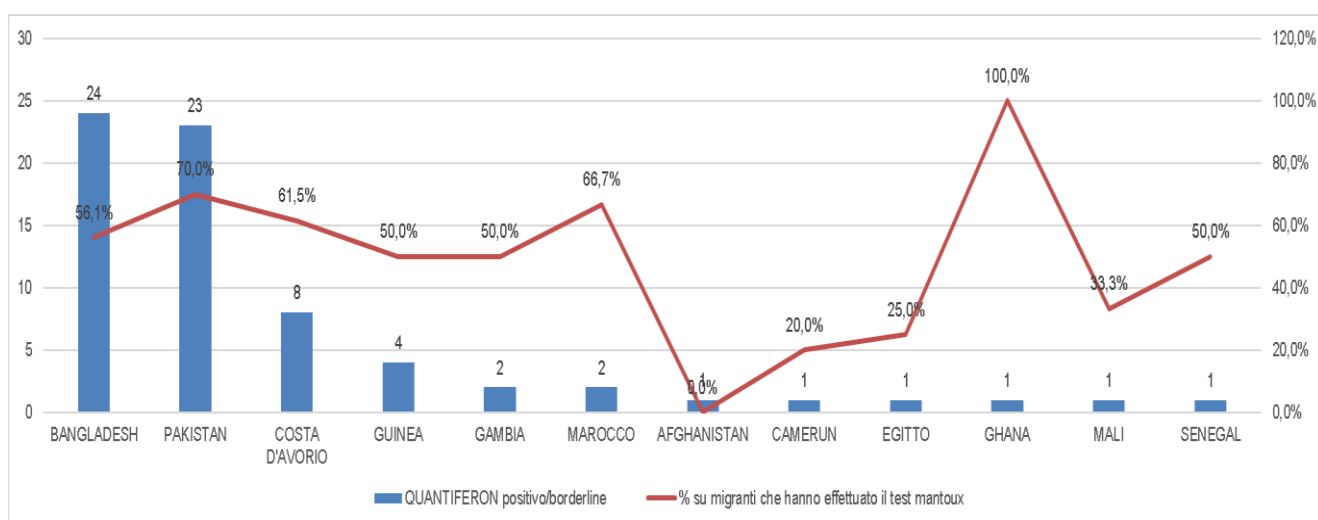


Grafico 15: Test quantiferon positivi distribuiti per paese d'origine

Tornando all'analisi dei dati Aziendali, il Grafico 15 mostra il numero di persone che, a seguito di test Mantoux positivo e RX torace negativo, hanno eseguito il test Quantiferon. Anche in questo caso sono da considerare significativi i dati di Bangladesh, Pakistan e Costa D'Avorio, in quanto numericamente superiori e quindi più rappresentativi rispetto alle altre nazionalità che risiedono nei centri di accoglienza.

Questo grafico è particolarmente importante perché permette di rilevare, i migranti con un'infezione latente da Micobatterio Tuberculare, e quindi potenzialmente candidabili alla profilassi ITBL.

I migranti con questo quadro clinico sono asintomatici e soprattutto, non sono contagiosi, ma potenzialmente possono sviluppare una tubercolosi attiva negli anni. Si stima che circa il 5-10 % della popolazione sviluppi la malattia nel corso della propria vita.⁶³

Inoltre ci possono essere casi di soggetti che risultano positivi al Test Mantoux e negativi al test Quantiferon, e questo è generalmente riferibile ad una precedente vaccinazione effettuata nel Paese di origine.

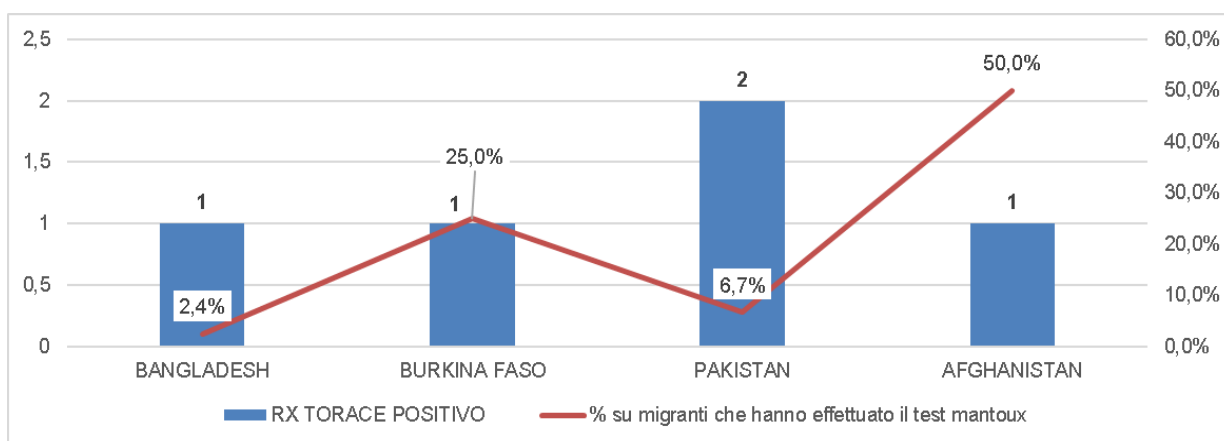


Grafico 16: RX torace suggestivo di TB attiva

Dal Grafico 16 si può notare che ci sono state 5 persone che hanno effettuato i raggi al torace, a seguito di Mantoux positiva, e che dalla radiografia si sono evidenziati segni clinici suggestivi di una tubercolosi in atto.

Sul numero totale delle persone testate 1 persona è del Bangladesh, 2 persone sono del Pakistan, 1 del Burkina Faso e 1 dell'Afghanistan. Considerato il numero esiguo del campione il tasso di positività sui soggetti testati non è attendibile.

⁶³ <https://www.epicentro.iss.it/tubercolosi>

Epatite B

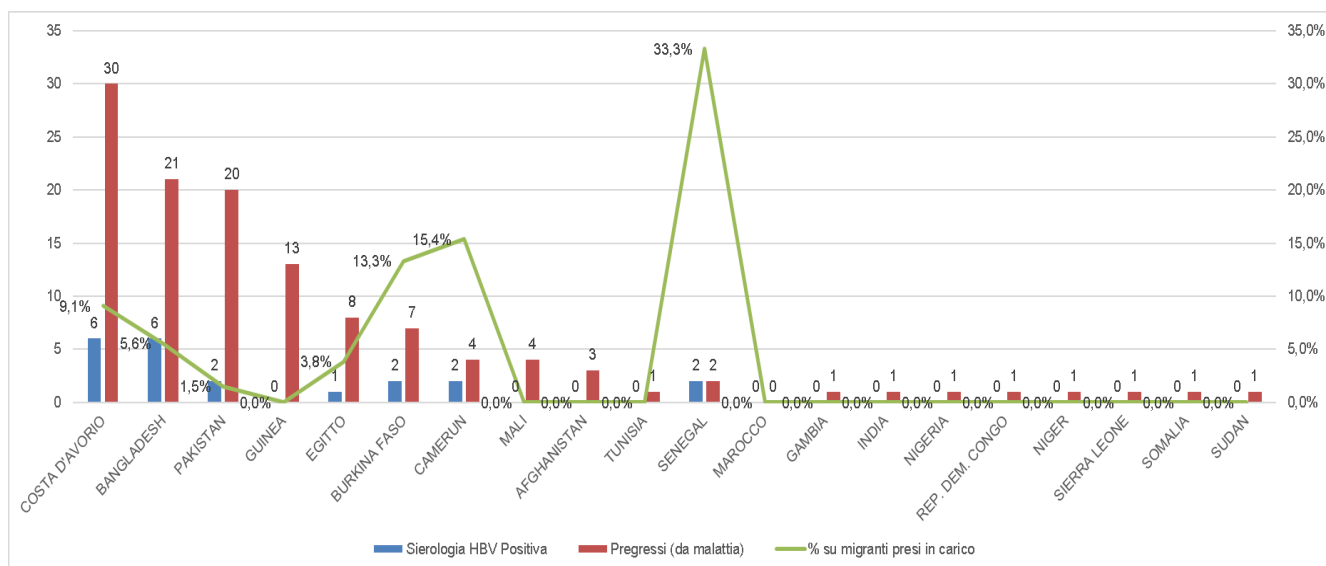


Grafico 17: Distribuzione per paese di origine: sierologia HBV positiva/pregresso (senza vaccinazione).

Nel Grafico 17 viene evidenziato l'esito dei test sierologici, nello specifico per la ricerca di eventuali infezioni da HBV. Anche in questo caso sono da considerare rappresentativi i risultati dei primi quattro Paesi coinvolti, ovvero Costa d'Avorio, Bangladesh, Pakistan e Guinea, per un numero di popolazione più numeroso rispetto alle altre nazionalità testate.

Il grafico evidenzia attraverso la barra di colore blu le persone risultate HBsAg positive, ovvero che presentano l'infezione correlata al virus dell'Epatite B.

L'Epatite B una malattia che ha come principale fonte di trasmissione i rapporti sessuali e il contatto con sangue e liquidi biologici infetti, è una patologia che colpisce il fegato avendo anche effetti molto seri, con la potenzialità di diventare cronica, portando ad una insufficienza epatica, cirrosi e tumore del fegato.

Si stimata che circa $\frac{1}{4}$ della popolazione mondiale è stato contagiato dal virus dell'Epatite B.⁶⁴

⁶⁴ <https://www.humanitas.it/>

La linea verde del grafico permette di capire la percentuale di persone positive e contagiose per Epatite B sul totale dei migranti testati: per la Costa d'Avorio il dato si attesta al 9,1%, con una netta diminuzione per Bangladesh (5,6%) e Pakistan (1,5%).

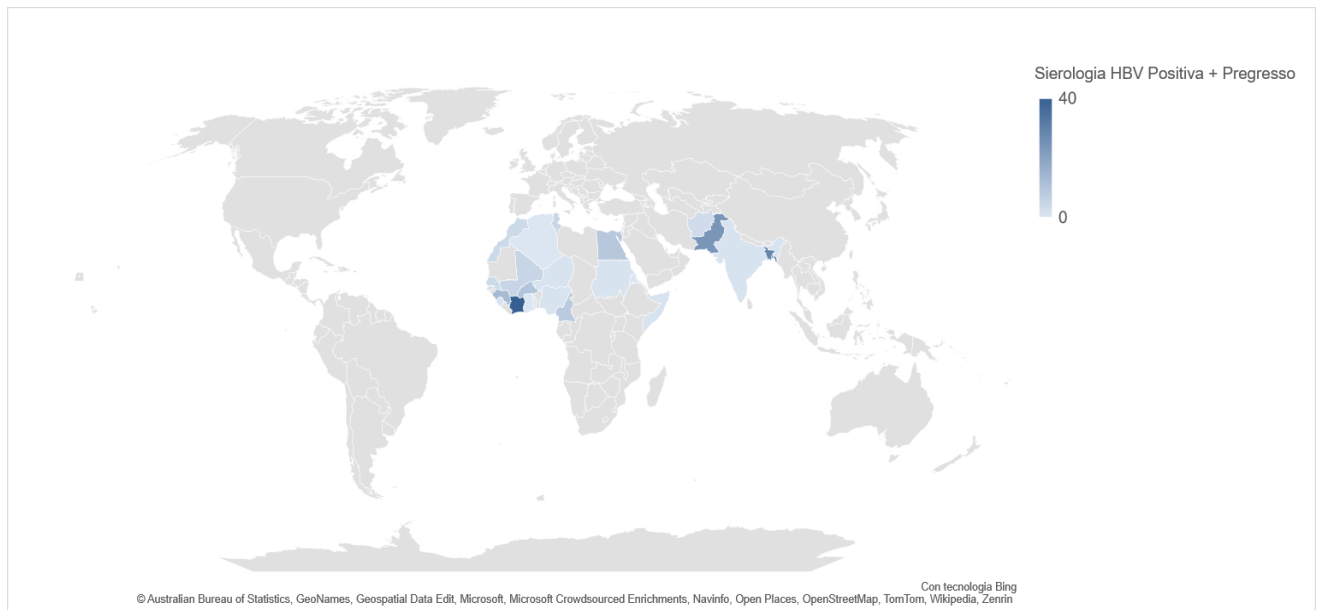


Grafico 18: Distribuzione per paese di origine: sierologia HBV positiva/progressa (malattia o vaccinazione).

