

SALUTE E SANITÀ

PER QUADRI

Anno XIX N. 3 - 2017 Periodico Trimestrale della Cassa Assistenza Sanitaria dei Quadri del Terziario, Commercio, Turismo e Servizi



Mano e polso, tante patologie

Laura Frontero

Buone regole per la scuola

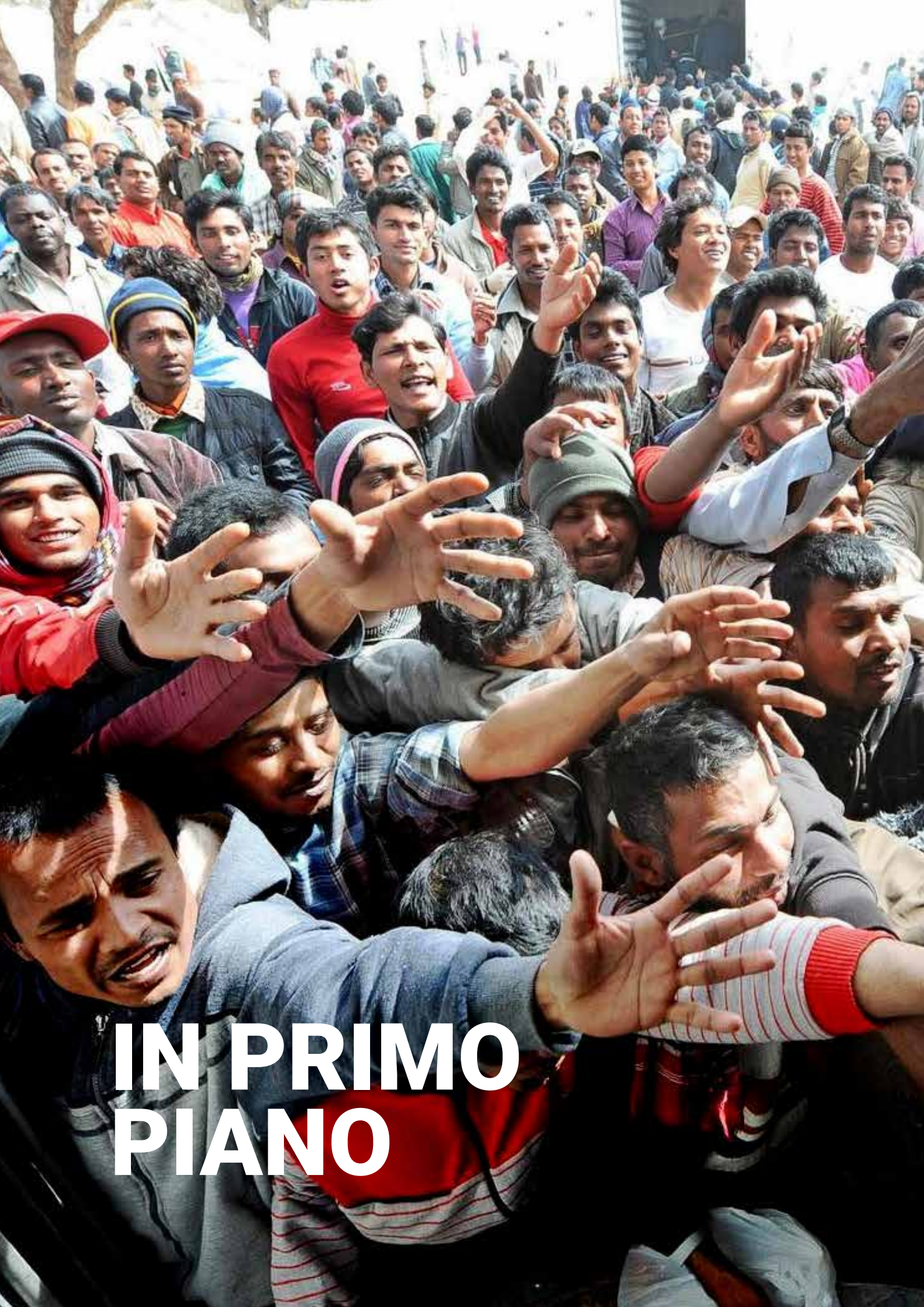
Marco Turbati

Farmaci di nuova generazione

Franco Fraioli

**MIGRANTI UGUALE MALATTIE?
LE PAURE E LA REALTÀ**

Cristiana Pulcinelli



**IN PRIMO
PIANO**

Migranti uguale malattie?

