

Malattie infettive e immigrazione: facciamo chiarezza

2015-09-02 10:09:50 Redazione SI



Francesco Castelli, Salvatore

Geraci, Stella Egidi

Il messaggio che costantemente passa tra l'opinione pubblica è quello di una "pericolosità sanitaria" dell'immigrato, in particolare di chi sbarca, un "untore" da cui difenderci e da bonificare: è evidente che il tema infettivologico, pur riconoscendo alcune situazioni particolari, non è il principale problema del fenomeno migratorio, anzi ci può "distrarre" da una reale attenzione all'accoglienza, alla tutela della salute in senso globale: pensiamo ai traumi psicologici di persone che scappano da guerre e privazioni, che possono aver subito torture e stupri, che hanno visto annegare parenti e amici.

In un post pubblicato recentemente su questo blog, dal titolo [Migrazione e salute: falsi miti e vere emergenze](#), avevamo discusso, prendendo spunto dal caso dell'ordinanza del Comune di Alassio (Ordinanza n. 214 del 01-07-2015), l'inconsistenza di un presunto rischio di emergenza sanitaria correlato alla presenza di cittadini stranieri sul territorio italiano. A completamento del precedente, vorremmo procedere con questo scritto a una breve disamina delle singole patologie menzionate nell'ordinanza in oggetto, peraltro spesso citate quali esempi di patologie "importate" e reintrodotte nel nostro paese dalla popolazione immigrata.

Tubercolosi

È innegabile che il “peso” rappresentato dagli immigrati sui numeri annuali di nuovi casi diagnosticati nel nostro paese sia in aumento. Il numero dei casi complessivi (italiani e stranieri) di Tubercolosi (TBC) notificati in Italia, nel periodo 2003-2012, ha fatto segnalare una lenta e progressiva diminuzione dell'incidenza, in accordo con quanto già accaduto nel decennio precedente, fino ai 3.142 casi riportati – seppur provvisoriamente – nel rapporto del Centro Europeo di Sorveglianza delle Malattie nel 2012 (5,2/100.000 abitanti)[1]. La popolazione residente in Italia, nel periodo 2003-2012, è cresciuta di poco più del 4%, mentre la popolazione straniera residente, nello stesso periodo, ha subito un incremento pari a circa il 154%, con rilevanti differenze tra le regioni.

In Italia, negli ultimi 10 anni, il numero di casi di TBC in persone nate all'estero è aumentato parallelamente all'incremento della loro numerosità: dal 2003 al 2012 la percentuale del numero dei casi di TBC registrati in cittadini nati all'estero è passata da circa il 37% al 58% del totale dei casi notificati. Analizzando, però, l'incidenza di casi di TBC notificati a persone nate all'estero rispetto alla popolazione residente straniera, si osserva un forte decremento con valori quasi dimezzati nell'arco del decennio di osservazione a fronte di una sostanziale stabilità dell'incidenza nel complesso della popolazione[2].

In altri termini, il numero dei casi di TBC nei migranti aumenta molto meno del loro incremento numerico. La condizione di “immigrato” rappresenta in qualche modo un fattore di rischio di sviluppare la tubercolosi per la maggiore prevalenza di infezione latente negli immigrati che provengono aree ad alta endemia, ma soprattutto per le condizioni di vulnerabilità e di precarietà, oltre che per le obiettive difficoltà di accesso ai servizi di prevenzione, diagnosi e cura che caratterizzano lo status d'immigrato[3]. Gli stranieri che provengono da paesi ad alta incidenza possono aver acquisito l'infezione prima di partire ma non hanno come destino ineluttabile quello di ammalarsi e diventare contagiosi: ricordiamo, infatti, che solo il 10% delle persone che acquisiscono l'infezione sviluppa in seguito la malattia tubercolare diventando contagioso per altri.

Nel caso del migrante, il rischio di riattivazione dell'infezione una volta a destinazione è più elevato a causa di una serie di fattori: le condizioni di vita (denutrizione o cattiva nutrizione, scarsa igiene), di lavoro e di alloggio (permanenza in luoghi chiusi, sovraffollati e scarsamente arieggiati e illuminati). Non a caso l'incidenza della malattia al momento dell'arrivo in Italia (agli sbarchi per esempio) è molto bassa e tende ad aumentare sino a pareggiare l'incidenza nella popolazione generale italiana dopo alcuni anni di permanenza in Italia. È necessario quindi che la vera attenzione sia posta nel modificare quei determinanti di salute come le condizioni abitative, di accoglienza e di lavoro che sembrano essere il vero fattore cruciale per consentire alle persone immigrate di mantenere il proprio stato di salute.