Il grafico 18 rappresenta su mappa il numero sierologia HBV positiva/progressa (malattia o vaccinazione) rilevati negli ambulatori, il numero più rappresentativo hanno il colore blu scuro ed a scalare i meno rappresentativi di colore più chiaro.

Come già evidenziato nel grafico 17, i paesi in cui si è riscontrato un numero maggiore sono Costa d'Avorio, Bangladesh, Pakistan e Guinea.

Hepatitis B incidence rate, 2017

Incidence of hepatitis B, measured as the number of new cases of hepatitis B per 100,000 individuals in a given population. SDG Target 3.3 is to combat hepatitis by 2030.

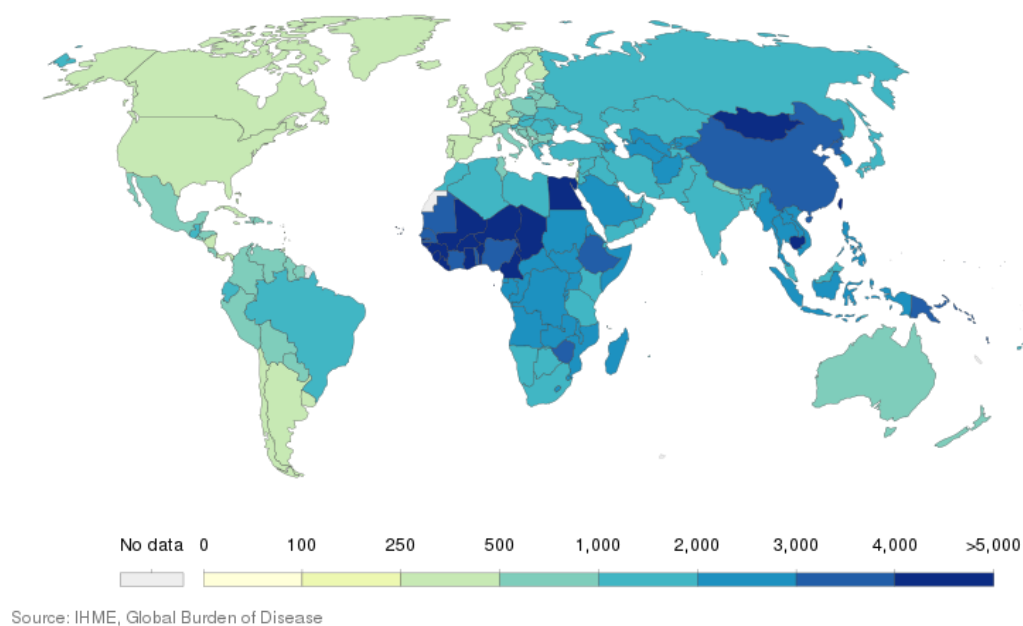


Grafico 19: Incidenza Epatite B a livello Mondiale, Fonte: Di Graham Colm di Wikipedia in inglese.⁶⁵

Dal Grafico 19, che evidenzia l'incidenza di casi di Epatite B a livello mondiale, si può notare una certa corrispondenza con quanto rilevato nei grafici 17 e 18, il cui dato è riferito invece alla popolazione che accede al Servizio del Distretto di Treviso.

Dal momento che per molti Paesi si tratta di un numero limitato di persone, i dati possono essere influenzati in modo improprio dalla singola casistica. In linea con quanto mostrato a livello globale vi è la conferma di una maggiore diffusione del virus dell'Epatite B in alcune aree dell'Africa, tra cui Costa d'Avorio, Guinea ed Egitto.

⁶⁵ Di Graham Colm di Wikipedia in inglese <https://commons.wikimedia.org/w/index>.

Epatite C

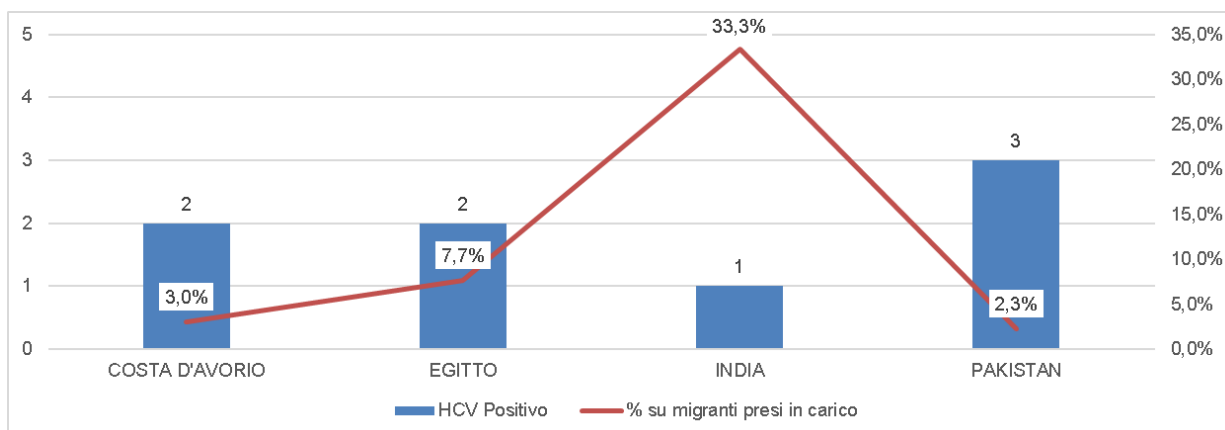


Grafico 20 : Distribuzione per paese di origine: sierologia HCV positiva.

Dal grafico 20 si può vedere la distribuzione, in base al Paese d'origine, della positività al virus dell' Epatite C.

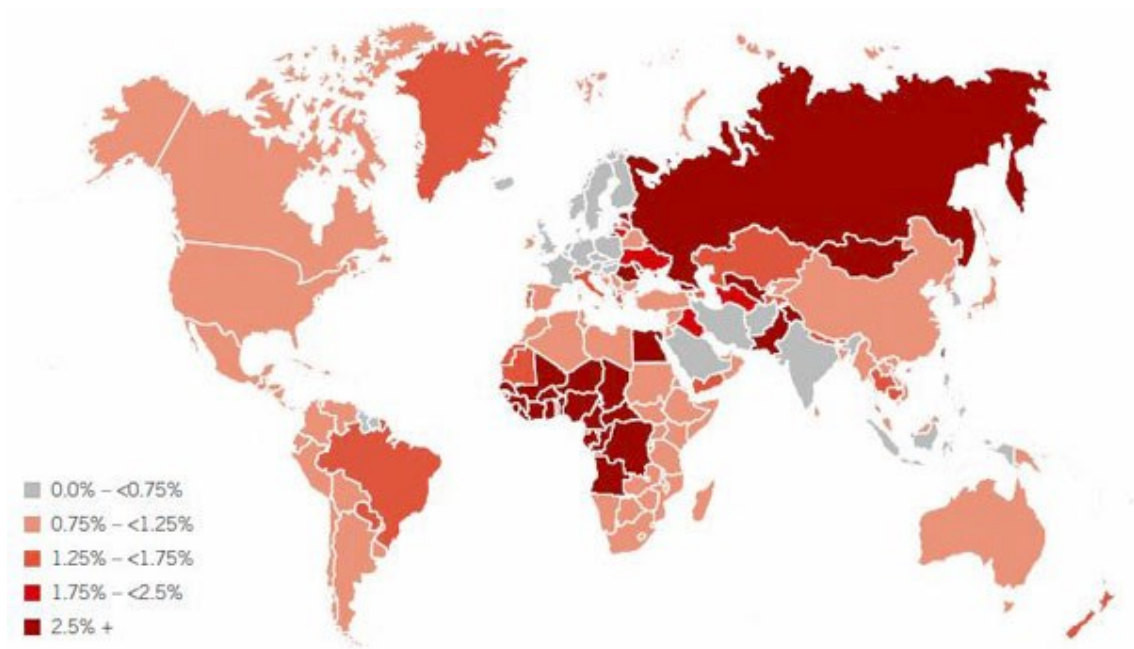
Le principali vie di trasmissione sono attraverso rapporti sessuali o per via parenterale, con sangue infetto, solitamente con lo scambio di siringhe. Per questa patologia il rischio maggiore è connesso alla cronicizzazione, e avviene in molti pazienti che non vengono trattati.

L'epatite C può comportare molte conseguenze fra cui la cirrosi, l'insufficienza epatica e il tumore al fegato. È stato stimato che il tumore al fegato più frequente è causato da epatite C cronicizzata, in quanto le persone affette molte volte non riscontrano alcun sintomo.⁶⁶

A livello percentuale, sul totale della popolazione testata per nazionalità, la maggior incidenza di questo virus è presente della popolazione Egiziana, con un tasso del 7,7%.

Per la Costa d'Avorio la percentuale è del 3% e in Pakistan del 2,3%. Anche in questo caso, considerato il numero esiguo del campione, il dato non è da considerarsi attendibile.

⁶⁶ <https://www.hcvguidelines.org/>



*Grafico 21: Distribuzione dell'Epatite C a livello mondiale.*⁶⁷

Ancorché il campione a livello aziendale sia poco rappresentativo, dalla mappa riportata nel grafico 21, si rileva una corrispondenza con i dati rilevati in particolare con gli Stati dell'Africa.

⁶⁷ <https://www.epatitec.info/>

Epatite A

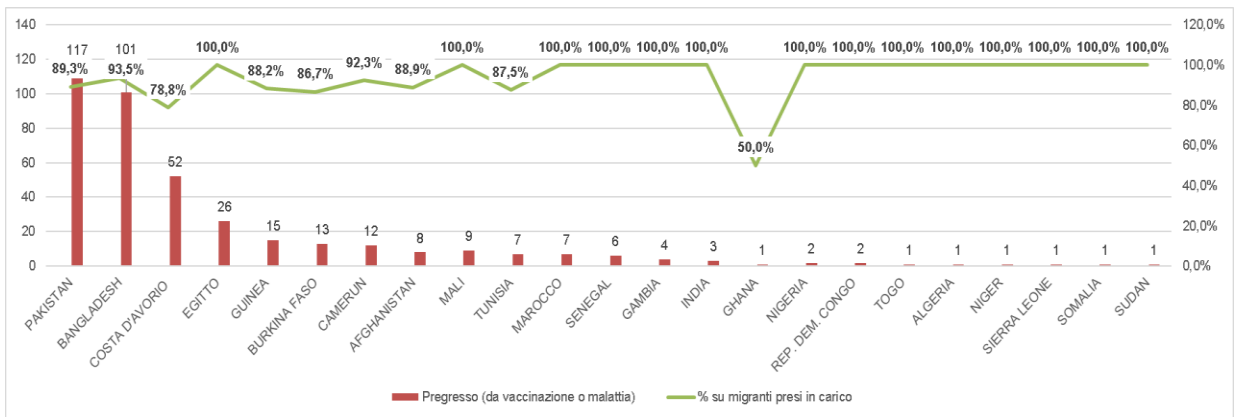


Grafico 22: Distribuzione per paese di origine: sierologia HAV positiva e progressa data da malattia o vaccinazione.