Dati, tendenze e scelte tra paure e realtà

CRISTIANA PULCINELLI*

La crescita dei flussi migratori degli ultimi dieci anni, in particolare lungo la rotta che ha portato agli sbarchi di moltissime persone in Italia, ha fatto riemergere nel nostro Paese paure antiche che nel corso della storia periodicamente si manifestano. In particolare, dopo alcuni casi di cronaca, come quello della bambina morta di malaria all'inizio di settembre scorso, i timori si sono concretizzati in titoli di giornali che affermavano esplicitamente: gli immigrati portano malattie nei luoghi che li ospitano. Una tesi che, però, è contestata da chi lavora nel settore della salute dei migranti da molto tempo, come Salvatore Geraci, già presidente della Società italiana medicina delle migrazioni (ed attualmente coordinatore di quattordici gruppi locali sulla salute dei migranti su base regionale).

L'effetto "migrante sano". «Innanzitutto quando si parla di immigrati il primo pensiero corre ai profughi ma essi sono solo una piccola parte di un fenomeno più articolato e complesso», premette. La popolazione straniera residente in Italia ammontava al 1° gennaio 2017 a 5 milioni e 29mila persone, pari all'8,3% della popolazione totale. Profughi e richiedenti asilo sono meno del 4% degli immigrati non comunitari. Nel 2016, ad esempio, secondo il ministero dell'Interno, sono arrivate via mare sulle nostre coste 181mila persone, numero un po' più alto rispetto agli anni precedenti. Di queste, 123.600 hanno richiesto asilo e protezione internazionale. Sono state esaminate nel corso dell'anno 91mila richieste ed è stato riconosciuto lo status di rifugiato al 5% dei richiedenti, mentre il 14% ha avuto una protezione sussidiaria (che comporta un permesso di soggiorno di tre anni rinnovabile) e il 21% quella umanitaria (che comporta un permesso di soggiorno di un anno rinnovabile). Numeri, come si vede, molto più piccoli.

«Tradizionalmente la maggior parte dei migranti è arrivata in Italia in aereo con permessi turistici – continua Geraci – e poi ha trovato un lavoro, affrontando un periodo di irregolarità. Di solito si tratta delle persone più in salute della comunità da cui provengono. È il cosiddetto "effetto migrante sano": un'autoselezione delle persone che avviene al momento della decisione di partire». Spesso si tratta, infatti, di una decisione non individuale ma collettiva: la persona che parte è quindi quella più in salute, più forte, più adattabile, che ha più spirito d'iniziativa, spesso quella che ha studiato di più, perché dal suo successo lavorativo dipenderà tutta la famiglia nel paese d'origine. In sostanza, partono i più sani perché devono sopravvivere, lavorare e mandare i soldi a casa. Tuttavia, esiste anche l'effetto "migrante esausto", spiega Geraci: «Gli immigrati, dopo qualche anno, rischiano di ammalarsi per il peso di determinanti sociali delle malattie, i lavori pesanti che svolgono, le condizioni abitative e igieniche in cui sono costretti a vivere, la povertà».

Il discorso vale anche per le malattie infettive, come ad esempio la tubercolosi che può risvegliarsi in condizioni di disagio sociale. Ma, in generale, si può dire che per le malattie infettive progressivamente il rischio del migrante tende ad assimilarsi a quello della popolazione autoctona. Negli ultimi anni – insite Geraci – a destare grande preoccupazione per questa popolazione sono le malattie cronico-degenerative (dall'ipertensione al diabete, e alcuni tumori) che sono in aumento.

Diciamo che oggi sta succedendo agli immigrati quello che è successo a noi sessant'anni fa. Molto dipende dagli stili di vita che acquisiscono in occidente e dal cibo che mangiano. Un esempio? In Bangladesh, l'alimentazione era costituita soprattutto da un tipo di riso non raffinato. Negli ultimi anni si è cominciato a diffondere un riso più raffinato, come quello che trovano qui, che fornisce tante calorie ad un sistema enzimatico abituato a utilizzare le poche calorie che precedentemente ingeriva. Metabolicamente ciò provoca degli squilibri e delle malattie come il diabete».

*L'esperienza sul campo del medico e del docente:
parlano Salvatore Geraci e Francesco Castelli*

