

IL FENOMENO MIGRATORIO E LA PREVENZIONE DELLE PATOLOGIE INFETTIVE

Giuseppe Luzi



Tra la fine degli anni Ottanta e l'inizio degli anni Novanta del XX secolo in Italia si comincia ad affrontare con un approccio più consapevole il tema della migrazione. Sono gli anni nei quali il fenomeno diventa "più visibile", con una percezione nuova sia a livello dei mass media sia a livello degli organi istituzionali.

Viene istituita per la prima volta una commissione ministeriale con lo scopo di affrontare il tema della salute dei migranti. Sempre all'inizio degli anni Novanta, nella consapevolezza che il fenomeno migratorio avrebbe nell'immediato futuro assunto carattere di eccezionalità rispetto a un passato anche recente, nasce una "vera" medicina delle migrazioni e, in Italia, è fondata la *Società Italiana di Medicina delle Migrazioni* (S.I.M.M.). Ora, dopo oltre trent'anni, nel mezzo di una crisi globale socio-politica, la migrazione è uno dei

temi duri che gli Stati devono affrontare sia per contenere i problemi a brevissimo termine (soccorso, assistenza immediata, distribuzione territoriale dei migranti) sia per una gestione a medio-lungo termine, tenendo in considerazione la reale difficoltà di armonizzare le politiche europee sotto il profilo economico, gestionale e di progettualità, sia per mettere in atto interventi in grado di contenere il fenomeno ai nostri giorni drammaticamente acuitosi e sostanzialmente inarrestabile.

Uno dei punti critici nel fenomeno migratorio è l'assistenza sanitaria. Assistenza intesa non solo come primo soccorso, ma come intervento in doppia valenza: proteggere una popolazione "debole", che approda sulle coste europee e in Italia in particolare, e salvaguardare la popolazione che "accoglie" per le inevitabili difficoltà nel controllo delle diffusione delle malattie trasmissibili. Vari approcci, di volontariato,

istituzionali, con master universitari, convegni etc. sono stati messi in atto con il fine di individuare, laddove possibile, le caratteristiche di diagnosi e gestione clinica in popolazioni che provengono da territori lontani e che hanno abitudini “sanitarie” non certo omogenee. Non dobbiamo dimenticare l’entità delle cifre che riguardano la migrazione sia sotto il profilo quantitativo sia sotto il profilo qualitativo. Il “Dossier Statistico 2015” a carico della IDOS riporta testualmente: “Nel 2014 i migranti nel mondo (232 milioni nel 2013 secondo l’Onu) sono giunti probabilmente a sfiorare i 240 milioni, con una incidenza superiore al 3% sulla popolazione mondiale.

Movimenti migratori di una tale entità obbligano a riflettere sulle disuguaglianze che attraversano il pianeta: sono 1,2 miliardi le persone che sopravvivono con un reddito al di sotto di un dollaro giornaliero (Rapporto UNDP). Del resto, ancora nel 2014 il 48,0% della ricchezza globale è concentrato nelle mani dell’1,0% più ricco della popolazione mondiale, il 46,5% è detenuto da un quinto di essa, mentre il restante 80,0% della popolazione deve vivere con il 5,5% della ricchezza globale (Rapporto Oxfam)”.

Del tutto recentemente (maggio 2016) si è svolto inoltre il XIX Congresso Nazionale SIMM sul tema “Persone e popoli in movimento. Promuovere dignità, diritti e salute” [Torino, 11-14 maggio]. In questo contesto sono stati trattati diversi temi sia sotto il profilo di singole esperienze territoriali sia mediante analisi di progetti e norme di legge.

Ne deriva senz’altro una mole di dati utile e utilizzabile, ma anche l’evidenza di una certa frammentarietà nell’approccio al tema salute dei migranti. Da varie fonti della letteratura, con buona approssimazione sappiamo inoltre che all’inizio del XXI secolo, a livello mondiale, hanno lasciato il proprio paese circa 175 - 180 milioni di persone e che dopo circa 12 anni la cifra ha superato i 230 milioni

(più o meno il 3% della popolazione mondiale). Calcolando il fenomeno sui grandi numeri alcune stime danno circa 400 milioni di migranti al 2040. Queste cifre sono tutto sommato note e non “spaventano” più, sono entrate nella consapevolezza della fase storica che viviamo.

Ma ci forniscono anche gli strumenti per una configurazione della complessità del dramma migratorio nella sua estensione territoriale e nell’implicazione “essenziale” riguardante il fattore umano. Un punto critico tra i tanti, che deve essere affrontato con immediata efficacia, concerne lo stato di vaccinazione dei migranti e quanto è possibile e si deve fare per “coprire” questo aspetto essenziale nella prevenzione delle malattie infettive. Ovviamente l’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) è ben consapevole del problema e dei suoi aspetti. Ma sappiamo che la cinghia di trasmissione delle buone intenzioni non raggiunge sempre lo scopo che si è prefissato.

