

CITTADINI STRANIERI E RISCHI PER LA SALUTE PUBBLICA: UN ALLARME INGIUSTIFICATO SENZA ALCUNA EVIDENZA SCIENTIFICA.

*di Ada Maristella (Stella) Egidi, Specialista in malattie infettive
Responsabile Medico MSF Italia*

PREMESSA

Il nostro paese è destinazione e transito di rilevanti movimenti migratori. Le sofferenze provocate dalla guerra in Siria, la complicatissima situazione politica e sociale in Eritrea e l'instabilità politica in Medio Oriente e Nord Africa hanno portato ad un aumento dei flussi migratori verso il continente europeo, in particolare trans-mediterranei.

Nei primi sei mesi dell'anno, circa 67.500 migranti sono sbarcati in Italia¹: le statistiche dimostrano che gli arrivi nel nostro paese non hanno subito drastici aumenti, mentre è aumentato in modo importante il transito attraverso le isole greche e i Balcani. La maggior parte di queste persone è giunta in Sicilia con la speranza di lasciarsi alle spalle un viaggio lungo e pericoloso. Le nazionalità rappresentate non sono dissimili da quelle evidenziate l'anno scorso: Eritrea e Sudan, accanto ai numerosi paesi dell'Africa Sub-Sahariana. C'è stata una diminuzione importante di arrivi di siriani che oggi intraprendono un percorso diverso, passando soprattutto dalla Grecia.

Come periodicamente accade, con il riacuirsi del fenomeno sbarchi durante la bella stagione, e a seguito della necessità di distribuire le persone in arrivo in strutture di accoglienza su tutto il territorio italiano, è riemerso anche il tema del presunto rischio sanitario rappresentato dall'arrivo di numeri così elevati di persone, che rappresenterebbero, a detta di molti, un veicolo d'ingresso delle più disparate malattie, dalla tubercolosi all'Ebola passando per la scabbia.

Dallo scorso anno, sono state molteplici le occasioni in cui, in tv, su testate giornalistiche e social network, ma anche attraverso decisioni amministrative pubbliche, sono state formulate tesi e trasmessi messaggi che tradivano scarsa conoscenza del tema e che hanno contribuito a seminare panico immotivato. Dalle denunce di presunti casi di Tubercolosi e di AIDS riscontrati in migranti appena sbarcati² ai presunti casi di Ebola tenuti nascosti dalle autorità pubbliche³, a dichiarazioni e iniziative politiche estemporanee, il dibattito pubblico si arricchisce di imprecisioni sulle quali vale la pena fare un po' di chiarezza. In alcuni casi, esse hanno richiesto una smentita ufficiale del Ministero della Salute⁴, o addirittura condotto organi giurisdizionali a pronunciarsi attraverso pubbliche sentenze⁵. In altri casi, è stata la comunità medico-scientifica a pronunciarsi per ribattere ad assunti che non possedevano alcuna base scientifica⁶.

L'ORDINANZA DEL SINDACO DI ALASSIO

Recentemente, per iniziativa del sindaco di Alassio è stata resa obbligatoria l'esibizione di un certificato che attesti la negatività da malattie infettive e trasmissibili da parte di stranieri (provenienti da non meglio specificati paesi africani, asiatici e sudamericani) privi di fissa dimora, pena il divieto di transitare sul territorio del comune⁷.

¹ Dati UNHCR. <http://www.unhcr.org/5592bd059.html>

² http://www.ansa.it/sicilia/notizie/2014/05/03/sindaco-di-modica-allarme-per-casi-tubercolosi-scabbia-e-aids_61f8f28a-a84c-420c-a728-a9ddc2256dc8.html

³ http://www.ansa.it/sito/notizie/mondo/2014/08/06/ebola-bufale-web-tesi-complottiste-e-casi-nascosti_532b731e-09a1-407a-bff7-06ebeedba94.html

⁴ <http://palermo.repubblica.it/dettaglio-news/-/4488833>

⁵ <http://www.meltingpot.org/Ordinanza-del-TAR-Veneto-n-653-del-18-dicembre-2014.html#.VZ-WxvmqqoE>

⁶ http://www.repubblica.it/politica/2014/09/03/news/emergenza_sbarchi_immigrati_beppe_grillo_tubercolosi_ricercatori_malatti_e-94941292/

⁷ http://89.96.179.124/web/albo/albo_dettagli.php?id=8767

A parte la generalizzazione sottesa al documento (tale richiesta si estende anche al turista giapponese – in quanto di origine asiatica – che desideri visitare l'area senza, ovviamente, avervi una fissa dimora?), Medici Senza Frontiere (MSF) ritiene opportuno analizzare e argomentare le ragioni per cui una richiesta di questo tipo appare inconsistente e del tutto pretestuosa, oltre che sproporzionata rispetto alla situazione.

