



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DELL'INSUBRIA

Dipartimento di Biotecnologie e Scienze della Vita

Dottorato di Ricerca in Medicina Clinica e Sperimentale e *Medical Humanities* XXXII

Ciclo

Curriculum “*Medicina e Scienze Umane*”

settore scientifico disciplinare MED/17 MALATTIE INFETTIVE

Coordinatore: Ch.mo Prof. Marco Cosentino

Un ambulatorio per migranti: un'opportunità di Medicina Transculturale

Docente Guida

Ch.mo Prof. Mario Picozzi

Dottorando

Dr Jacopo Testa

Matricola 616313

Anno Accademico 2018/2019



UNIVERSITÀ
DEGLI STUDI
FIRENZE

DIPARTIMENTO DI
MEDICINA SPERIMENTALE
E CLINICA

Florence, 4 December 2020

For the attention of:

Prof. Marco Cosentino, Coordinator of the Ph.D. Course in Experimental and Clinical Medicine and Medical Humanities, University of Insubria, Varese, Italy.

Review Report on the PhD thesis by Dr Jacopo Testa titled “Un ambulatorio per migranti: un'opportunità di Medicina Transculturale”.

The thesis consists on 229 pages organized in four parts. In the first part the author provide an up to date state of the art on the migration phenomenon starting from the global scenario and focusing on the European and Italian setting. Organization of health systems and specific aspects of migrant health are described in depth. At the end of the first part in the chapter entitled “razionale della ricerca” the author provide an overview of his activities during the four year period of his PhD highlighting the different setting where he has worked and the difficulties encountered when approaching the organization of an outpatient service for migrants.

In the second part the author clearly report the results of a retrospective study carried out in the Centro per le Malattie Tropicali, IRCCS Sacro Cuore Don Calabria, Negrar, Verona. The study design is simple but the results are very interesting and provide a clear picture of the main health problems in newly arrived migrants and on the screening and the management strategies implemented in a referral centre.

In the third part of the thesis the author describe the implementation of an outpatient service for migrants at the Infectious Disease of Busto Arsizio, Varese highlighting the difficulties of this peripheral setting and the strategies implemented to overcome the problems. He also provide a report of a training event organized in Busto Arsizio on migrant health.

The fourth part contain the discussion and the conclusions which are consistent with the previous parts of the thesis.

In my opinion the thesis can be admitted to the oral defense in front of the Committee which will award the PhD title.

Prof. Lorenzo Zammarchi
Department of Experimental and Clinical Medicine
University of Florence
Florence



Alla c.a. del Prof. Marco Cosentino
Coordinatore del Corso di Dottorato in
Medicina Clinica e Sperimentale e Medical Humanities
Università degli Studi dell'Insubria

Oggetto: TESI DI DOTTORATO DEL DOTT. JACOPO TESTA: GIUDIZIO IN QUALITÀ DI REVISORE

Gent.mo Collega,

dopo aver preso visione dell'elaborato di tesi di Dottorato in oggetto, dal titolo: *"Un ambulatorio per migranti: un'opportunità di Medicina Transculturale"*, predisposta dal Dott. Jacopo Testa sotto la supervisione del Docente guida Prof. Mario Picozzi per il XXXII Ciclo di Dottorato - Curriculum "Medicina e Scienze Umane", esprimo – in sintesi – le seguenti valutazioni:

- la tematica affrontata è di sicuro interesse e di buona originalità;
- la documentazione bibliografica di riferimento utilizzata e citata nel testo è ben rappresentativa della tematica (*manca però, nella versione che mi è stata inviata, la Bibliografia finale che va inserita*);
- la modalità espositiva è piuttosto chiara e consequenziale;
- la parte introduttiva (PRIMA PARTE) offre una cornice interpretativa adeguata raccogliendo buona parte del dibattito scientifico in corso a livello internazionale e nazionale;
- la parte sperimentale (SECONDA E TERZA PARTE), illustrativa delle ricerche condotte in corso di assistenza nei territori di Verona e Busto Arsizio, è ben articolata e completa nella illustrazione dei risultati (*con qualche piccola inesattezza relativa alla significatività statistica*);
- la discussione e le conclusioni (QUARTA PARTE) risultano complessivamente coerenti con le premesse;
- il dottorando ha dimostrato di avere - oltre alla competenza clinica - una buona capacità di lettura critica rispetto alle diverse e complesse dimensioni del fenomeno analizzato, coniugando adeguatamente gli aspetti strettamente scientifici e clinico-assistenziali con quelli socio-culturali e relativi alle politiche per la salute dei migranti.

Concludendo, ritengo che la tesi può essere ammessa alla difesa orale dinanzi alla Commissione giudicatrice.

Roma, 28 dicembre 2020

 SAPIENZA
UNIVERSITÀ DI ROMA
MAURIZIO MARCECA
PROFESSORE ASSOCIATO DI IGIENE
DIPARTIMENTO DI SANITÀ PUBBLICA
E MALATTIE INFETTIVE


SOMMARIO

PRIMA PARTE	11
INTRODUZIONE	12
DEFINIZIONI E LEGISLAZIONE	15
FLUSSI MIGRATORI	22
DATI INTERNAZIONALI	22
DATI EUROPEI	28
DATI ITALIANI	34
MOTIVAZIONI	40
MEDICINA TRANSCULTURALE	46
ACCESSO ALLE CURE	63
DONNE E MIGRAZIONE: TRA DIFFICOLTA' E REALTA'	69
CARATTERISTICHE CLINICHE	75
SCREENING	77
PRIMO ARRIVO – LO SBARCO	82
PRIMA E SECONDA ACCOGLIENZA	83
PATOLOGIE INFETTIVE	85
PATOLOGIE CRONICHE NON INFETTIVE	105
SALUTE MENTALE	107
SECONDA PARTE	108
RAZIONALE DELLA RICERCA	109
OBIETTIVI DELLO STUDIO	110
OBIETTIVI GENERALI DELLO STUDIO	110
OBIETTIVI SECONDARI DELLO STUDIO	110
MATERIALI E METODI	111
DISEGNO DELLO STUDIO	111
POPOLAZIONE DELLO STUDIO	111
CRITERI DI INCLUSIONE	111
CRITERI DI ESCLUSIONE	111
PROCEDURE DELLO STUDIO	112
ESAMI DI LABORATORIO	113
GESTIONE DEI DATI ED ANALISI STATISTICA	113
RISULTATI	116
POPOLAZIONE DELLO STUDIO	116
VALUTAZIONI CLINICHE	121
DATI RIASSUNTIVI	149
ANALISI MULTIVARIATE	152
CAS DEL TERRITORIO DI VERONA	158
FOLLOW-UP	166
STORIE E TORTURE	169
CREAZIONE DI UN LIBRETTO SANITARIO	183

TERZA PARTE	191
CREAZIONE DI UN AMBULATORIO MIGRANTI	193
ORGANIZZAZIONE DI EVENTO FORMATIVO	211
QUARTA PARTE	213
DISCUSSIONE	214
CONCLUSIONI	229
BIBLIOGRAFIA	232

ELENCO DELLE ABBREVIAZIONI

Ab	Anticorpi
AIDS	Sindrome da Immunodeficienza Acquisita
ASGI	Associazione per gli Studi Giuridici
BCG	Bacillo di Calmette-Guérin
CARA	Centro di Accoglienza per Richiedenti Asilo
CAS	Centri di Accoglienza Straordinaria
CCA	Circulating Cathodic Antigen
CESTIM	Centro Studi Immigrazione
CPR	Centri di permanenza per rimpatri
CPSA	Centri di Primo Soccorso e Accoglienza
CRF	Case Report Form-Scheda Raccolta Dati
DALYs	Disability-adjusted life years
DDL	Disegno di Legge
DGB	<i>Dientamoeba, Giardia, Blastocystis</i>
DM	Diabete mellito
DOT	Directly Observed Therapy
DPR	Decreto del Presidente della Repubblica
ECDC	Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie
ECG	Elettrocardiogramma
EEA	Spazio Economico Europeo
EhEdC	<i>Entamoeba histolytica, Entamoeba dispar e Cryptosporidium</i>
ELISA	Saggio immuno-assorbente legato ad un enzima
ENI	Europeo Non Iscritto
GISPI	Gruppo di Interesse e Studio Patologie d'Importazione
GrIS	Gruppo Immigrazione e Salute
HBV	Virus dell'Epatite B
HCV	Virus dell'Epatite C
HIV	Virus dell'Immunodeficienza umana
HPV	Papillomavirus
ICT	Test immuno-cromatografico
IFAT	Immunofluorescenza indiretta
IGRA	Test di rilascio dell'interferone gamma
INMP	Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà
IOM – OIM	International Organization for Migration
IQR	Range interquartile
IRC	Insufficienza renale cronica
IRCCS	Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico
ISMU	Iniziative e Studi sulla Multietnicità
ISS	Istituto Superiore di Sanità
ISTAT	Istituto Nazionale di Statistica
ITL	Infezione Tubercolare Latente
IUD	Dispositivo intrauterino
IVG	Interruzione Volontaria di Gravidanza
LEA	Livelli essenziali di assistenza

LGBTI	Lesbiche, gay, bisessuali, transessuali (o trans), intersessuati (o intersessuali)
MGF	Mutilazioni genitali femminili
MMG	Medico di Medicina Generale
MRGE	Malattia da reflusso gastro-esofageo
MST	Malattie Sessualmente Trasmesse
MTN	Malattie Tropicali Neglette
MV	Murmure vescicolare
OMS (WHO)	Organizzazione Mondiale della Sanità
ONG	Organizzazione Non Governativa
ONU (UN)	Organizzazione delle Nazioni Unite
OR	Odds Ratio
PAP-test	Test di Papanicolaou
PCR	Polymerase Chain Reaction
PLS	Pediatra di Libera Scelta
PS	Pronto Soccorso
PTSD	Disturbo post-traumatico da stress
RMN	Risonanza magnetica nucleare
RPI	Richiedenti Protezione Internazionale
RX	Radiografia
<i>Schistosoma spp</i>	Specie <i>Schistosoma</i> (<i>Schistosoma haematobium</i> , <i>Schistosoma mansoni</i> , <i>Schistosoma japonicum</i> , <i>Schistosoma mekongi</i> , <i>Schistosoma intercalatum</i>)
SIMM	Società Italiana di Medicina delle Migrazioni
SPRAR	Sistema di protezione e accoglienza per richiedenti asilo e rifugiati
SSN	Sistema Sanitario Nazionale
STP	Straniero Temporaneamente Presente
StSch	<i>Strongyloides stercoralis</i> , <i>Schistosoma spp</i> , <i>Hymenolepis</i>
TARV	Terapia anti-retrovirale
TB	Tubercolosi
TC	Tomografia computerizzata
TEAM	Tessera Europea di Assicurazione Malattia
TST	Test di Mantoux
UE (EU)	Unione Europea
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugees
UNICEF	United Nations Children's Fund
USA (US)	Stati Uniti d'America
WAHA	Women and Health Alliance International

A Shady, Basel, Boxhan, perché senza la vostra amicizia tutto questo non sarebbe mai iniziato

Al mio Maestro Gerry e a Salvatore, per avermi accompagnato lungo la strada da percorrere

Alla piccola Lea, perché tutto questo abbia un senso per il futuro

“Niente è più doloroso per gli uomini che l’andare errando”.

OMERO. *Odissea*
ANDREA COZZO. *Stranieri. Figure dell’altro nella Grecia antica*

PRIMA PARTE

INTRODUZIONE

Un mondo che si considera prospero e civile, segnato da disuguaglianze e squilibri al suo interno, ma forte di un'amministrazione stabile e di un'economia integrata; all'esterno, popoli costretti a sopravvivere con risorse insufficienti, minacciati dalla fame e dalla guerra, e che sempre più spesso chiedono di entrare; una frontiera militarizzata per filtrare profughi e immigrati; e autorità di governo che debbono decidere volta per volta il comportamento da tenere verso queste emergenze, con una gamma di opzioni che va dall'allontanamento forzato all'accoglienza in massa, dalla fissazione di quote d'ingresso all'offerta di aiuti umanitari e posti di lavoro.

ALESSANDRO BARBERO, *Immigrati, profughi, deportati nell'Impero Romano*.

Sebbene i comuni mezzi di informazione, soprattutto in campo europeo, da ormai 20-30 anni si riferiscano al fenomeno migratorio come a un'emergenza, questo è presente a livello mondiale fin dai primi sviluppi dell'evoluzione umana. Come ci ricorda Palidda: "le migrazioni fanno parte delle mobilità umane e in quanto tali sono presenti in tutte le società, come fatti collettivi o individuali indotte da cause molteplici"; quando ci si riferisce a questa tematica, bisognerebbe inoltre sostituire il termine "fenomeno migratorio" con quello di popolo migrante, poiché costituito da persone, ognuna con caratteristiche uniche, peculiari e irripetibili (1).

L'essere umano migra da almeno due milioni di anni: a partire dall'Africa, da quelle zone che ora corrispondono ad Eritrea, Somalia, *Homo Sapiens* ha intrapreso il suo lungo viaggio, stabilendosi in tutto il globo (2,3). In particolare, è stato stabilito che 1.8 milioni di anni fa qualcuno è riuscito ad arrivare ai confini fra Europa e Asia, poco dopo (1.5 milioni di anni fa) fino alla Cina e infine, dopo 500.000 anni anche in Indonesia (4); questa si tratterebbe della prima grande migrazione del genere *Homo*, in forme umane ma ancora anatomicamente arcaiche. La successiva migrazione, a partire da 100.000 anni fa, ha invece riguardato la nostra attuale specie, ovvero *Homo sapiens*, che attraversando Egitto e Israele, si è diffuso in migliaia di anni in tutto il pianeta: "siamo gli immigrati che hanno rapidamente costretto a uscire di scena i vecchi residenti, i vecchi europei, i vecchi asiatici, e nel giro di poche migliaia di anni hanno preso possesso dell'intero pianeta" (5). In questa frase Barbuiani sembra aver descritto quanto paventato da una parte politica, attualmente molto diffusa in tutta Europa, circa la possibile invasione da parte di persone provenienti dall'Africa sub-sahariana. Al contrario, si

tratta di quanto avvenuto in Europa, prima popolata da *Homo Neanderthal* (nome che deriva dalla valle in Germania dove furono scoperti alcuni resti), successivamente soppiantato proprio dalla nostra specie di *Homo sapiens* intorno a 45.000 anni fa; questi individui, passando dall'attuale Egitto, Palestina e successivamente Medio Oriente e Anatolia, si sono localizzati piano piano in tutto il nostro continente (6). Essi avevano la pelle scura, cacciavano già in gruppo ed erano portatori di tecnologie all'avanguardia per l'epoca. Successivamente, intorno a 29.000 anni fa, piano piano anche negli altri continenti rimase unicamente il nostro antenato comune proveniente dall'Africa (Figura 1) (5). Sono varie le teorie che hanno descritto le motivazioni secondo cui questa specie proveniente dall'Africa sia riuscita a "conquistare" il mondo: sicuramente le più verosimili rimangono quelle descritte da Charles Darwin nel suo celebre libro "L'origine della specie": il bipedismo (il passaggio alla stazione eretta), l'encefalizzazione (il nostro cranio si è espanso rispetto ad altri primati e la nostra è l'unica specie dove il cervello continua a crescere dopo la nascita) e la facoltà del linguaggio (7).

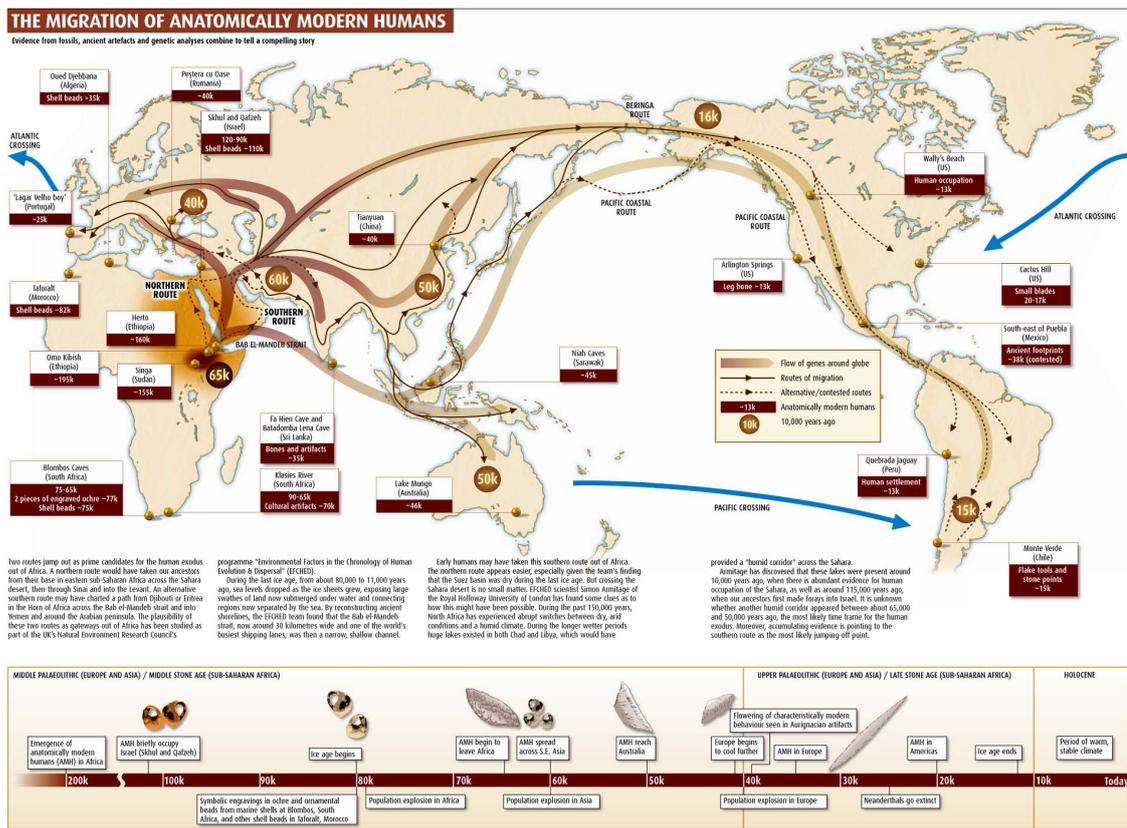


Figura 1: Percorsi utilizzati da *Homo sapiens* nella "conquista del globo". Fonte da <https://www.newscientist.com/article/mg19626271-800-going-global-how-humans-conquered-the-world> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Ora dopo migliaia di anni dal primo viaggio di *Homo sapiens*, ci ritroviamo quasi nella medesima situazione, ma a parti invertite: quella che viene considerata la società do-

minante occidentale non desidera accogliere l'immigrato o àtopos, "persona fuori luogo", individuo non classificabile e privo di un proprio spazio all'interno della società che andrà ad ospitarlo. Il migrante infatti non è considerato né cittadino né straniero, egli è votato all'eterna contraddizione e alla non appartenenza; Dal Lago ne esplicita meglio le caratteristiche, che qui vogliamo anticipare: "L'inquietudine che gli immigrati generano (cioè la presunta minaccia che creerebbero tra chi li 'ospita') nasce dal fatto che i migranti sono soggetti de-territorializzati e parzialmente de-culturati; di fatto essi mostrano che si può vivere altrove e senza il paese d'origine, insomma dimostrano che il territorio e la cultura non sono indispensabili all'esistenza (...)">^a.

La storia dell'uomo è stata quindi caratterizzata da grandi flussi migratori, portando profonde spinte innovatrici in campo culturale e sociale: l'Europa stessa non è da meno, per almeno quattro secoli ha esportato persone verso il continente americano e africano, prevalentemente a scopo dominante e colonizzante. Tra la fine del XIX e l'inizio del XX secolo, ovvero nella cosiddetta rivoluzione industriale, il Nord-America e l'Australia hanno assorbito il 20% dell'aumento della popolazione europea, portando circa 50 milioni di cittadini europei in altri continenti ^{b,c}; questo movimento eurofugo è proseguito anche durante le due guerre mondiali e solo nel 1950 il saldo migratorio tra Europa e resto del mondo è divenuto positivo. Successivamente il flusso migratorio si è invertito a favore dell'importazione di manodopera da paesi a basso e medio reddito (incluso anche migrazioni interne a partenza dalla stessa Italia, Irlanda, Polonia) prevalentemente da parte di Svizzera, Germania, Francia; quest'ultima è stata interessata, attraverso i celebri legami coloniali, anche da una vasta immigrazione proveniente dall'Algeria, come la Gran Bretagna dai paesi del Commonwealth, o Olanda, Belgio e Portogallo dalle nazioni a loro legate (8). Questo flusso migratorio in quel momento sembrava assicurare sia l'economia di partenza attraverso le consistenti rimesse che pervenivano durante l'anno, sia i paesi di destinazione che acquisivano manodopera a basso prezzo. Lo sviluppo economico, la spiccata industrializzazione sviluppatasi negli anni '70-'80 ha portato una riduzione della domanda occupazionale, favorendo personale più qualificato e soprattutto andando incontro a una saturazione del mercato occupazionale. Questo ha determinato un inasprimento delle politiche migratorie con conseguente progressiva chiusura delle frontiere all'esterno dell'Europa, favorita anche da una inadeguata gestione e pianificazione dei flussi.

^a Brano tratto da Dal Lago A, *Esistono davvero i conflitti tra culture?*. In Galli C (a cura di). *Multiculturalismo*. Bologna: Società editrice Il Mulino; 2006.

^b Widgren J. *Se i flussi aumentano*. In *Politica Internazionale*. Roma: Ipalmò; 1991. Citato in Geraci S (a cura di). *Immigrazione e salute: un diritto di carta?* Roma: Edizioni Anterem; 1996.

^c Melotti U. *Migrazioni, divisioni del lavoro, cultura*. In *Lontano da dove*. La nuova immigrazione e le sue culture. Milano: Francoangeli Edizioni; 1990. Citato in Geraci S (a cura di). *Immigrazione e salute: un diritto di carta?* Roma: Edizioni Anterem; 1996.

DEFINIZIONI E LEGISLAZIONE

L'aspetto normativo che riguarda la popolazione migrante a livello internazionale e nazionale è molto ricco e variegato. Lascia però stupefatti il fatto di come vi sia un grande divario tra i diritti "sanciti" idealmente e legalmente e i diritti effettivamente garantiti (9, 10). La trattazione di questi argomenti esula dall'ambito della ricerca; ciò nonostante saranno fatti alcuni richiami per quanto riguarda definizioni e principali documenti afferenti al quadro normativo relativo alla salute dei migranti.

Quando ci si avvicina allo studio delle migrazioni, possono emergere termini come "profughi", "clandestini", o appellativi anche peggiori di stampo razzista e/o sessista. Il peso delle parole è importantissimo, soprattutto quando affrontiamo questo ambito: "di alcuni atti linguistici non va valutata la verità o la falsità, ma per esempio, l'efficacia. Così le scommesse, le dichiarazioni d'amore, le dichiarazioni di guerra, le promesse. In questo senso, per esempio, l'esistenza della Padania assomiglia più a una scommessa che a un'asserzione descrittiva. E se la scommessa è vinta, la Padania esiste."^d. E' pertanto fondamentale sottolineare come la terminologia sia imprescindibile, come il nostro apparato giuridico ci ricorda: febbraio 2020, il Giudice di secondo grado nella sentenza N. 1852/2017 R.G. e al N. 1914/2017 R.G., ha respinto l'appello della Lega Nord e del suo Presidente della Sezione di Saronno, confermando che indicare come "clandestini" i richiedenti protezione internazionale (RPI) costituisce comportamento discriminatorio e molesto per ragioni di razza ed etnia; infatti tale terminologia attribuisce loro un comportamento illegale, non conforme al loro status assolutamente tutelato dalle legge italiana e internazionale (11).

Secondo l'Organizzazione Internazionale delle Migrazioni (IOM/OIM), un migrante è una qualsiasi persona che si sta muovendo o ha già attraversato un confine internazionale oppure una località diversa dalla sua abituale residenza, indipendentemente da: sua posizione legale, volontarietà o involontarietà del viaggio, quali siano le cause alla base della scelta e per quanto tempo stia in tale zona ^e. In una definizione più accurata al contesto europeo, il migrante è definito come la "persona che è al di fuori del territorio dello Stato di nazionalità o cittadinanza e che ha risieduto in un paese straniero per più di un anno indipendentemente dalle cause, volontarie o involontarie, e dai mezzi, regolari o irregolari, usati per la migrazione. Nel contesto dell'Unione Europea (UE/EU), persona che:

^d D'Eramo M. Lo sciamano in elicottero. Milano: Feltrinelli Editore; 1999. Tratto da Aime M. Eccessi di culture. Torino: Einaudi editore; 2004.

^e Definizione elaborata da IOM. Disponibile a <https://www.iom.int/key-migration-terms>. Ultimo accesso il 10 gennaio 2021.

1. stabilisce la sua dimora abituale nel territorio di uno Stato membro UE per un periodo che è, o dovrebbe essere, di almeno dodici mesi, dopo aver avuto in precedenza la residenza in un altro Stato membro o in un paese terzo; oppure
2. avendo avuto in precedenza la residenza nel territorio di uno Stato membro UE, cessa di avere la sua dimora abituale in tale Stato membro per un periodo che è, o dovrebbe essere, di almeno dodici mesi” (12).