Basti pensare al blocco delle frontiere e a quello che ne consegue con il formarsi di campi di raccolta provvisori e di difficile gestione, anche sotto il profilo dell’ordine pubblico e delle condizioni igienico-ambientali. Ma questa è storia nota. Limitiamoci in questa sede ad analizzare alcuni punti nello specifico contesto delle vaccinazioni e della prevenzione delle malattie infettive. Possiamo dire innanzi tutto che i dati sulla copertura vaccinale sono in genere limitati e comunque spesso frammentari.

A quanto noto non esiste un approccio che si giovi di una metodologia sistematica per acquisire informazioni con statistiche confrontabili. Manca frequentemente la documentazione sanitaria di ciascun individuo migrante, in relazione alle procedure effettuate nel paese di provenienza o di origine. Maggiore difficoltà mostrano in particolare le conoscenze specifiche proprio nel controllo degli immigrati irregolari.

Quando ci si riferisce a malattie infettive trasmis-

sibili e al controllo vaccinale ben si comprende come l'argomento costituisca una sfida formidabile, sia nell'approccio "informativo" sia nel contesto "operativo" che prevede l'azione sul campo (individuazione dei casi, test di screening, conoscenza dello stato vaccinale, messa in atto di programmi vaccinali di completamento e/o di attuazione primaria in età pediatrica e nell'adulto).

Già in un lavoro del 2011, quindi non recente, su *Italian Journal of Public Health* (Bisoffi Z, Panebianco R.) gli autori, dopo una revisione dei dati epidemiologici analizzati concludono: "Il quadro presentato è necessariamente frammentario e incompleto. I motivi risiedono essenzialmente in una differenza nell' "*health seeking behaviour*" delle popolazioni immigrate rispetto agli italiani. In particolare le malattie infettive e parassitarie, pur presenti e significative, possono non essere causa di richiesta di cura se non causano manifestazioni acute... Infine, benchè il rischio rappresentato dagli immigrati per la popolazione autoctona sia assolutamente trascurabile, contrariamente a talune enfatiche mediatiche, non può sfuggire che il controllo adeguato delle malattie infettive rappresenta anche un interesse generale". In questo ambito, quindi, nel discernere tra approccio diagnostico e intervento vaccinale, si colloca senz'altro un'area di azione efficace proprio con l'adozione di procedure finalizzate alla copertura vaccinale del migrante.

Dobbiamo anche riconsiderare, soprattutto alla luce della "nuova" migrazione, che l'effetto "migrante sano" deve essere, almeno in parte, rivisto e riconsiderato.

Una teoria, ma forse un luogo comune, interpreta il migrante come uomo o donna sani, dal momento che solo gli individui sani e forti possono affrontare il difficile percorso della migrazione. Se questo è vero, e indubbiamente in gran parte è vero, tuttavia la domanda che nasce spontanea è: quanto resiste il

migrante nel tempo? È evidente che lo stesso sforzo migratorio e le non certo facili condizioni di vita, la precarietà oggettiva persistente per lungo tempo, lo stato prolungato di "irregolarità" determinano un costante stato di stress psico-fisico con implicazioni sul sistema immunitario e un conseguente "indebolimento" che rende la persona più facilmente suscettibile a patologie infettive (non considerando le condizioni di scarsa igiene e sovraffollamento).

Morbillo, difterite, influenza, pertosse, varie infezioni respiratorie acute sono facilmente diffusibili quando c'è un marcato sovraffollamento, scarse condizioni igieniche e alimentazione carente. Grande importanza hanno poi la tubercolosi e l'epatite B. Naturalmente l'infezione HIV ha la sua valenza come malattia sessualmente trasmissibile e in tal senso particolare attenzione va posta alla donna, che subisce con frequenza violenza sessuale e non eccezionalmente è in stato di gravidanza al momento dell'arrivo al termine del percorso migratorio. Sempre nell'ambito dell'individuazione precoce di patologie infettive e delle procedure vaccinali di completamento un'attenzione specifica va rivolta alla popolazione dei minori che non di rado "viaggiano" soli e si trovano alla mercè di varie circostanze ambientali non certo favorevoli.

In Italia gli schemi vaccinali hanno in pratica azzerato l'incidenza di patologie quali il tetano, la difterite, la poliomielite e determinato una marcata riduzione di infezioni come la pertosse e l'epatite da virus B.

Patologia, quella da epatite B, in pratica non diagnosticabile nel nostro Paese in età inferiore ai 30 anni. Il problema delle vaccinazioni non si pone nei soggetti con regolare immigrazione che, afferendo al nostro servizio sanitario nazionale, sono sostanzialmente equiparati ai cittadini italiani. Il problema, come abbiamo sopra illustrato, riguarda

l'accesso di nuovi migranti e la valutazione dello stato di salute all'ingresso. I bambini costituiscono la popolazione più "debole".