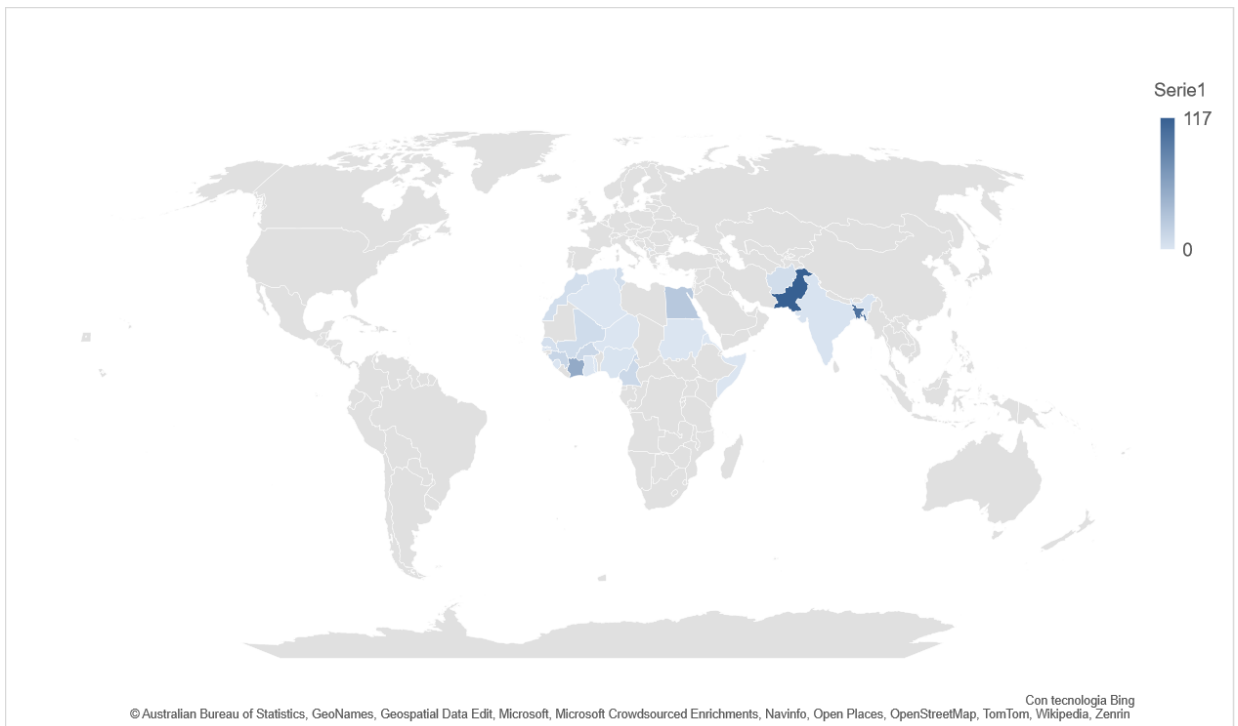


Grafico 23: Distribuzione per paese di origine: sierologia HAV positiva/progressa da malattia o vaccinazione con mappa geografica.

Dai grafici 22 e 23 evidenziano gli elevati tassi percentuali di persone che risultano positive durante la ricerca di anticorpi per Epatite A.

Come per gli altri grafici il numero assoluto delle positività per nazionalità è poco rappresentativo in quanto proporzionale al numero degli accessi. Attendibile, considerato il numero del campione, è l'elevata percentuale di positività alla ricerca degli anticorpi per Epatite A per le nazionalità del Pakistan (89,3%), Bangladesh (93,5%) e Costa D'Avorio (78,8%).

Quest'ultima è un'infezione epatica causata dai virus che si trasmette con l'ingestione di cibo o acqua contaminati, oppure attraverso il contatto stretto con persone infette.

Si può dedurre quindi che quasi la totalità della popolazione oggetto di studio risulta protetta a causa dell'infezione contratta nel corso della loro vita. Valori così elevati di protezioni sono sicuramente riferibili alle condizioni igienico-sanitarie presenti nei paesi di origine ma allo stesso tempo dalle condizioni in cui sono costretti a vivere durante il loro viaggio verso il Paese di destinazione.

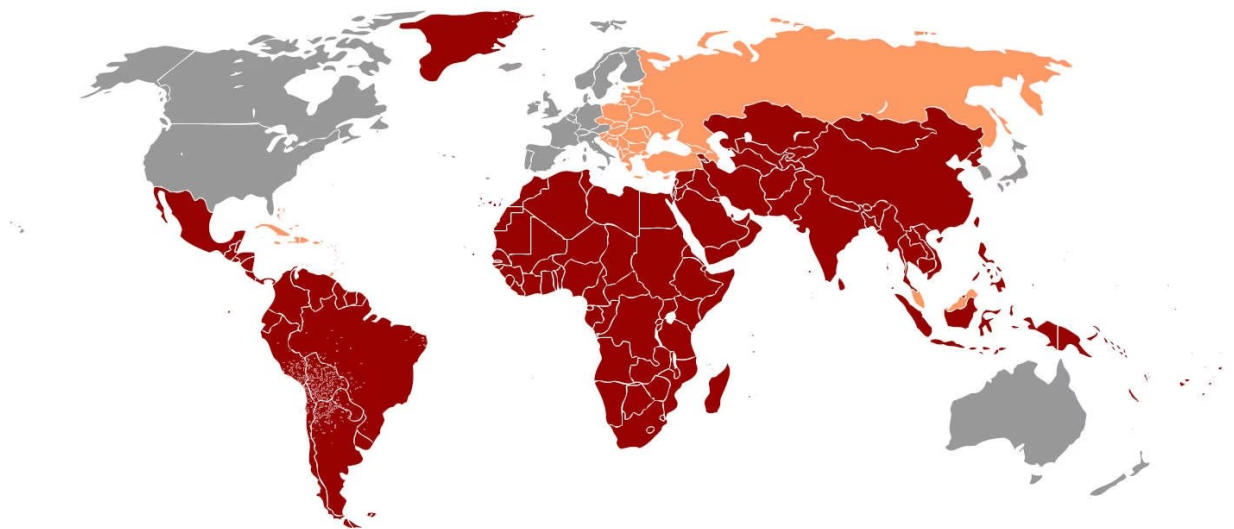


Grafico 24: Diffusione dell'epatite A al 2005 (Di Nanoxyde – travail personnel / adaptation en SVG de l'image.⁶⁸

Anche attraverso i dati presenti in letteratura e dal grafico 24 si può notare come la diffusione dell'Epatite A sia molto presente nelle aree del mondo meno industrializzate e dove le condizioni igienico-sanitarie non sempre rispettano criteri ottimali.

⁶⁸ <https://commons.wikimedia.org/w/index.php>

Infezioni da HIV

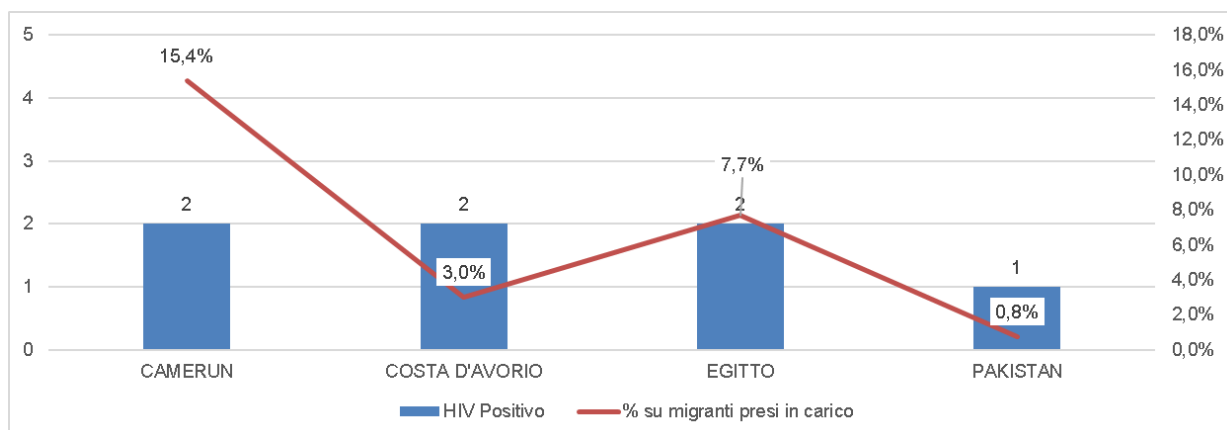


Grafico 25: Distribuzione per paese di origine: sierologia HIV positiva.

Come si può vedere dal grafico 25 i soggetti HIV positivi rilevati sono pochi in termini di numero assoluto.

Infatti se consideriamo il Camerun la percentuale di migranti risultati positivi per HIV è pari al 15,4% ma i soggetti, in termini di numeri assoluti sono solamente 2 su 13 soggetti testati. Da questo dato si può dedurre che a causa dei numeri ristretti di campione coinvolto la percentuale non può essere considerata statisticamente valida e confrontabile con le percentuali presenti a livello mondiale

Possiamo considerare un po' più attendibili i risultati riferibili ai migranti provenienti da Costa D'avorio (circa 3.0% di soggetti HIV+ su 66 soggetti testati) e Pakistan (circa 0.8% di soggetti HIV+ su 131 soggetti testati) perché appartenenti a campioni più numerosi.

Sifilide

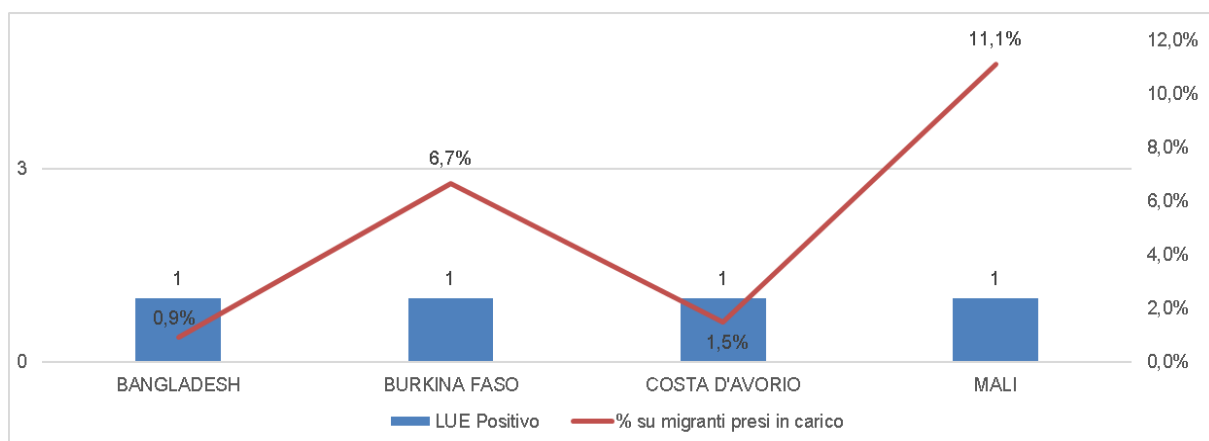


Grafico 26: Distribuzione per paese di origine: sierologia LUE positiva.