In questo lavoro di ricerca affronteremo prevalentemente la figura del migrante forzato, ovvero persone soggette a un movimento migratorio caratterizzato da elementi di coercizione derivati da calamità naturali o da cause umane, comprese le minacce alla vita e al sostentamento (ad esempio, i movimenti di rifugiati e sfollati interni, nonché di persone sfollate a causa di calamità naturali o ambientali, disastri chimici o nucleari, carestia o per progetti di sviluppo)^f.

Il concetto di sfollato, o in inglese di internally displaced person, è molte volte confuso con quello di rifugiato. Gli sfollati interni sono persone costrette a lasciare le loro abitazioni per motivi simili a coloro che poi richiedono protezione internazionale (conflitti armati, violazioni dei diritti umani, episodi climatici), ma senza attraversare un confine internazionale e rimanendo all'interno del loro stesso paese^g.

RPI è una persona che ha richiesto di essere riconosciuto come rifugiato o protetto con un'altra forma e che è in attesa di tale responso; dal momento della compilazione della domanda, risultano persone regolarmente soggiornanti (13).

Lo status di rifugiato è regolato a livello universale dalla Convenzione di Ginevra sullo Status dei Rifugiati del 1951 e dal Protocollo di New York del 1967 (14,15). La convenzione di Ginevra, stipulata dopo la seconda guerra mondiale, all'articolo 1 definisce rifugiato colui “che temendo a ragione di essere perseguitato per motivi di razza, religione, nazionalità, appartenenza ad un determinato gruppo sociale o per le sue opinioni politiche, si trova fuori del Paese di cui è cittadino e non può o non vuole, a causa di questo timore, avvalersi della protezione di questo Paese; oppure che, non avendo cittadinanza e trovandosi fuori del Paese in cui aveva residenza abituale a seguito di tali avvenimenti, non può o non vuole tornarvi per il timore di cui sopra” (14). Tale persona potrà quindi godere dei diritti fondamentali, quali la libertà personale, di pensiero, di movimento e diritti socio-economici, ovvero il diritto al lavoro, allo studio, all'assistenza sanitaria. All'articolo 10 della nostra Costituzione troviamo una parte ri-

^f Definizione elaborata da “European Migration Network sulla base di IOM, Glossary on Migration, II ed.. Ginevra, 2011”.

^g Definizione elaborata da “United Nations. Guiding Principles on Internal Displacement, E/CN.4/1998/53. New York, 1998.”.

servata alla condizione giuridica dello straniero, in cui è esplicitato che la sua condizione giuridica e la tutela sono garantiti attraverso norme conformi al diritto internazionale. La figura giuridica del rifugiato è infatti inclusa all'interno della nostra Costituzione all'art. 10 comma 3: *“lo straniero al quale sia impedito nel suo Paese l'effettivo esercizio delle libertà democratiche garantite dalla Costituzione italiana, ha diritto d'asilo nel territorio della Repubblica, secondo le condizioni stabilite dalla legge”* (16). Vale la pena ricordare quali siano le libertà democratiche sancite dal documento, ovvero la proibizione della tortura, libertà di pensiero, coscienza, religione ed espressione, libertà di riunione e associazione, proibizione della schiavitù e del lavoro forzato, divieto di discriminazione, diritto alla vita, diritto alla libertà, sicurezza e all'equo processo. L'Italia ha ratificato la Convenzione di Ginevra nel 1954 e nel 1990 ha eliminato la limitazione geografica che permetteva solo ai cittadini europei di presentare domanda di asilo politico (17).

In Italia, a chi è titolare di tale permesso è concesso:

- Permesso di soggiorno della durata di 5 anni, rinnovabile.
- Documento di viaggio della durata 5 anni. Può essere ritirato se sussistono «gravissimi motivi» attinenti alla sicurezza nazionale e l'ordine pubblico.
- Il ricongiungimento familiare.
- Di godere del medesimo trattamento previsto per il cittadino italiano in materia di accesso al lavoro subordinato, lavoro autonomo, iscrizione albi professionali, formazione professionale e tirocinio sul luogo del lavoro.
- L'accesso al Pubblico Impiego con le medesime modalità e limitazioni previste per i cittadini dell'UE.

Qualora non vi fossero le condizioni per ottenere lo status di rifugiato, è possibile acquisire quello di protezione sussidiaria, ovvero diventando un cittadino straniero che non possiede i requisiti per essere riconosciuto come rifugiato ma nei cui confronti sussistono fondati motivi di ritenere che, se ritornasse nel Paese di origine, o, nel caso di un apolide, se ritornasse nel Paese nel quale aveva precedentemente la dimora abituale, correrebbe un rischio effettivo di subire un grave danno (...) e il quale non può o, a causa di tale rischio, non vuole avvalersi della protezione di detto Paese. In Italia acquisisce così i seguenti diritti:

- Permesso di soggiorno di durata di 5 anni.
- Consentito il ricongiungimento familiare.
- Consentito l'accesso al lavoro (subordinato, autonomo, formazione professionale, tirocinio) ed allo studio (di ogni ordine e grado) ed è convertibile in motivi di lavoro se sussistono i requisiti.
- In materia di assistenza sociale e sanitaria ha il medesimo trattamento riconosciuto al cittadino italiano.

- E' consentito l'accesso agli alloggi di edilizia pubblica («case popolari») in parità di trattamento con il cittadino italiano.

Al fine di approfondire meglio la legislazione e relativi diritti e doveri delle persone, si elencano alcuni dei principali documenti (con relativa data di emanazione) che regolano la tutela e di diritti delle persone, siano esse migranti o non:

- Dichiarazione Universale dei Diritti Umani (1948)
- Costituzione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (1946)
- Carta Sociale Europea (1961)
- Convenzione Internazionale sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione razziale (1965)
- Patto internazionale sui diritti economici, sociali e culturali (1968)
- Patto internazionale sui diritti civili e politici (1966) e dei suoi due protocolli opzionale (1966 e 1989)
- Convenzione sull'eliminazione di ogni forma di discriminazione contro le donne (1979) e il suo protocollo opzionale (1999)
- Carta africana dei diritti dell'uomo e dei popoli (1981)
- Convenzione contro la tortura e altre pene e trattamenti crudeli, inumani o degradanti (1984) e il suo protocollo opzionale (2002)
- Convenzione americana sui diritti umani (1969)
- Protocollo addizionale sulla Convenzione americana sui diritti umani nel campo dei diritti economici, sociali e culturali (Protocollo di San Salvador - 1988)
- Convenzione sui diritti dell'Infanzia (1989) e i suoi due protocolli opzionali
- Convenzione dell'Organizzazione Internazionale del Lavoro n.169 sui popoli indigeni e tribali (1989)
- Convenzione Europea per la Salvaguardia dei diritti dell'Uomo e delle Libertà fondamentali (1950)
- Convenzione internazionale sulla protezione dei diritti dei lavoratori migranti e dei membri delle loro famiglie (1990)
- Convenzione delle Organizzazione delle Nazioni Unite (ONU/UN) per i diritti delle persone disabili (2006) e il suo protocollo opzionale (2006)
- Convenzione del Consiglio d'Europa sulla contraffazione dei prodotti sanitari e reati affini che rappresentano una minaccia per la salute pubblica (2011)

Nel nostro Paese, la Costituzione italiana ricorda fin dai primi articoli che il mandato per tutti noi è quello di creare un ambiente sociale salubre, ovvero un paese buono per vivere: l'art.2 sancisce che *“la Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo”,* poiché tutti *“hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condi-*

zioni personali e sociali” e l’art. 3 ricorda che “è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l’eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana”. L’articolo successivo richiama al fatto che qualsiasi persona appartenente al nostro Stato “ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un’attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società” (16). L’art. 32 rappresenta una delle disposizioni più all’avanguardia, solo recentemente inserita in altre costituzioni europee: definisce infatti la tutela della salute come diritto fondamentale di ogni “individuo” e come interesse della società. Interessante notare come dopo i principi fondamentali elencati nella prima parte, questo sia il solo “diritto fondamentale”:
“La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti. Nessuno può essere obbligato a un determinato trattamento sanitario se non per disposizione di legge. La legge non può in nessun caso violare i limiti imposti dal rispetto della persona umana.” (16).

Utilizzando il termine “individuo”, si sottolinea come il diritto alla Salute non sia una prerogativa solo del cittadino italiano, ma di ogni essere umano presente sul territorio nazionale, garantendone anche la gratuità delle cure per gli indigenti. Basterebbe rifarsi a quanto descritto per stabilire che qualsiasi migrante, indipendentemente dal suo status giuridico, dovrebbe beneficiare di assistenza sanitaria.

L’Italia risulta essere pertanto un paese molto avanzato dal punto di vista della legislazione, garantendo molti diritti in ambito sanitario, ma di fatto con molte criticità nell’applicazione, con una disparità a seconda delle varie realtà locali (18). Una cosa è infatti avere il diritto, *de jure*, all’assistenza sanitaria, un’altra è avere un sistema che effettivamente sia fruibile, *de facto*. L’accessibilità dei servizi sanitari e la loro effettiva organizzazione sono un tema molto dibattuto non solo per la popolazione straniera, ma anche per quanto riguarda gli stessi cittadini italiani (19). I migranti però, trovandosi con maggior probabilità in condizione di marginalità sociale e con difficoltà in più (comprensione linguistica, aspettative culturalmente determinate, frequenti complicazioni burocratiche), hanno ancor più difficoltà ad accedere alle informazioni e alle procedure adeguate (20,21).

Il nostro Sistema sanitario nazionale (SSN) è rappresentato da quell’insieme di strutture e servizi che hanno lo scopo di garantire a tutti i cittadini, in condizioni di uguaglianza, l’accesso universale alle prestazioni sanitarie. I principi fondamentali su cui si basa il SSN dalla sua istituzione, avvenuta con la legge n.833 del 1978, sono l’universalità, l’uguaglianza e l’equità (22). Quest’ultimo è il principio fondamentale che ha il fine di superare le disuguaglianze di accesso dei cittadini alle prestazioni sanitarie in modo da garantire a chiunque qualità, efficienza, appropriatezza e trasparenza del servizio, fornendo da parte dell’operatore sanitario una comunicazione corretta riguardo alla prestazione sanitaria necessaria per il cittadino e adeguata al suo grado di istruzione e

comprensione. Attraverso la Legge costituzionale n.3 del 18 ottobre 2001, è avvenuta la riforma del Titolo V della Costituzione: in questo modo è stato ampliato il ruolo e le competenze delle autonomie locali, affidando la tutela della salute alla legislazione concorrente tra Stato e Regioni (23). Nota come “federalismo sanitario” e voluta prevalentemente da una parte politica, tale riforma delega a Regioni e alle Province autonome l’organizzazione e la gestione dei servizi sanitari, portando a una eterogeneità e differenziazione. In questo modo si è assistito a una disparità di accesso e trattamento, entrambi estremamente diversificati e iniqui su tutto il territorio nazionale. Le disuguaglianze regionali, ma anche provinciali e locali, hanno creato forti criticità e disparità, negando l’auspicata universalità ed equità di accesso al SSN e la teorica copertura socio-sanitaria in base alle necessità assistenziali dei cittadini (24). Tale trasformazione ha inoltre acuito il controllo del Ministero dell’Economia, pronunciandone il controllo sulla spesa sanitaria, a sfavore del Ministero della Salute. Questo sistema ha, di conseguenza, peggiorato l’implementazione delle indicazioni nazionali, con conseguenti ritardi ed eterogeneità di applicazione (ne sono un esempio le linee guida inerenti i RPI) (25).

Vedremo in seguito quali sono le difficoltà di applicazione di tutto questo, soprattutto nei confronti della popolazione straniera.

L’Italia, per quanto riguarda la popolazione straniera, ha ratificato tutti i principi internazionali menzionati in precedenza, garantendo la tutela della salute delle persone non appartenenti all’Unione europea, anche quelle definite irregolari, attraverso il decreto legislativo n. 286 del luglio 1998: *“Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell’immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”* (26). I principi e le disposizioni contenuti in questo decreto sono stati successivi resi applicativi attraverso l’emanazione del Regolamento di attuazione previsto dallo stesso Testo Unico e dalla circolare del Ministero della Sanità n. 5 del marzo 2000 (27,28). L’art. 35 infatti disciplina l’accesso al SSN da parte degli stranieri irregolarmente presenti in Italia, garantendo:

- cure ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, comprese quelle erogate in regime di day-hospital e pronto soccorso; viene incluso così tutto ciò che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona.
- cure ambulatoriali urgenti ed essenziali, ancorché continuative per malattia e infortunio, compresi i programmi di medicina preventiva e di riabilitazione post-infortunistica, gli interventi di riduzione e prevenzione del danno rispetto ai comportamenti a rischio, nonché i programmi di tutela della salute mentale; in questo modo sono tutelate le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell’immediato e nel breve termine, ma

che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti).

- la tutela sociale della gravidanza e maternità, compreso l'accesso ai consultori familiari, a parità di condizioni con le cittadine italiane.
- La tutela della salute del minore.
- Le vaccinazioni previste dai piani sanitari.
- La profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Sono considerate a carattere preventivo anche le prestazioni erogate dai Servizi per le Tossicodipendenze e Dipendenze e le prestazioni nei confronti di soggetti affetti da infezione cronica da Virus dell'Immunodeficienza umana (HIV). L'erogazione di tali prestazioni è subordinata al rilascio di un codice identificativo a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), riconosciuto su tutto il territorio nazionale (27).

Per quanto riguarda invece i titolari di permesso di soggiorno per richiesta di protezione internazionale e tutti coloro che hanno avuto il riconoscimento dello status di rifugiato e la protezione sussidiaria, hanno tutti diritto all'iscrizione obbligatoria al SSN. L'iscrizione è valida anche per i familiari a carico regolarmente soggiornanti.

Per i RPI la durata dell'iscrizione è annuale (12 mesi), rinnovabile di ulteriori 12 mesi, estesa anche ai ricorrenti in appello, fino alla definizione della pratica, indipendentemente dalla scadenza del documento (cedolino, modulo C3, attestato nominativo, eventuale permesso di soggiorno, ricorso cartaceo). Coloro che sono in attesa di verbalizzare la richiesta di protezione, pur avendo diritto all'iscrizione al SSN, in attesa di avere il Codice Fiscale, sono assistibili attraverso il rilascio del codice STP. Nel momento dell'ottenimento del Codice Fiscale, provvisorio numerico (11 caratteri) o, appena possibile, definitivo alfanumerico (16 caratteri), deve essere iscritto al SSN con l'attribuzione del Medico di Medicina Generale (MMG) o Pediatra di Libera Scelta (PLS). I RPI iscritti al SSN hanno diritto all'esenzione dal pagamento del ticket, attraverso l'attribuzione del codice regionale di esenzione E01, per un periodo di sei mesi dall'iscrizione al SSN, non rinnovabile (valido unicamente in Lombardia).

FLUSSI MIGRATORI

Sappiamo fin troppo bene che quel braccio di mare con una storia millenaria di incontri e di scambi, di traversate e migrazioni continue in tutte le direzioni, oggi non è più una frontiera sicura, ma un confine da pattugliare.

MARCO TRUZZI, *Sui confini. Europa, un viaggio sulle frontiere.*

DATI INTERNAZIONALI

A fine 2017 sono stati stimati 7 miliardi e 600 milioni di abitanti nel mondo, di cui oltre 1 su 30 è un migrante (cioè una persona che si trova fuori del paese in cui è nato o è residente) con un trend in aumento a partire da dopo il secondo conflitto mondiale (Grafico 1).

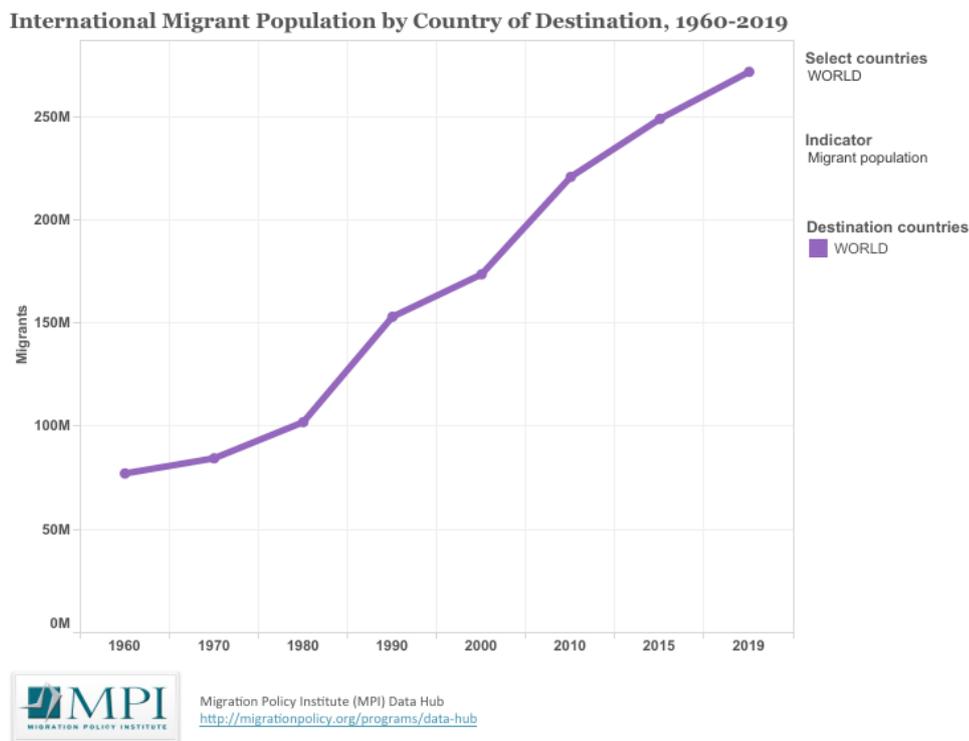


Grafico 1: Andamento dei migranti internazionali dopo il 1960. Fonte: Migration Policy Institute. Disponibile a <https://www.migrationpolicy.org/programs/data-hub/charts/international-migrants-country-destination-1960-2019?width=1000&height=850&ifframe=true> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Negli ultimi dati disponibili dall'OIM relativi al 2019, si tratta di 272 milioni di individui, corrispondenti al 3.5% di tutti gli esseri umani del pianeta, 52% di sesso maschile (29). Tra questi milioni, l'81.6% è rappresentato da persone provenienti da paesi a basso e medio reddito (30).

L'immagine seguente rappresenta i movimenti tra le diverse latitudini: mostra come il maggior flusso di persone sia rappresentato da quello tra parti del sud del mondo, seguito da quello tra sud e nord (Figura 2).

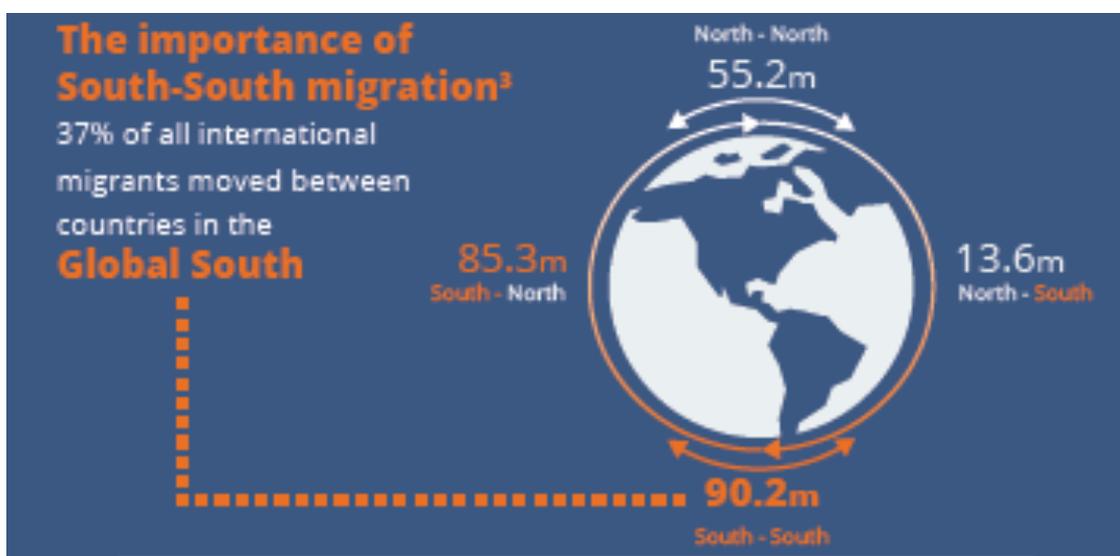


Figura 2: Flussi migratori internazionali a seconda della latitudine di provenienza. Fonte IOM. Disponibile a <https://gmdac.iom.int/gmdac-migfacts-international-migration> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Per quanto riguarda invece i flussi tra continenti, si può vedere come quello asiatico sia il più soggetto a migrazioni sia in entrata che in uscita (Figura 3).

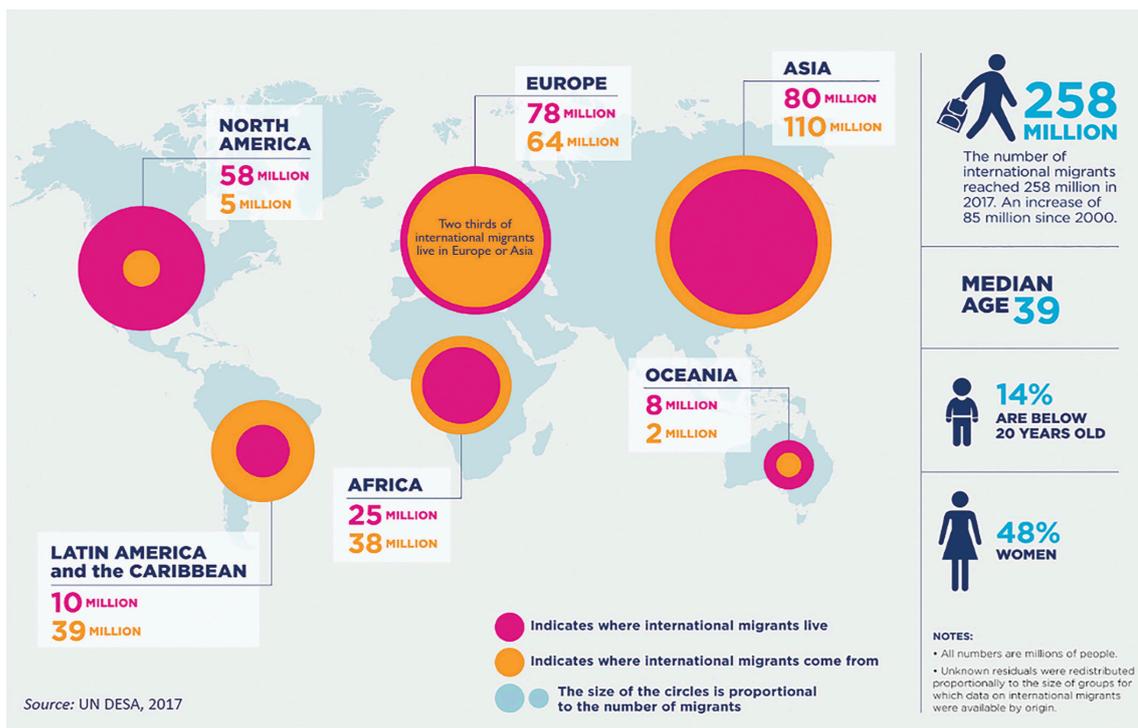


Figura 3: Dati riguardanti i migranti internazionali nel 2017 divisi per continente di provenienza e destinazione. Fonte Nazioni Unite e IOM. Disponibile a https://publications.iom.int/system/files/pdf/global_migration_indicators_2018.pdf (ultimo accesso il 10 gennaio 2021)

I dati fin ora presentati rappresentano i movimenti di tutti i migranti internazionali; da adesso verranno presi in considerazione solo quelli di interesse alla trattazione, ovvero dei migranti forzati.

L'ultimo rapporto dell'United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) "Global Trends-Forced displacement in 2019" descrive uno scenario internazionale sempre più preoccupante (31). Attualmente, nel mondo, si registra il più alto numero di migranti forzati nella storia: 79.5 milioni, di cui il 40% rappresentato da minorenni: circa una persona ogni 113 nel mondo è costretta a lasciare la propria abitazione. Due terzi del totale provengono unicamente da 5 Paesi: Siria, Venezuela, Afghanistan, Sud Sudan e Myanmar. Se posto al confronto al periodo forse più drammatico del secolo scorso, ovvero il 1945 (corrispondente alla fine della Seconda Guerra Mondiale), i migranti forzati furono in totale circa la metà (48 milioni).

Attualmente si riconoscono tra questi:

- 26 milioni di rifugiati
- 45.7 milioni di sfollati interni
- 4.5 milioni di RPI
- 11 milioni sono solo gli sfollati del 2019

Parte della stampa internazionale, ma soprattutto italiana, sottolinea come si tratti di un'invasione del nostro Paese e di un assedio all'Europa: ebbene i dati smentiscono tutto questo, sottolineando come da diversi anni l'85% di queste persone venga ospitato in paesi a basso e medio reddito, spiegato dal fatto che la stragrande maggioranza (73%) è ospitato in paesi limitrofi alla propria patria (Grafico 2).