Dagli "hotspot" al Paese che li accoglie . Un discorso a parte va fatto per i profughi e i richiedenti asilo. Alcuni studi hanno dimostrato che le malattie infettive non sono la priorità sanitaria negli hotspot e nei punti di arrivo, dove invece le emergenze da affrontare sono piuttosto di tipo traumatico, ostetrico e soprattutto psicologico, avendo a che fare con persone che non solo hanno dovuto affrontare un viaggio in condizioni difficilissime, ma che spesso provengono da luoghi dove hanno subito torture e abusi. Tuttavia, questi migranti presentano anche un rischio aumentato di contrarre malattie infettive per diversi motivi: in primo luogo perché una parte di essi proviene da aree del mondo dove l'incidenza (ossia il numero di nuovi casi che avvengono in un determinato periodo di tempo) di alcune di queste malattie è più alta: ad esempio, il tasso di incidenza della tubercolosi è alto in Sudafrica e in Mozambico, ma è basso in Siria. In secondo luogo perché lo stesso percorso



migratorio comporta un rischio: le persone si trovano a dover trascorrere del tempo in posti malsani, affollati e in condizioni che aumentano la suscettibilità alle malattie infettive. Un problema che può perdurare anche nel Paese d'arrivo se le condizioni di accoglienza non sono adeguate.

Affrontare la questione della salute di questi migranti vuol dire analizzare il loro percorso dal momento dell'arrivo al momento in cui si stabiliscono definitivamente nel Paese che li accoglie. A questo scopo sono state individuate quattro fasi critiche: il primo arrivo via terra o via mare; la permanenza più o meno lunga nei campi rifugiati o in altre strutture di accoglienza; il reinsediamento; il periodo in cui vivono stabilmente nel Paese di destinazione. «Uno screening per identificare le più comuni malattie trasmissibili andrebbe fatto il prima possibile, nella prima fase – sostiene Francesco Castelli, docente di Malattie infettive e tropicali – proprio per evitare che queste malattie possano diffondersi da persona a persona, approfittando soprattutto alle condizioni di sovraffollamento dei centri di accoglienza dove i migranti verranno ospitati. A questo scopo va tenuta in considerazione la situazione epidemiologica del Paese d'origine dei migranti, ma anche quella dei Paesi in cui sono transitati durante il lungo viaggio che li ha portati fino a qui».



Le nuove linee guida. Gli interventi vanno quindi modulati a seconda di queste varie fasi: al momento dell'arrivo, ad esempio, sarebbe bene controllare la tubercolosi polmonare e la scabbia. Si può prendere in considerazione la malaria, anche se la maggior parte delle persone giunge in Europa mesi dopo aver lasciato la zona endemica (e quindi molto oltre il periodo di incubazione della malattia). Nel campo profughi bisognerebbe invece dare priorità, ad esempio, ai vaccini contro il morbillo, la rosolia, la difterite, il tetano, la polio, l'emofilo di tipo b per limitare il potenziale contagio ed evitare le complicazioni tra la persone più fragili. E via dicendo.

Fino ad oggi, il percorso che permette di gestire al meglio i problemi di salute delle persone che giungono nel nostro Paese veniva lasciato all'iniziativa dei diversi attori coinvolti, da giugno scorso però sono uscite le Linee guida salute migranti elaborate dall'Istituto nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e per il contrasto delle malattie della povertà assieme all'Istituto superiore di sanità e alla Società italiana di medicina delle migrazioni. Definiscono quali controlli sanitari fare all'arrivo e i percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza.

Il numero delle tubercolosi non aumenta laddove ne sono colpite le comunità immigrate

Il caso tubercolosi. In generale si può dire che i viaggi favoriscono anche lo spostamento dei germi, ma «quello che si deve comprendere – prosegue Castelli – è che i migranti non possono essere associati sistematicamente all'introduzione di nuovi patogeni nei Paesi ospitanti. Le malattie infettive dipendono spesso dalle misere condizioni di vita e dall'emarginazione sociale e tendono a rimanere confinate nelle comunità stesse». Un esempio è quello della tubercolosi: in molti Paesi europei la maggior parte dei casi di tubercolosi si verifica in persone nate all'estero. Ma ciò è un problema anche per le comunità che accolgono? Sembra proprio di no. Si è visto che dove ci sono molti stranieri con tubercolosi, il numero di casi nella popolazione autoctona continua a scendere. Inoltre, studi di epidemiologia molecolare hanno dimostrato che i ceppi dei batteri responsabili dei casi nelle diverse comunità sono diversi tra loro. E infatti le autorità europee di sanità pubblica finora non hanno segnalato alcuna emergenza legata ai rifugiati.



La vera sfida per il futuro è però l'accesso al servizio sanitario: «I programmi di screening – conclude Castelli – sono necessari, ma senza una messa a punto di servizi sanitari accoglienti per i migranti si rischia di vanificare qualsiasi intervento». Creare le condizioni per cui i migranti possono avere facile accesso ai servizi sanitari permette d'intercettare i problemi di salute per tempo evitando che peggiorino e rischiano di diventare un problema per i migranti in primo luogo e poi anche per la comunità che li accoglie.

**Giornalista, redattrice di "Scienza e Società", docente di Comunicazione della scienza*