La linea di intervento, in questo caso, consiste nel sottoporre i bambini a verifica sierologica nel pool delle vaccinazioni certificate: questo dato permetterebbe una razionalizzazione nell'impostare il calendario vaccinale di completamento. In alternativa si deve attuare la procedura vaccinale completa partendo dalla prima somministrazione.

Poichè esistono varianti di indirizzo vaccinale nei servizi sanitari dei paesi dai quali proviene la migrazione, l'OMS prevede un intervento "forte" per la vaccinazione contro poliomielite, l'uso del vaccino anti-pertosse e anti-morbillo, l'obbligatorietà per la tubercolosi. In Italia, si attua anche la vaccinazione contro l'epatite A nei bambini, considerati a rischio. Per mettere in atto una procedura efficace, sostanzialmente mirata a evitare i test sierologici, quando si hanno individui con vaccinazioni incomplete o del tutto sconosciute, alcuni punti acquisiti sono riassumibili nel completamento del ciclo difterite, tetano, pertosse con trattamento per anti-morbillo, rosolia e parotite dopo il primo anno di vita.

Per la poliomielite è opportuno completare lo schema con antipolio tipo Salk mentre il trattamento con anti-Hib e anti-epatite B è consigliabile per soggetti provenienti da aree dove non vengono offerti questi vaccini. Nel nostro paese il trattamento antitubercolare con il BCG non è ritenuto opportuno. Alcuni punti specifici riguardano, per esempio, la rosolia: in Italia i casi di rosolia congenita si verificano essenzialmente in figli di donne non italiane.

La vaccinazione MPR (morbillo, parotite, rosolia) va proposta a tutti gli adulti e, in particolare, alle donne che non riferiscono di aver avuto rosolia e che sono ancora in età fertile. Equivalente l'approccio per l'epatite B, con la vaccinazione da estendere a tutta

la popolazione adulta (meglio se con precedente esame sierologico). Anche in questo caso la priorità riguarda le donne in età fertile. Un ulteriore gruppo "a rischio" riguarda la popolazione nomade, e in particolare i bambini nomadi.

I bambini nomadi appartengono a gruppi familiari frequentemente senza fissa dimora ed è pertanto opportuno che l'intervento sanitario sia in forma "attiva" nel tentativo di individuare i singoli nuclei familiari anche per favorire una raccolta utile della specifica documentazione. Per il "pool" vaccinale è consigliabile la copertura classica esavalente, DT/DTP/DTP-IPV, a seconda del caso, Meningococco C e pneumococco, MPR-Varicella. HPV alle bambine dai 10 anni d'età [Ferro A., Chiamenti G. IJPH 2011; 3 (suppl.3): S39-S47]. Esistono numerose pubblicazioni che affrontano il problema dei migranti sotto il profilo sanitario e assistenziale e anche a livello istituzionale (Ministero della Salute - Istituto Superiore di Sanità) sono facilmente reperibili informazioni dettagliate.

Un pregevole lavoro, accessibile on line, aggiornato al 2015 e ricco di preziose informazioni riguarda "L'accesso alle cure della persona straniera: indicazione operative" [Ist. Superiore di Sanità-Ministero della salute]. Il testo (a cura di A.M. Luzi et al.) consente una lettura facile sulle modalità e attuazione per l'accesso alle cure del migrante.

Per chi è interessato ad una visione real time del fenomeno migrazione è di particolare interesse il lavoro di Max Galka che on line descrive varie mappe del processo migratorio fornendo una efficace sintesi grafica [metrocosm.org/global-immigration-map] (fig. 1).

Un ulteriore approccio informativo in particolare sul problema dei rifugiati (**rifugiato politico** è un termine giuridico con il quale si indica chi è fuggito o è stato espulso dal suo paese originario a causa di discriminazioni politiche, religiose, razziali, di nazionalità, o perché appartenente ad una categoria sociale di per-

sone perseguitate, o a causa di una guerra presente nel suo Paese, e trova ospitalità in un Paese straniero che **riconosce legalmente** il suo status) si ottiene dal sito, veramente pregevole, *therefugeeproject.org* (fig. 2).

In questo sito è riportata una mappa temporale “dinamica” relativa alle migrazioni dei rifugiati a partire

dal 1975. La mappa copre il periodo 1975-2015 (40 anni) ed è ricca di informazioni anche per quanto riguarda la percentuale di rifugiati nei vari paesi presi in esame.

Le informazioni sono acquisite dall’ONU e dall’Alto Commissariato per i rifugiati. ■



(Fig 1) Mappa estratta dal sito metrocosm.com con indicazione dei vari flussi migratori.



(Fig 2) Esempio di mappa estratta dal sito therefugeeproject.org