Figure 11 | **Hosting people displaced across borders by income level** | end-year

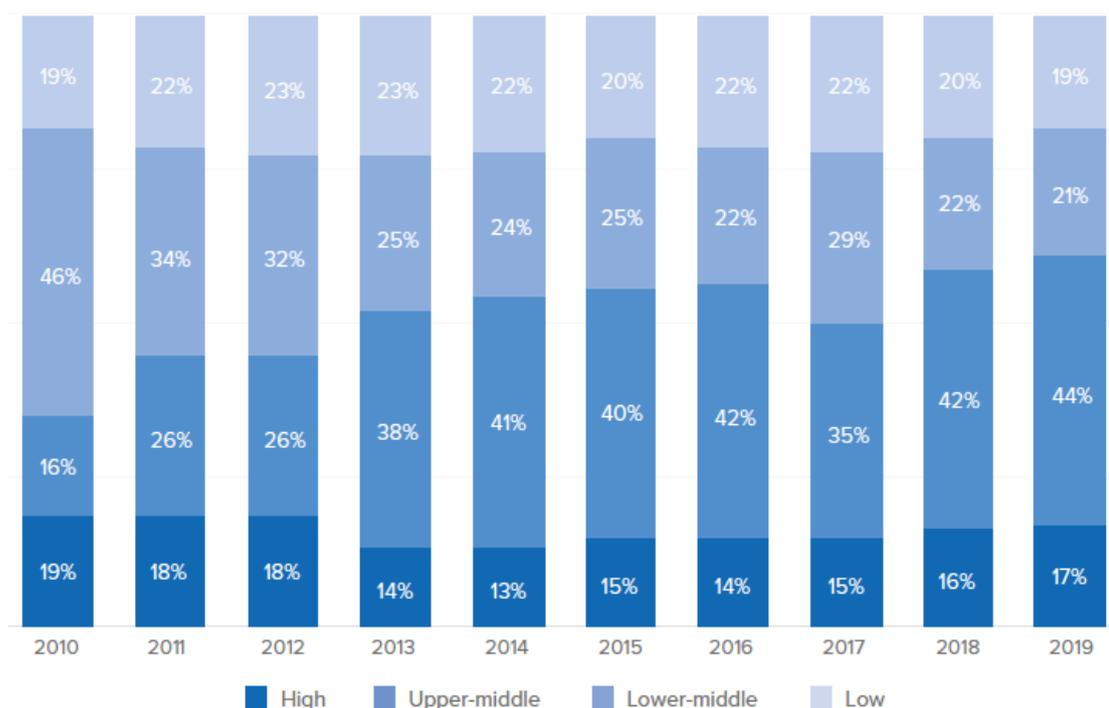


Grafico 2: Paesi ospitanti migranti forzati divisi in base al reddito annuo. Fonte UNHCR. Disponibile a <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Nell'ultimo anno la crisi socio-economica in Venezuela ha causato un drastico incremento di migranti forzati da quel paese, portandolo al secondo posto tra i paesi da cui originano le persone che fuggono (Grafico 3). Si conferma la Siria come primo paese, a seguito della guerra interna iniziata nel 2011 e culminata nell'esodo siriano del 2015 (32,33). Il 68% delle persone provengono dai primi 5 paesi della lista.

Figure 2 | Top international displacement situations by country of origin | end-2019*

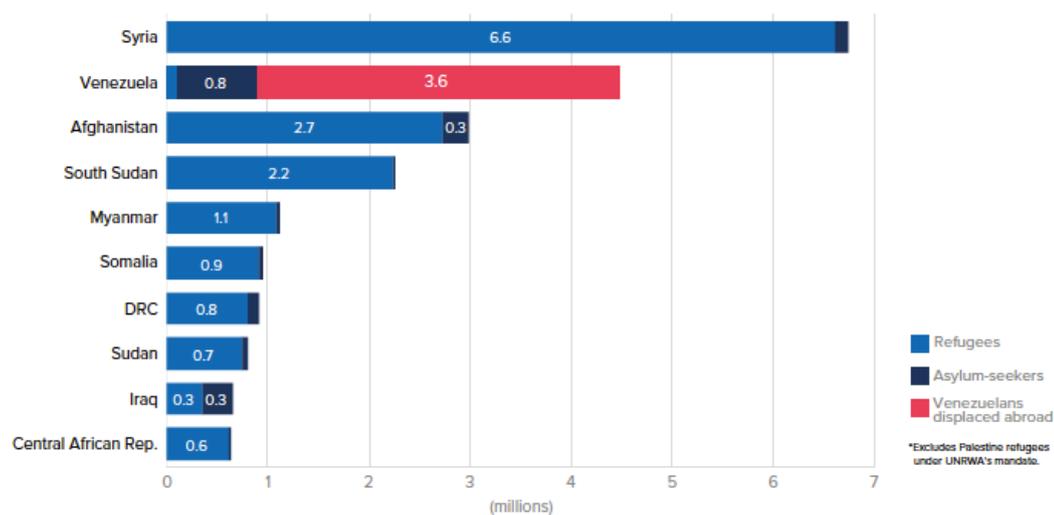


Grafico 3: Principali paesi d'origine delle persone sfollati a livello internazionale. Fonte UNHCR. Disponibile a <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Per quanto riguarda i paesi di approdo, si conferma la Turchia al primo posto, frutto della massiccia migrazione avvenuta nel 2015 da parte del popolo siriano (Grafico 4). Il 38% del totale viene comunque ospitato nei primi 5 paesi in figura; anche in questo caso, nel 2019 si è registrato il brusco incremento di persone in fuga dal Venezuela.

Figure 3 | Top international displacement situations by host country | end-2019*

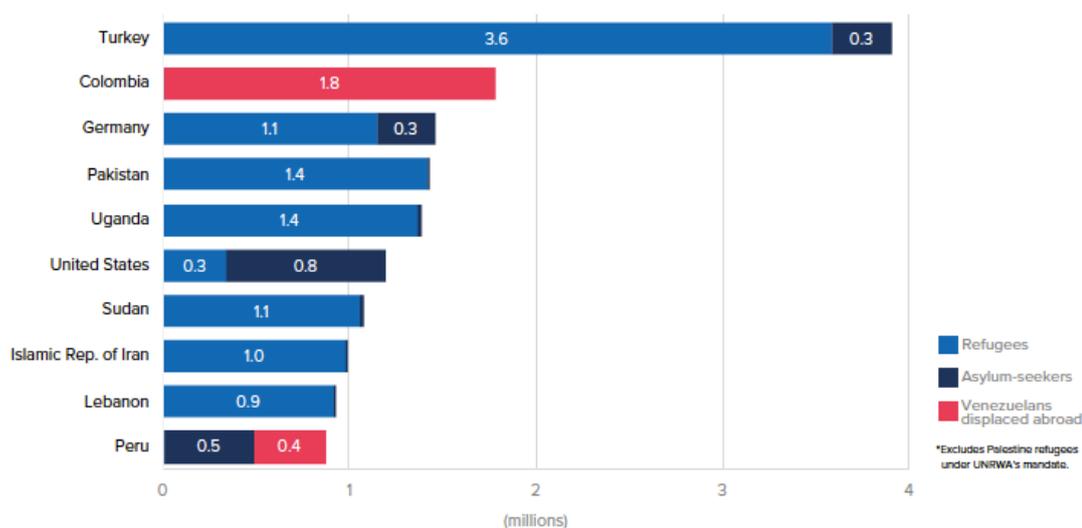


Grafico 4: Principali paesi di approdo delle persone sfollate a livello internazionale. Fonte UNHCR. Disponibile a <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Nei dati internazionali assoluti l'Italia compare tra i principali paesi in cui fanno richiesta d'asilo i RPI, al di sotto di Francia e soprattutto Germania (Grafico 5).

Figure 17 | Major destination countries for new asylum-seekers | 2010-2019

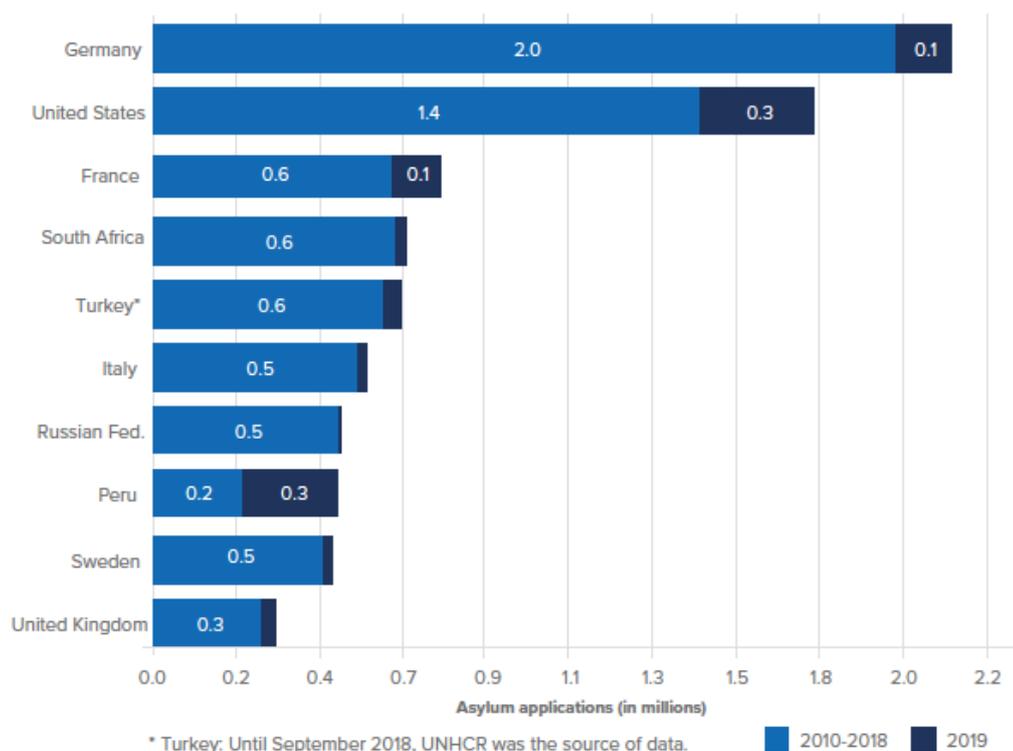


Grafico 5: Principali paesi di destinazione dei RPI a livello internazionale. Fonte UNHCR. Disponibile a <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Un importante parametro nella valutazione dei RPI nei paesi ospiti è il loro numero rispetto agli abitanti residenti: se infatti valutiamo solo i numeri assoluti, vediamo come l'Italia si trovi al sesto posto per numerosità a livello mondiale. Al contrario, osservando il valore dei RPI ogni 1000 abitanti, il nostro Paese è al di sotto della media europea. Il Libano rappresenta un esempio straordinario in tal senso: la sua dimensione è paragonabile a quella della Regione Abruzzo, ha una popolazione di 4.5 milioni e ospita 1.5 milione di siriani che si aggiungono ai 250.000 palestinesi già da tempo presenti (questi numeri definiscono il Libano come il paese che ospita il più alto numero di rifugiati pro capite al mondo).

I RPI ospitati nell'Ue sono circa 893.000, pari al 5% dell'intera popolazione europea. In questa classifica Cipro è il primo paese ospitante, con 15 RPI ogni 1000 abitanti, seguito da Grecia, con 10 e Malta con 7 (Grafico 6). In Italia i RPI, al 31 dicembre 2019, erano 47.046, pari a 1 ogni 1.000 abitanti.

Quanti sono i richiedenti asilo nella Ue ogni 1000 abitanti?

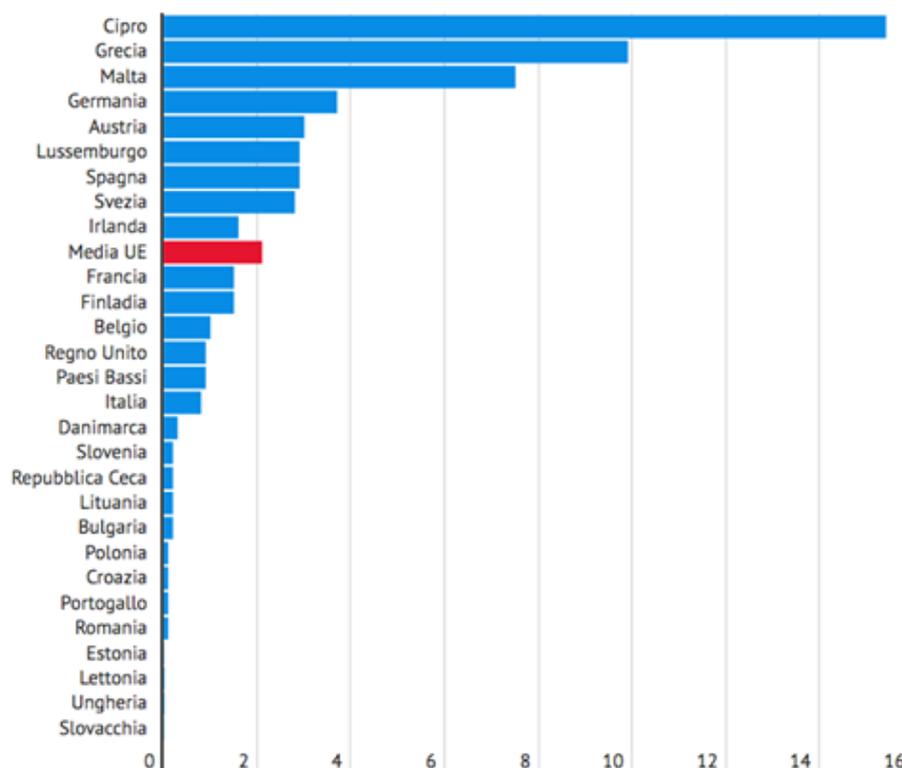


Grafico 6: Numero di RPI ogni 1000 abitanti nei paesi dell'UE. Rielaborazione dati da parte dell'Associazione Carta di Roma. Fonte dati UNHCR, rielaborazione da parte dell'Associazione Carta di Roma.. Disponibile a <https://www.cartadiroma.org/osservatorio/factchecking/global-trends-2019-rifugiati-e-richiedenti-asilo-la-situazione-nellunione-europea> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

In considerazione dell'ambito della ricerca, verranno affrontati unicamente i flussi migratori e i dati relativi all'Europa e in particolare al nostro Paese.

DATI EUROPEI

Vi sono diverse mappe che descrivono i percorsi di arrivo per l'Europa che i migranti intraprendono dai luoghi di origine, soprattutto se provenienti dall'Africa subsahariana. A partire da quella zona infatti possono essere identificate alcune rotte principali: si tratta di sole tracce che si basano su interviste e dati raccolti in condizioni spesso precarie, perciò da valutare con relativa precauzione (34,35). Non vi sono dati affidabili sulle perdite umane durante questi viaggi, ma solo approssimazioni. Per anni

lo snodo principale di passaggio è stato il Niger, paese tra i più poveri del mondo, ma in una posizione estremamente favorevole: a nord confina con Algeria e Libia, a est con Ciad, a sud con Nigeria e Benin e ad ovest con Burkina Faso e Mali (36). Le sue frontiere aperte hanno permesso il rifugio soprattutto ad Agadez e Niamey, ove in migliaia aspettano un mezzo di trasporto per potersi recare illegalmente verso il Nord-Africa. Rappresenta però anche un importante via di commercio, nonché di riserve con le miniere di uranio di Arlit, sfruttate dalla Francia per le proprie centrali atomiche; per questo motivo negli ultimi anni i presidi militari sono aumentati, rafforzando il controllo anche sui migranti e nel 2015 è stata emanata una legge che ha reso illegale il commercio dei *passeurs* (37).

Le descrizioni di tali attraversate sono rappresentate da racconti di vero e proprio terrore, con una scia di morti e miseria che ne fanno le caratteristiche principali (38, 39, 40, 41).

Si possono identificare a partire da quella zona tre rotte principali (Figura 4):

- **rotta occidentale** che porta verso Marocco e Sahara Occidentale al fine di poter attraversare i confini via terra delle enclavi spagnole di Ceuta e Melilla (noto alle cronache nell'ottobre 2005 l'attacco in circa 10.000 sub-sahariani verso i confini delle due città che ha portato a decine di morti e inasprimento delle pene con aumento delle fortificazioni dei confini) oppure via mare attraversando l'Oceano Atlantico arrivando alle Isole Canarie (spagnole) o infine superando il Mar Mediterraneo verso Spagna e Portogallo nei pressi dello Stretto di Gibilterra (42,43). Le partenze per queste destinazioni sono segnalate non solo dal Marocco ma anche da altri paesi del Nord Africa e dall'Africa occidentale (44).

- **rotta centrale:** riguarda in particolare l'Italia attraverso tre direttrici, a partire dalla Libia, dall'Algeria e dalla Tunisia (anche se sono segnalati anche partenze direttamente dai paesi del Mar Egeo o dall'Egitto). Lo snodo africano di partenza è rappresentato dal Niger, in particolare da Agadez, proseguendo lungo l'antico tragitto carovaniero verso Dirkou e successivamente Madama, da dove poi si entra in Libia (nei pressi della città frontaliera di Toummo) fino all'oasi di Sebha (45). Questa è stata la parte più battuta per diversi anni, solo dal 2018 si è assistito a un crollo dei numeri (90% in meno rispetto al 2017). Dopo i vari accordi politici intrapresi con i paesi del Nord-Africa (specialmente con il governo libico), questa rotta ha mostrato un importante decremento di utilizzo, ormai presente solo con piccole imbarcazioni che caratterizzano sbarchi autonomi, specialmente dalla Tunisia (46).

- **rotta orientale:** ha il suo epicentro in Khartoum, con provenienza prevalente da Somalia, Eritrea, Etiopia e attraversa il deserto libico a partenza dal Sudan, superando l'oasi di Kufrah verso Ijdabiya (Libia) o l'Egitto. Da quest'ultimo paese si può prevedere

una partenza via mare verso Italia, Grecia o Cipro, oppure una nuova attraversata via terra attraverso il Medio Oriente, sfociando poi nella “rotta balcanica” (47,48).



Figura 4: Principali rotte compiute dai migranti attraverso il deserto. Fonte Limes. Disponibile a https://www.limesonline.com/tag/migranti?refresh_ce. (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Al centro tra Europa e queste rotte è presente il Mar Mediterraneo: un’area di circa due milioni e mezzo di chilometri quadrati e ove si affacciano ventitrè Stati. In tale mare si è assistito in questi anni a una lenta e inesorabile narrazione di vittime: rappresenta la zona al mondo con il più alto tasso di morti tra le persone che intraprendono un percorso migratorio (Grafico 7) (49,50).

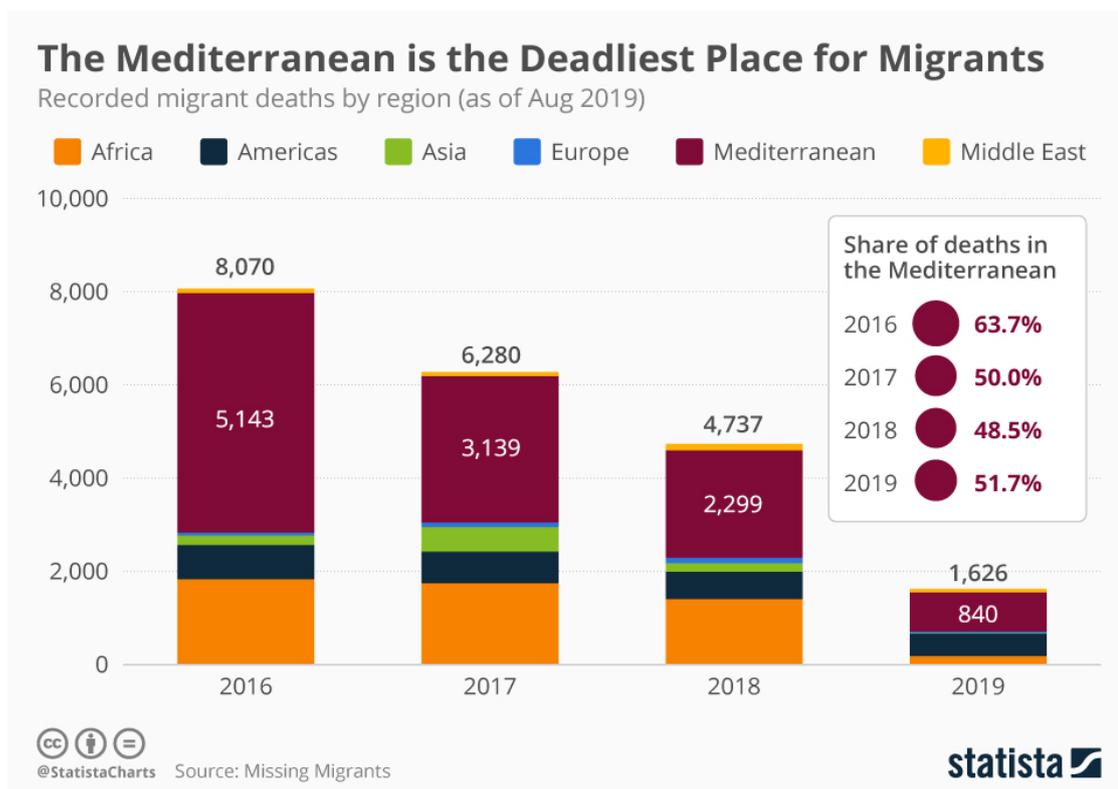


Grafico 7: Descrizione in percentuale dei decessi avvenuti durante il percorso migratorio nelle varie zone del mondo. Fonte Statista. Disponibile a <https://www.statista.com/chart/19035/estimated-migrant-deaths-by-world-region> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Nel Mar Mediterraneo dal 2013 a fine 2019 sono stati stimati dalla Fondazione Iniziative e Studi sulla Multietnicità (ISMU) circa 19.000 dispersi e decessi, nel tentativo di raggiungere l'Europa: nel settembre 2018 è stato stimato che durante il tentativo di attraversamento 7 persone su 10 sarebbero state catturate e riportate in Libia e 1 su 5 sarebbe deceduta o andata dispersa^h. Come ci ricorda de Kerangal, "l'incertezza sul numero delle vittime è di una violenza disgustosa, mentre il desiderio di precisione attesta un'etica dell'attenzione – l'approssimazione mostra l'ignavia, designa in modo vago l'innomerevole, la moltitudine, la folla, i poveri, tutto ciò che brulica e che ha fame, tutto ciò che fugge dalla propria terra" (51).

Nella descrizione di questa tragica ripercussione nell'ambito delle migrazioni, viene sempre meno infatti l'individualizzazione, si elencano numeri, dati, come se le persone, le storie fossero assimilabili unicamente a delle cifre su grafici e cartine. Quando si parla delle vittime di questi confini, andrebbe ricordato che il naufragio "è solo apparentemente un fatto collettivo. Lo è solo nel racconto storico dell'evento, o nella sua percezione giornalistica. Un naufragio è invece la somma di tanti abissi individuali, pri-

^h Fonti UNHCR, IOM, rielaborazione ad opera dell'Istituto per gli Studi di Politica Internazionale (ISPI).

vati, ognuno dei quali è incommensurabile, intraducibile, mai pienamente narrabile” (52).

A questi dati ha contribuito dal 2015 una rotta orientale alternativa a partenza dalla Turchia, risultato dell’esodo siriano causato dalla guerra civile scatenata dal Presidente Bashar al-Assad (Figura 5).