Osservando la letteratura, secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2016 sono stati riscontrati 6,3 milioni di nuovi casi di sifilide nel mondo, sia in uomini che donne con età compresa fra i 15 e 49 anni; con la più alta incidenza nell' America e nell' Africa, rispettivamente 2 e 1,8 milioni di nuovi casi all'anno.⁶⁹

Il grafico 26 mostra la distribuzione della Sifilide nei migranti appartenenti al campione testato. In linea con i dati della letteratura, il grafico conferma una maggiore prevalenza di positività in soggetti provenienti dall'Africa a discapito dell'area asiatica.

Con l'assenza di cure adeguate, il batterio che provoca la Sifilide (il *Treponema Pallidum*) si può diffondere nell'organismo causando la cosiddetta "secondaria di sifilide".

Successivamente si verifica un periodo di latenza dove la malattia non causa più disturbi; solitamente questa fase si associa alla guarigione. A distanza di anni ad alcuni soggetti può comparire la "sifilide terziaria" con danni agli organi interni, alla pelle con grave compromissione dell'organismo, con rischio di demenza e disfunzione cardiaca.⁷⁰

⁶⁹ <https://www.epicentro.iss.it/>

⁷⁰ <https://www.issalute.it/>

Vaccinazioni: DTP-IPV e MPR

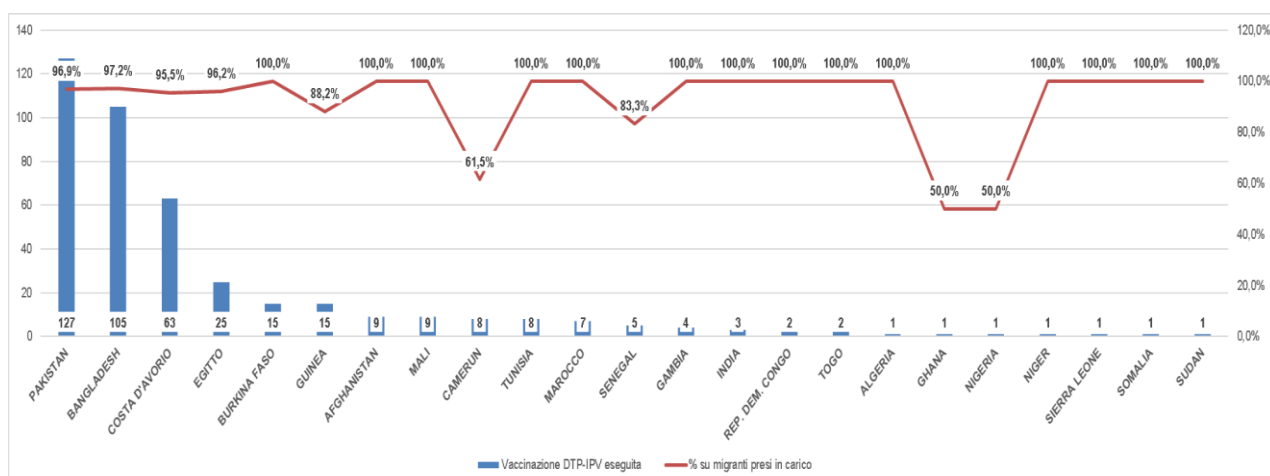


Grafico 27: Distribuzione per paese di origine: vaccinazione DTP-IPV eseguita.

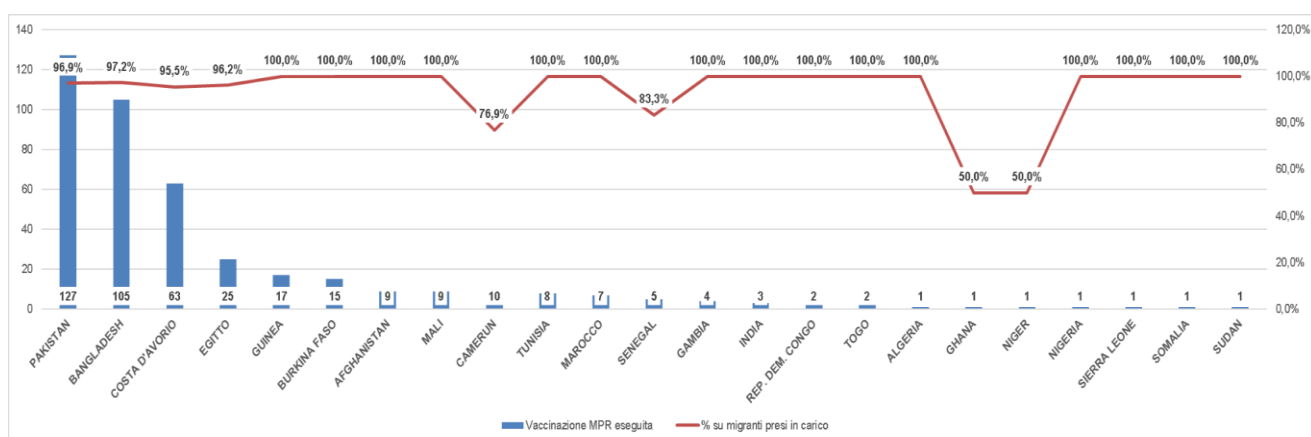


Grafico 28: Distribuzione per paese di origine: vaccinazione MPR eseguita.

Analizzando i grafici 27 e 28 e prendendo in considerazione rispettivamente i primi quattro Paesi, quelli in cui si riscontra un maggior numero di soggetti presi in carico dal servizio, si può notare come la percentuale di migranti che effettuano le vaccinazioni è superiore al 95%.

L'elevata percentuale di adesione è sicuramente influenzata dal fatto che molti centri di accoglienza mettano, come condizione di permanenza al centro, l'obbligatorietà delle vaccinazioni indicate servizio.

Le vaccinazioni proposte sono: anti- Difterite, Tetano, Pertosse e Poliomielite e anti - Morbillo, Parotite e Rosolia.

CAPITOLO 5 - PROGETTO

Premessa:

Secondo l'ANSA il numero di migranti sbarcati Italia da Gennaio ad Agosto 2023 sfiora quota 94 mila persone.

Stando ai dati diffusi dal Viminale, “il numero delle persone che hanno raggiunto il nostro Paese fino ad oggi è oltre il doppio rispetto a 12 mesi fa: al 9 agosto sono sbarcate 93.754 persone rispetto alle 44.951 dello stesso giorno del 2022. Un aumento che sfiora il +110%.”⁷¹

L'aumento delle migrazioni verificatosi negli ultimi decenni sta facendo emergere come bisogno prioritario la presenza di un'adeguata politica migratoria, e una conseguente gestione sanitaria. Infatti “[...] alcuni sottogruppi di migranti [...] sono particolarmente vulnerabili alle malattie infettive e potrebbero avere esiti sanitari peggiori rispetto alla popolazione ospitante”.⁷²

La vulnerabilità della popolazione migrante è causata da molteplici fattori, diventando così una problematica potenzialmente complessa sia per la gestione che per la presa in carico. Alcuni degli aspetti di rilievo da considerare come possibili cause di un aumentato rischio di esposizione a malattie infettive sono:

- la maggiore endemia di malattie come la tubercolosi (TB) attiva o latente, Epatite B e C, HIV nei Paesi di origine;
- sistemi sanitari non adeguatamente strutturati e orientati alla prevenzione;
- le basse coperture vaccinali dei paesi di origine;
- un maggior numero di comportamenti a rischio;
- le scarse condizioni igienico sanitarie che si trovano ad affrontare durante i viaggi migratori;
- le condizioni di vita nei paesi ospitanti;
- sovraffollamento dei centri di accoglienza;

⁷¹ <https://www.ansa.it/>

⁷² *Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA, ECDC, 2018.*

- difficoltà di accesso al Sistema Sanitario del paese ospitante

Per cercare di sopperire a queste criticità, sono stati strutturati percorsi di screening rivolti alla prevenzione delle malattie infettive e specifici programmi di vaccinazione. Come viene riportato però dalle Linee Guida redatte dall' Ecdc "*Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA*" sarà utile in futuro approfondire gli aspetti legati alla gestione sanitaria della popolazione migrante con azioni che ne prevedano la partecipazione attiva anche attraverso la creazione e l'attuazione di programmi di educazione sanitaria.

Il progetto proposto si pone in continuità con quanto indicato dalle linee guida europee e mira al raggiungimento di una maggiore consapevolezza da parte della popolazione migrante rispetto alle malattie infettive, le modalità di trasmissione e di prevenzione, trattando concetti di igiene personale semplici ed elementari ma che in un contesto comunitario possono sortire una grande differenza. Sulla base di questo modello potranno essere creati numerosi progetti che hanno come obiettivo finale il raggiungimento dell' *empowerment* delle conoscenze rispetto a tematiche di natura sanitaria, anche in base ad argomenti di interesse individuati dalla comunità migrante stessa.

5.1 Sintesi del modello

Titolo: Prevenire le malattie infettive attraverso una buona igiene personale.

Coordinatore del progetto: Responsabili dei vari centri di accoglienza

Referente tecnico del progetto: Assistente Sanitario

Definizione dell'obiettivo: Promuovere la realizzazione di corsi di formazione dedicati alla popolazione migrante attraverso la cura dell'igiene personale al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive all'interno dei CAS nel territorio del distretto di Treviso, Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana.

Individuazione di Partner e Stakeholders: Il progetto verrà svolto in accordo e collaborazione con i direttori dei CAS del territorio interessato allo studio.

Sarà previsto il coinvolgimento del personale che presta servizio all'interno dei centri come mediatori culturali, medici, infermieri, psicologi, altro personale sanitario e personale amministrativo.

Verranno inoltre coinvolti gli enti territoriali interessati (Comuni e Prefettura).

Destinatari: Il progetto si rivolge alla popolazione migrante ospitata presso i Centri di Accoglienza Straordinaria del distretto di Treviso, Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana

Setting: Il progetto è stato ideato come un corso di formazione frontale da svolgere all'interno dei CAS.

Strumenti: Il progetto prevede la realizzazione di materiale informativo come Powerpoint e nel caso opuscoli informativi da rilasciare agli ospiti dei centri d'accoglienza.

Durata: Per l'intero sviluppo si prevede una durata di 12 mesi.

5.2 Programma delle attività:

OBIETTIVO GENERALE	
Promuovere la realizzazione di corsi di formazione dedicati alla popolazione migranti al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive attraverso una buona corretta igiene personale all'interno dei CAS nel territorio dell'Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana.	
OBIETTIVI SPECIFICI	
1	Costituire un gruppo di lavoro che preveda il coinvolgimento dei Direttori dei Centri di Accoglienza, la Prefettura e i Comuni al fine di creare una rete di collaborazione tra i vari enti coinvolti e individuare una pianificazione comune per lo svolgimento del progetto.
2	Definizione degli argomenti di interesse principali da approfondire durante gli incontri con la popolazione target.
3	Individuazione dell'equipe multiprofessionale coinvolta nello svolgimento dell'attività di formazione all'interno dei Centri di Accoglienza

4	Creazione di materiale informativo specifico, da utilizzare come supporto durante la formazione.
5	Identificazione e formazione di alcuni richiedenti asilo affinché trasmettano le conoscenze acquisite ai loro pari attraverso una Peer Education.

Tabella 1: Obiettivi del progetto

Con il progetto proposto si vuole instaurare una rete di collaborazione con i centri di accoglienza presenti nel territorio del distretto di Treviso dell’Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana, promuovendo la creazione di un gruppo multidisciplinare capace di trasmettere alla popolazione migrante l’importanza della prevenzione delle malattie infettive.