- 1) Nell'ordinanza si fa riferimento a persone provenienti da paesi di tre diversi continenti, accorpando realtà geografiche variegata e la cui epidemiologia, relativamente a malattie contagiose è estremamente differente. Si escludono peraltro dalla lista, a riprova di una non completa conoscenza dei temi in oggetto, paesi come quelli est-europei gravati almeno quanto molti paesi africani, dalla tubercolosi (peraltro anche in forma multi-resistente).
- 2) Nell'ordinanza ci si appella a una presunta situazione di emergenza di salute pubblica in nome della quale il sindaco sarebbe autorizzato a prendere misure straordinarie. Ad oggi, non ci risulta che si ravvisino le condizioni per ritenere che vi sia a livello locale, così come nazionale, un'emergenza sanitaria in qualche modo collegata all'arrivo di popolazioni migranti sul nostro territorio. Nel corso di oltre dieci anni di attività mediche fornite alla popolazione migrante irregolare in Italia, Medici Senza Frontiere non ha memoria di un solo caso in cui la presenza di immigrati sul territorio sia stato causa di un'emergenza di salute pubblica. Dall'analisi dei dati raccolti nel corso delle attività cliniche condotte da MSF nel CPSA di Pozzallo, risulta che su oltre 7.200 arrivi ci sono stati 24 casi sospetti per Tubercolosi, di cui solo 3 confermati. Fonti autorevoli sottolineano come negli ultimi anni il numero complessivo degli immigrati nel nostro paese sia rimasto invariato, intorno ai 5 milioni di presenze, in una situazione sostanzialmente immodificata che vede semmai un crescente deterioramento delle condizioni di salute del migrante DOPO l'arrivo in Italia, a seguito dell'esposizione ai fattori di rischio connessi alla povertà (effetto migrante esausto)⁸. Vale la pena ricordare che il Ministero della Salute, di concerto con gli altri attori implicati, ha predisposto già dal 2011, una serie di misure di sorveglianza sanitaria, messe in atto allo sbarco e nei centri di accoglienza, volte proprio a tutelare la salute pubblica, oltre che quella del migrante stesso⁹. L'analisi dei dati di sorveglianza sanitaria raccolti dal 2011, non ha evidenziato alcun elemento che deponga per un'emergenza sanitaria: solo 20 allerte, peraltro di banale gestione e a limitata contagiosità (infestazioni, sindromi respiratorie, gastroenteriti).
- 3) La richiesta di certificato, così come formulata, rischia di essere scorretta e conseguentemente di indurre il medico a un atto non conforme alla propria deontologia professionale. Come si evince dal codice deontologico (art 24)¹⁰: *“ Il medico è tenuto a rilasciare alla persona assistita certificazioni relative allo stato di salute che attestino in modo puntuale e diligente i dati anamnestici raccolti e/o i rilievi clinici DIRETTAMENTE CONTESTATI O OGGETTIVAMENTE DOCUMENTATI”*. Nessun medico, a meno di non dichiarare il falso, potrebbe attestare, pur dopo aver visitato approfonditamente un paziente, anche dopo una radiografia del torace, anche dopo approfonditi esami laboratoristici, che una persona sia esente da QUALUNQUE malattia infettiva e contagiosa. Semplicemente perché è impossibile farlo, se non sottoponendo la persona a esami diagnostici che consentano di escludere TUTTE le possibili malattie infettive esistenti (dall'herpes labiale alla tubercolosi alla varicella alla micosi dell'unghia), cosa ovviamente impossibile. Il medico si limiterebbe al massimo a certificare che, dopo approfondito esame, la persona non mostra segni e sintomi riconducibili a malattie contagiose o infettive in atto. Viene da pensare che tale grossolana imprecisione dell'ordinanza sia

⁸ http://www.quotidianosanita.it/studi-e-analisi/articolo.php?articolo_id=29110

⁹ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1478_listaFile_itemName_1_file.pdf

¹⁰ <http://www.fnomceo.it/fnomceo/Codice+di+Deontologia+Medica+2014.html?t=a&id=115184>

deliberatamente ricercata, assicurandosi l'impossibilità per qualunque straniero desideri soggiornare sul territorio, di potersi procurare i titoli per farlo.

LE MALATTIE OGGETTO DELL'ORDINANZA

Prendiamo ora in esame le malattie che vengono citate quale esempio di potenziale pericolo per la salute pubblica degli abitanti del comune ligure.

La Tuberculosis. In termini generali, è innegabile che il "peso" rappresentato dagli immigrati sui numeri annuali di nuovi casi diagnosticati nel nostro paese sia in aumento. Sugli oltre 4000 casi notificati nel 2008, oltre il 50% riguardava cittadini nati all'estero, con un trend crescente proporzionalmente all'aumento della percentuale di stranieri presenti sul territorio¹¹. La condizione di "immigrato" rappresenta quindi un fattore di rischio di sviluppare la tubercolosi per i maggiori tassi d'incidenza nei Paesi di origine, ma anche 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.¹²

Chi conosce la patogenesi della malattia sa quanto dipenda dalle condizioni abitative e di vita. 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 dopo alcuni anni di permanenza in Italia.

