



No allarmismi

I migranti arrivano in buona salute anche se provati dal viaggio. A dirlo i dati ufficiali che ridimensionano i pericoli spesso diffusi dai mass media

di **Fabrizio Ciprani***

foto **Ansa**

Il fenomeno migratorio verso l'Italia ha mostrato, negli ultimi anni, una crescita esponenziale: nel 2014 sono stati registrati più di 170mila arrivi di migranti, quattro volte quelli avvenuti nel 2013 e dodici quelli del 2012. Il trend risulta in crescita di circa il 12% nel primo semestre del corrente anno.

Questo incessante flusso migratorio, al di là delle urgenze politiche e sociali, non ultima quella di sicurezza, in rapporto alla possibile, anche se improbabile, importazione di terroristi islamici, si accompagna alla preoccupazione per l'esplosione di epidemie di malattie infettive.

In realtà, in tutti i Paesi occidentali, tali patologie continuano a rappresentare un pericolo concretamente presente, indipendente dal fenomeno migratorio, come indicano le costanti segnalazioni di epidemie di alcune malattie infetti-

ve nei nostri Paesi, in condizioni di sviluppo e di benessere di primo ordine. Il rischio di importazione di malattie infettive con gli sbarchi di massa è comunque possibile e, nel tentativo di definirne dimensioni e modalità, l'elemento di partenza è costituito dalla conoscenza della situazione sanitaria della nazione di provenienza, dove esistono condizioni di vita molto diverse da quelle dei Paesi occidentali. Basti pensare alla Siria dove, dopo quattro anni di guerra civile, le condizioni di vita sono alquanto precarie.

Teoria "migrante sano"

La "teoria del migrante sano" parte dall'osservazione che i migranti, che affrontano le incertezze ed i pericoli di un viaggio gravoso, hanno di fatto superato un processo di selezione naturale, che li ha scelti tra i più forti, escludendo quelli

che, al contrario, presentano condizioni di svantaggio e malattie di base.

Tale teoria si presta ad una lettura anche in chiave psicologico-motivazionale: coloro che decidono di migrare e di provare a cambiare il loro destino sono i soggetti più ambiziosi e con maggiore iniziativa. Rappresentano sovente persone sulle quali un'intera famiglia ha investito le proprie risorse economiche con la speranza che, una volta in Europa, possano asurgere a riferimento e sostentamento.

I dati ufficiali confermano tale teoria, indicando come la stragrande maggioranza di coloro che giungono in Italia, al di là dei disagi psico-fisici cui sono stati esposti nella traversata, è in buona salute.

Questo "patrimonio di salute" può però perdersi progressivamente con le precarie condizioni in cui l'immigrato si trova poi a vivere: situazioni di povertà ed emarginazione, poca disponibilità di accesso a strutture sociali e sanitarie, inadeguata alimentazione.

Nel breve periodo sono infatti individuabili vere e proprie malattie da "povertà", come la tubercolosi, la scabbia, la pediculosi, le affezioni micotiche.

Nel lungo periodo compaiono poi malattie da degrado, quelle da raffreddamento, che recidivano frequentemente, quelle da cattiva alimentazione, con affezioni che non risparmiano nessun apparato.

La distorsione mediatica

Sebbene le ordinarie procedure di controllo prevedano una tempestiva valutazione sanitaria dei migranti da parte dei medici della Marina militare, del ministero della Salute e delle Asl territorialmente competenti, non si è potuta tuttavia escludere, per il personale della Polizia di Stato, l'eventualità di contatti con individui affetti da malattie infettive nelle prime fasi dei soccorsi, specialmente in presenza di una massiva affluenza.

Tale rischio è stato enfatizzato, nel corso dell'estate 2014, dai mass media, che hanno segnalato casi di malattie infettive tra gli operatori, (si è parlato addirittura di 40 casi) creando un comprensibile, quanto immotivato, clima di allarme sia negli operatori stessi sia nella popolazione. La tubercolosi e l'Ebola sono state le malattie più citate e, riguardo a quest'ultima, la concomitanza dell'epidemia dell'ultimo anno con il massiccio fenomeno degli sbarchi, ha contribuito a far circolare il terrore che la malattia potesse essere importata nel nostro Paese.

È sempre difficile, con il linguaggio della scienza, contrastare il sensazionalismo e l'allarme con i quali si propagano notizie incontrollate; la velocità di comunicazione degli attuali media, la mancanza di opportune verifiche, possono poi contagiare, in maniera più perniciosa degli stessi agenti biologici, anche insospettabili strati della popolazione: "Il male che è nel

mondo viene quasi sempre dall'ignoranza, e la buona volontà può fare guai quanto la malvagità, se non è illuminata" (Albert Camus, La peste).

Sofferenti ma in buona salute

In realtà, i dati ufficiali ci permettono di affermare che i migranti che arrivano sulle nostre coste sono sostanzialmente in buona salute, anche se provati dal viaggio. Presentano patologie connesse alle condizioni proibitive cui sono stati sottoposti quali: colpi di sole e di calore, assideramento, lesioni da decubito dovute alla posizione forzata sui barconi, stati di disidratazione.

Per quanto riguarda il rischio Ebola, lo studio dei flussi migratori indica che i migranti, che partono dalle zone dell'Africa sub-sahariana, arrivano sulle coste italiane anche dopo 4-5 mesi di viaggio. Se questi tempi vengono rapportati a quelli di incubazione dell'Ebola (dai 2 ai 21 giorni, generalmente 5-10), si può concludere come la possibilità, che soggetti infettati dal virus possano entrare in Italia con gli sbarchi, sia piuttosto astratta.

Le malattie da contagio più frequentemente riscontrate nei migranti sono state: scabbia, pediculosi e tubercolosi.