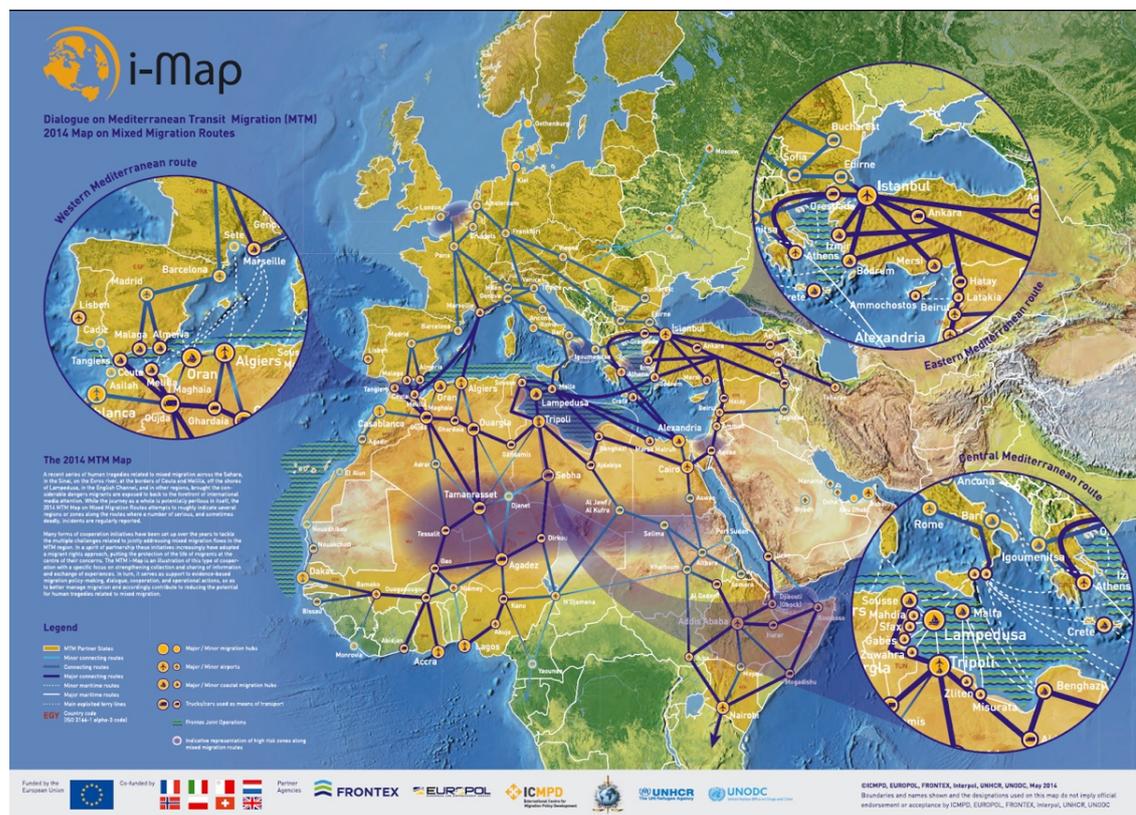


Figura 5: Mappa raffigurante le principali rotte migratorie verso l’Europa. Disponibile a <https://www.imap-migration.org> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Il 2015 ha rappresentato l’anno di maggior criticità: quasi un milione di persone si rovesciò attraverso la Turchia e di conseguenza verso Grecia e Bulgaria per raggiungere i paesi dell’Europa Centrale (soprattutto Germania). Diventarono celebri le immagini di migliaia di migranti bloccati nel piccolo paese di Idomeni, snodo ferroviario tra la Repubblica della Macedonia del Nord e Grecia (53,54). Solo però con una precisa immagine l’Europa si destò dal suo torpore, accorgendosi cosa stesse accadendo a poche centinaia di Km dalle sue frontiere: “Alan Kurdi, il bambino siriano di tre anni trovato morto su una spiaggia turca dopo che il piccolo gommone su cui viaggiava, diretto all’isola greca di Kos, era naufragato. (...) La guerra siriana continuava a non indignare nessuno. Ma la foto scattata dalla fotoreporter turca Nilüfer Demir è stata un pugno nello stomaco per l’Europa. Quella foto non parlava arabo, ma inglese, tedesco, spagnolo, francese” e italiano (35). La conseguenza di quel flusso imponente di persone

furono gli accordi stabiliti tra UE e Turchia nel 2016, al fine di bloccare i migranti prima della partenza verso le isole greche del Mar Egeo. Attualmente questo percorso è ancora battuto, soprattutto da persone provenienti da Afghanistan e Pakistan e si è assistito a un progressivo inasprimento delle condizioni di vita dei soggetti entrati nei paesi balcanici, quasi paragonabili in alcuni casi ai centri libici, come possono testimoniare diversi rapporti (48,55,56,57).

Dal 2018 si è assistito a un decremento generale degli arrivi in Europa, mostrando però in proporzione un aumento relativo degli arrivi in Spagna e Grecia, mentre una diminuzione costante per l'Italia (Figura 6). Il 2020 è stato caratterizzato da una prevalenza maggiore degli arrivi in terra iberica, solo da quest'estate sorpassata dal nostro Paese.

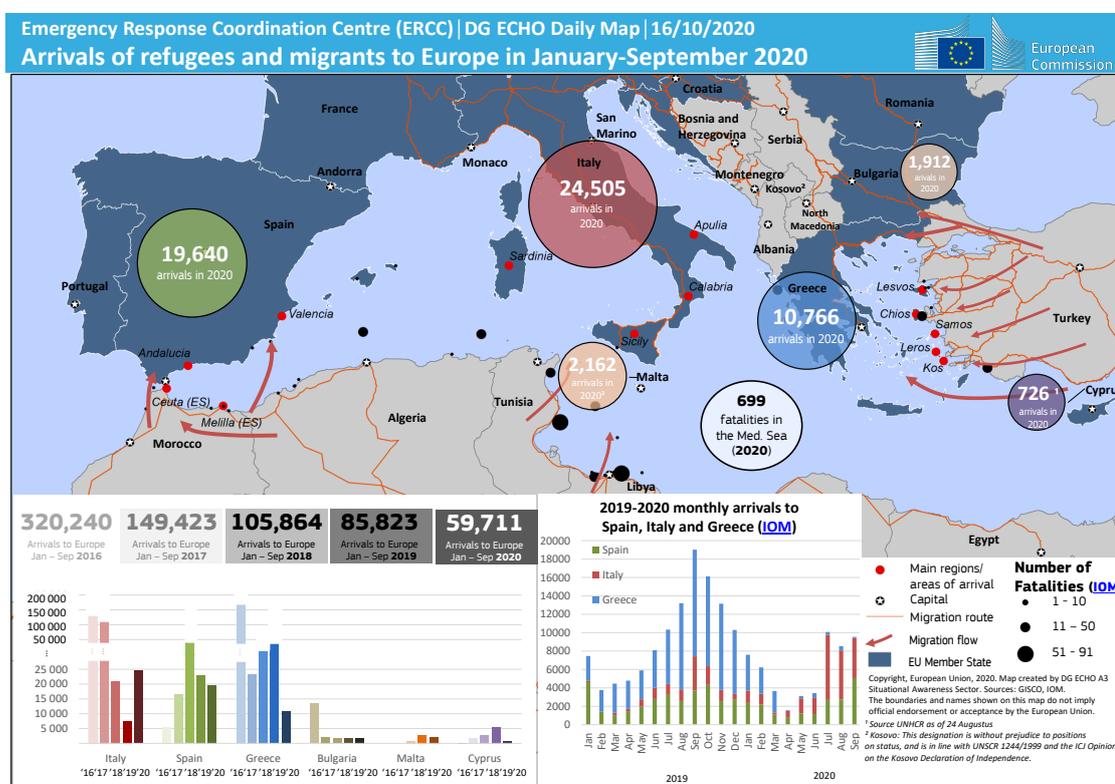


Figura 6 Mappa descrittiva degli arrivi in Europa suddivisi per Paese di arrivo da gennaio a settembre 2020 e delle perdite nell'anno 2020. Nei grafici sottostanti sono descritti i dati relativi agli anni scorsi. Fonte Commissione Europea, EMERGENCY RESPONSE COORDINATION CENTRE. Disponibile a <https://ercportal.jrc.ec.europa.eu/getdailymap/docId/3493> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

DATI ITALIANI

L'Italia ha rappresentato da sempre un paese di emigrazione/immigrazione: fin dai tempi delle colonie fenicie, greche e dell'Impero romano, grazie alla sua posizione centrale nel bacino del Mediterraneo per ragioni geografiche e di potere (basti pensare alla sede del papato), l'Italia è sempre stata attraversata da migrazioni. Dopo l'unità nazionale si è trasformata per circa un secolo in terra di emigrazione e, solo in parte, dagli anni '70 in meta di immigrazione internazionale. In circa cento anni di storia italiana, sono emigrati più di 27 milioni di cittadini, con la cifra record registrata nel 1913 con quasi 900.000 persone (58). Un fenomeno molto diffuso a livello mondiale, l'inurbamento (le migrazioni che vanno verso le città), ha caratterizzato anche il nostro Paese, provocando un flusso migratorio verso le città metropolitane dapprima dalle campagne più vicine, fino a quelle più lontane; interessante notare come sono stati principalmente i cittadini italiani gli artefici di questo tipo di urbanizzazione, non quelli di origine stranieraⁱ (59). Possono essere illuminanti anche le analogie tra l'emigrato-immigrato del giorno d'oggi e il colonizzato del passato: da una parte si avevano comportamenti neocoloniali degli italiani in Africa, nei Balcani, in America Latina e dall'altra la nuova "razzializzazione" e la guerra alle migrazioni nei confronti di clandestini, bandanti, marginali, rom e migranti. Questo atteggiamento è confermato anche dalla guerra al terrorismo, prevalentemente a fede musulmana, in nome dell'esportazione della democrazia fino alla battaglia nei confronti di terroristi e criminali, identificati come trafficanti di essere umani (1,60,61).

Da qualche decennio il nostro paese è tornato alla sua prima vocazione storica, ovvero luogo di attrazione per le popolazioni in movimento. L'anno di spartiacque è il 1975, ove il saldo migratorio italiano è divenuto positivo, descrivendo il passaggio dell'Italia da Paese d'emigrazione a terra d'immigrazione (59,62). Da allora l'Italia ha assistito ad una crescita costante del numero di stranieri sul suo territorio fino ad arrivare ad avere circa il 9% della popolazione di origine straniera (Grafico 8).

ⁱ Arvati P. Rapporto statistico Liguria 2010. Analisi storica 1861-2011. Consultabile su <https://www.istat.it/it/files/2011/11/analisi-storica-1861-2011.pdf>.

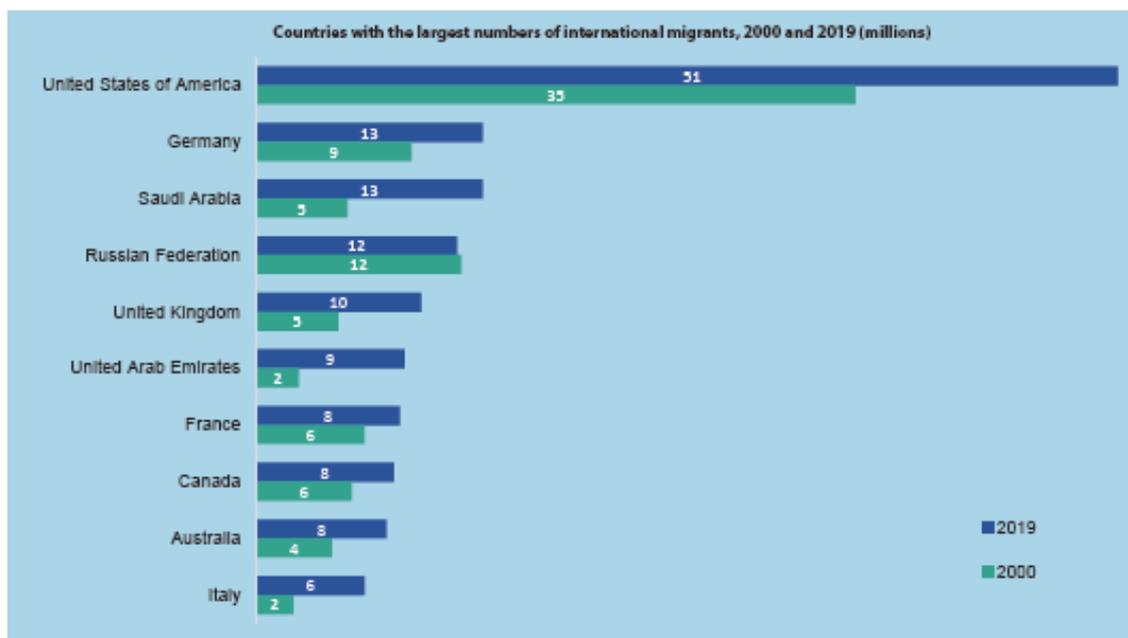


Grafico 8: Paesi con il numero maggiore di stranieri a livello mondiale; comparazione tra il 2000 e il 2019. Fonte United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. International Migration 2019: Wall Chart. Disponibile a https://www.un.org/development/desa/pd/sites/www.un.org.development.desa.pd/files/files/documents/2020/Feb/un_2019_internationalmigration_wallchart.pdf (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Gli stranieri residenti in Italia al 31 dicembre 2019 sono 5.306.548 e rappresentano l'8,8% della popolazione residente^l.

La comunità straniera più numerosa in Italia è quella rumena (22.8%), seguita dalle persone provenienti dall'Albania (8.3%) e dal Marocco (8.1%)^k. La distribuzione nelle regioni italiane è molto variabile: Lombardia ha la presenza maggiore con circa 1.2 milioni di stranieri (22.7%), seguita da Lazio con 682.968 pari al 12.9% e infine Emilia-Romagna con circa 560.000 (10.5%)^l.

Questi i numeri degli stranieri definiti “regolari”, ovvero residenti e quindi censiti coi dati dell'Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). I numeri cambiano se parliamo dei RPI: dal 1952 alla fine degli anni '80 se ne registrano circa 120.000 in tutto. All'inizio degli anni '90 cambia la nostra percezione del Mar Mediterraneo quando nell'agosto 1991 attracca al porto di Bari il mercantile Vlora con oltre 18.000 persone a bordo, fuggendo da un paese in rivolta, ovvero l'Albania dopo la morte del Presidente Enver Hoxha (63). Dalla medesima regione balcanica si registreranno gli arrivi di persone che fuggono dalle guerre su base etnica e politica nell'Ex-Jugoslavia, successivamente dal Kosovo e nuovamente dall'Albania in fallimento economico. Negli anni '90 si registreranno così

^j Dati dall'Istituto Nazionale di Statistica -ISTAT-

^k Dati da fonte ISTAT

^l Dati da fonte ISTAT

circa 120.000 arrivi, con tragedie marittime analoghe a quanto è accaduto e accade quotidianamente: il naufragio la notte di Natale del 1996 della nave Yiohan con a bordo 283 migranti provenienti dall'Asia nei pressi di Portopalo di Capo Passero in Sicilia o della nave Katër i Radës, il 28 marzo 1997 nei pressi di Otranto, proveniente dall'Albania e con a bordo 120 migranti (52). A partire dal nuovo secolo, si assisterà a un progressivo incremento delle partenze dalle coste del Nord Africa, dapprima con persone appartenenti a quei territori e successivamente a partenza dall'Africa sub-sahariana.

Durante la cosiddetta “Primavera araba” avvenuta all’inizio del 2011, giovani del Medio Oriente e del Nord Africa si ribellarono ai regimi dittatoriali presenti da decenni, provocandone la caduta in alcuni casi. Conseguenza di tali movimenti, ma soprattutto delle ripercussioni politiche seguenti, fu il periodo di “alti sbarchi” che, tra il 2014 e la prima metà del 2017, ha visto l’arrivo in Italia di oltre 600.000 persone. Negli ultimi anni si è assistito a un rapido decremento degli sbarchi in seguito agli accordi stipulati tra Italia e Libia durante il Governo Gentiloni e in particolare dall’allora Ministro dell’Interno Minniti nel 2017: in questo modo il Governo italiano ha permesso all’esercito libico di trattenere i migranti più a lungo nei centri di detenzione e a ritardarne la partenza (Grafico 9) (64).



FONTI: elaborazioni ISPI su dati Ministero dell'Interno

Grafico 9: Andamento degli sbarchi sulle coste italiane negli ultimi 5 anni in relazione ai governi. Fonte ISPI. Disponibile a <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/fact-checking-migrazioni-e-covid-19-27058?fbclid=IwAR2K77x1S3hoeYqFajZjUDAFj-Aq5Qj5Eb4YoTwU2toApHG7UW9J1MsUmhM> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Nel primo semestre del 2020 si è assistito a un lieve aumento rispetto al periodo corrispondente del 2019, rimanendo comunque a numeri molto inferiori rispetto agli anni precedenti; solo in luglio si è assistito a un maggior incremento, molto probabilmente dovuto alla fine del lock-down instaurato per la pandemia in corso da SARS-CoV-2 (Grafico 10).

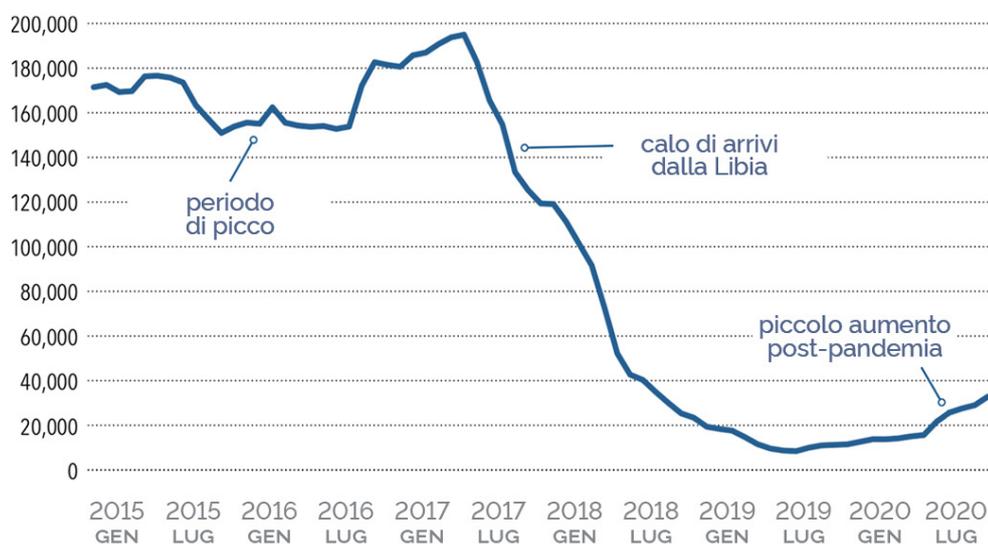
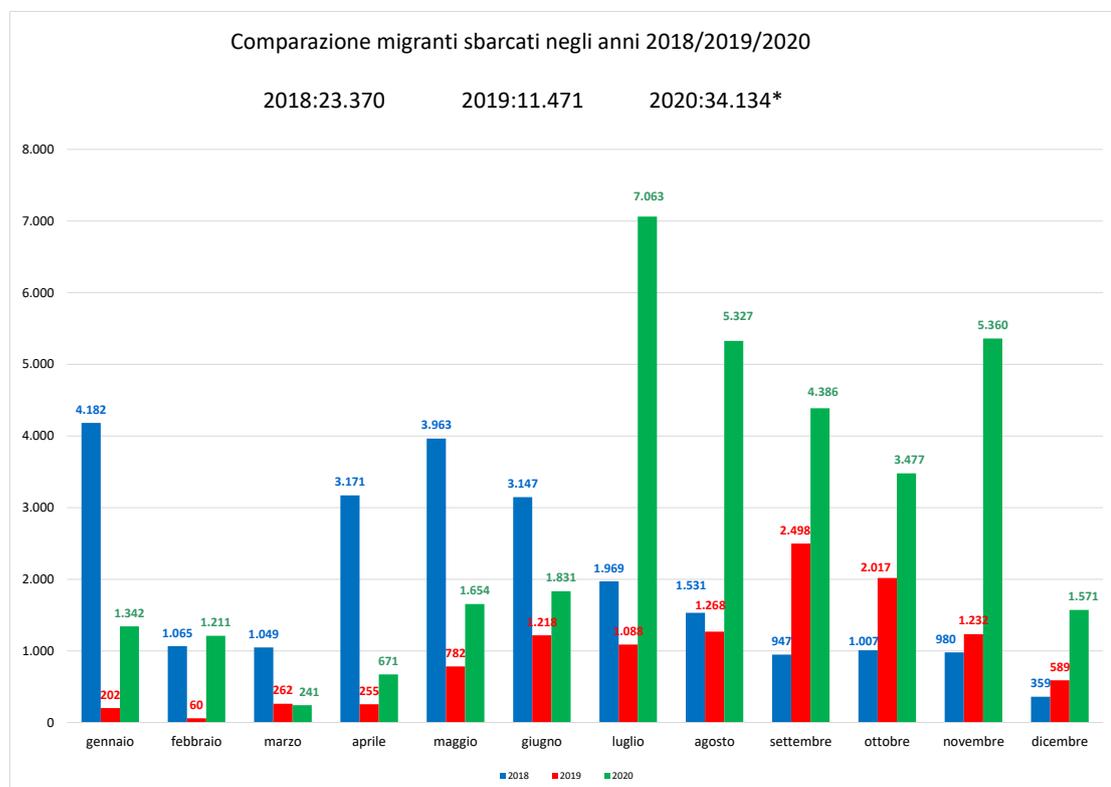


Grafico 10: Andamento degli sbarchi sulle coste italiane negli ultimi anni. Fonte ISPI. Disponibile a <https://www.ispionline.it/it/pubblicazione/med-gli-effetti-della-pandemia-sulle-migrazioni-28469> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Questo andamento è stato confermato nei mesi successivi, con una naturale diminuzione durante i mesi invernali, quando l'attraversata del Mar Mediterraneo risulta ancora più difficoltosa per ovvi motivi meteorologici (Grafico 11).



*I dati si riferiscono agli eventi di sbarco rilevati entro le ore 8:00 del giorno di riferimento.

Fonte: Dipartimento della Pubblica sicurezza. I dati sono suscettibili di successivo consolidamento.

Grafico 11: Persone sbarcate in Italia dal 2018 al 31 dicembre 2020, divisi per mese di arrivo. Fonte: Ministero dell'Interno.

Le nazionalità più frequenti dichiarate al momento dello sbarco nel 2020 sono rappresentate nella Tabella 1: circa il 60% dei migranti arrivati in Italia proviene dalla Tunisia, composizione molto diversa da quella osservata negli anni precedenti (prevalentemente provenienti dall’Africa sub-sahariana).

Nazionalità dichiarate al momento dello sbarco anno 2020 (aggiornato al 31 dicembre 2020)	
Tunisia	12.883
Bangladesh	4.141
Costa d'Avorio	1.950
Algeria	1.458
Pakistan	1.400
Egitto	1.264
Sudan	1.125
Marocco	1.030
Afghanistan	1.009
Iran	970
altre*	6.904
Totale**	34.134

*il dato potrebbe ricomprendere immigrati per i quali sono ancora in corso le attività di identificazione.

**I dati si riferiscono agli eventi di sbarco rilevati entro le ore 8:00 del giorno di riferimento.

Fonte: Dipartimento della Pubblica sicurezza. I dati sono suscettibili di successivo consolidamento.

*Tabella 1: Nazionalità dichiarate al momento dello sbarco dai migranti arrivati in Italia durante il 2020.
Fonte: Ministero dell’Interno.*

MOTIVAZIONI

Gli uomini camminano, si spostano. Tre cose l'uomo ha sempre fatto nella storia: ha camminato, ha incontrato, riconosciuto, combattuto e poi amato la differenza; e infine questa differenza l'ha ibridata, da questa differenza si è fatto a sua volta contaminare. L'uomo è tale perché ha attraversato pianure e montagne, mari e fiumi, sempre, ovunque; non si è fermato davanti ai confini, li ha superati, a costo di morirci, attaccato ai reticolati o sbranato dai dinosauri. Non si può andare contro la vocazione culturale più feconda dell'uomo, la sua curiosità irrisolta.

BRUNO BARBA. *Meticcio. L'opportunità della differenza.*

Nei capitoli precedenti abbiamo potuto vedere come e dove questo popolo migrante si sposta nel globo terrestre. Abbiamo inoltre definito il migrante forzato, ovvero la persona che non sceglie, ma spesso si ritrova suo malgrado a dover lasciare il proprio paese e tutto ciò che ne concerne, in considerazione di determinati fattori.

Esistono moltissimi testi e saggi che descrivono, o meglio, cercano di trovare la risposta alla semplice domanda: perché una persona decide di migrare? Ecco una descrizione fornita da Barbujani che potrebbe rispondere in modo esemplificativo alla domanda: "la risposta è semplice, o perché vuole o perché deve. Perché vuole: i cacciatori seguono la selvaggina, gli agricoltori cercano nuova terra arabile; si sposta continuamente chi commercia, di necessità, ma anche gli industriali, in cerca di migliori infrastrutture e regimi fiscali; fin dal Medioevo gli studenti vanno nei posti dove l'istruzione è migliore o costa meno, e i loro docenti verso paesi in cui la ricerca è meno trascurata. (...) E poi ci sono i cambiamenti climatici, gli eventi politici e le epidemie. Allora si migra perché si deve: perché non c'è acqua o non c'è lavoro; perché c'è la guerra o perché non c'è ma ci hanno circondati di filo spinato; perché si è in troppi, o in troppo pochi, o perché il gruppo (etnico, religioso, politico) cui apparteniamo è perseguitato. (...) Le due molle che hanno spinto la gente via di casa (sono): speranza e disperazione." (4).

Come detto in precedenza verranno prese in considerazione e approfondite unicamente le migrazioni forzate, in particolare le caratteristiche della popolazione dei RPI. I fattori alla base del movimento di queste persone sono stati approfonditi in molti studi e possono essere presentati sia dal punto di vista delle motivazioni che spingono le persone a muoversi, sia riferendosi a ciò che si trovano davanti nelle diverse fasi nel per-

corso migratorio^m (65). La letteratura internazionale li divide in fattori di spinta “push”, dovuti alle scarse condizioni nel paese d’origine e quelli di attrazione “pull” della terra promessa d’arrivo; qualche autore inserisce anche dei fattori “di scelta”, non classificabili nelle precedenti due categorie (66,67,68).