Se è quindi corretto mettere in atto al momento dello sbarco le opportune misure di sorveglianza sanitaria e di triage medico, è necessario 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 sbarcate di mantenere il proprio stato di salute.

Le stesse autorità locali potrebbero avere un ruolo determinante nel contribuire a ridurre l'incidenza di questa malattia (e di conseguenza la contagiosità, tutelando in tal modo davvero la salute dei suoi concittadini) se mettessero gli "stranieri" (leggi migranti e richiedenti asilo) che si trovino a soggiornare sul territorio di competenza, in condizioni di farlo con standard di vita adeguati, offrendo alloggio e accoglienza dignitosi.

Sull'**HIV**, non vi è davvero molto da dire: è ridondante ricordare che non si tratta di una malattia a trasmissione aerea né ad alta contagiosità, richiedendo per il contagio la trasmissione sessuale o ematica. Anche qualora si ipotizzi un prevalenza particolarmente elevata dell'infezione tra i migranti di recente arrivo (cosa tutta da dimostrare), essa non rappresenterebbe una minaccia per la popolazione di Alassio, in quanto per la trasmissione si richiederebbe un contatto sessuale o ematico (per prevenire il quale, peraltro, sono ovunque disponibili validi e semplici strumenti protettivi). Vale anche la pena ricordare che l'infezione da HIV in Italia è tuttora presente nella popolazione residente, nonostante se ne parli sempre meno.

¹¹ Dati ISS: <http://www.epicentro.iss.it/problemi/Tubercolosi/epid.asp>

¹² Rapporto Min. Salute 2008, http://www.salute.gov.it/imgs/c_17_pubblicazioni_1472_allegato.pdf

Sebbene a tassi di prevalenza molto bassi, il virus continua a circolare a causa di comportamenti individuali a rischio che sono gli stessi in tutte le aree del mondo e che faticano ad essere sradicati¹³.

Venendo invece all'**Ebola**, si è molto dibattuto nell'anno trascorso, sul rischio che la malattia approdasse in Italia attraverso i migranti. Due sono gli elementi che rendono questa evenienza molto improbabile: le caratteristiche patogenetiche della malattia e il percorso migratorio di chi giunge in Italia via mare.

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 viaggio 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 sotto controllo, casi sporadici continuano ad essere segnalati nei tre paesi colpiti¹⁴. 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).

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. E' 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. 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 sottolinea 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). A fronte dei casi segnalati agli sbarchi e nei centri di accoglienza, 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.

Conclusioni

Alla luce di quanto sopra indicato, MSF ritiene che non vi siano dati obiettivi, né evidenza scientifica, che possano confermare l'esistenza di un rischio sanitario direttamente connesso alla presenza di persone di origine straniera sul territorio nazionale. L'organizzazione ribadisce inoltre come gli stessi presupposti dell'Ordinanza siano evanescenti e privi di solide basi scientifiche, forieri peraltro di generalizzazioni e

¹³ http://www.iss.it/binary/ccoa/cont/Dicembre_2014_rev.pdf

¹⁴ <http://apps.who.int/ebola/ebola-situation-reports>

stereotipi in grado di provocare allarmismi ingiustificati e sentimenti di pregiudizio nei confronti dei cittadini stranieri. Infine, l'ordinanza pretende l'esecuzione da parte del personale medico di un atto che si ritiene meritevole di approfondimento in ordine ai profili di compatibilità con il codice deontologico.

A margine di tali osservazioni, MSF intende sottolineare ancora una volta quanto sia importante investire nel sistema di accoglienza non solo per ragioni umanitarie ma anche a tutela della salute pubblica. Adeguati standard di accoglienza sono cruciali nel determinare l'evoluzione dello stato fisico e mentale di quanti transitino e risiedano sul nostro territorio. Un'accoglienza dignitosa, lungi dal rappresentare una minaccia per la popolazione italiana, ne tutelerebbe invece a lungo termine la salute, contribuendo a ridurre quei fattori di rischio che sono determinanti nella evoluzione dello stato di salute della popolazione migrante, e di riflesso della comunità tutta. Se un reale rischio esiste per la salute pubblica della popolazione italiana, esso è rappresentato dall'esclusione sociale, dal mancato rispetto dei diritti minimi di accoglienza, dalle inaccettabili condizioni di alloggio e di lavoro che l'immigrato giunto nel nostro paese si trova a dover affrontare. La sola garanzia di salute per tutti non può essere che la salute di ognuno.