La scabbia e la pediculosi, quest'ultima molto diffusa nelle nostre comunità scolastiche, non rappresentano patologie che mettono a rischio la vita, tuttavia vengono temute dagli operatori del soccorso soprattutto per la possibilità di trasmetterle ai propri familiari. La scabbia, ritornata a preoccupare ultimamente l'opinione pubblica, viene trasmessa attraverso il contatto prolungato tra le epidermidi, oppure mediante contatti sessuali con un'altra persona infetta, più raro il contagio attraverso vestiti, biancheria, mobili e superfici con le quali una persona infetta sia venuta in contatto. Se non curata la scabbia non guarisce, tuttavia è spesso sufficiente un'unica applicazione di trattamento locale per risolvere l'infezione, anche se il prurito può persistere per alcuni giorni. Peraltro, la difficoltà di differenziare le lesioni cutanee tipiche della malattia con quelle da grattamento, dovute ad al-



tre condizioni, come gli eczemi e le punture di insetti, anch'esse situazioni frequenti nei migranti, genera spesso allarme.

Maggiori problemi pone la tubercolosi, che, del resto, non è mai scomparsa in Italia, anche se si è molto ridotta negli ultimi 60 anni. Nelle ultime due decadi, l'incidenza della malattia nella popolazione italiana è risultata stabile, attestandosi a 5 casi ogni 100mila abitanti. È ipotizzabile, invece, che l'incidenza della malattia tra gli immigrati sia 10 volte superiore. In Europa vi sono comunque Paesi che hanno riportato tassi di notifica ancor superiori, come la Romania e la Lituania, dove, peraltro, sono presenti ceppi di malattia antibioticoresistenti, di più difficile trattamento.

Vademecum on line per gli operatori

In tali contesti, a fronte delle crescenti preoccupazioni del personale impegnato nell'emergenza immigratoria, l'Amministrazione, contando sulla presenza capillare sul territorio dei medici della polizia, ha provveduto a mettere in atto una serie di interventi, quali l'implementazione e la divulgazione delle linee guida, già esistenti in materia di rischio biologico, con una puntuale definizione delle misure igienico-comportamentali, cui attenersi nello svolgimento dei servizi. Contestualmente è stato preparato un vademecum fotografico informativo sull'utilizzo dei dispositivi individuali di protezione (dpi), facilmente accessibile agli operatori, poiché visionabile sul sito istituzionale della Polizia di Stato.

A tutela del personale, in tutte le condizioni di rischio potenziale di infezione (nelle attività iniziali di soccorso, trasferimento e fotosegnalamento dei migranti, specie se in presenza di un elevato numero di soggetti) e non solo limitatamente ai casi di documentata esposizione a soggetti portatori di forme contagiose, i medici della polizia, in collaborazione con strutture sanitarie di riferimento, ospedaliere ed universitarie, hanno attivato un programma di sorveglianza sanitaria per la tubercolosi.

È importante precisare che il programma del monitoraggio è andato oltre quanto previsto dalle linee-guida nazionali ed internazionali in materia ed è stato adottato al fine di esplorare possibili ed ulteriori profili di rischio nella popolazione costituita dagli operatori della Polizia di Stato, la cui attività avviene in situazioni non prevedibili, spesso confuse e concitate.

Tutto il personale, in caso di contatto a rischio di tipo "biologico" viene visitato e qualora venga confermato il "potenziale" rischio, viene inserito in un protocollo di sorveglianza sanitaria che inizia con l'esecuzione di accertamenti clinici a "tempo zero", poi ripetuti, secondo gli attuali schemi infettivologici di riferimento, per monitorare l'eventuale sviluppo di quelle malattie infettive per le quali è stato ipotizzato il rischio.

Al giugno 2015, sono stati valutati circa 7mila dipendenti,



che sono stati sottoposti a visita medica e successiva esecuzione di specifici test diagnostici.

Inizialmente il riscontro di casi di positività al test di Mantoux è stato spesso male interpretato dai media, che lo hanno scambiato per malattia tubercolare conclamata. Una positività al test di Mantoux è invece indice di un contatto pregresso, non cronologicamente specifico, del soggetto con il batterio della tubercolosi, ma non prova lo stato di malattia.

Risultati confortanti

Oggi possiamo affermare che le risultanze del programma sanitario messo in atto sono confortanti, essendosi registrati soltanto sporadici casi di cutiversione (positivizzazione al test di Mantoux di un operatore inizialmente risultato negativo), per i quali non si può escludere l'ipotesi che ciò sia dipeso da contatti con soggetti affetti da TBC in fase attiva, durante le fasi di accoglienza. Nessuno dei nostri operatori si è ammalato.

I risultati dello studio, che è peraltro estremamente interessante per l'assenza di analoghe indagini epidemiologiche estese a così ampie fasce di popolazione, ridimensionano quindi i timori.

Infatti sono state evidenziate percentuali di positività sovrapponibili a quelle riscontrabili in altri settori della popolazione, con una stratificazione crescente correlata all'aumentare dell'età, indice di esposizioni "storiche", legate alla realtà epidemiologica della malattia in Italia, e non ad un subentrato rischio professionale.

Tali dati, che troveranno verosimilmente ulteriori conferme dagli approfondimenti in corso, porteranno ad una rimodulazione del programma di screening, secondo linee procedurali scientificamente validate.

È fondamentale, tuttavia, tenere alta l'attenzione su tutti gli aspetti sanitari, ivi compreso quello relativo ai vissuti emozionali che tali servizi sicuramente comportano, al fine di consentire ai nostri uomini ed alle nostre donne di lavorare con tranquillità, per quanto possibile, in un compito così gravoso e meritorio. ❖

**dirigente superiore medico della Polizia di Stato
direttore Servizio affari generali - Direzione centrale di sanità*