Di converso, agevolare l'orientamento dello straniero affetto verso gli opportuni percorsi di diagnosi e cura, assicurando la presa in carico ed evitando la stigmatizzazione, consentirebbe di circoscrivere eventuali focolai infettivi, a beneficio della salute di tutti.

HIV-AIDS

Anche in questo caso, non si intende negare l'evidenza. Molti degli immigrati che transitano sul suolo italiano provengono da paesi in cui l'infezione continua ad avere una tristemente elevata prevalenza. Rispetto alla popolazione italiana, quella straniera residente in Italia risulta avere un'incidenza dell'infezione (seppur con una diminuzione del numero assoluto dei casi)[4] di quasi quattro volte superiore alla popolazione italiana, sebbene un'analisi di incidenza normalizzata per fascia di età porterebbe verosimilmente ad una minore differenza di incidenza[5]. È peraltro superfluo ricordare come l'offrire alloggio e accoglienza, per la specifica modalità di trasmissione della malattia, non rappresenta un rischio per la popolazione residente. **Sono i comportamenti cosiddetti a rischio (mancato utilizzo dei dispositivi di protezione – come i guanti – nel personale sanitario, rapporti sessuali non protetti, scambio di siringhe) a esporre le persone ad un eventuale contagio, non certo il semplice contatto o la condivisione dello stesso suolo di residenza con persone sieropositive.**

Varrebbe pertanto la pena, invece di porre lo stigma sulla popolazione immigrata, incrementare gli sforzi per educare la popolazione alla prevenzione e a tenere comportamenti corretti e protettivi nei confronti del contagio (quale che sia la fonte, italiana o straniera).

Ebola

Ad arricchire la costellazione di fobie immotivate, è giunta ultima in ordine di tempo, l'infezione da virus Ebola. Non si insisterà mai a sufficienza su quanto improbabile sia – e i fatti lo dimostrano- l'arrivo del virus in Italia attraverso lo sbarco di immigrati. Il virus Ebola è estremamente letale e nella più parte dei casi provoca malattia sintomatica e poi morte nell'arco di pochi giorni dall'infezione. Questo vanifica la possibilità che una persona infettata si avventuri nel travagliato viaggio via terra e poi via mare che dovrebbe condurlo in Italia. In secondo luogo, **si deve tener conto del fatto che generalmente i viaggi migratori hanno la durata di mesi, spesso anni, mentre il periodo massimo di incubazione è di 21 giorni.** Nel corso di questo tempo, l'infezione avrebbe quindi abbondantemente concluso la sua evoluzione, conducendo o al decesso o alla sopravvivenza (e guarigione) della persona colpita.

L'attuale epidemia dei paesi dell'Africa occidentale fatica, purtroppo, a concludersi. Sebbene non con l'intensità che ha conosciuto nel corso dell'anno trascorso, l'infezione continua a circolare e casi sporadici continuano ad essere segnalati nei tre paesi colpiti[6]. La recente pubblicazione dei primi promettenti risultati del trial clinico condotto in Guinea sull'utilizzo del vaccino

ricombinante[7], pur aprendo nuovi ottimistici scenari, non consentirà nell'immediato una vittoria sull'epidemia e non giustifica un abbassamento della guardia rispetto al suo potenziale di diffusione. Tuttavia, anche nell'ipotesi remota che un individuo infetto sbarchi in Italia, si deve ricordare come le modalità di contagio richiedano il contatto con i liquidi biologici della persona per provocare l'infezione (motivo per cui una persona infetta ma asintomatica non è contagiosa), e non la semplice permanenza sulla stessa barca o sullo stesso autobus. Nel nostro paese, un eventuale caso sarebbe rapidamente identificato come sospetto e posto in isolamento ospedaliero, precauzione questa più che sufficiente a evitare il rischio dello sviluppo di un'epidemia in Italia.

Nei fatti, dall'inizio dell'epidemia, i soli casi di Ebola notificati nel nostro paese sono stati quelli di operatori umanitari infettatisi nel corso delle loro missioni sul terreno e evacuati in Italia per ricevere le cure necessarie (esitate peraltro nella guarigione completa).