Per poter mettere in atto una progettazione strutturata di tali interventi è necessaria la creazione di un tavolo di lavoro che coinvolga, oltre ai direttori dei Centri di Accoglienza, anche gli enti territoriali preposti come i Comuni e la Prefettura.

Viene poi richiesta la partecipazione dell’Assistente Sanitario operante presso l’UOS Prevenzione e controllo delle malattie infettive nel singolo e nella comunità, figura cardine per la realizzazione del progetto.

Infine, considerato il *target* a cui è rivolto il progetto, è fondamentale prevedere la presenza di personale dedicato alla mediazione linguistica.

5.3 Organizzazione degli obiettivi

OBIETTIVO GENERALE	Promuovere la realizzazione di corsi di formazione dedicati alla popolazione migranti al fine di prevenire la diffusione di malattie infettive attraverso una buona corretta igiene personale all’interno dei CAS nel territorio dell’Azienda Ulss 2 Marca Trevigiana.
<i>Indicatore/i di risultato</i>	Numero di notifiche di malattie infettive che interessano gli ospiti dei CAS, in base a quelle si andranno ad analizzare gli aspetti più importanti della cura personale.

Standard di risultato	Diminuzione della diffusione di malattie infettive all'interno dei CAS del territorio coinvolto nello studio successivo agli incontri che effettueranno, dove gli si andrà a spiegare come comportarsi per evitare il contagio.
------------------------------	---

Tabella 2: Obiettivo generale

5.4 Analisi degli obiettivi specifici.

OBIETTIVO SPECIFICO 1 Costruire un gruppo di lavoro attraverso un'equipe al fine di pianificare un progetto.	AZIONI <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzare un incontro con i direttori dei centri di accoglienza, e gli enti territoriali per la proposta del progetto e la verifica di disponibilità di collaborazione. 2. Programmazione dei successivi incontri per la pianificazione condivisa del progetto con tutti gli stakeholder coinvolti. 3. Sottoscrizione del progetto.
OBIETTIVO SPECIFICO 2 Definire gli argomenti di interesse per gli incontri.	AZIONI <ol style="list-style-type: none"> 1. Organizzazione di un tavolo di lavoro con i direttori dei CAS. 2. Analisi dei bisogni di salute principali sui quali strutturare il progetto. 3. Adesione alla proposta emersa dal tavolo di lavoro.
OBIETTIVO SPECIFICO 3 Individuare l'equipe per l'attività di formazione.	AZIONI <ol style="list-style-type: none"> 1. Individuare un' équipe multiprofessionale che possa essere coinvolta nella formazione all'interno dei CAS. 2. Formazione degli operatori che si recheranno nei Centri di Accoglienza
OBIETTIVO SPECIFICO 4 Creare materiale informativo	AZIONI <ol style="list-style-type: none"> 1. Programmazione di incontri con le figure coinvolte per definire le modalità di attuazione del progetto. 2. Progettazione dei materiali informativi da utilizzare, prevedendone la traduzione in diverse lingue.

<p>OBIETTIVO SPECIFICO 5</p> <p>Identificare e formare dei Peer Educator</p>	<p>AZIONI</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identificazione, in collaborazione con il personale dei Centri di Accoglienza, dei migranti disposti a fare da Peer Educator. 2. Formazione dei Peer Educator attraverso uno specifico percorso dedicato in modo che quanto appreso possa essere trasmesso ai loro coetanei.
---	---

Tabella 3: Obiettivi specifici

5.4 Fasi del progetto

- Richiedere le autorizzazioni necessarie per poter attuare il progetto all'interno dei Centri di Accoglienza
- Individuare i Peer Educator. Attraverso la collaborazione con il personale che opera nei Centri di Accoglienza, verranno individuate le persone più adatte a svolgere il ruolo di Peer Educator.
- Formare i Peer Educator. Individuate le persone, si provvederà a svolgere degli incontri formativi dove si andranno a spiegare le tematiche ed i contenuti.
- Costruire il materiale di supporto assieme agli operatori dei Centri di Accoglienza si andrà a costruire materiale di supporto (es. presentazione Powerpoint, brevi video, ecc.) da utilizzare per facilitare la spiegazione e per cercare di mantenere elevato il livello di attenzione.
- Concordare con il centro i giorni in cui si potranno svolgere gli incontri frontali con la collaborazione del personale presente in struttura.
- Predisposizione del questionario pre-incontro che andrà a verificare il livello di conoscenza di base delle più frequenti malattie infettive.
- Predisposizione del questionario post-incontro per verificare se le nozioni date sia dal personale che dai Peer Educator siano state efficaci.

5.5 Piano di valutazione

VALUTAZIONE DI PROCESSO

- Numero di persone che partecipano all'incontro introduttivo organizzato.
- Numero di persone che aderiscono agli incontri e alla condivisione del progetto.
- Numero di persone che seguono le indicazioni fornite durante gli incontri.
- Numero di persone che partecipano agli incontri formativi.
- Numero di persone che compilano il questionario prima degli incontri.
- Numero di persone che compilano il questionario dopo i vari incontri informativi.
- Numero di Peer Educator che si rendono disponibili alla formazione.
- Numero di partecipanti al tavolo di lavoro da parte dei direttori.
- Numero di firme raccolte da parte dei membri del tavolo di lavoro alla programmazione decisa.
- Numero di persone che si adoperano per realizzare il materiale specifico da utilizzare.

VALUTAZIONE DI RISULTATO

- Terminato il periodo di osservazione, verificare quante persone adottano le azioni di comportamento corrette per evitare la diffusione delle malattie infettive.
- Verificare che le strutture interessate continuino a seguire nel tempo le indicazioni fornite.
- Individuazione degli stakeholder che parteciperanno attivamente alla realizzazione entro due mesi dell'inizio del progetto.
- Individuare degli stakeholder che parteciperanno attivamente alla realizzazione e alla sottoscrizione del progetto.
- Individuare i bisogni di salute della popolazione target sui quali andare a strutturare il nostro intervento entro un mese dalla sottoscrizione di partecipazione al progetto.
- Individuare il personale da coinvolgere nel progetto e provvedere alla formazione al fine di ottimizzare il risultato atteso dal progetto entro 2 mesi dall'inizio del progetto.
- Creare il materiale informativo adatto al target.
- Individuare se il materiale di supporto creato è stato efficace per soddisfare il nostro obiettivo principale.
- Individuare se la formazione dei Peer Educator è efficace e le informazioni riescono ad essere trasmesse correttamente.

5.6 Piano di comunicazione

Gli strumenti di comunicazione sono stati scelti tenuto conto del loro rilevante utilizzo dal target di riferimento, per la semplice raggiungibilità da parte degli operatori coinvolti, per la facile e veloce distribuzione nell'ambiente selezionato come setting e per i bassi costi che comportano.

Gli obiettivi con questi strumenti risultano raggiungibili.

<u>Per gli operatori</u>	<u>Per le persone presenti all'interno dei centri d'accoglienza</u>
Strumento di comunicazione digitale, come la posta elettronica.	Questionari da fornire prima dell'intervento ed a fine intervento formativo.
Strumenti cartacei, quali linee guida e protocolli.	Strumenti cartacei, attraverso l'utilizzo di opuscoli informativi, riguardanti le malattie che si andranno a trattare.
Strumenti di confronto " <i>face to face</i> ", attraverso colloqui tra i gli operatori e i peer.	Strumento di confronto " <i>face to face</i> ", quali incontri frontali nei quali si andrà ad illustrare il progetto, le tematiche e gli obiettivi preposti, anche grazie all'aiuto dei peer e dei mediatori culturali.

Tabella 4: Piano di comunicazione

5.7 Cronogramma

	MESE	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
OBIETTIVO SPECIFICO 1 Costruire un gruppo di lavoro attraverso un' equipe al fine di pianificare un progetto	<u>Attività 1</u> Incontro con direttori ed enti territoriali												
	<u>Attività 2</u> Programmare successivi incontri												
	<u>Attività 3</u> Sottoscrizione del progetto.												
OBIETTIVO SPECIFICO 2 Definire gli argomenti di interesse per gli incontri	<u>Attività 1</u> Organizzare tavolo di lavoro con i CAS												
	<u>Attività 2</u> Analizzare i bisogni												
	<u>Attività 3</u>												

		Adesione alla proposta																		
OBIETTIVO SPECIFICO 3	Individuare l' équipe per l' attività di formazione	<u>Attività 1</u> Individuare un' équipe multiprofessionale																		
		<u>Attività 2</u> Formazione degli operatori																		
OBIETTIVO SPECIFICO 4	Creare materiale informativo	<u>Attività 1</u> Programmazione di incontri con le figure coinvolte																		
		<u>Attività 2</u> Progettazione dei materiali informativi																		
OBIETTIVO SPECIFICO 5	Identificare e formare dei Peer Educator	<u>Attività 1</u> Identificazione dei Peer Educator																		
		<u>Attività 2</u> Formazione dei Peer Educator																		

Tabella 5: cronogramma

5.8 Riflessioni conclusive

Grazie a questo progetto si cercherà di trasmettere alla popolazione migrante l'importanza di adeguate azioni di igiene personale allo scopo di ridurre la diffusione delle malattie infettive nei centri d'accoglienza.

La figura chiave del progetto sarà quindi il migrante, che oltre a seguire il percorso di formazione, verrà coinvolto attivamente, diventando Peer Educator.

CAPITOLO 6 - CONCLUSIONE

“I migranti non costituiscono un rischio infettivo rilevante per la salute pubblica della popolazione ospitante. Ciò che va più tenuto sotto controllo è l’aumentato rischio di esposizione alle infezioni tra i migranti stessi, ovvero all’interno delle loro comunità.”⁷³

Lo studio si è posto l’obiettivo di andare ad individuare ed analizzare le principali malattie presenti nei centri di accoglienza attraverso l’elaborazione dei dati ed informazioni raccolte dagli operatori dell’ambulatorio delle malattie infettive nel momento in cui i migranti arrivavano nel servizio.

Attraverso l’elaborazione di un data base excel, in uso presso l’UOS Prevenzione e controllo delle malattie infettive nel singolo e nella comunità, si è potuto analizzare la presa in carico dei migranti che accedono al servizio e fare una fotografia di quello che è la loro condizione di salute.

Analizzata la prima parte incentrata su dati anagrafici e paese di origine dei richiedenti asilo, si è proceduto all’analisi delle anamnesi effettuate al primo accesso in ambulatorio e alle analisi degli esiti degli esami di screening e vaccinazioni proposti/effettuati:

- prelievo ematico dove vengono ricercate le principali malattie infettive che coinvolgono la popolazione migrante. Virus dell’epatite B (HBV), *Human immunodeficiency virus* (HIV), Sifilide (LUE), Virus dell’epatite A (HAV), Virus dell’epatite C (HCV).
- esecuzione del test Mantoux, test di screening che permette di individuare la presenza di un’eventuale infezione da *Mycobacterium Tuberculosis*. Eventuale successivo test Quantiferon e RX Torace
- esecuzione delle vaccinazioni DTP-IPV e MPRV;
- altri esami richiesti.

⁷³ <https://www.iss.it/>

Dalla rilevazione si evidenzia, in linea con il dato nazionale, una popolazione migrante giovane, probabilmente in cerca di condizioni migliori. Le nazioni di origini rilevate maggiormente rappresentative sono Bangladesh, Costa d'Avorio e Pakistan.

Analizzando le malattie per cui vengono screenati al momento del loro arrivo, si evidenzia come più della metà della popolazione migrante, che risiede nei vari Centri d'Accoglienza, risulti negativa al test Mantoux e pochissimi sono i casi di Rx torace positiva (tubercolosi in atto). Gli ospiti che hanno una maggiormente incidenza di infezione latente di tubercolosi sono di nazionalità Bangladesi e Pakistani.