FATTORI PUSH

1. Incremento demografico, sostenuto soprattutto da paesi a basso e medio reddito come Nigeria, India.
2. Una costante urbanizzazione caratterizzata da uno sviluppo urbano inadeguato. In molti paesi la distribuzione del reddito e la conseguente collocazione spaziale del potere vengono riflessi dal divario tra campagna e città: quest’ultimo è spesso più alto in presenza di livelli molto bassi di sviluppo umano e di reddito pro capite, spingendo le persone verso le città. I grandi agglomerati urbani rappresentano uno specchio di vita all’occidentale, fungendo da esempio di modello di vita migliore, anche se ricchi di contraddizioni.
3. Peggioramento delle condizioni di vita per un inadeguato sviluppo umano, caratterizzato da un aumento delle disuguaglianze in termini socio-economici. Interessante notare dal Global Wealth Report curato dall’insospettabile Credit Suisse, che il 70.1% della popolazione mondiale può contare sul 2.7% della ricchezza globale, al contrario all’apice della piramide troviamo il 0.7% della popolazione che gode del 47% della ricchezza totale (69).
4. Cambiamenti climatici: il continente africano è attraversato da una crescente irregolarità delle precipitazioni, soprattutto nella zona sub-sahariana con possibilità di sviluppo di allagamenti, esondazioni che possono portare la distruzione di interi villaggi. In Africa orientale parallelamente i periodi di siccità sono diventati sempre più intensi e frequenti, portando grandi difficoltà nella pastorizia, molto diffusa a quelle latitudini. Nella regione dei Grandi Laghi, le variazioni climatiche stanno portando a scarsità idrica, che ha come conseguenza l’aumento della probabilità di conflitti armati nella zona al fine di avere un controllo del territorio.
5. Crisi politiche, guerre, dittature con associati disordini sociali e repressioni interne al paese. In Eritrea è stato istituito un servizio militare obbligatorio a tempo indeterminato, per cui qualsiasi persona tra i 17-50 anni viene chiamato nell’esercito e ci rimane per un tempo indefinito (70).
6. Catastrofi naturali: in Paesi a basso e medio-basso reddito come India, Nigeria e Bolivia, la popolazione ha una probabilità quattro volte maggiore di essere

^m Reyneri E. Gli immigrati in una società terziaria e segmentata. In Sociologia del mercato del lavoro. Bologna: Società editrice Il Mulino; 1996. Citato in Ambrosini M. Migrazioni. Milano: Egea Editore; 2017.

sfollata a causa di catastrofi climatiche rispetto alle persone che vivono in Paesi occidentali.

7. Discriminazioni etniche/razziali/culturali/di genere: alla base della crisi dei Rohingya nel 2017, per esempio.
8. Terrorismo: il 94% di tutte le morti in attacchi terroristici avviene in Medio Oriente e Nord Africa, Africa sub-sahariana e Asia del Sud, pertanto ben al di fuori dell'Europa; gli stati più colpiti sono Siria, Iraq, Afghanistan, Somalia e Nigeria (71).
9. Frustrazioni culturali: i giovani più istruiti e intraprendenti, desiderosi di vivere in paesi ove le libertà civili sono garantite e le possibilità di studio e impiego possano essere realizzate, possono decidere di lasciare il proprio paese per non vivere la frustrazione di non realizzare le proprie legittime aspirazioni.

Questi rappresentano i fattori determinanti la fuoriuscita delle popolazioni migranti da un paese. Un termine che può riassumere e semplificare la comprensione di essi può essere quello di povertà, che continua a crescere soprattutto tra paesi definiti ricchi e gli altri svantaggiati. Sicuramente di utilità per chi volesse approfondire tali tematiche possono essere le pubblicazioni del Programma delle Nazioni Unite per lo Sviluppo, di United Nations Children's Fund (UNICEF) e del Fondo delle Nazioni Unite per la Popolazione (72,73,74). Ne rappresenta un esempio la Libia, ove il collasso politico ed economico ha favorito una fuoriuscita dal paese di molti migranti sub-sahariani, prima impiegati nella manodopera locale; come alcuni studi confermano, molti di essi non avrebbe previsto un abbandono del paese di origine con l'intento di recarsi in Europa, ma unicamente per trovare lavoro nel Maghreb (75,76).

FATTORI PULL

1. Ricerca del benessere in un territorio: pace, rispetto dei diritti umani, stabilità politica.
2. Aspettative culturali: ovvero la "vita all'occidentale" con ipotetica libertà, felicità. Si ricollegano con le frustrazioni sopracitate, riguardano soprattutto i migranti con un grado di istruzione alto che cercano in altri paesi gli stimoli culturali e le libertà, che spesso non hanno nei paesi d'origine.
3. Aspettative economiche con le relative possibilità di crescita individuale, sia per i lavori più manuali e tecnici, fino ad arrivare a carriere in campi universitari o specialistici.
4. Opportunità lavorative (disponibilità occupazionale, low-cost, stagionali); in questo ambito è utile sottolineare anche coloro che riescono ad integrarsi fino

ad aprire imprese e attività nel nostro Paese, rappresentando ormai una discreta percentuale nel mercato (77).

5. Ricongiungimento familiare.

FATTORI SCELTA

1. Legali/amministrativi: la presenza di norme più o meno restrittive in un tal paese in termini di controllo dell'immigrazione e le possibili conseguenze rispetto a tali regole.
2. Emozionali: la presenza di un'eventuale grossa comunità della terra d'origine nel paese di arrivo.
3. Climatici: a discrezione personale.
4. Sociali: la consapevolezza di una cultura ospitante basata sull'accettazione dello straniero.
5. Logistica del viaggio: facile da raggiungere per la vicinanza o per il tipo di percorso da percorrere.
6. Linguistici: preferiti i paesi dove è diffusa la stessa lingua madre.
7. Fattori personali: scelta di un paese rispetto ad un altro.

Una possibile definizione che possa riprendere quanto detto fino ad ora la fornisce Pallida, quando definisce la migrazione "un atto che scaturisce da quel tratto fondamentale dell'essere umano che consiste nella tensione a migliorare la propria esistenza, nel sempre rinnovato desiderio di conoscenza e quindi di esplorazione"; aggiunge inoltre che la migrazione si verifica "quando un essere umano non è più soddisfatto della propria condizione, di se stesso, di ciò che gli offre il mondo in cui vive o di ciò che può concretamente aspirare a conquistare in esso" (1). Nel campo delle migrazioni forzate spesso può anche rappresentare un atto politico, esplicitato nel tentativo di agire liberamente e di trovare finalmente quei diritti che in un altro paese sono assenti (78).

Questi fattori possono anche essere divisi in tre aree: macro, meso e micro, a cui seguirà la scelta finale (Figura 7) (65).

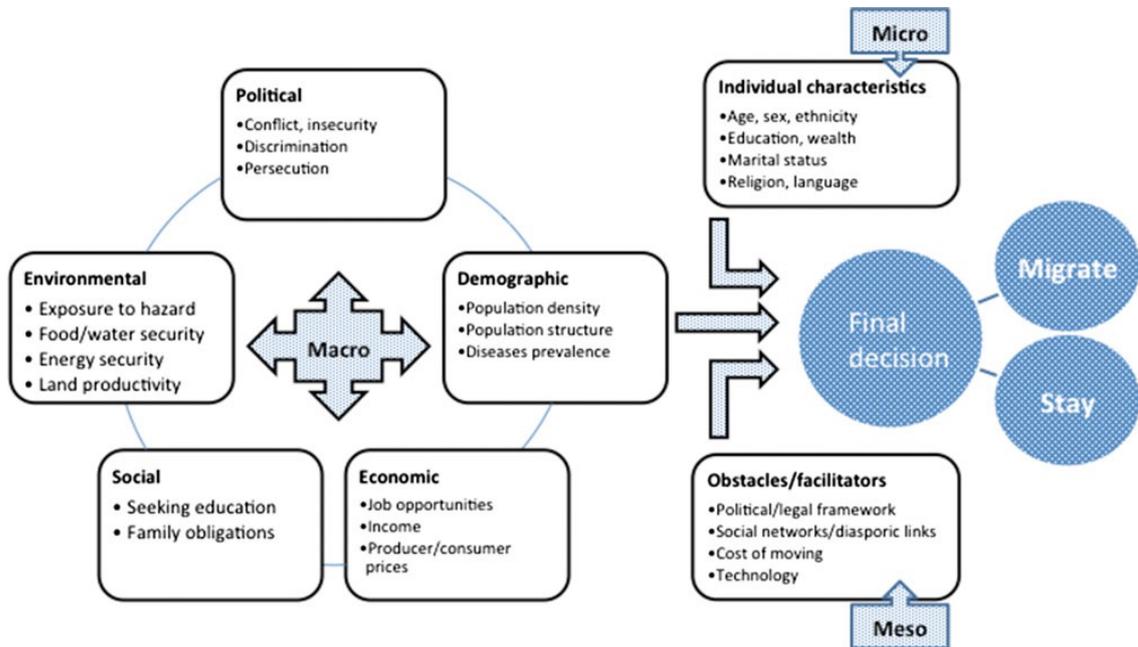


Figura 7: Fattori che possono influenzare il processo migratorio divisi in tre aree (65).

Il percorso migratorio è caratterizzato da diverse fasi che partono dal paese d'origine, ove il migrante, in base a quanto detto, deciderà di partire o sarà obbligato a farlo. Vi sarà quindi il vero e proprio percorso migratorio che potrà durare mesi se non anni in alcune circostanze. Infine arrivato nel paese ospite, qualora non venissero soddisfatte le proprie speranze, la persona potrà decidere o essere spinta a farlo di andare in un altro paese o ritornare nel proprio.

Ognuna di queste fasi è caratterizzata da importanti fattori che possono condizionare molto la salute psico-fisica del migrante (Figura 8).

Factors influencing the health and well-being of migrants and their families along the phases of migration

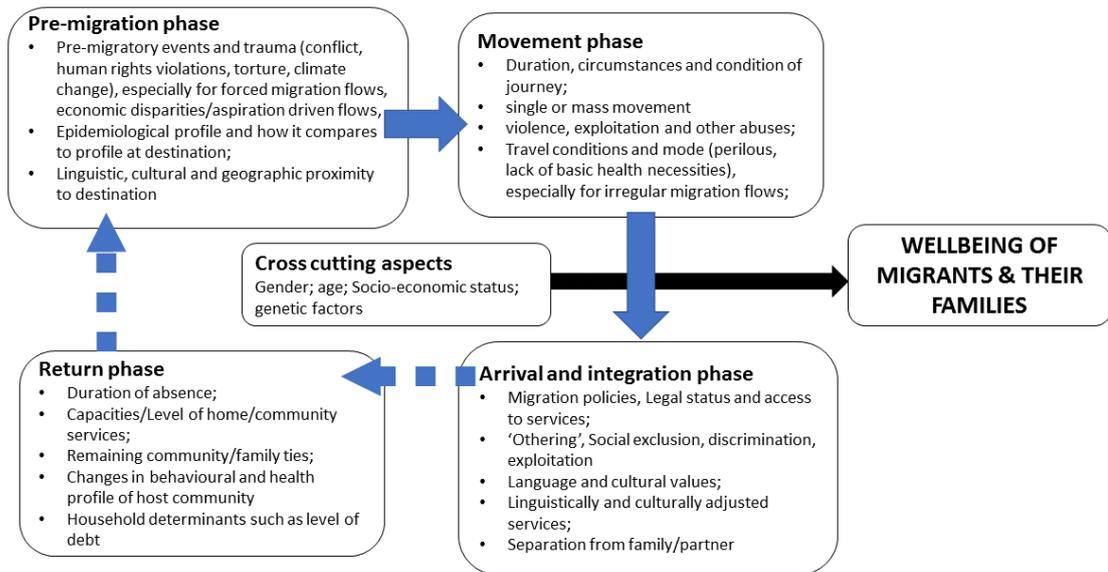


Figura 8: Fattori che possono influenzare la salute psico-fisica del migrante durante il percorso migratorio. Fonte IOM. Disponibile a <https://migrationdataportal.org/themes/migration-and-health#data-sources> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Ciascuna fase è caratterizzata da una traumatizzazione di complessa gestione: nel territorio di origine oltre i push factors, già descritti in precedenza, possiamo avere in comune con la fase del transito, alcuni intensi vissuti emotivi dovuti a detenzioni, torture, lutti che potrebbero portare a paure intense, fobie, rabbia, sensi di colpa e diffidenza e repulsione verso l'altro.

MEDICINA TRANSCULTURALE

Ogni volta che l'uomo si è incontrato con l'altro, ha sempre avuto davanti a sé tre possibilità di scelta: fargli la guerra, isolarsi dietro a un muro o stabilire un dialogo.

RYSZARD KAPUŚCIŃSKY, *L'altro*.

Un Medico di origine svizzera, Johannes Hofer, descrive nella sua *Dissertatio Medica* del 1688 uno strano “stato d’animo” che aveva riscontrato durante la sua attività. Aveva infatti osservato una strana malattia tra i soldati mercenari svizzeri, presso i quali svolgeva la sua opera clinica: «*La Heimweh, questa malattia così spesso mortale, non è stata sinora descritta dai medici... Il nome tedesco indica il dolore di coloro che si trovano lontani dalla Patria, e di coloro che temono di non rivedere più la terra natale. I francesi, osservando gli svizzeri colpiti in Francia da tale sventura, hanno coniato la definizione di mal du pays (malattia della patria), e poiché essa non ha alcun nome in latino, così ho pensato di chiamarla, dal greco, nostalgia, da nòstos, il ritorno in patria, e àlgos, dolore e sofferenza*»ⁿ. Il Dr. Hofer si era accorto della melanconia in cui cadevano queste persone, un intenso desiderio di tornare a casa, di paura per non poter più rivedere il paese natale, e proponeva l'immediato ritorno come unica terapia efficace; quest'ultima soluzione in alcuni casi rappresentava l'unico modo per ottenere una possibile guarigione, vista la gravità potenzialmente estrema della malattia. Questa analisi rappresenta un evento storico: la nascita di un termine passato in molte lingue a indicare quel particolare sentimento tipico di chi lascia una terra, ma anche la prima codificazione medica, in ambito psichiatrico, di una patologia dell'emigrazione.

Nel libro “Quando le ferite sono invisibili, vittime di tortura e di violenza: strategia di cura”, vengono prese in considerazione le ripercussioni traumatiche che possono derivare dal fenomeno migratorio, soprattutto nel campo della salute mentale (79). Anche per gli operatori sanitari non direttamente impiegati in tale ambito, è fondamentale essere a conoscenza delle ripercussioni che vi possono essere, specialmente nelle migrazioni forzate. Vi sono diversi testi in tal senso, che permettono di avvicinarsi all'etnopsichiatria (80,81,82).

ⁿ Frighi L. Argomenti di Igiene Mentale. Roma: Bulzoni Editore; 1990. Citato in Mazzetti M, Aragona M, Monti MC. Immigrazione e salute mentale nell'Italia del 2016 contenuto nel Rapporto sulla Protezione Internazionale in Italia 2016. Roma, 2016.

In tale contesto spesso ci si ritrova di fronte a persone che hanno diversi elementi comuni: aver sperimentato abusi di poteri, situazioni di morte e violenza, aver affrontato avversità e rischiato addirittura la vita durante la fuga; a questi elementi solitamente corrispondono esperienze vissute in condizioni di repressione politica, stato di detenzione, tortura o guerra (80,83). Queste esperienze comportano fenomeni di traumatizzazione e sradicamento con conseguenti numerose sofferenze emotive (84). Nelle forme più severe sembra di rivedere spettri di un passato appartenuti al periodo della Seconda Guerra Mondiale, ove le atrocità subite nei campi di concentramento potevano portare al decesso o alla trasformazione nella figura di *Muselmann*: una persona completamente privata di ogni qualifica giuridica e di qualsiasi traccia di umanità, dalla marcata denutrizione, ormai non più in grado di lavorare per inedia e dall'aspetto di arabo in preghiera (85); si tratta di una situazione estrema, in cui il soggetto perde completamente la capacità di autodeterminarsi e la propria dignità di essere umano (86).

Possono essere così definiti alcuni fattori di rischio psicopatologico nell'ambito delle migrazioni:

- aspecifici: l'emarginazione socio-economica e lo stress da transculturazione;
- specifici: fallimento, o minaccia dello stesso, del progetto migratorio;
- co-fattori: tutto ciò che può influire sul progetto migratorio, come le variabili del gruppo di appartenenza di origine, specificità individuali, etc.

Se per alcuni di questi fattori la correlazione con la psicopatologia risulta fortemente intuitiva, probabilmente può risultare misconosciuto il secondo fattore aspecifico. Dopo l'arrivo nel paese ospitante, dopo una prima fase di sollievo per l'acquisita sopravvivenza, possono emergere: vissuti di incertezza, paura dell'essere espulsi, difficoltà di inserimento e adattamento oltre che le possibili sindromi post-traumatiche; molto frequente è lo shock culturale, ovvero "sensazioni di sconvolgimento e problemi di identità dati dal trovarsi in un ambiente totalmente estraneo e diverso dal proprio" (87). Si può parlare in questo contesto quindi di "stress da transculturazione", definito come "quella situazione di pressione psicologica cui viene sottoposto l'individuo che scioglie i legami con la sua terra, la sua famiglia e la sua cultura, e si vede costretto a imparare una nuova lingua, ad accettare valori e abitudini nuove e diverse, o quantomeno a venire a patti. Il tutto, il più delle volte, senza una valida rete di sostegno sociale" (88). A partire da una nuova lingua, il migrante si ritrova davanti a nuovi parametri di comportamento e norme sociali sconosciute, di difficile comprensione. Nel caso di giovani migranti, spesso nel proprio paese d'origine detenevano uno status quasi di leader: pronti fisicamente e psicologicamente a partire, si ritrovano ora agli ultimi gradini sociali, con possibile peggioramento della loro situazione di partenza. Difficile parlare con un migrante che non si ricordi il suo ultimo giorno prima della partenza e l'arrivo nella ter-

ra tanto desiderata; solitamente il processo migratorio ha segnato un cambiamento irreversibile nel proprio vedersi nel mondo.

Mazzetti sintetizza con un'equazione tutti questi fattori di rischio: "maggiori difficoltà migratorie e complessità del progetto = maggiore rischio personale (scomodità, lontananza da casa, costi superiori per arrivare nel paese ospite) = maggiore investimento emotivo = maggiore crisi psicologica se l'avventura migratoria fallisce" (88).

L'arrivo nel paese ospite, con quanto ne consegue, è descritto quasi come un evento iniziatico traumatico, comparabile alle prove rituali usate in alcune culture al fine di stabilire un passaggio a uno status diverso (89). In questo modo si ha rilevanza doppia: una di tipo comunitaria, superata la sofferenza, si raggiunge un successo con relativo titolo di merito per una nuova dimensione sociale e psicologica e una seconda più personale, ovvero un'occasione per nuove comprensioni di sé e delle proprie prospettive esistenziali. Si incominciò a descrivere questa possibile evoluzione della persona colpita da trauma dopo la Seconda Guerra Mondiale, descrivendo l'eredità lasciata dopo le atroci sofferenze patite nei campi di sterminio nazisti (90,91). Successivamente la psico-traumatologia è stato oggetto di studio in diversi contesti, compresi i traumi successivi a un percorso migratorio travagliato con relativo sviluppo all'interno della personalità^o (92). Come riportato da Mazzetti, "grazie alla crisi che determina nel sistema di riferimento di chi ne è colpito, un evento stressante può costituire un'eccellente opportunità di ampliare i limiti dei propri schemi, di ciò che in analisi transazionale chiamiamo il proprio usuale copione di vita" (79). La definizione di tale opportunità è quella di "post-traumatic growth", ovvero di crescita post-traumatica; questo scenario ha rivoluzionato le possibilità terapeutiche fornendo una speranza sia per i clinici che per i pazienti stessi. Questo approccio è usato per lo più nel campo della salute mentale, pertanto da Psichiatri e Psicologi, ma può essere utile anche ad altri operatori sanitari e non. L'approccio alla persona vittima del trauma può basarsi su fattori di resilienza e di vulnerabilità legata all'evento, in modo da poterne descrivere il contenuto e trarre delle strategie di intervento e di supporto.

Secondo una definizione di comune utilizzo, per "resilienza" si intende la capacità di un materiale di resistere a urti e tensioni mantenendo le sue proprietà o riacquisendole al termine dell'evento traumatico: come riportato dal vocabolario Treccani "nella tecnologia dei materiali, la resistenza a rottura per sollecitazione dinamica, determinata con apposita prova d'urto; nella tecnologia dei filati e dei tessuti, l'attitudine di questi a riprendere, dopo una deformazione, l'aspetto originale"^p. In campo psichiatrico espri-

^o Tedeschi RG, Park C, Calhoun LG, Post-traumatic growth: Theory and research in the aftermath of crisis. Erlbaum, Mahwah, NJ. 1998. Citato in Mazzetti M. Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto. Roma: Carocci Editore; 2018.

^p Tratto dal dizionario Treccani on-line. Disponibile a <https://www.treccani.it/vocabolario/resilienza/> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

me la capacità di un individuo di sopportare un evento traumatico, conservando una buona salute psichica. In Figura 9 sono riassunti i fattori che determinano questa qualità individuale.



Figura 9: Fattori determinati dalla capacità di un individuo di esprimere resilienza, con conseguente possibilità di sviluppo di salute psichica (79).

Si dividono in caratteristiche individuali e fattori riguardanti il percorso migratorio. Qualora la persona migrante trovasse un supporto sociale sul proprio percorso, questo può intervenire a fine migliorativo. La trattazione di tutte le diverse variabili esula dalle competenze dello scrivente; è importante però riportare quali fattori possano influire sulla salute mentale del soggetto migrante e che le diverse culture prevedono la possibilità di differenti espressioni del trauma, favorendo o inibendo l'efficacia del processo di resilienza (93). In questo contesto è utile introdurre il concetto di empowerment, ovvero l'incremento delle capacità della persona di controllare attivamente la propria vita.

Si vogliono ricordare anche i fattori di vulnerabilità, che nel campo delle migrazioni forzate saranno predominanti rispetto a quelli di resilienza (Figura 10). In questo campo troveremo persone che non hanno potuto neanche sviluppare un progetto migratorio, ma per la maggior parte hanno dovuto abbandonare le proprie terre senza un fattore motivante e proteggente nei confronti della crisi identitaria che avrebbero dovuto

affrontare in seguito (89). Ovviamente i contenuti saranno speculari rispetto ai precedenti.

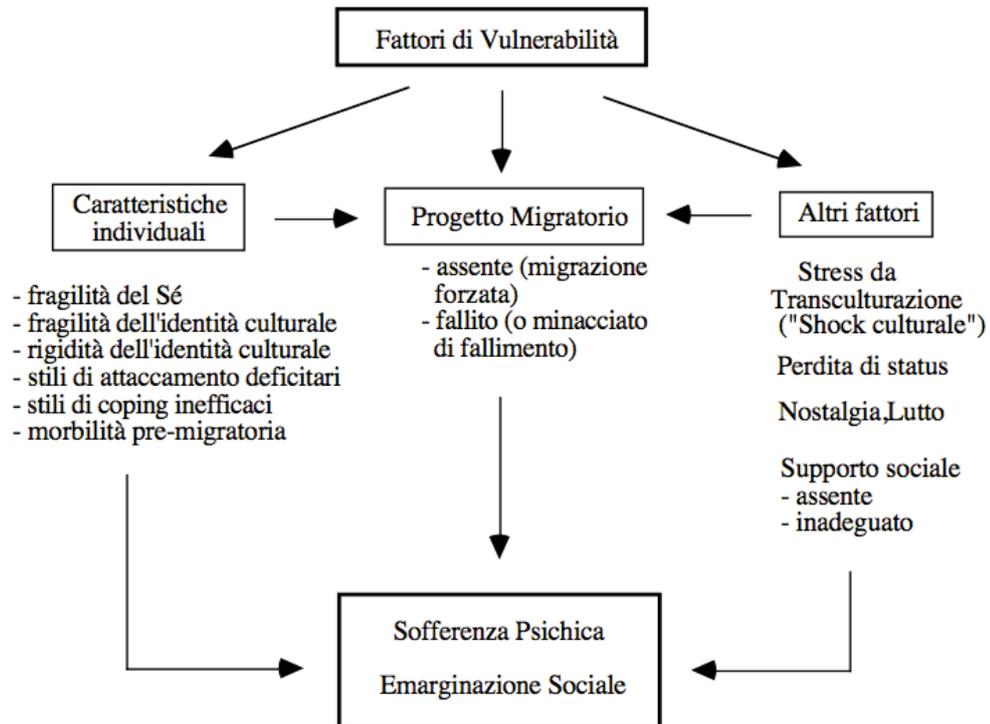


Figura 10: Fattori di vulnerabilità per lo sviluppo di patologia psichiatrica (79).

Quando si decide di approfondire la tematica attuale delle migrazioni forzate, soprattutto nei casi di tortura, è sufficiente aver studiato e letto quanto accaduto nella storia: il resoconto toccante descritto da Primo Levi riguardo alla vita condotta nel lager di Auschwitz o quello di persone scampate a torture, genocidi, come quelli avvenuti in passato in Ruanda, Ex-Jugoslavia, fino ad arrivare a quanto avviene ai nostri giorni in Yemen o Siria (94,95,96,97). Un altro grande scrittore, il francese Daniel Pennac, all'interno del libro "La prosivendola", spiega che la tortura "non consiste solo nel fare male, consiste nel desolare un essere umano fino ad allontanarlo dalla specie umana, niente più a che fare, solitudine urlante" (98). In Italia è stata fondamentale in tal senso la pubblicazione delle linee guida riguardanti le vittime di tortura che ha sensibilizzato molto riguardo alla tematica (99). Questo argomento verrà ripreso in seguito nella sezione dedicata alle interviste effettuate sul campo, ove verranno descritte esperienze dirette.