Scabbia e infestazioni cutanee

Nell'ordinanza di Alassio viene infine citata la scabbia. Si tratta di una malattia di così banale riscontro che la stessa Organizzazione Mondiale della Sanità fatica a fornire stime precise della sua incidenza. Sulla distribuzione, non vi sono dubbi: si tratta di una malattia globale, diffusa in ogni paese di ogni continente (compreso il nostro), e mantenuta in vita da condizioni di vita precarie e dalla scarsa igiene. **È tipica di fasce sociali svantaggiate, di individui senza fissa dimora, di persone con grave disabilità psichiatriche e di comunità chiuse, proprio perché la scarsa igiene personale e il sovraffollamento abitativo sono i primi fattori di rischio per il contagio. Non vi sono fattori etnici o geografici predisponenti.**

Stesso discorso vale per altre simili infestazioni, come la pediculosi (i pidocchi). Il fatto che spesso i migranti allo sbarco presentino queste patologie è semplicemente dovuto alle condizioni abitative e di vita che hanno conosciuto prima della partenza dal Nord Africa (dove spesso vengono detenuti o ammassati in centri di raccolta in attesa della partenza). Si ricorda peraltro come la terapia della scabbia sia estremamente semplice e richieda un breve trattamento topico (oltre che, ovviamente, la correzione dei fattori di rischio, pena la facile reinfezione) e che, per la prevenzione del contagio, siano sufficienti semplici dispositivi di barriera come i guanti usa e getta nel caso di un contatto diretto relativamente prolungato (come durante le visite mediche) ed il vecchio, insuperato, intramontabile e infallibile lavaggio delle mani. A fronte dei casi segnalati agli sbarchi e nei centri di accoglienza nei mesi passati, non vi è evidenza alcuna che essi abbiano esitato in epidemie tra gli italiani o tra gli operatori sanitari, a riprova del basso impatto sanitario di questi episodi patologici.

Immaginiamo che molti dei concetti qui esposti siano scontati per quanti ci leggono. **Eppure il messaggio che costantemente passa tra l'opinione pubblica è quello di una "pericolosità sanitaria" dell'immigrato, in**

particolare di chi sbarca, un “untore” da cui difenderci e da bonificare: è evidente che il tema infettivologico, pur riconoscendo alcune situazioni particolari, non è il principale problema del fenomeno migratorio, anzi ci può “distrarre” da una reale attenzione all’accoglienza, alla tutela della salute in senso globale: pensiamo ai traumi psicologici di persone che scappano da guerre e privazioni, che possono aver subito torture e stupri, che hanno visto annegare parenti e amici... [8]. L’assenza di politiche comuni a livello internazionale in senso inclusivo, un’organizzazione frammentata e, a volte, improvvisata, una polemica politica e sociale continua, un “sentire collettivo” che si sta abituando anche alle morti evitabili e quindi crudeli e ingiuste[9], sono le reali emergenze da affrontare in modo concreto e positivo.

Auspichiamo in particolare che i medici, fedeli alla missione di tutela della salute e di contrasto alle disuguaglianze (vedi codice deontologico medico), vogliano farsi portatori di un messaggio di corretta informazione e vogliano contribuire a diffondere quello spirito di accoglienza e di equità sociale sola garanzia di benessere e salute per tutti.

Francesco Castelli (Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale), Salvatore Geraci (Società Italiana di Medicine delle Migrazioni), Stella Egidi (Medici Senza Frontiere)

Bibliografia

1. ECDC Annual Epidemiological report. [Respiratory Tract Infections-Tuberculosis 2014](#): Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2014.
2. Ministero della Salute. Dati pubblicati su [Osservasalute 2014](#): pp 300-2.
3. Rapporto Ministero della Salute, 2008. [Tubercolosi in Italia](#) [PDF: 4,1Mb]
4. Ministero della Salute. Dati pubblicati su [Osservasalute 2014](#): pp 296:299.
5. [Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 Dicembre 2013](#) [PDF: 5,3Mb] Notiziario dell’Istituto Superiore di Sanità 2014. Supplemento 1 – Volume 27 – Numero 9
6. [Ebola Situation Reports](#). WHO 2015
7. Henao-Restrepo AM, Longini IM, Egger M, et al. Efficacy and effectiveness of an rVSV-vectored vaccine expressing Ebola surface glycoprotein: interim results from the Guinea ring vaccination cluster-randomised trial. *The Lancet* 2015; 386 (9996): 857–866.
8. Gnolfo F e Santone G. [La fuga impossibile: il trauma continuo dei migranti forzati](#). *Salute Internazionale* 10.06.2009.
9. Ferite Invisibili: riabilitazione psico-sociale delle vittime di tortura, violenza e altri traumatismi psichici tra gli immigrati e i rifugiati. [Caritas di Roma Progetto Ferite Invisibili](#) [PDF: 809Kb]

In meno di due anni nel Canale di Sicilia sono morte oltre 6.000 persone nel tentativo di raggiungere l’occidente:
Missingmigrants.iom.int

- Facebook
- Twitter
- LinkedIn
-