Analizzando i casi di epatiti si rileva un'altissima prevalenza di casi di Epatite A e B.

Per l'Epatite A, i soggetti che arrivano hanno tutti positività pregresse, sicuramente dovuto alle condizioni di scarsa igiene che hanno nei loro paesi d'origine. Anche per l'Epatite B molti risultano già protetti per pregresse infezioni o vaccinazioni avvenute nel Paese di origine ma viene rilevata una maggiore incidenza di infezioni in atto. Minore invece è la rilevazione di positivi per l'epatite C.

Analizzando i dati su HIV e sifilide si rileva una bassissima positività.

Infine analizzando i dati sulle vaccinazioni si evidenzia come, tutte quelle previste, vengono effettuate dai migranti. Il dato è sicuramente influenzato dal fatto che è una condizione vincolante alla permanenza nei centri di accoglienza.

In conclusione si può affermare che l'analisi dei dati non evidenzia tassi di positività, delle diverse malattie analizzate, significativamente differenti rispetto a quella che è la situazione epidemiologica internazionale. Risulta quindi importante intervenire preventivamente andando a puntare su una progettualità incentrata sulla buona e corretta igiene personale.

Per una buona riuscita del progetto, oltre all'individuazione di un'equipe interna ai Centri di Accoglienza, importante sarà la collaborazione con gli enti pubblici quale il Comune e la presenza dell'Assistente Sanitario che opera nell'UOS Prevenzione e controllo delle malattie infettive nel singolo e nella comunità, forte dell'esperienza e delle competenze acquisite nel corso del tempo.

La figura cardine del progetto individuata risulta comunque essere lo stesso ospite che, attraverso una formazione specifica, farà da Peer Educator. A supporto delle attività di formazione verranno predisposte degli opuscoli informativi in lingua.

A conclusione risulta fondamentale, per la buona riuscita del progetto, individuare un gruppo multidisciplinare capace di far capire ai migranti l'importanza di prevenire la diffusione delle malattie infettive anche attraverso semplici gesti di quotidianità.

BIBLIOGRAFIA

Epidemiologia e prevenzione, Rivista dell'Associazione italiana di epidemiologia;

Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA, ECDC, 2018.

Salute degli immigrati e disuguaglianze socioeconomiche nella popolazione residente in Italia valutate attraverso la rete degli Studi Longitudinali Metropolitani

*Increase of reported diphtheria cases among migrants in Europe due to *Corynebacterium diphtheriae*, 2022*

I controlli alla frontiera, La frontiera dei controlli, Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza;

Indicazioni e procedure per l'accoglienza e la tutela sanitaria dei richiedenti protezione internazionale;

Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale;

Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni.

Le vaccinazioni nel migrante: bisogni di salute, aspetti organizzativi e implementazioni.

Recommendations for infectious disease screening in migrants to Western Europe with inflammatory arthropathies before starting biologic agents. Results from a multidisciplinary task force of four European societies (SIR, SER, SIMET, SEMTSI) facing the largest impact of the flow of migrants today. Clin Exp Rheumatol, Bartalesi F, Scirè C, Requena-Méndez A, Abad MA, Buonfrate D, Caporali R, Conti F, Diaz-Gonzalez F, Fernández-Espartero C, Martinez-Fernandez C, Mascarello M, Generali E, Minisola G, Morrone A, Muñoz J, Richi P, Sakellariou G, Salas Coronas J, Spinicci M, Castelli F, Bartoloni A, Bisoffi Z, Gimenez-Sanchez F, Muñoz-Fernandez S, Matucci-Cerinic M.

Optimizing tuberculosis screening for immigrants in southern New Brunswick: A pilot study protocol. Shamputa IC, Nguyen DTK, Higazy D, Abdelhadi A, MacKenzie H, Reddin M, Barker K, Webster D.

Ecological factors associated with areas of high tuberculosis diagnosis delay. Public Health. 2022 Soares P, Aguiar A, Leite A, Duarte R, Nunes C.

Tuberculosis trend among native and foreign-born people over a 17 year period (2004-2020) in a large province in Northern Italy. Sci Rep. 2021. Marchese V, Rossi L, Formenti B, Magoni M, Caruana A, Sileo C, Lanfredini L, Castelli F, Matteelli A.

Quantiferon-TB and tuberculin skin test in patients with active tuberculosis: the experience of a single medium-sized Italian University Hospital. Infez Med. Pasticci MB, Papalini C, Murgia N, Papili R, Bucaneve G, Malincarne L, Bozza S, Francisci D, Cenci E.

Documenting best practices for maintaining access to HIV prevention, care and treatment in an era of shifting immigration policy and discourse. Arnold EA, Fuller SM, Martinez O, Lechuga J, Steward WT

Impact of worker emigration on HIV epidemics in labour export areas: a molecular epidemiology investigation in Guangyuan, China. Su L, Liang S, Hou X, Zhong P, Wei D, Fu Y, Ye L, Xiong L, Zeng Y, Hu Y, Yang H, Wu B, Zhang L, Li X.

SITOGRAFIA

<http://www.libertacivilimmigrazione.dlci.interno.gov.it/10/09/2023>

<https://ape.agenas.it/10/10/2023>

<https://cidimu.it/20/10/2023>

<https://commons.wikimedia.org/w/index.php> 20/10/2023

<https://ibelong.eu/09/10/2023>

<https://integrazioneimmigranti.gov.it/10/09/2023>

[https://ucs.interno.gov.it/ministero dell'interno/ ufficio centrale di statistica](https://ucs.interno.gov.it/ministero_dell'interno/ufficio_centrale_di_statistica) 13/10/2023

<https://worldhealthorg.shinyapps.io/>13/10/2023

<https://www.amnesty.it/09/10/2023>

<https://www.ansa.it/20/10/2023>

<https://www.ars.toscana.it/09/10/2023>

[https://www.aulss2.veneto.it/Istituto superiore di sanità](https://www.aulss2.veneto.it/Istituto_superiore_di_sanita) 13/10/2023

<https://www.coe.int/> 09/10/2023

<https://www.consilium.europa.eu/10/09/2023>

<https://www.epatitec.info/20/10/2023>

<https://www.epicentro.iss.it/> 13/10/2023

[https://www.epicentro.iss.it/le linee guida per la Tubercolosi](https://www.epicentro.iss.it/le_linee_guida_per_la_Tubercolosi) 10/09/2023

<https://www.epicentro.iss.it/migranti> 10/09/2023

<https://www.epicentro.iss.it/tubercolosi/epidemiologia> 13/10/2023

<https://www.epicentro.iss.it/tubercolosi20/10/2023>

<https://www.europarl.europa.eu/09/10/2023>

<https://www.fieri.it/10/10/2023>

<https://www.hevguidelines.org/13/10/2023>

<https://www.humanitas.it/10/09/2023>

<https://www.inca.it/09/10/2023>

<https://www.inmp.it/10/09/2023>

<https://www.interno.gov.it/09/10/2023>

<https://www.ismu.org/09/10/2023>

<https://www.iss.it/20/10/2023>

<https://www.issalute.it/20/10/2023>

<https://www.istat.it/09/10/2023>

<https://www.laboratoriolepetit.it/13/10/2023>

<https://www.normattiva.it/13/10/2023>

<https://www.nurse24.it/13/10/2023>

<https://www.openpolis.it/13/10/2023>

<https://www.prefettura.it/13/10/2023>

<https://www.retemigrazioni/10/09/2023>

<https://www.retesai.it/09/10/2023>

<https://www.salute.gov.it/13/10/2023>

<https://www.savethechildren.it/13/10/2023>

<https://www.sistemapenale.it/13/10/2023>

<https://www.unhcr.org/it/13/10/2023>

<https://www.unhcr.org/it/chi-aiutiamo/apolidi/13/10/2023>

<https://www.unhcr.org/it/chi-aiutiamo/richiedenti-asilo/09/10/2023>

<https://www.unhcr.org/media/global-trends-repor/2019/15/10/2023>

<https://www.unhcr.org/puntifondamentali1> 3/10/2023

ELENCO FIGURE

Figura 1: Flow chart del percorso di realizzazione della raccolta dati

Pag. 33

ELENCO TABELLE

Tabella 1: Obiettivi del Progetto	Pag.57
Tabella 2: Obiettivo generale	Pag. 58
Tabella 3: Obiettivi specifici	Pag. 59
Tabella 4: Piano di comunicazione	Pag. 62
Tabella 5: Cronogramma	Pag. 63

ELENCO GRAFICI

Grafico 1 Andamento dei richiedenti asilo dall'anno 2007 al 2021	Pag. 12
Grafico 2 Richiesta asilo per genere 2016, fonte Istat	Pag. 13
Grafico 3 Richiesta di asilo suddivisi per fasce d'età 2016, fonte Istat	Pag. 14
Grafico 4 Andamento degli sbarchi in Italia dal 1995 al 2020, fonte Istat	Pag. 15
Grafico 5 Casi di tubercolosi dal 1999 al 2005	Pag. 17
Grafico 6: Presa in carico dei migranti da Gennaio 2022 ad agosto 2023	Pag. 36
Grafico 7: Distribuzione per le varie fasce d'età dei migranti presi in carico	Pag. 36
Grafico 8: Distribuzione geografica per paese d'origine	Pag. 37
Grafico 9: Distribuzione della provenienza geografica attraverso piantina	Pag. 37
Grafico 10: Positività alla Mantoux effettuata all'accesso	Pag. 38
Grafico 11: Distribuzione per paese di origine esito test Mantoux	Pag. 39
Grafico 12: Numero di persone con episodi nuovi o recidivi di tubercolosi notificati ogni anno, 2017 - 2022 Bangladesh	Pag. 40

Grafico 13: Numero di persone con episodi nuovi o recidivi di tubercolosi notificati ogni anno, 2017 - 2022 Pakistan	Pag. 41
Grafico 14: Numero di persone con episodi nuovi o recidivi di tubercolosi notificati ogni anno, 2017 - 2022 Costa D'Avorio	Pag. 41
Grafico 15: Test quantiferon positivi distribuiti per paese d'origine	Pag. 42
Grafico 16: RX toracica positivi sui migranti presi in carico	Pag. 43
Grafico 17: Distribuzione per paese di origine: sierologia HBV positiva/pregresso (senza vaccinazione)	Pag. 44
Grafico 18: Distribuzione per paese di origine: sierologia HBV positiva/pregresso (malattia o vaccinazione)	Pag. 45
Grafico 19: Incidenza Epatite B a livello Mondiale, Fonte: Di Graham Colm di Wikipedia in inglese.	Pag. 46
Grafico 20: Distribuzione per paese di origine: sierologia HCV positiva	Pag. 47
Grafico 21: Distribuzione dell'Epatite C a livello mondiale	Pag. 48
Grafico 22: Distribuzione per paese di origine: sierologia HAV positiva e pregressa data da malattia o vaccinazione.	Pag. 49

Grafico 23: Distribuzione per paese di origine: sierologia HAV positiva/pregresso da malattia o vaccinazione con mappa geografica Pag. 49

Grafico 24: Diffusione dell'epatite A al 2005 (Di Nanoxyde – travail personnel / adaptation en SVG de l'image Pag. 50

Grafico 25: Distribuzione per paese di origine: sierologia HIV positiva Pag. 51

Grafico 26: Distribuzione per paese di origine: sierologia LUE positiva Pag. 52

Grafico 27: Distribuzione per paese di origine: vaccinazione DTP-IPV eseguita Pag. 53