Abbiamo visto come l'avvicinarsi allo studio della salute mentale nel migrante ci abbia permesso di introdurre il concetto di cultura e di diversità in tale ambito. Ora verrà ap-

profondito la tematica, facendo riferimento alle possibili ripercussioni nella relazione tra paziente e operatore sanitario.

L'incontro tra medico e il paziente è da sempre oggetto di dibattito, fin dalla nascita di tale professione. La nostra scienza è ben consapevole del fatto che fattori aspecifici della cura, come l'effetto placebo o gli aspetti relazionali, hanno un'importante influenza sui risultati di un trattamento. Il fenomeno migratorio ha permesso una rivisitazione della relazione terapeutica tra Curante e straniero, appartenenti a culture anche molto diverse tra loro. E' doveroso sottolineare come anche in questo contesto le variabili culturali non devono essere prese in considerazione solo rispetto a persone straniere, ma con chiunque ci si stia relazionando: esse saranno indispensabili per poter ridurre la distanza tra il punto di vista del paziente e le indicazioni diagnostico-terapeutiche del professionista sanitario. Questo può valere tra un italiano e un maliano, ma anche tra italiani stessi, in considerazione dell'eterogeneità che ci offre il nostro Paese in termini di tradizioni, costumi ed abitudini (se non addirittura dialetti e variabilità linguistiche diverse).

Si verificheranno pertanto differenze sostanziali tra sistemi medici/clinici di riferimento, concetti di salute, malattia e cura che dovranno portare necessariamente a nuove modalità di approccio. Si parlerà di medicina transculturale, facendo riferimento ad un particolare approccio teorico e metodologico riguardante la "presa in cura" di soggetti con riferimenti culturali diversi da quelli occidentali, nei diversi contesti dei servizi sociali e sanitari. Una definizione di "medicina interculturale" è stata fornita da Mario Ricca: "complesso di processi linguistici e pratici diretti a favorire l'incontro tra l'adozione dei protocolli clinici, da un lato, e un favorevole approccio alla cura da parte dei pazienti non italiani, dall'altro" (100).

L'obbiettivo sarà quello di comprendere e rispondere in modo adeguato ai bisogni di salute e al "benessere" dei soggetti stranieri, accogliendo la dimensione culturale come componente costituiva della relazione di cura; in quest'ottica si passerà dal trattare il paziente come oggetto di una terapia a soggetto di vita, in inglese potremmo definire quindi entrambi i sensi di *cure* e di *care*⁹. Interpretando il paziente come un soggetto che nel momento della malattia sta mettendo a rischio la propria esistenza quotidiana, è evidente che sarà necessario fornire un significato a ciò che sta accadendo, al fine di poter creare un'alleanza terapeutica nel miglior interesse del paziente: si tratta del "diritto al significato", in cui i professionisti sanitari insieme a pazienti e caregivers, cercano di definire un senso alla situazione contingente, in modo da garantire una scelta adeguata al valore attribuito alla situazione dal paziente.

⁹ Katon W, Kleinman A. Doctor-patient negotiation and other social science strategies in patient care. In *The Relevance of Social Science for Medicine*. Dordrecht: Reidel Publishing Company; 1981. Citato in Quaranta I (a cura di). *Antropologia medica. I testi fondamentali*. Milano: Raraello Cortina Editore; 2006.

Uno degli obiettivi fondamentali sarà quello di aumentare la compliance, ovvero l'adesione alle prescrizioni; basti pensare che nell'ambito isoculturale, la non aderenza raggiunge anche il livello del 30% (101). Verranno così descritte le principali caratteristiche fornite dalla grande tradizione della Medicina delle Migrazioni, esplicitata da diversi autori come Riccardo Colasanti, Marco Mazzetti e Salvatore Geraci, che per primi in Italia hanno descritto tale fenomeno (88,102).

Nella nostra quotidianità, attraverso la "scienza moderna" o l'evidence-based-medicine che caratterizza i nostri studi, siamo abituati a una modalità di rapporto soggetto-oggetto. Da una parte abbiamo l'operatore sanitario che studia il paziente, al fine di desumerne delle regole generali con cui inserirlo in un sistema coerente di principi e conseguentemente decide le linee di intervento; dall'altra parte ritroviamo la popolazione che ha l'attesa di ottenere il massimo risultato per conservare il proprio stato di salute ed eventualmente curare una malattia. Varie discipline, come la psicoanalisi, hanno cercato di mettere in crisi questo modello, portando a un maggior interscambio tra le due figure. La grande accessibilità fornita da internet a qualsiasi informazione, anche in campo sanitario, ha contribuito inoltre a togliere dal piedistallo il medico e a rendere più consapevoli i pazienti (anche se troppo spesso la quantità di notizie accessibili rischiano di essere controproducenti alla relazione). In questi termini di rottura si colloca il modello di relazione medico-paziente transculturale: Freidson lo descrisse come un conflitto intrinseco, in cui le aspettative del medico sul comportamento da "bravo paziente" stridono con i bisogni del paziente e viceversa¹. Ma perché proprio lo straniero può mettere ancor più in discussione un modello così collaudato e diffuso?

La possibile spiegazione è racchiusa in alcuni livelli di incomprensione che si vengono a creare tra una persona straniera e l'operatore sanitario. Questi verranno discussi di seguito.

1) PRELINGUISTICO

Il primo fattore riguarda tutti gli esseri umani che fanno grande fatica nel cercare di denotare ed ostendere fenomeni privati come un malessere; lo spazio privato e la nostra interiorità sono già complessi da comprendere a livello personale, ancor di più se è necessario trasmettere un messaggio a una persona esterna, specialmente se si tratta di una persona estranea alla quotidianità. Senza entrare troppo in aspetti antropologici

¹ Freidson E. Dilemmas in the Doctos-Patient Relationship. in Cox C, Mead A. A Sociology of Medical Practice, Collier MacMillan. Londra, 1970. Citato in Mazzetti M. Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto. Roma: Carocci Editore; 2018.

che esulano da questo lavoro, è utile però fare riferimento al corpo, non solo come un organismo biopsichico, ma come un soggetto attivo della nostra esperienza: la malattia creerà così una crisi della nostra presenza nel mondo, scaturendo dissoluzione delle nostre certezze, abitudini e del senso della realtà⁵.

Al fine di poter valutare questo livello, è corretto analizzare cosa si cela dentro la parola malattia: infatti per il medico è fondamentale comprenderla, più che spiegarla. Dall'altra parte è interessante riscontrare che ad ogni latitudine del mondo, una persona di fronte alla malattia ha tendenzialmente un'unica reazione: la preghiera, cioè qualcosa che trascende dalla scientificità. La malattia rappresenta una riduzione della modalità di esistenza con limitazione dei margini di libertà di un individuo e imposizione di nuovi andamenti alla vita. Entrando nel merito, negli anni '70 è stata creata una distinzione da parte della neonata antropologia medica: tra *disease*, malattia vista come entità oggettiva secondo la prospettiva scientifica dell'operatore sanitario, misurabile sulla base di dati fisico-chimici e della predominanza di una visione dualistica del rapporto tra corpo e mente e *illness*, malattia percepita dal paziente come un'esperienza originale e culturalmente fondata, della quale è importante comprendere anche il significato dello stare male (103,104). Esemplificativa la spiegazione di Cassel: "illness è ciò che il paziente sente quando va dal medico, disease è ciò che egli ha quando torna a casa dall'ambulatorio"⁶. Questa valutazione può essere fatta da chiunque, ma potrebbe essere utile prendere in esame un esempio: una giovane madre di una bimba di 1 anno nel fare la spesa, effettua un brusco movimento e cade sopra la propria cavaglia; si reca al Pronto soccorso e le viene diagnosticata una distorsione tibio-tarsica, indicati bastoni canadesi per qualche giorno, arto in scarico e in posizione anti-declive con assunzione di antinfiammatori al bisogno. Sembra essere una scena ordinaria, ma prendiamo il punto di vista della ragazza: "come farò a badare a mia figlia? Chi la porterà al nido, visto che il mio compagno lavora a turni e non abbiamo ne suoceri ne parenti stretti vicini? Abito al quarto piano senza ascensore, come farò a salire senza aiuto?" Senza considerare le paure legate alla possibilità di non guarigione o di procrastinarne l'uso. Questo dimostra come un banale codice di dimissione (ovvero quello di cui si sono occupati in ospedale dal punto di vista sanitario, il *disease*) possa avere molte più risonanze in una persona; ebbene questo è rappresentato dall'*illness*, comprendente tutte quelle sensazioni fisiche, emozioni, sentimenti e pensieri che abbiamo dentro di noi da malati e che possiamo esercitare come comportamenti. La percezione soggettiva della malattia è ovviamente molto influenzata dalla cultura e dai suoi riferimenti: alcuni antropologi hanno approfondito questa tematica, introducendo anche il termine di *sickness*, ovvero la reazione sociale dell'ambiente alla

⁵ Scarry E. Le sofferenze del corpo. Bologna: Società editrice Il Mulino; 1990. Citato in Quaranta I, Ricca M. Malati fuori luogo. Medicina interculturale. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2012.

⁶ Traduzione tratta da un brano raccolto in Cassel E. The Healer's Art: A New Approach to the Doctor-Patient Relationship. Lippincot. New York, 1976.

malattia e al paziente^u (105). Come negli altri due casi, può essere utile un esempio: immaginiamo di trovarci con altre persone estranee all'interno di una medesima stanza. All'improvviso una donna si alza e dichiara di essere affetta da una neoplasia alla mammella: susciterà compassione, tristezza ed empatia nelle persone, generando un sentimento di vicinanza, portando le persone ad incoraggiarla al fine di superare i propri problemi. Al contrario, se pensassimo a un giovane che in mezzo alla sala dichiarasse di essere affetto da infezione cronica da HIV o, in maniera ancora più "drammatica" di tubercolosi, le reazioni sarebbero molto differenti: sicuramente verrebbe presa una distanza sia fisica che psicologica, vi sarebbero sguardi accusatori ("sarà un tossicodipendente? Avrà cattive frequentazioni/facili costumi?" Oppure più semplicemente verranno indagate le sue preferenze sessuali) e tendenzialmente nessuno si mostrerebbe vicino o partecipe alla sua problematica. Il diabete mellito (DM) o la gotta ne sono un altro esempio, nell'ambito delle patologie croniche non infettive: il primo rappresenta un grosso problema di gestione non solo clinica, ma legata alla dieta e agli eventuali presidi che una persona necessita. Questo è il frutto di come il nostro sistema sociale ha elaborato il concetto di quelle patologie; in altre culture l'eziologia e le ragioni sul motivo del contagio di alcune persone, possono essere totalmente differenti, come le conseguenze e le possibili strategie terapeutiche. Possiamo vedere in Figura 11 quali siano i forti legami tra questi tre concetti (106).

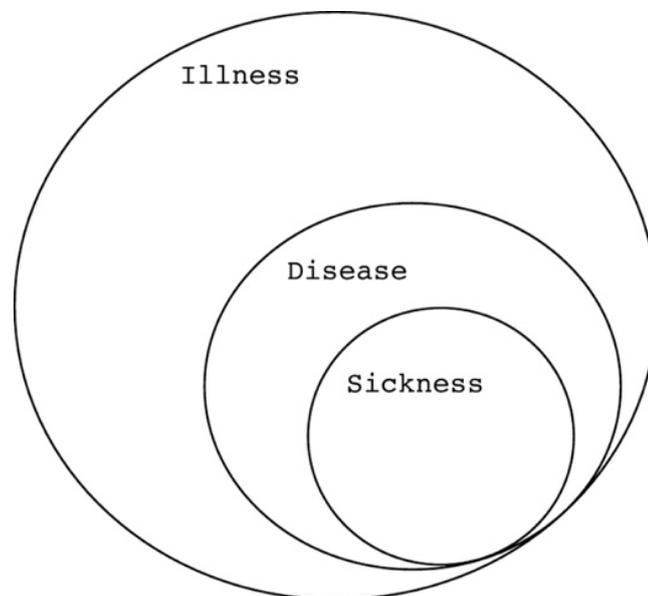


Figura 11: Relazione schematica tra disease, sickness e illness (106).

^u Kleinman A. Patients and Healers in the Context of Culture. University of California Press. Berkeley, 1980. Citato in Young A. Antropologie della "illness" e della "sickness". In Quaranta I (a cura di). Antropologia medica. I testi fondamentali. Milano: Raraello Cortina Editore; 2006.

Sarà fondamentale in una relazione medico-paziente, non affrontare unicamente il lato patologico-scientifico (*disease*), ma dedicare tempo ed energie anche agli altri due aspetti. Non serve infatti risolvere solo il *disease*, lasciando il paziente con la propria *illness* intatta, poiché questo potrà avere dei grossi ostacoli nella compliance, rendendo inutile l'intervento medico. Riguardo alla prognosi e all'attenzione delle indicazioni fornite, è doveroso citare le patologie croniche e il ruolo di esse nella comunicazione. L'ipertensione arteriosa, il DM, l'insufficienza renale, sono termini di comune utilizzo nella popolazione generale occidentale, ma non per forza conosciuti in tutto il mondo (centri per l'emodialisi in Africa sono poco diffusi e prevalentemente a pagamento) (107,108). Stessa cosa può valere per epatite B o C cronica, in cui vi può essere uno stadio di patologia che non necessita di un trattamento immediato, ma unicamente di un monitoraggio bio-umorale, a cui il paziente straniero, sentendosi dire che la patologia è "ben controllata", non ritiene necessario di parteciparvi. In questi casi il rischio è duplice, riguardando direttamente la sopravvivenza della paziente ma anche la salute pubblica: potremo avere un'evoluzione clinica peggiorativa nel tempo e una possibile trasmissione dei virus ad altre persone. In questi casi si parla di *disease* senza *illness*, il paziente risulta affetto da una patologia, ma non si sente tale. Esempi più chiari e con gravi ripercussioni sia sul paziente che sulla collettività, sono rappresentati dall'interruzione della terapia per tubercolosi (TB) o per HIV, una volta che le condizioni cliniche siano migliorate. Questo riguarda anche la prevenzione: la somministrazione di vaccini, per fortuna, è abbastanza diffusa nel mondo e pertanto condiviso nella maggior parte dei paesi; sulla prevenzione oncologica vi è meno preparazione e condivisione.

Si propone così una traccia di ipotesi di colloquio transculturale, basato sull'indagine dell'*illness*, partendo dal modello formulato da Helman (Tabella 2) (109):

Cosa é accaduto?

In modo che il paziente possa descrivere tutti i sintomi con i relativi aspetti emotivi che li accompagnano.

Perché é accaduto?

Indagando il motivo e ascoltando le ipotesi che vengono formulate, considerando anche cause non naturalistiche (magiche, tribali, etc).

Perché é accaduto a me?

Ricerca delle possibili spiegazioni, indagando ogni ambito: naturalistico (dieta, comportamenti a rischio, norme igieniche seguite o trascurate), psicologico (elementi della personalità), alternativo non naturalistico (infrazione di tabù, fenomeni di influenzamento o possessione).

Perché ora?

Valutazione della temporalità della malattia con relativa modalità di insorgenza (progressive/improvvisa) e di connessione temporale con altri eventi, se presente.

Quali sono le conseguenze?

Rappresenta la “fisiopatologia” del disturbo, in questo modo è possibile valutare quali ripercussioni avrà sulla vita del paziente.

Che cosa accadrebbe se non si facesse nulla?

Rappresentazione della storia naturale presunta della malattia, con sospetta prognosi e possibili pericoli e complicanze senza interventi.

Che cosa si dovrebbe fare?

Discussione riguardo le eventuali strategie terapeutiche a disposizione del paziente; fondamentale porre la questione riguardo al contesto in cui vive o da cui proviene (autocura, medicina tradizionale/popolare, medicine alternative) e la compatibilità con la medicina scientifica occidentale.

Tabella 2: Ipotesi di colloquio transculturale, modificato da Helman (109).

2) LINGUISTICO

Si basa sull'arbitrarietà del significato e del valore semantico dei termini e delle espressioni legate anche alle diversità dei riferimenti concettuali del lessico: ad esempio in somalo *kili* significa reni, identificando un'area cutanea addominale antero-laterale e non lombare come in italiano, compromettendo in questo modo una corretta diagnosi di localizzazione. Si ritrova più frequentemente nei confronti di persone arrivate da poco nel nostro Paese, risultando di più difficile gestione in caso di basso grado di istruzione e/o non conoscenza di lingue intermedie come inglese o francese. Questo problema potrebbe essere risolto appunto da una lingua intermedia, come le due precedenti, ma obbliga entrambi le parti ad esprimersi con una lingua diversa dalla propria, avendo meno confidenza e pertanto una maggiore approssimazione di significati. Si può fare ricorso all'uso di interpreti: di comune utilizzo sono quelli occasionali, rappresentati da parenti, amici o da operatori (nel caso di RPI). Il rischio però di distorsioni di linguaggio e significato è massimo: possono essere travisate o sottovalutate alcune parole, il paziente può non essere totalmente libero di esprimersi (basta pensare a un rapporto genitore/figlio o marito/moglie) o parlare la stessa lingua ma appartenere a contesti culturali/tribali differenti. La soluzione migliore è quella di utilizzare mediatori interculturali, specificatamente formati: un agente attivo nel processo di integrazione che si pone fra gli stranieri e le istituzioni, senza sostituirsi né agli uni né alle altre, per favorire invece il raccordo fra soggetti di culture diverse. Questa mediazione avviene in tre livelli:

- livello di ordine pratico-orientativo: il mediatore informa, traduce le informazioni, rendendo il colloquio più accessibile e più trasparente. Informa gli operatori del servizio rispetto a specificità culturali, differenze e tratti propri della comunità d'origine.

- livello linguistico-comunicativo: ruolo di traduzione, interpretazione, prevenzione e gestione dei fraintendimenti e di eventuali blocchi comunicativi. Non si tratta di una traduzione fedele, ma di chiarire anche ciò che è implicito, svelando la dimensione nascosta e dando voce alle domande silenziose e al non-detto.
- livello psico-sociale: qui può esercitare un ruolo di cambiamento sociale, di stimolo per la riorganizzazione del servizio, di arricchimento della programmazione e delle attività; così l'ambiente è accessibile ed accogliente, promuovendo lo scambio e/o il mutamento di valori e di significati assegnati a parole, gesti, azioni.

Il loro utilizzo però non è così frequente per una serie di ragioni: il costo, ma anche l'estrema variabilità geografica dei migranti che non sempre permette di avere la persona giusta; questa terza figura può costituire inoltre un rischio per la relazione medico-paziente, andando a delegare aspetti relazionali al collaboratore, deresponsabilizzandosi. In alcuni casi bisogna semplicemente accettare il fatto che la comunicazione per entrambi le parti, operatore e paziente, sarà limitata e bisognerà aiutarsi con disegni, gesti; in queste occasioni l'accoglienza e l'atteggiamento costruttivo del medico potrà avere un effetto maggiore che usufruire di una terza persona come tramite.

3) METALINGUISTICO

Questo fattore è fortemente collegato all'arbitrarietà dei valori simbolici di alcuni termini, che può portare a fonti di fraintendimento. In questo livello si può parlare di "negoziante dei significanti", ovvero la discussione riguardante il significato di qualche simbolizzazione o il suo contrario, ovvero il sottinteso di una data affermazione. La parola "cancro" nei nostri contesti ha un significato ben preciso ed è riconosciuto come una delle principali cause di morte, al contrario di "anemia", responsabile in alcuni contesti di molti più decessi e pertanto con capacità di indurre più timore. L'eventuale puntualizzazione chiarificatrice riesce ad approfondire ed ampliare la qualità della relazione.

Questi primi tre livelli di incomprensione possono essere definiti "di comunicazione". A seguire riscontriamo invece quelli definibili "culturali", basati su differenze ideologico-esistenziali e dei costumi antropologici.

4) CULTURALE

Il concetto di cultura da un punto di vista scientifico si sviluppa dalla seconda metà del '800, in concomitanza dell'affermarsi dell'antropologia culturale, probabilmente data-

bile nel 1871 con la pubblicazione del libro *Primitive Culture* di Edward B. Tylor. Dei descrive la cultura come “non soltanto gli atti prodotto del lavoro intellettuale, come l’arte, la letteratura o la scienza, ma il complesso degli elementi non biologici attraverso i quali i gruppi umani si adattano all’ambiente e organizzano la loro vita sociale” (110). Mazzetti la definisce invece un “insieme dei valori spirituali e ideologici di una persona, cioè, tra l’altro, il modo con cui definisce il mondo e sé stessa all’interno del mondo e l’insieme delle sue conoscenze nei vari campi dello scibile” (102). Risulta un po’ difficile definire i confini della cultura, isolandoli dalle altre categorie; in questo senso si sottolineano soprattutto le rappresentazioni e gli elementi culturali inconsci dell’immigrato, creatosi in un dato ambiente. In quest’ultimo ritroveremo le norme sociali del paese in cui si trova, i riferimenti storici, religiosi, le relazioni familiari e le regole che le guidano e che determineranno la costruzione dell’identità di quella persona. Rappresentano fattori non verbali che acquisiamo inconsapevolmente e sono difficilmente esplicitabili. Questi fattori variano, poiché l’identità culturale è duttile e in continua trasformazione, a seconda delle esperienze e dei luoghi in cui il migrante si troverà: infatti la cultura è assimilabile più a un processo dinamico che l’essere umano svolge, piuttosto che un bagaglio concettuale posseduto da uno specifico gruppo (111,112,113). Ecco allora una concezione di cultura “in continua creazione (...) fluida, interconnessa, diffusa, interpenetrata, compatta, resistente, riformulabile, creolizzabile, più aperta che chiusa, più parziale che totale, [che] supera i propri stessi confini e si conserva immutata in modo imprevedibile”^v. Se parliamo ad esempio di un’identità di gruppo, essa può essere rappresentata metaforicamente da una fotografia, come descritto da Aime: “è come voler fotografare una classe di bambini che non stanno mai fermi, che si scambiano continuamente di posto. E magari a scattare la foto è un fotografo anche egli inquieto e continuamente in movimento. Tutti i ragazzi appartengono a quella classe, ma qualcuno è arrivato da un’altra sezione, ci sono femmine e maschi, bambini di diverse regioni e, sempre più frequentemente di paesi diversi. C’è chi va d’accordo e chi si detesta e si picchia. A volte l’intera classe è solidale, molto più spesso si creano gruppetti di amiconi per la pelle. (...) La foto di quei bambini irrequieti risulterà probabilmente mossa, ma forse quell’immagine dai contorni confusi risulterebbe la più fedele alla nozione di identità espressa da quella classe” (111). L’esperienza migratoria compiuta tende a portare la persona verso un’ambiguità culturale, ovvero ad una “doppia assenza”, non più appartenente alla comunità d’origine, ma non ancora integrato in quella ospite (114). Questo fenomeno si verifica maggiormente nei figli di primi immigrati, ove l’immigrato “sembra così schiacciato tra la negazione della sua esistenza come essere umano titolare di diritti universali e la proposta di esistere solo in quanto disciplinato nei ranghi di un’etnia o di una entità religiosa che si occupa an-

^v Definizione tratta da Sanjek R. *The ethnographic present*. Man 26, 4. 1991. In Quaranta I, Ricca M. *Malati fuori luogo. Medicina interculturale*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2012.

che di gestire la sua vita”(1). Il migrante perciò non sarà più detentore solo della cultura d’origine, ma vivrà un’identità in evolversi; bisognerà quindi entrare in un processo di transculturazione, ove sia il paziente che l’operatore sanitario dovranno favorire l’incontro in un’ottica di collaborazione reciproca. E’necessario però ricordare che “interpretando gli stranieri come ‘culture’, la nostra società pensa di conoscerli e si sente rassicurata perché ha paura della loro fluidità e della loro mobilità, non delle loro estraneità culturale, soprattutto se minoritaria e recintata (...). Il migrante suscita sospetto, paura e ostilità, perché, che lo voglia o no, è un veicolo di ibridazione” (115). Si può anche eccedere nell’importanza fornita al fattore culturale, assistendo al fenomeno di “nominazione autoritaria”, attraverso l’etichettamento dei migranti a seconda delle loro origini o al giudizio inerente i loro comportamenti e discorsi: questo comporta quindi imposture sulle identità, negando loro la possibilità di una libera espressione, costringendoli a collocarsi in categorie imposte dalla società d’immigrazione (1). Questo però non vieterà loro un certo cameleontismo a seconda di dove essi si ritrovino, ovvero al ritorno nella società d’origine, in ritrovi con compaesani o in occasioni di incontro con persone appartenenti alla società d’immigrazione.

5) METACULTURALE

Viene definito da Colasanti e Geraci come “il piano dove gli uomini affermano consciamente e con lucidità la loro visione della vita, che a livello culturale appare implicita e, in definitiva, inconscia” (88). Questo livello e il precedente possono essere ampiamente sovrapposti. A titolo di esempio, possono essere prese in considerazione le differenze ideologiche, filosofiche e religiose che possono alterare la compliance terapeutica, come nel caso del periodo di Ramadan, condizionando l’adesione all’assunzione di determinate terapie.