Grafico 28: Distribuzione per paese di origine: vaccinazione MMR eseguita Pag. 53

ELENCO ALLEGATI

Allegato 1: Sinossi prima stesura Pag. 87

Allegato 2: Sinossi seconda stesura Pag. 89

Allegato 3: Possibile questionario da proporre prima e dopo il progetto Pag. 91

Allegato 4: Opuscolo informativo sulla tbc Pag. 95

ALLEGATO 1- SINOSSI

ARGOMENTO DI TESI	Le malattie infettive in un centro di accoglienza del distretto di Treviso dell'Ulss2 Marca Trevigiana	
TIPOLOGIA DI TESI	Teorico applicativa o pratica	
FRAMEWORK E PROBLEMA	<p>I dati OMS evidenziano come in molti Paesi, guerre civili, crisi economiche o disastri naturali abbiano provocato un'interruzione delle normali attività di sanità pubblica, tra queste ricordiamo le vaccinazioni. È stato dichiarato come le vaccinazioni antitetanica e antipolio risultino essere di enorme importanza per contrastare le emergenze internazionali che ci vedono ad oggi coinvolti. Va posta attenzione anche ad altre vaccinazioni, come anti difterite, anti pertosse, anti morbillo, anti parotite, anti rosolia e anti varicella, che vengono eseguite agli ospiti dei Centri d'Accoglienza del distretto di Treviso, poiché si tratta di vaccini per cui è previsto un obbligo di legge dai 0 ai 16 anni, proprio per un maggiore rischio infettivo favorito dal contesto. Essendo questi luoghi comunitari, e molto spesso sovraffollati, è necessario prendere ulteriori provvedimenti dal punto di vista sanitario. Come dichiara l'ISS, alcuni gruppi, come i rifugiati, i richiedenti asilo e gli irregolari, sono particolarmente esposti al rischio di malattie infettive e potrebbero avere <i>outcome</i> peggiori delle popolazioni ospitanti, anche a causa di un ridotto accesso ai servizi sanitari. Tra le malattie a trasmissione sessuale, per cui viene proposto un test di screening all'arrivo in Italia, in un centro d'accoglienza del territorio di Treviso, vi è l'HIV; la prevalenza d'infezione è generalmente bassa tra le persone provenienti dal Medio Oriente e Nord Africa. Si vince che vi è un basso rischio che l'HIV sia portato in Europa dai migranti provenienti da questi Paesi; va considerato che molti contraggono il virus dopo l'arrivo in Europa ed è stato confermato anche con recenti ricerche. Altra malattia da considerare durante le visite che vengono effettuate alla popolazione migrante per l'ammissione in comunità è la scabbia. È una patologia di comune riscontro sulla quale la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità non riesce a fornire stime precise di diffusione. La scabbia è effettivamente diffusa tra i migranti allo sbarco, come conseguenza delle condizioni di scarsa igiene e promiscuità subite nei centri di raccolta nei Paesi di partenza e transito e durante la traversata. Dai dati raccolti dal team specialistico dell'INMP negli <i>hotspot</i> di Lampedusa e Trapani-Milo nel 2015-2016, su 6.188 persone visitate, il 58% ha ricevuto una diagnosi di scabbia. Stando comunque al report dell'ECDC, l'incidenza non sembra differire in maniera significativa fra popolazione immigrata e residente: nel 2010 il 7,3% dei casi riguardavano migranti, il 55,4% non migranti. Uno dei problemi frequenti è la barriera linguistica e culturale dei popoli ospitati nei differenti centri di accoglienza; sarebbe opportuno rendere più accessibile il supporto di interpreti e di mediatori culturali. Lingua e cultura sono dunque l'ostacolo principale per l'operatore sanitario che si trova a fronteggiare quotidianamente problematiche relative alla <i>compliance</i>. Un esempio è lo screening tubercolare (test Tst o Igra) che viene proposto ai richiedenti asilo che accedono in un centro di accoglienza. I dati dichiarati dall'ISS dimostrano che l'incidenza di migranti affetti da tubercolosi, provenienti da Paesi ad alta endemia, è maggiore di 100 infetti su 100.000 abitanti. È indispensabile dunque effettuare un'anamnesi sociale e sanitaria per accertare la presenza di sintomi/segni suggestivi di tubercolosi attiva, ed eventualmente avviare tempestivamente l'iter diagnostico che prevede una radiografia del torace e un esame microbiologico. L'UOS Prevenzione e controllo delle malattie infettive nel singolo e nella comunità del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, ha in carico la gestione dei richiedenti asilo che vengono destinati nei centri di accoglienza straordinaria. In questo progetto di tesi si vuole considerare il centro d'accoglienza del comune di Treviso, con un numero maggiore di ospiti. Si rende necessaria una rielaborazione delle problematiche relative all'igiene complessiva di tale popolazione in questo tipo di setting.</p>	
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none"> 1. Esistono progetti di promozione ed educazione alla salute nei centri di accoglienza per immigrati? 2. Quali sono le caratteristiche socio demografiche del campione? 3. Qual è l'incidenza/prevalenza delle malattie infettive presenti nei centri di accoglienza? 4. Quali sono i rischi più frequenti di malattie infettive in queste comunità? 5. Qual è la percezione e conoscenza del rischio di salute da parte degli ospiti accolti nei centri di accoglienza? 6. Esistono informative in lingua che sono a disposizione degli ospiti e delle figure professionali che lavorano all'interno della struttura per diffondere le buone pratiche di igiene? 	
OBIETTIVI DI TESI	<p>OBIETTIVO GENERALE: Descrivere l'andamento epidemiologico delle malattie infettive nei centri d'accoglienza del distretto di Treviso dell'Ulss 2 Marca Trevigiana, da Gennaio 2022 a Luglio 2023, rilevando il bisogno di health literacy nel campione individuato.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Conoscere le caratteristiche socio demografiche del campione 2. Descrivere l'andamento epidemiologico delle malattie infettive rilevate nei centri d'accoglienza del distretto di Treviso dell'Ulss2 Marca Trevigiana da Gennaio 2022 ad Agosto 2023 3. Proporre un progetto educativo-promozionale applicabile nei Centri di Accoglienza Straordinaria 4. Proporre eventuale materiale informativo a supporto delle corrette conoscenze igienico sanitarie. 	
MATERIALI E METODI	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO	Richiedenti asilo politico di differente nazionalità, età e genere ospitati nei centri di accoglienza straordinaria del distretto di Treviso dell'Ulss 2 Marca Trevigiana, che accedono agli ambulatori presso il Servizio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, da giugno a settembre 2023.
	STRUMENTI	<ul style="list-style-type: none"> • Intervista auto redatta su supervisione degli operatori e docenti, somministrata ai richiedenti asilo che accedono agli ambulatori presso il Servizio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione dell'Ulss 2 Marca Trevigiana. • Dati di archivio relativi alle caratteristiche del campione.
	DURATA AUTORIZZATIVA DI ACCESSO AI DATI	Da giugno a ottobre 2023

METODI STATISTICI GENERALI E TIPO DI ANALISI	I dati verranno raccolti in formato excel: saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard, e range), proporzioni e correlazioni. Rielaborazione qualitativa delle informazioni derivanti dalle interviste.
UU.OO. COINVOLTE	Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, UOS prevenzione e controllo delle malattie infettive nel singolo e nella comunità, Dipartimento di Prevenzione Distretto di Treviso, Centri di accoglienza straordinaria del distretto di Treviso

ALLEGATO 2- SINOSSI REVISIONE

ARGOMENTO DI TESI	Le malattie infettive in un centro di accoglienza del distretto di Treviso dell'Ulss2 Marca Trevigiana	
TIPOLOGIA DI TESI	Teorico applicativa o pratica	
FRAMEWORK E PROBLEMA	<p>I dati OMS evidenziano come in molti Paesi, guerre civili, crisi economiche o disastri naturali abbiano provocato un'interruzione delle normali attività di sanità pubblica, tra queste ricordiamo le vaccinazioni. È stato dichiarato come le vaccinazioni antitetanica e antipolio risultino essere di enorme importanza per contrastare le emergenze internazionali che ci vedono ad oggi coinvolti. Va posta attenzione anche ad altre vaccinazioni, come anti difterite, anti pertosse, anti morbillo, anti parotite, anti rosolia e anti varicella, che vengono eseguite agli ospiti dei Centri d'Accoglienza del distretto di Treviso, poiché si tratta di vaccini per cui è previsto un obbligo di legge dai 0 ai 16 anni, proprio per un maggiore rischio infettivo favorito dal contesto. Essendo questi luoghi comunitari, e molto spesso sovraffollati, è necessario prendere ulteriori provvedimenti dal punto di vista sanitario. Come dichiara l'ISS, alcuni gruppi, come i rifugiati, i richiedenti asilo e gli irregolari, sono particolarmente esposti al rischio di malattie infettive e potrebbero avere <i>outcome</i> peggiori delle popolazioni ospitanti, anche a causa di un ridotto accesso ai servizi sanitari. Tra le malattie a trasmissione sessuale, per cui viene proposto un test di screening all'arrivo in Italia, in un centro d'accoglienza del territorio di Treviso, vi è l'HIV; la prevalenza d'infezione è generalmente bassa tra le persone provenienti dal Medio Oriente e Nord Africa. Si vince che vi è un basso rischio che l'HIV sia portato in Europa dai migranti provenienti da questi Paesi; va considerato che molti contraggono il virus dopo l'arrivo in Europa ed è stato confermato anche con recenti ricerche. Altra malattia da considerare durante le visite che vengono effettuate alla popolazione migrante per l'ammissione in comunità è la scabbia. È una patologia di comune riscontro sulla quale la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità non riesce a fornire stime precise di diffusione. La scabbia è effettivamente diffusa tra i migranti allo sbarco, come conseguenza delle condizioni di scarsa igiene e promiscuità subite nei centri di raccolta nei Paesi di partenza e transito e durante la traversata. Dai dati raccolti dal team specialistico dell'INMP negli <i>hotspot</i> di Lampedusa e Trapani-Milo nel 2015-2016, su 6.188 persone visitate, il 58% ha ricevuto una diagnosi di scabbia. Stando comunque al report dell'ECDC, l'incidenza non sembra differire in maniera significativa fra popolazione immigrata e residente: nel 2010 il 7,3% dei casi riguardavano migranti, il 55,4% non migranti. Uno dei problemi frequenti è la barriera linguistica e culturale dei popoli ospitati nei differenti centri di accoglienza; sarebbe opportuno rendere più accessibile il supporto di interpreti e di mediatori culturali. Lingua e cultura sono dunque l'ostacolo principale per l'operatore sanitario che si trova a fronteggiare quotidianamente problematiche relative alla <i>compliance</i>. Un esempio è lo screening tubercolare (test Tst o Igra) che viene proposto ai richiedenti asilo che accedono in un centro di accoglienza. I dati dichiarati dall'ISS dimostrano che l'incidenza di migranti affetti da tubercolosi, provenienti da Paesi ad alta endemia, è maggiore di 100 infetti su 100.000 abitanti. È indispensabile dunque effettuare un'anamnesi sociale e sanitaria per accertare la presenza di sintomi/segni suggestivi di tubercolosi attiva, ed eventualmente avviare tempestivamente l'iter diagnostico che prevede una radiografia del torace e un esame microbiologico. L'UOS Prevenzione e controllo delle malattie infettive nel singolo e nella comunità del Dipartimento di Prevenzione dell'Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, ha in carico la gestione dei richiedenti asilo che vengono destinati nei centri di accoglienza straordinaria. In questo progetto di tesi si vuole considerare il centro d'accoglienza del comune di Treviso, con un numero maggiore di ospiti. Si rende necessaria una rielaborazione delle problematiche relative all'igiene complessiva di tale popolazione in questo tipo di setting.</p>	
QUESITI DI TESI	<ol style="list-style-type: none"> 7. Esistono progetti di promozione ed educazione alla salute nei centri di accoglienza per immigrati? 8. Quali sono le caratteristiche socio demografiche del campione? 9. Qual è l'incidenza/prevalenza delle malattie infettive presenti nei centri di accoglienza? 10. Quali sono i rischi più frequenti di malattie infettive in queste comunità? 11. Esistono informative in lingua che sono a disposizione degli ospiti e delle figure professionali che lavorano all'interno della struttura per diffondere le buone pratiche di igiene? 	
OBIETTIVI DI TESI	<p>OBIETTIVO GENERALE: Descrivere l'andamento epidemiologico delle malattie infettive nei centri d'accoglienza del distretto di Treviso dell'Ulss 2 Marca Trevigiana, da Gennaio 2022 a Luglio 2023, rilevando il bisogno di health literacy nel campione individuato.</p> <p>OBIETTIVI SPECIFICI:</p> <ol style="list-style-type: none"> 5. Conoscere le caratteristiche socio demografiche del campione 6. Descrivere l'andamento epidemiologico delle malattie infettive rilevate nei centri d'accoglienza del distretto di Treviso dell'Ulss2 Marca Trevigiana da Gennaio 2022 ad Agosto 2023 7. Proporre un progetto educativo-promozionale applicabile nei Centri di Accoglienza Straordinaria 8. Proporre eventuale materiale informativo a supporto delle corrette conoscenze igienico sanitarie. 	
MATERIALI E METODI	CARATTERISTICHE DELLA POPOLAZIONE IN STUDIO	Richiedenti asilo politico di differente nazionalità, età e genere ospitati nei centri di accoglienza straordinaria del distretto di Treviso dell'Ulss 2 Marca Trevigiana, che accedono agli ambulatori presso il Servizio Igiene Pubblica del Dipartimento di Prevenzione, Gennaio 2023 ad Agosto 2023.
	STRUMENTI	Dati di archivio relativi alle caratteristiche del campione attraverso anche documentazione sanitaria e programma regionale delle malattie infettive.
	DURATA AUTORIZZATIVA DI ACCESSO AI DATI	Da giugno a ottobre 2023
METODI STATISTICI	I dati verranno raccolti in formato excel: saranno elaborate frequenze, misure di tendenza centrale (media, mediana, moda, deviazione standard, e range), proporzioni e correlazioni.	

GENERALI E TIPO DI ANALISI	
UU.OO. COINVOLTE	Azienda ULSS n.2 Marca Trevigiana, UOS prevenzione e controllo delle malattie infettive nel singolo e nella comunità, Dipartimento di Prevenzione Distretto di Treviso, Centri di accoglienza straordinaria del distretto di Treviso

ALLEGATO 3- POSSIBILE QUESTIONARIO DA PROPORRE PRIMA E DOPO IL PROGETTO

SEZIONE A001: INFORMAZIONI GENERALI	
A.01 Quanti anni hai	
A.02 Da che Paese provieni?	
A.03 Da quanto tempo sei in Italia?	
A.03.1 DA QUANTO TEMPO SEI NELLA CASERMA SERENA?	
A.04 Come sei arrivato?	<input type="radio"/> VIA TERRA <input type="radio"/> VIA MARE <input type="radio"/> CON AEREO <input type="radio"/> A PIEDI <input type="radio"/> ALTRO _____
A.05 Hai figli?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
A.05.1 Se precedente hai risposto SI, Quanti figli hai?	
A.06 Sei sposato?	<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO

A.07 Per quanti anni sei andato a scuola?
A.08 Sai leggere e/o scrivere?
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
A.09 Lavoravi nel tuo Paese? Se si, che lavoro facevi?
A.10 Lavori qui in Italia? Se si, che lavoro fai?
<i>Ora ti faccio qualche domanda per capire le conoscenze che hai sui temi: Igiene personale e prevenzione delle malattie infettive. Il test è in anonimo, quindi sentiti libero di rispondere con sincerità</i>
A11 Hai partecipato agli incontri serali sull'igiene personale e la prevenzione delle malattie infettive?
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
SEZIONE B: LAVAGGIO DELLE MANI
B01 Quante volte ti lavi le mani in una giornata?
B01.1 IN QUALI MOMENTI DELLA GIORNATA ?
<input type="radio"/> PRIMA DI ANDARE IN BAGNO <input type="radio"/> DOPO ESSERE ANDATO IN BAGNO <input type="radio"/> QUANDO SONO SPORCHE <input type="radio"/> QUANDO HO L'ACQUA A DISPOSIZIONE <input type="radio"/> MAI

ALTRO _____

B02 Come ti lavi le mani?

CON L'ACQUA

CON IL SAPONE

CON LA SOLUZIONE IDROALCOLICA (ES. AMUCHINA)

CON SALVIETTINE UMIDE

ALTRO _____

B03 Quanto tempo ci metti per lavarti le mani?

10 SECONDI

20 SECONDI

1 MINUTO

FRA 2 E 3 MINUTI

NON SAPREI

B04 Ritieni che sia importante lavarsi le mani per la prevenzione delle malattie?

Per niente 1 2 3 4 5 Moltissimo

SEZIONE C : IGIENE E CURA DELLA PERSONA

C01 Quando ti svegli la mattina, ti lavi il viso?

SI

NO

C02 Quante volte ti lavi i denti in una giornata e in quale momento?

2 VOLTE AL GIORNO

MATTINA E PRIMA DI ANDARE A LETTO

3 VOLTE AL GIORNO

<input type="radio"/> MATTINA E DOPO OGNI PASTO <input type="radio"/> MAI <input type="radio"/> ALTRO
C03 Ogni quanto tempo di lavi il corpo?
<input type="radio"/> 1 VOLTA AL GIORNO <input type="radio"/> 1 VOLTA OGNI 2 GIORNI <input type="radio"/> QUANDO SONO SPORCO <input type="radio"/> QUANDO HO L'ACQUA A DISPOSIZIONE
C04 Con quante persone condividi la tua camera?
<input type="radio"/> SONO DA SOLO <input type="radio"/> 1 PERSONA <input type="radio"/> 2 PERSONE <input type="radio"/> 3 PERSONE <input type="radio"/> PIU' DI 4 PERSONE
C05 Ti è mai capitato di scambiare i tuoi oggetti personali con un tuo compagno di stanza/famigliare? <i>Es. spazzolino, spazzolino, pinzetta, rasoio</i>
<input type="radio"/> SI <input type="radio"/> NO
C06 Ritieni sia pericoloso prendere in prestito o prestare oggetti personali per la salute tua o degli altri? <i>Es. spazzolino, rasoio, lenzuola, vestiti, mutande</i>
Per niente <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5 Moltissimo
C07 Ti è mai capitato di presentare prurito da quando sei arrivato in Italia?
<input type="radio"/> SI, CE L'HO ANCORA <input type="radio"/> SI, MI HANNO DATO UNA CURA <input type="radio"/> NO MAI
C.08 Vuoi dirmi tu qualcosa che ritieni importante per stare bene qui?

LA TUBERCOLOSI



COS'E'?

Malattia **INFETTIVA** e **CONTAGIOSA**, colpisce principalmente i **POLMONI**

COME SI DIFFONDE?

Attraverso le goccioline liberate nell'aria da una persona malata



QUALI SONO I SINTOMI?



- Tosse da più di tre settimane, con possibile sangue
- dolore al torace
- febbre
- sudorazione notturna
- stanchezza
- perdita di peso

COME SI SCOPRE?



Attraverso esami specifici e sono:



Mantoux --> si fa in caso di contatto con persona malata o per screening



Quantiferon --> si esegue se Mantoux positiva, con esame del sangue



Raggi al torace in caso di Mantoux positiva

COME SI CURA?



E' una cura che dura dai 6 ai 9 mesi, si devono assumere degli antibiotici così da eliminare il batterio

Tubercolosi **LATENTE** --> le persone non hanno sintomi e non sono contagiose

Tubercolosi **ATTIVA** --> le persone possono avere sintomi e sono contagiosi

RINGRAZIAMENTI

Eccomi, alla fine di quello che è stato il percorso più importante della mia vita, ragione per cui è giusto ringraziare le persone senza le quali tutto questo non sarebbe stato possibile.

Ci tengo a ringraziare innanzitutto il mio relatore che senza lui non sarebbe nulla tutto questo, oltre a lui anche la mia correlatrice assistente sanitaria sempre pronta, disponibile che mi ha sostenuta ed appoggiata nella ricerca e nella stesura della tesi seguendomi passo dopo passo con disponibilità e pazienza e che, assieme a tutte le assistenti sanitari dell'Azienda Sanitaria ULSS 2 Marca Trevigiana incontrate nei miei percorsi di tirocinio, mi hanno insegnato cosa significa, giorno dopo giorno, essere un Assistente Sanitario.

Insieme a loro vorrei ringraziare la dottoressa Carmela Russo e tutti i tutor dell'Università che in modo appassionato hanno passato tre anni ad insegnarmi tutto quello che è necessario sapere per essere un professionista a tutto tondo.

Più di tutti però devo ringraziare la mia famiglia, mia mamma Fiorella e mio papà Gian Marco, i quali mi hanno reso possibile avventurarsi nella vita sostenuta ed amata come solo i genitori possono fare e ai quali va il mio amore, il mio rispetto e la mia gratitudine per avermi educata e resa la giovane donna che sono oggi e che diventerò.

Insieme a loro voglio ringraziare mio fratello Leonardo per essere stato anch'esso una guida, solo nel modo in cui un fratello sa fare; sa farmi ridere nel momento di tristezza e gioisce insieme a me nei momenti di felicità.

Un ringraziamento speciale va anche ad Alessandro valido sostegno nei momenti più tristi e sostegno nei momenti di disperazione, per il suo continuo e infallibile amore, supporto e comprensione durante il componimento della tesi, grazie per avermi trasmesso la tua forza e il tuo coraggio e grazie per esserci sempre stato.

Ringrazio le mie amiche di corso Alessia Cavallin, Alessia Cherubin, Giada, Arianna e Jenny loro sono state in tutti questi tre anni il sostegno più grande.

Una spalla su cui piangere e lo specchio su cui riflettersi, brave consigliere amiche sagge, mi hanno spronato quando ero stanca, frenata nelle decisioni avventate, grazie quindi compagne ed ora colleghe, senza voi questi tre anni non sarebbero stati gli stessi, mi

mancherà condividere i momenti passati assieme di sconforto, di disperazione pre esame ma soprattutto le risate fatte assieme.

Nella speranza di condividere altri momenti di formazione e di divertimento che ci hanno unite e fatte conoscere.

Un grazie va anche ai miei quattro nonni pilastro fondamentale anche loro della mia educazione fin da piccola, grazie per esserci sempre stati per me.

Per ultimo ma non meno importante volevo ringraziare te zio che da lassù so che mi vedi, vedi dove sono arrivata e quello che ho compiuto, grazie per esserci stato sempre con la tua presenza, un grande abbraccio e grazie.

Infine dedico questa tesi di laurea a chiunque abbia creduto in me e mi ha aiutato a raggiungere questo traguardo.

“Se vuoi aver successo nella vita, fai della perseveranza il tuo migliore amico, dell’esperienza il tuo saggio consigliere, della cautela il tuo fratello maggiore e della speranza il tuo angelo custode”

Joseph Addison