Alla luce dei livelli d’incomprensione descritti, possiamo illustrare 3 principali fasi che possono scaturire dall’incontro tra paziente straniero e medico (Tabella 3):

FASI	MEDICO	PAZIENTE
1°ESOTISMO	Sindrome di Salgari	Sindrome da General Hospital
2°SCETTICISMO	“Questo non ha niente” “Mi fa perdere solo tempo”	“Questo medico non vale molto” “Mi curano male perché sono straniero”
3°CRITICISMO	Superare i pregiudizi Porre attenzione su medico-paziente	Accettare limiti del medico e della medicina Comprendere cosa è realisticamente possibile ricevere

Tabella 3: Divisione in fasi temporali dell’incontro tra medico e paziente straniero (88).

La prima fase dell'esotismo rappresenta la produzione di "immagini dell'altro": il paziente straniero è reputato portatore di virus e patologie esotiche, soprattutto se di origine africane o con colore della pelle diverso da quello caucasico. L'operatore sanitario cercherà in tutti i modi di dimostrare qualche malattia infettiva o tropicale, reputando i sintomi/segni unicamente ascrivibili a tali congetture; in questo modo si considererà il migrante come agente contaminante, quasi un rischio per la sanità pubblica. Dall'altra parte si può descrivere un "esotismo capovolto", in cui il migrante vedrà nel SSN una medicina ipertecnologica e di base strumentale (oggetto spesso di speranze durante il percorso migratorio), rappresentativa del grande sogno del materialismo occidentale scienziato. Al fine di comprendere meglio quanto avviene nell'operatore sanitario, Colasanti nel 1990 definì questo fenomeno come *Sindrome di Salgari*: "... senza aver mai visitato i paesi tropicali, Salgari scriveva sognando ad occhi aperti di mondi dove quei dati di diversità che egli traeva dalla consultazione nelle biblioteche, servivano ad alimentare la categoria del meraviglioso dei suoi libri. Salgari non si interessò di problemi dei migranti, ma se lo avesse fatto avremmo avuto dei bei titoli da leggere nella nostra gioventù, penso a qualcosa come "I tigrotti della Pantanella" o "La filippina di Labuan". Come Salgari, alcuni dei più blasonati nomi della medicina accademica italiana, senza aver conosciuto la medicina dei migranti, senza aver forse, mai visitato un immigrato, hanno scritto nei termini di un meraviglioso arrivo di patologie misteriose che moltitudini di Sandokan e Tremal-naik importerebbero nei nostri paesi. Giustamente in tal senso la medicina pubblica con prudenza e il buon senso di un padre di famiglia, doveva arrestare con fermezza l'arrembaggio: i tutori della legge sanitaria, novelli viceré, novelli governatori Brookes alle frontiere, dalle mura della nave Italia, dovevano contrastare epidemiologicamente l'assalto dei pirati della Malesia, che penetrando nella nostre frontiere avrebbero condotto nuovi virus, meravigliose sintomatologie, trasmettendole ai semafori e agli incroci, insieme ai fazzoletti e al lavaggio del parabrezza". Nello stesso periodo con Geraci aggiungeva: "...E' stupefacente osservare come il gestore pubblico, di fronte a immigrati che passano i loro giorni per strada, sotto la pioggia o il freddo, mangiando dei guadagni della vendita di fiori ed accendini, tossendo di fame, di stanchezza e povertà, muova commissioni che promuovono lo studio dei problemi di medicina dei migranti, non nel senso di una loro protezione preventiva rispetto a patologie da degrado legate alla povertà e alla fame che fanno in Italia, ma per bonificare i loro corpi da ipotetiche patologie esotiche e pericolose". Ancora provocatoriamente scrivevano: "...Iodiamo soprattutto l'attenzione per la difesa delle frontiere dagli immigrati infetti. Ciò vuol dire che sarà necessario controllare i pazienti provenienti da zone a rischio: gli uomini di affari gay provenienti da San Francisco, i tossicodipendenti che vengono da Berlino, i cugini francesi in buona classifica per la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS). E se questa logica si estende, con

buona pace della Lega Lombarda e visto che a Napoli c'è stata una bella epidemia di colera e l'epatite è di casa, anche solerti squadre di funzionari ministeriali, che predispongano chioschetti per screening epidemiologici all'altezza del casello di Caianello dove effettuare seduta stante radicali operazioni di controllo ed igiene pubblica”(88). Segue la fase dello scetticismo, in cui il paziente viene considerato come un lavativo o un malato immaginario, il cui unico scopo è far perdere tempo al personale sanitario; il fatto di non aver riscontrato patologie esotiche o fuori dal comune, fa perdere di interesse l'operatore sanitario e ne sospende il rapporto col paziente. Ritrovandosi nel limbo tra una tradizione culturale originaria e una occidentale egemone di cui si sente assorbito, ma rimane solo suddito; in tale situazione sorge un equilibrio culturale dinamico che da una parte tende a trasformarsi verso un costume e una cultura occidentale e dall'altra mantiene una memoria del proprio passato, sempre più mitico e folcloristico. Nasce così diffidenza verso il medico, con quasi un rifiuto al trattamento visto con molte perplessità. In questa fase si può affermare che i ruoli si ribaltano, diventando il medico l'indigeno e il paziente migrante l'esploratore.

Qualora si superi questa fase, arrivando a un approccio di tipo ermeneutico, mettendo in questione le categorie conoscitive del primo impatto, ci si accorge dell'errore di valutazione: non sarà più la difficoltà nel descrivere un agente tropicale-infettivo, quanto più la percezione del corpo e della malattia appartenente a una realtà diversa. Qui si oltrepassano le categorie ipotizzate in precedenza di povero “untore”, per incontrare il soggetto con la sua storia, cultura, realtà psicofisica e vicenda esistenziale.

Abbiamo visto che in questo campo della medicina nulla deve essere dato per scontato: sarà necessario unire le diverse sfere di appartenenza tra sociale e sanitario, con un massimo grado di collaborazione tra tutti gli operatori sanitari in scena. Da entrambi i punti vista, medico e paziente, può avvenire un incontro non solo basato sul piano del bisogno, ma anche su quello più stimolante e arricchente della cultura.

Picozzi e Pasini consigliano di stipulare un “patto sociale” tra medico e paziente, che contenga dei principi etici-deontologici che possano dare la priorità al paziente, definire i diritti e i doveri della struttura sanitaria e dei relativi operatori e infine consentire un incontro tra le due parti (116):

1. PRINCIPIO DI AUTONOMIA

E' indispensabile creare le condizioni affinché le persone malate siano consapevoli, informati e consci del loro stato di salute e possano prendere in maniera autonoma le loro scelte.

2. PRINCIPIO DI RILEVANZA CULTURALE

E' necessario integrare il trattamento nel suo ambito di cultura, ma consapevoli che la persona trascende la cultura di appartenenza.

3. **PRINCIPIO DI VULNERABILITA'**
Assioma per cui il soggetto migrante sarà sempre più vulnerabile dell'operatore sanitario (come ogni malato, d'altronde) e non bisogna pertanto ignorarne la fragilità.
4. **PRINCIPIO DI INTEGRITA' MORALE DELLA PROFESSIONE**
Rifacendosi al proprio Codice Deontologico, l'operatore deve agire nel rispetto dell'efficacia, imparzialità, equità ed efficienza delle proprie scelte nei confronti del paziente, in coerenza con i principi e la missione della struttura di appartenenza; quest'ultima lascerà piena autonomia di giudizio all'operatore.
5. **PRINCIPIO DEL RENDER CONTO**
Si tratta di una rendicontazione di quanto avviene tra operatore e paziente, consentendo una verifica costante del lavoro svolto e delle scelte intraprese.
6. **PRINCIPIO DI RESPONSABILITA'**
L'operatore e la struttura devono manifestare elasticità nei confronti delle situazioni cliniche e non che si possono presentare durante una relazione terapeutica.
7. **PRINCIPIO DI EQUITA'**
In questo caso si definisce la differenza rispetto all'uguaglianza: infatti il trattamento dovrà essere a ciascuno secondo le proprie necessità, ovvero da eguali nel rispetto delle differenze.
8. **PRINCIPIO DI GIUSTIZIA**
Riguarda l'allocazione delle risorse: anche davanti a un unico paziente, è sempre necessario tener conto del bene comune e della comunità.
9. **PRINCIPIO DI MEDIAZIONE**
Sia la struttura che l'operatore devono mediare le preferenze morali del singolo rispetto al territorio e la comunità, con una territorializzazione degli interventi, salvaguardando sempre i diritti individuali.
10. **PRINCIPIO DI MUTUO RISPETTO**
"Ogni persona morale è identica all'altra in forza della comune umanità e dignità", questo sarà alla base di un accordo etico tra operatore e paziente, rispettandone l'autonomia e l'appartenenza culturale.

ACCESSO ALLE CURE

I pregi delle democrazie liberali non consistono nel potere di chiudere le proprie frontiere, bensì nella capacità di prestare ascolto alle richieste di coloro che, per qualunque ragione, bussano alle porte.

SEYLA BERNHABIB, *La rivendicazione dell'identità culturale*.

Nella nostra narrazione, ora il migrante è arrivato o sbarcato presso il nostro Paese e, se necessario può avere accesso al nostro SSN. La ricca legislazione internazionale e nazionale descritta in precedenza non sempre riesce a tutelare la popolazione migrante. E' bene ricordare infatti che il diritto alla tutela della salute non dipende solo da norme giuridiche, ma anche dal contesto economico-sociale e dalla relazioni che il soggetto instaura con esso (Figura 12).

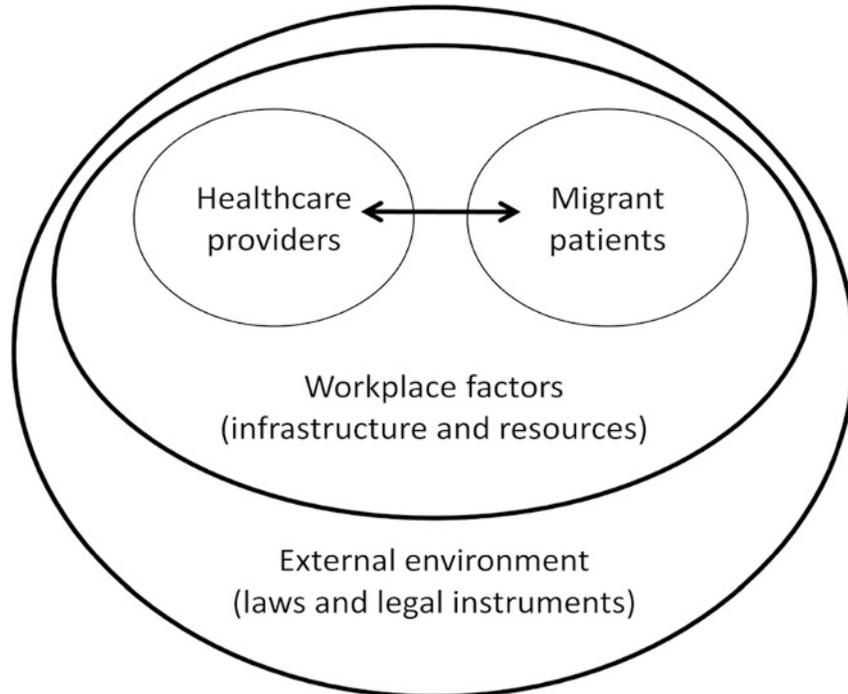


Figura 12: Rappresentazione grafica dei fattori che intervengono nell'accesso alle cure dei pazienti migranti (117).

A determinare lo stato di salute non sarà solo la modalità di accesso al SSN, ma anche altri numerosi fattori come il godimento dei diritti civili, l'istruzione/educazione, le condizioni abitative e di lavoro, le abitudini/comportamenti (118,119). La legislazione rimane uno dei più importanti strumenti per assicurare parità di opportunità e trattamento, ma si dimostra insufficiente per eliminare i pregiudizi verso gli stranieri (120). L'uguaglianza descritta dalle norme è solo il prerequisito della reale equità del sistema e dell'eventuale integrazione del migrante.

Sembra utile richiamare in questo contesto il concetto di salute globale, ovvero quell'insieme di "aspetti della salute collettiva che trascendono i confini nazionali, possono essere influenzati da circostanze o mutamenti in altri paesi e possono essere meglio affrontati da azioni e soluzioni cooperative"(121). Un'altra definizione ancor più esaustiva descrive la salute globale come "un'area di studio, ricerca e pratica che pone come priorità il miglioramento della salute e il raggiungimento dell'equità in salute per tutti in tutto il mondo. La salute globale enfatizza questioni di salute transnazionale, i loro determinanti e le possibili soluzioni; coinvolge numerose discipline all'interno e al di là delle scienze biomediche promuovendo la collaborazione interdisciplinare; è una sintesi tra prevenzione a livello di popolazione e cura del singolo individuo" (122).

Questo tipo di approccio si focalizza sull'analisi dello stato di salute e dei bisogni reali della popolazione mondiale, concentrandosi su quanto incidano su di esse i determinanti socio-economici, politici, demografici, legislativi ed ambientali; in questo modello di lettura, si pongono in relazione globalizzazione e salute attraverso un approccio transdisciplinare e multimetodologico, valutandone i rapporti in termini di equità, diritti umani, sostenibilità, diplomazia e collaborazioni internazionali (123,124,125,126,127). Sarà indispensabile quindi valutare i profili di salute della popolazione straniera, al fine di creare uno strumento di supporto nella individuazione delle criticità e delle priorità da considerare all'interno della programmazione e delle politiche socio-sanitarie territoriali.

All'interno dell'eterogeneità della popolazione migrante, risulta molto complesso valutare lo stato di salute e dei determinanti ad essa correlati per i numerosi fattori che vi prendono parte: a partire dall'epidemiologia relativa al paese di origine, le ragioni della migrazione e il percorso migratorio determinano una forte disomogeneità di condizioni e pertanto di ripercussioni in termini di salute. Abbiamo già descritto le difficoltà del viaggio e delle condizioni all'arrivo nel paese ospitante (spesso precedute da tappe di lunga durata in paesi intermedi) e di come esse comportino spesso numerosi rischi per la salute e la stessa sopravvivenza: condizioni igienico-sanitarie precarie, deprivazione di cibo e acqua, sovraffollamento, abusi e torture, sfruttamento, detenzione (128). Infine, ospitato nelle collocazioni di prima e seconda accoglienza, il migrante sarà comunque esposto ad altre forme di vulnerabilità: strutturali come le complesse normative di accesso all'assistenza sanitaria, socio-culturali, tra cui le barriere linguistico-

culturali e l'allontanamento dalla rete sociale familiare e la precarietà socioeconomica con aumentato rischio di sfruttamento (129).

In particolare i RPI sono collocati in strutture riservate, che spesso non soddisfano standard di igiene e sicurezza (18,129); le necessità socio-culturali, lavorative, formative e soprattutto sanitarie della persona vengono trascurate con importanti ricadute sullo stato di salute (130,131,132,133, 134). Interessante notare come in questo, come in altri campi, le disuguaglianze economiche limitano sicuramente l'accesso alle cure, ma contribuiscono direttamente all'insorgenza e distribuzione di alcune patologie, definibili anche "patologie del potere"^w.

In Italia il livello di integrazione socio-economica della popolazione è progressivamente migliorato, ma una parte significativa di essa fruisce delle risorse sanitarie in modo inadeguato, specie in termini di programmi di screening e prevenzione, con conseguenti divari nell'incidenza delle patologie e loro esiti. Tale distanza tra cittadini immigrati e servizi risulta amplificata sia nel caso di patologie poco presenti nella popolazione autoctona, non contemplate all'interno dei percorsi diagnostici tradizionali, sia con altre che spesso questa popolazione rischia di contrarre dopo la permanenza nel paese di arrivo: ne sono un esempio l'infezione cronica da HIV e le parassitosi, come descriveremo in seguito (135,136).

La differenza di accesso al SSN da parte della popolazione autoctona rispetto a quella immigrata può essere spiegata attraverso alcune variabili che ne condizionano l'uso:

- La sussistenza del diritto all'accesso: sebbene a livello nazionale siano state emanate importanti linee guida o norme che debbano garantire l'assistenza sanitaria, la loro implementazione a livello regionale e locale non è uniforme su tutto il territorio nazionale, provocando importanti lacune. A titolo di esempio in materia di migranti irregolari, molte regioni (es. Lombardia) non hanno recepito e/o implementato l'introduzione del codice Europeo Non Iscritto (ENI), escludendo dall'accesso al SSN gli stranieri comunitari non in possesso di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) (137).
- La consapevolezza del diritto all'accesso: indispensabile per il beneficiario, spesso manca nella popolazione immigrata (in alcuni casi anche in quella italiana). L'educazione sanitaria e civica ricevuta nei centri di accoglienza è spesso lacunosa e non garantisce la conoscenza dei propri diritti come dei propri doveri (rispettare le tempistiche, documentazione da conservare e avere sempre con sé, etc). Spesso il materiale informativo telematico o cartaceo dei servizi è

^w Farmer P. Pathologies of power. Health, Human rights, and the new war on the poor. Berkeley: University of California Press; 2003. Citato in Quaranta I. La trasformazione dell'esperienza. Antropologia e processi di cura. *Antropologia E Teatro. Rivista Di Studi*, 3(3), 2012.

unicamente redatto in lingua italiana e mirato unicamente alla popolazione italiana (in taluni casi unicamente a quella residente in un unico territorio).

- La reale accessibilità alle diverse strutture sanitarie: rappresenta la corrispondenza necessaria tra la domanda di salute e l'offerta dei servizi atti a soddisfarla, che non sempre coincidono; i continui tagli alla spesa pubblica e ai servizi sanitari, hanno portato una diminuzione e delocalizzazione di strutture sanitarie e ospedali, sfavorendone l'accesso a tutta la popolazione. L'investimento in strutture private e private-accreditate in alcune Regioni come Veneto, Lombardia, ha limitato fortemente l'accesso delle persone in situazione di marginalità, che siano esse italiane o straniere.

Dalle variabili elencate scaturiscono alcune barriere che possono limitare fortemente l'accesso al SSN da parte della popolazione migrante e che possono essere raggruppate in questi gruppi (138,139,140):

- giuridico-legali
- economiche
- burocratico-amministrative
- organizzative
- culturali (linguistiche, comunicative ed interpretative)

Abbiamo potuto vedere come spesso chi abbandona il proprio territorio è giovane, tendenzialmente in buona salute e, qualora non incontrasse sul suo percorso ostacoli, all'arrivo nel paese ospite potrebbe presentarsi privo di problematiche di tipo sanitario. Identifichiamo questa situazione con l'"effetto migrante sano": l'immigrato arriva generalmente nel nostro paese con un patrimonio di salute pressoché integro; la stessa persona gioca le possibilità di successo del proprio progetto migratorio sulla propria integrità fisica, su cui si basa ad esempio la forza-lavoro (141,142). Si tratta di migranti specialmente di tipo "economico", generalmente più sani della popolazione di origine (per una sorta di selezione alla partenza per alcuni fattori come l'età, condizioni fisiche e socio-economiche) e della popolazione ospitante, soprattutto negli anni immediatamente successivi alla migrazione (143). In alcune comunità africane può essere la parte finale di una rappresentazione di un rito collettivo: si lascia partire un giovane, tra i più sani e forti, come investimento per tutta la famiglia se non per la collettività del villaggio. Questo paradigma molto celebre nella medicina delle migrazioni, non è applicabile in tutti i casi di migrazione forzata (RPI, sfollati per conflitti, disastri naturali o instabilità sociopolitica), in cui si assiste ad un allontanamento in massa della popolazione finalizzato alla sopravvivenza, che coinvolge anche anziani, bambini e malati cronici (con frequente interruzione delle terapie in atto); lo stesso vale per quei migranti costretti a soggiornare per diversi mesi, se non anni, in Libia o in paesi in cui le condizioni di vita, lavoro e salute, non permettano una vita consona. A queste condizioni si potranno

sommare anche quelle che potranno trovare nei paesi ospiti, a maggior ragione se RPI. Il periodo di tempo che intercorre tra la partenza in un buon stato di salute e un deterioramento delle condizioni psico-fisiche, viene definito "intervallo di benessere". Esso è rappresentato dal tempo che trascorre tra arrivo e il rivolgersi ad una struttura sanitaria del paese ospitante (in generale oscillante tra i 3 e i 12 mesi). I motivi per cui il patrimonio di salute in dotazione al migrante viene dissipato sono riconducibili ai vari fattori descritti in precedenza: raggiunto questo stadio, si può parlare di "effetto migrante esausto", ovvero di come l'esposizione ai fattori di rischio presenti nel Paese ospite ne condizioni la salute (144,145,146, 147).

E'utile pertanto ripetere quali siano i principali ambiti che possono includere fattori di rischio per la salute del migrante (88,148):

1. situazione lavorativa: valida anche per gli italiani, espone ed eventualmente accelera lo scadimento delle condizioni di vita in condizione di disoccupazione per perdita di potere economico, costringendo a diminuire le spese fino ad arrivare a ricercare attività illegali (potenzialmente dannose di per sé per la salute, come la prostituzione e/o i lavori pesanti) o abitudini voluttuarie a rischio (alcolismo, tabagismo o abuso di sostanze illecite). Lo status precario che definisce il migrante "un ospite in prova perpetua, deriva, nella concreta e quotidiana esperienza dello straniero, un inevitabile posizionamento al labile confine tra legalità e illegalità" (149). L'eventuale irregolarità giuridica porta il migrante ad accettare qualsiasi lavoro, anche nella speranza di una possibile regolarizzazione, entrando spesso in forme di ricatto che ne fanno una perfetta vittima del "lavoro nero" e di forme di sfruttamento lavorativo in mancanza di misure di protezione o di adeguata turnazione (es. braccianti agricoli, muratori in cantieri edili) (150).
2. situazione alloggiativa: vale soprattutto per i RPI, stipati in centri di accoglienza spesso sovraffollati con inadeguati standard di igiene, in considerazione della possibilità da parte dei gestori di lucrare, diminuendo i servizi (10,18,129). L'inadeguatezza abitativa e la possibilità di sovraffollamento con conseguenti carenze igieniche possono valere anche per altri classi di migranti regolari che hanno sicuramente più difficoltà dei residenti nel trovare alloggi; ovviamente per gli irregolari la situazione diventa ancora più complicata perché spesso costretti a vivere per strada o in rifugi improvvisati, con i servizi primari per lo più garantiti dal privato sociale.
3. alimentazione: un fattore spesso non indagato a sufficienza e che non riguarda solo le differenze in campo religioso (musulmani o ebrei che hanno limitazioni dietetiche). Il migrante spesso si ritrova a dover modificare se non a cambiare del tutto la quotidianità in campo culinario per differenza di materie prime, modalità di preparazione e cottura del cibo e mancanza di adeguata informa-

zione riguardo le proprietà dei singoli nutrienti. Le difficoltà economiche, anche in questo caso, non fanno che peggiorare il quadro, portando alla rinuncia di molti alimenti spesso più costosi di altri (es. verdura e frutta fresca). Si può verificare inoltre una necessità di adeguamento a un nuovo stile di vita, con la scarsa confidenza nella preparazione dei cibi (soprattutto per i soggetti di sesso maschile), solitamente a carico del sesso femminile a seconda dei vari costumi originari.

4. diversità climatica: maggiormente evidente per i migranti di origine subsahariana alle nostre latitudini, ha grandi ripercussioni sulla possibilità di sviluppo di patologie da raffreddamento, come la banale sindrome influenzale, spesso non conosciuto dalla popolazione migrante. La consuetudine di essere impiegati in lavori all'aperto, può anche favorire l'insorgenza anche di situazioni cliniche ben più gravi, visto la scarsa consapevolezza delle nostre temperature.
5. supporto psico-affettivo: l'abbandono della terra nativa significa perdere i propri affetti, famiglia, amici ed eventuale partner, rimanendo senza punti di riferimento e di aiuto. Sarà importante riuscire a ritrovare un contesto culturale e sociale simile alla partenza, per esempio con comunità di immigrati organizzate e solidali, ma non sempre presenti. Questa mancanza, spesso in un momento di crescita mentale, psicologica e fisica, può rappresentare davvero un'insidia per la formazione della persona, portando allo sviluppo di comportamenti devianti.
6. accesso ai servizi socio-sanitari: abbiamo visto come esso sia garantito a livello normativo a quasi la totalità delle persone, ma spesso con difficile applicazione e declinazione nel concreto. Per quanto riguarda i RPI, il continuo trasferimento tra centri o i limitati tempi di durata dei vari permessi o tessere sanitarie, possono favorire la dispersione e la mancata presa in carico da parte del SSN. Seppur gravato da notevoli limitazioni, i cittadini residenti possiedono un fascicolo sanitario elettronico con valenza regionale; i RPI, al contrario, non hanno la possibilità di accesso alla storia clinica e anamnestica con conseguenti ritardi nei servizi, ripetizione di esami di screening (es. esecuzione di radiografia – RX - del torace all'ingresso in ogni centro di accoglienza) con conseguente spreco di risorse.
7. scarsa compliance: la sottovalutazione della malattia o della situazione clinica (es. intolleranza glucidica), con possibilità di interruzione dei controlli o dell'assunzione della terapia, dopo un eventuale miglioramento iniziale; il complicato rapporto medico-paziente; problematiche legate alla sussistenza, come gli spostamenti tra centri di accoglienza, l'eventuale fuoriuscita dal sistema dell'accoglienza o la ripresa di attività lavorativa.

DONNE E MIGRAZIONE: TRA DIFFICOLTA' E REALTA'

La vistió el silencio,
con una infancia morbida.
Desde entonces es la que habita
entre señales
buscando liberar los pájaros
de su voz en pausa.
¡Cuánto dice la Callada cuando observa el mundo!
¡Cuánto engulle sin protesta y cuánta herida
carga!
Sólos los ojos, los ojos abiertos le defienden
con su claro raciocinio contra la oscura apatía del
habla.

CARMEN YÁÑEZ, *Signos*.

Sebbene questo lavoro di ricerca non tratti specificatamente tematiche di genere, abbiamo deciso di affrontare comunque il tema della “donna migrante”: non solo dal punto di vista delle differenze rispetto all’altro sesso, ma quanto più perché esemplare per rappresentare le difficoltà della persona migrante.

Esso può racchiudere aspetti antropologici, clinici, culturali, di genere e psico-sociali e ci obbliga a soffermarsi sulle peculiarità che accompagnano le donne nel loro percorso migratorio. È quindi doveroso un capitolo che sia “totalmente dedicato” quando si parla di popoli in movimento.

Negli ultimi anni i flussi migratori sono stati caratterizzati da un aumento dei tassi di “femminilizzazione” degli stessi sia verso l’Europa che verso l’Italia (31). Quest’incidenza esponenziale ha portato inevitabilmente a capovolgere i valori tradizionali della famiglia migrante e del ruolo che la donna stessa assume all’interno della società di provenienza, come in quella di arrivo. E’ inevitabile che questo fenomeno abbia delle ripercussioni e che susciti particolare attenzione da parte delle strutture socio-sanitarie e degli operatori della salute fin dal momento della prima accoglienza e fino alla successiva presa in carico della popolazione femminile migrante nel paese di arrivo.

L’ Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS/WHO) afferma che l’“approccio di genere alla salute è ineludibile per un efficace contrasto delle disuguaglianze nello stato di

salute della popolazione” (151); tale principio, ribadito in più occasioni anche dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM), porta alla considerazione che l’analisi dei ruoli di genere è un fattore determinante ed essenziale per la salute.

Nel campo delle emigrazioni, la decisione di partire non è quasi mai della sola donna, ma nella maggior parte dei casi essa rappresenta una decisione familiare o di tribù di appartenenza o comunque di un’altra persona. Il ruolo marginale della donna in questa decisione risulta poi essere la prima forma di difficoltà nel suo integrarsi nel paese di arrivo. Negli ultimi anni nei servizi a cui accedono le donne straniere sono emerse diverse problematiche relative al genere: in particolare il fenomeno della denuncia da parte di vittime di violenze e maltrattamenti all’interno delle famiglie di appartenenza. La rigidità dell’applicazione delle linee guida nei confronti della violenza di genere (elaborata dalle Reti antiviolenza) spesso non tiene conto della componente transculturale del fatto stesso, scoraggiandone la denuncia. Inoltre, proprio tenendo conto delle rappresentazioni culturali che alcune culture hanno della famiglia (es. Maghreb, Bangladesh, Sri Lanka), diventa indispensabile e opportuno poter lavorare anche con i maschi maltrattanti, che spesso all’interno di una famiglia immigrata, hanno perso il ruolo di fornitore di sussistenza per moglie e bambini, creando una possibile causa di “violenza e maltrattamento”.

La violenza di genere può però assumere diverse e svariate forme: il traffico di donne e di minori è una triste specificità vissuta da questa popolazione ed un problema pungente e attuale. Si tratta in questo caso di una violenza “organizzata”, in cui è complicato e sottile distinguere i confini tra adattamento a una condizione a cui è difficile sottoporsi, sopraffazione e/o sfruttamento e reale volontarietà della donna stessa (152). Questo fenomeno a sua volta si intreccia con altri fondamentali aspetti del problema: l’età giovanissima delle ragazze, il contesto di fortissimo bisogno in cui vivono, la diffusione della cultura del consumo e il miraggio di una vita migliore (153). A questo proposito i dati forniti dall’OIM circa il traffico ai fini di sfruttamento commerciale del sesso di donne e bambine, indicano un fatturato annuale che arriva fino a 8 miliardi di dollari (154).

Data la complessità e la natura di questo fenomeno, è estremamente difficile fornire dati precisi sulle vittime di tratta a livello globale (155). I dati riguardano i casi denunciati o identificati che rappresentano, naturalmente, una minima parte della realtà. Riguardo a tale argomento è importante sottolineare che il dato sulla migrazione proveniente dalla Nigeria è dal 2015 in aumento esponenziale, con un particolare incremento riguardo al dato delle donne e dei minori non accompagnati. L’IOM ritiene che circa l’80% delle donne migranti nigeriane arrivate via mare sia probabilmente vittima di tratta destinata allo sfruttamento sessuale in Italia o in altri paesi dell’Unione Euro-

pea, anche se non si può escludere che altri migranti di altre nazionalità siano coinvolti nel traffico (154).

All'origine di tale problema è da considerare l'esistenza di alcuni fattori di rischio diversi e correlati tra loro relativi alle donne stesse, rendendole più vulnerabili a questo problema:

- Fattori di rischio individuali, come la povertà (sia per la dipendenza economica che per minore accesso a risorse di tipo protettivo), la giovane età, la clandestinità.
- Fattori di rischio relazionali-famigliari, per esempio l'utilizzo di strategie di controllo da parte del partner o di altri individui (maman).
- Fattori comunitari determinati dall'isolamento della vittima dalla rete sociale e familiare e la residenza in luoghi ad alto tasso di criminalità e violenza (es, Nigeria) (156).
- Fattori sociali, ossia l'appartenenza a un gruppo etnico di tipo patriarcale e la scarsa considerazione sociale delle donne provenienti da molti paesi dell'Europa dell'Est o dall'Africa.

Per facilitare l'individuazione del problema a partire dagli sbarchi, l'OIM ha individuato alcune caratteristiche relative alle donne/minori immigrati in arrivo, che rappresentano dei veri e propri indicatori di tratta, utile soprattutto agli operatori di accoglienza per avere almeno il sospetto di trovarsi di fronte ad una donna trafficata (154):

- problemi psicologici (ansia, scarsa autostima, depressione);
- atteggiamento (aggressività, diffidenza e scarsa collaborazione nei confronti degli operatori e degli altri ospiti, introversione);
- allontanamenti, anche frequenti, dalla struttura di accoglienza;
- controllo da parte di altri ospiti (ad esempio coniugi, compagne/i, parenti, veri o fittizi);
- uso eccessivo del telefono (con ricezione di chiamate dall'esterno che inducono a ritenere forme di controllo da soggetti esterni);
- coinvolgimento in attività quali la prostituzione o l'accattonaggio.

Assistere queste donne è un'impresa ardua perché spesso le vittime di tratta non desiderano, almeno in un primo momento, rivelare la propria situazione e/o raccontare la propria storia personale. La relazione terapeutica con donne che hanno vissuto esperienze traumatiche come nel caso della violenza di genere o di tratta ai fini dello sfruttamento sessuale è un approccio complesso che richiede insieme alle necessarie competenze tecniche, ascolto e attenzione per individuare e avviare ad un percorso di aiuto e sostegno della donna stessa. Il tema della tratta ha importanti ricadute sulla salute, con possibili problematiche di tipo ostetrico-ginecologico: alti tassi di poliabortività,

infezioni pelviche, restrizioni di crescita fetale, morti fetali o neonatali fino ai casi di suicidio (157).

Il tema “gravidanza” nella donna migrante, in particolare nella donna africana, assume un’importanza fondamentale circa la salute della donna e del bambino e richiama a sua volta a diverse sfaccettature del problema: innanzitutto la vulnerabilità “doppia”. In primo luogo è necessario tenere in considerazione l’aspetto culturale e familiare che una gravidanza rappresenta, soprattutto per la donna proveniente dai paesi africani. Essa viene vissuta dalla donna in un ambiente prettamente femminile e circondata dal proprio circolo familiare-comunitario: ella si sente sostenuta, aiutata e protetta. La migrazione porta invece ad uno stato di solitudine e paura, non sostenuta né contenuta, senza riferimenti familiari e in territori dove la difficoltà linguistica rappresenta per loro stesse una barriera e la gestione della gravidanza è fortemente medicalizzata rispetto al paese d’origine. Questo meccanismo può a sua volta minare e complicare il decorso della gravidanza stessa. Il ricorso al taglio cesareo è più frequente tra le donne italiane, ma percentualmente più frequente è il taglio cesareo in travaglio tra le donne straniere perché talora accedono all’Ospedale poco tempo dopo il loro arrivo in Italia, senza documentazione degli accertamenti eseguiti o senza mai averne eseguito uno nel paese d’origine.

La chiusura di punti nascita periferici in Italia rende gli Ospedali regionali più difficilmente raggiungibili e accessibili per le donne straniere per mancanza di mezzi di trasporto e per la difficoltà di organizzare la vita del resto della famiglia senza una rete di sostegno.

Tra gli indicatori di salute neonatale emergono differenze statisticamente significative a sfavore dei bambini stranieri per quanto riguarda i dati sui nati prematuri, i bambini fortemente sottopeso alla nascita e i nati che necessitano di rianimazione e di un ricovero dopo la nascita. Eventi avversi perinatali possono dare effetti a lungo termine patologici (DM, eventi cardiovascolari, ipertensione arteriosa nel corso della vita adulta), anche per le generazioni future. Ottimizzare e prendersi carico della salute delle donne migranti nei paesi di ricollocaimento significa dare maggiori opportunità alle generazioni future (158). Solo migliorando l’accessibilità alle cure delle donne migranti possiamo prevenire in parte i fattori di rischio determinanti la patologia, a partire da prima del concepimento, fino al post-partum.

Un’altra grossa problematica riguarda il tema dell’aborto e la gestione dell’applicazione della legge italiana 194/78 in questa popolazione. Se abortire è sempre una scelta difficile e articolata, la tensione tra volontà soggettiva e costrizione dettata da fattori esterni appare infatti in tutta la sua evidenza quando si tratta di donne migranti: lo scontro culturale che ne deriva appare enorme. Risulta imprescindibile anche su questo tema valutare quali siano le loro situazioni di vita e di lavoro, senza per

questo discostarsi dalla convinzione che quella di abortire sia e debba restare una scelta libera e insindacabile, di esclusivo appannaggio della donna che affronta la gravidanza.

Il primo dato “positivo” deriva dalla Relazione annuale del Ministero della Salute sull’applicazione della Legge 194 relativa ai dati del 2018 (159). In essa emerge che, pur confermando che le donne straniere abbiano un tasso di abortività più elevato di quello delle donne italiane (di circa 3 volte), il numero delle interruzioni di gravidanza richieste delle donne straniere si sia stabilizzato e inoltre negli ultimi anni cominci a mostrare una tendenza alla diminuzione. Emergono però diverse criticità, non espresse in questo documento. Una di queste riguarda primariamente l’accesso difficoltoso che le donne straniere incontrano nella ricerca della sede in cui può essere effettuata la presa in carico e l’intervento stesso di interruzione: in Italia i Medici non obiettori sono poco numerosi e dispersi sul territorio. Questo è uno dei fattori che influiscono sull’aumento del fenomeno dell’aborto clandestino tra le donne straniere che utilizzano farmaci acquistabili sul web e diffusi dal passa-parola tra le donne stesse (160,161); le migranti sono state tra le prime ad utilizzare in Italia il misoprostolo quando ancora negli ospedali italiani non se ne faceva uso (attualmente si utilizza of label, richiedendo un consenso informato). Il problema dell’aborto clandestino è purtroppo ancora un fenomeno sommerso non solo tra le donne migranti, ma per tutte le donne in generale. La possibilità di fruire dell’aborto legale farmacologico è molto limitata tra le donne straniere, sia perché difficilmente si rivolgono al Consultorio o nei presidi ospedalieri in tempo per accedere a questa prestazione (in Italia attualmente è possibile effettuarlo entro il 49° giorno di amenorrea) sia per difficoltà linguistiche e culturali. Un altro problema riguarda la ripetitività dell’interruzione volontaria di gravidanza (IVG) che pone rischi chirurgici e clinici elevati. Questo fenomeno è più diffuso nelle donne straniere (34.8%) rispetto alle italiane (21.4%) e sarebbe facilmente riducibile offrendo per esempio l’innesto di uno dispositivo intra-uterino (IUD) o di uno sottocutaneo, direttamente durante l’intervento stesso all’interno della struttura ospedaliera (159).

Nell’affrontare la tematica della donna migrante, soprattutto se proveniente da paesi africani, non è possibile sorvolare sulla tematica sulle mutilazioni genitali femminili (MGF). Essendo questo un problema complesso e che meriterebbe una trattazione a parte, si è deciso in questo contesto solo nell’indicare i numeri del problema. È chiaro che le implicazioni che questo orribile fenomeno ha sulla gestione e sul rapporto con la donna migrante è troppo evidente e non si può ridurre a poche frasi.

I dati ci dicono quindi che 200 milioni di donne sono sottoposte a MGF^x; vi è una classificazione fornita dalla WHO che va dalle forme più lievi (se così si possono definire), la sola incisione/ablazione del prepuzio clitorideo (sunnah), a quelle più gravi con

^x Dati WHO. Disponibile a <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

asportazione delle piccole labbra fino all'infibulazione (escissione completa di clitoride, piccole labbra e cruentazione delle grandi labbra). Solo nel 12% sono procedure effettuate da Medici e possono essere sottoposte a qualsiasi età, ma prevalentemente nell'età dell'infanzia. Hanno origine antichissime, tanto che sembrano risalire anche al V secolo a.c.. La loro pratica è diffusa in tutto il mondo, anche se vengono svolte principalmente in Africa: Somalia, Sudan, Eritrea, Etiopia, Gibuti e Mali sono i paesi tristemente più significativi. Solo nel 1980 vengono prese le distanze per la prima volta a livello internazionale con un documento della WHO e Unicef in cui si registra la prima condanna.

Quanto stimato da un'indagine, in Italia le donne portatrici di MGF sono circa 85-90.000, di cui 5-7.000 minorenni (Nigeria ed Egitto come maggiori tributarie) (162).

Un altro capitolo molto ostico rimane infine il tema dello screening per il carcinoma della mammella e della cervice uterina. La prima problematica è rappresentata dal fatto che, seppur in Italia lo screening sia garantito a tutte le donne (anche con status giuridico di irregolare), la sua applicazione a livello territoriale rimane molto eterogenea, con discrepanze regionali e provinciali. La difficoltà maggiore non è rappresentata però dalla mera esecuzione di un test ma soprattutto nel monitoraggio nel tempo lungo il loro percorso migratorio che può ovviamente non fermarsi in Italia. Anche in questo caso si può assistere al grosso ostacolo culturale a comprendere il significato e la finalità di uno "screening" che non per forza debba essere condiviso dalla donna e dove in merito possono intervenire atteggiamenti ostili, pregiudizi e isolamenti da parte della comunità stessa di appartenenza o del nucleo familiare. Le linee guida italiane inerenti le donne RPI raccomandano lo screening del cancro alla cervice uterina tra i 25 e i 64 anni, eseguito in un contesto di intervento adeguato, tenendo conto dei valori culturali e delle esperienze personali (163).

CARATTERISTICHE CLINICHE

I will walk over desert
And swim across the sea
Like a sand through your fingers
I will slip and be free
I walk over mountains
It's colder and colder
There's no way back
I'll try over and over
Nothing can stop me
No wire, no border
I will not obey
I don't listen no order
Bloody, bloody border
Sanguinary times
Bloody, bloody border
Sanguinary times
Freedom to cross
Freedom to pass
Freedom's no crime
So here we cross the line

DUBIOZA KOLEKTIV, MANU CHAO. *Cross the line.*

Nell'immaginario collettivo, nella fase dell'esotismo, l'idea della migrazione è spesso collegata alla paura delle patologie contagiose, soprattutto di tipo infettivo-tropicale. Il viaggiare stesso ha un collegamento etimologico con il concetto di malattia: il verbo *epidemeo* (termine greco) significa "soggiornare, venire a risiedere da forestiero", mentre in italiano il termine epidemia si riferisce a una manifestazione collettiva di malattia con rapida diffusione a un gran numero di persone in un territorio più o meno vasto. Sappiamo come nella storia dell'umanità a fenomeni migratori, sono seguite manifestazioni epidemiche: nel 1347 i mongoli assediaron la colonia genovese di Caffa in Crimea; in quel momento l'Asia era flagellata dalla peste, proprio trasportata dall'esercito mongolo e poi diffusa a tutta la Cina. Prima di abbandonare da sconfitti l'assedio, lanciarono con catapulte oltre le mura alcuni corpi infetti di soldati deceduti. A quel punto i genovesi, impauriti, abbandonarono la città veleggiando verso l'Italia. Durante il percorso si fermarono a Costantinopoli, in Grecia e infine arrivarono a Mes-

sina, portando quindi la peste in tutta Europa. Poco tempo dopo verrà scoperto il Nuovo Mondo, a cui si ascrive il celebre “scambio” di malattie infettive tra i nostri continenti: in America Latina sbarcheranno influenza, morbillo, vaiolo, tifo, colera, ancora sconosciuti in tali regioni e che saranno i responsabili della strage dei popoli originari, causandone la rapida estinzione (aiutati dalle innumerevoli stragi ad opera di spagnoli e portoghesi) (164). Dall'altra parte, si ritiene che nel Vecchio continente arrivò *Treponema pallidum*, che in pochi anni si diffuse in tutta Europa, dove arrivò a mietere fino a 5 milioni di vittime (165).

Questo porterebbe facilmente a una ricerca verso l'untore, colui che sta attentando alla salute pubblica, perdendo di vista i veri dati epidemiologici o quanto descritto già negli anni '90. Le Nazioni, proprio nel timore che venissero invase da migranti affetti da malattie infettive diffuse, hanno più o meno cercato di controllare i propri confini. Uno dei più famosi esempi di controllo sanitario è rappresentato dall'ispezione medica che veniva effettuata a Ellis Island a cavallo tra fine 1800 e inizio 1900: in tal sede l'ispezione aveva una durata media di 6 secondi, con visite che potevano essere anche di migliaia di persone al giorno per medico (166,167). Possiamo ben immaginare quanto potessero essere accurati questi rapidi controlli, soprattutto perché effettuati unicamente in lingua inglese, allora non ancora così diffusa. Sono interessanti i dati riguardanti la salute mentale: infatti le prime norme statunitensi riguardanti l'immigrazione (1882) vietavano l'entrata a chi fosse “lunatico, idiota o incapace di prendersi cura di sé stesso”; successivamente, nel 1891, vennero esclusi anche “gli idioti, i pazzi, i poveri o le persone che avevano probabilità di divenire un carico sociale e le persone sofferenti di malattie ripugnanti o contagiose” (168). Da ricordare anche che negli Stati Uniti d'America (USA), eletti baluardo dei diritti civili a livello mondiale, per decenni è stato proibito l'ingresso a persone affette da infezione cronica da HIV. Solo nel 2009 il Presidente Barack Obama ha firmato il “Ryan White HIV/Aids Treatment Act”, consentendone l'entrata.

Sebbene le indicazioni del massimo organismo europeo in termini di trasmissione di malattie infettive (Centro Europeo per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie - ECDC) e la letteratura internazionale sfatino il mito del migrante-untore, dichiarando che la popolazione migrante non rappresenta un problema per la salute delle popolazioni ospitanti, in Europa e in Italia sono stati creati dei sistemi di sorveglianza sanitaria attraverso dei controlli sanitari che vengono effettuati in diversi momenti del sistema accoglienza (169). Sebbene sia noto che la trasmissione di patologie infettive alla popolazione ospitante è molto rara, il principale obiettivo rimane prevenire la possibile trasmissione di agenti infettivi misconosciuti e non trattati all'interno delle stesse comunità di migranti, anticipando il possibile sviluppo di micro-focolai epidemici (3,170,171).

In una prima parte verrà affrontato il tema dello screening e successivamente, a seconda delle varie fasi del sistema dell'accoglienza, si prenderanno in considerazione sia gli strumenti di valutazione che le principali patologie di più frequente riscontro.

SCREENING

Lo screening mirato delle popolazioni a rischio può essere considerato come un componente della valutazione globale della salute, in particolare per i migranti in arrivo (172). Secondo il Ministero della Salute, uno screening è “un insieme di attività organizzate, rivolte a un'ampia quota della popolazione, per individuare precocemente la presenza di malattia in persone che non ne presentano ancora i sintomi”^y. La malattia da individuare deve essere curabile o, comunque, il suo decorso deve poter essere alterato grazie alla diagnosi precoce. Inoltre, in considerazione delle note esigue finanze in dote al SSN, questi programmi devono essere sostenibili e strumenti efficaci per ridurre le disuguaglianze di salute tra diversi gruppi sociali. Infatti tali procedure dovrebbero essere non discriminatorie nè stigmatizzanti, realizzate unicamente a beneficio dell'individuo e della popolazione generale con un percorso definito di successivo accesso alle cure e al supporto della persona nella sua interezza. Le caratteristiche principali di uno screening devono essere la sicurezza, l'accettabilità e l'attendibilità. Le procedure dovrebbero essere condotte in base alla conoscenza dei fattori di rischio e ad una valutazione della loro efficacia, ma soprattutto fornite a tutti i soggetti, con un accesso su base volontaria ed estremamente attento alla riservatezza dei dati (172). L'applicazione di determinati screening può essere ostacolata da alcune barriere, che Seedat riassume in questo modo (173):

- Scarsa sensibilità del migrante
 - Paura di un essere giudicato da parte del personale sanitario.
 - Paura di discriminazione o di fenomeni di razzismo, oltre che del giudizio riguardo all'accusa di turismo sanitario.
 - Ansia e timore per possibile non confidenzialità.
 - Scarsa fiducia nella tutela della privacy.
 - Mancanza di professionalità negli operatori.
 - Mancanza di preparazione e supporto mirato degli operatori.
- Fattori socio-culturali ed economici
 - Bassa percezione dei rischi.

^y Fonte Ministero della Salute. Disponibile a http://www.salute.gov.it/portale/salute/p1_5.jsp?id=25&area=Screening (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

- Mancanza di abitudine e confidenza in comportamenti mirati alla prevenzione.
- Paura dello stigma legato ad alcune patologie e al possibile conseguente isolamento sociale.
- Paura delle conseguenze legate a determinate patologie.
- Mancata conoscenza e consapevolezza di determinate malattie.
- Scarse risorse economiche.
- Insufficienti informazioni e delucidazioni riguardo alle procedure di screening.
- Barriere strutturali di accesso ai servizi
 - Scarse risorse investite in programmi di screening con possibili disagi e frequenti rinvii.
 - Frequente incoerenza nei test di screening con eterogeneità a seconda delle strutture.
 - Test di screening spesso effettuati in diversi appuntamenti con necessità di più accessi.
 - Mancanza di spazi appropriati che possano tutelare la privacy.
 - Mancanza di tempo.
 - Difficoltà di comunicazione con i laboratori per avere i risultati.

Tra le regioni di provenienza dei migranti ve ne sono alcune endemiche per patologie assenti o rare alle nostre latitudini: tra le prime schistosomiasi e filariasi, tra le seconde strongiloidiasi e tubercolosi. L'impatto di queste patologie a livello europeo e italiano, specialmente per quanto riguarda quelle primariamente d'importazione, è sottostimato, sia in termini di sanità pubblica sia per quanto concerne le ricadute cliniche sul singolo paziente e la potenziale diffusibilità (174). Inoltre, per alcune di esse, un aspetto importante è rappresentato dalle potenzialità di riattivazione in corso di immunosoppressione (es. strongiloidiasi) o in caso di coinfezione (es. tra schistosomiasi e virus epatitici). Risulta pertanto fondamentale questo tipo di screening di patologie endemiche nei Paesi di origine, a decorso subacuto o cronico, asintomatiche o paucisintomatiche, sia nell'ottica di garantire a tali pazienti un approccio sanitario di eccellenza sia al fine di prevenire lo sviluppo di complicanze che avrebbero ripercussioni sul SSN con grande spreco di risorse (163). L'eventuale partecipazione incompleta o ritardataria ai programmi di screening può portare a una diagnosi tardiva delle patologie; questa è una delle tante ripercussioni che si possono verificare nelle circostanze esposte nel precedente capitolo, soprattutto per quanto riguarda il mondo dell'accoglienza (175,176).

Molti programmi dell'OMS raccomandano uno screening il più ampio possibile, al fine di arrivare a tutti i gruppi vulnerabili ed ottenere un'eradicazione globale delle patologie, soprattutto per quanto riguarda le epatiti virali, HIV o parassitosi (177,178). Riprendendo la suddivisione delle fasi migratorie citate in precedenza, è possibile identificare il rischio di sviluppare o contrarre qualche agente infettivo, a seconda delle circostanze in cui ci si ritrova, come descritto da Greenaway e Castelli (Figura 13):

Table 1
Risk factors for infectious disease exposure and or due to undetected chronic infections at the different stages of the migration pathway

Migration Phase	Risk Factors for Infectious Disease Exposure and Increased or Decreased Disease Burden	Infectious Disease
Pre-arrival	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiology of infectious diseases in countries of origin • Lack of adequate sanitation • Lack of access to preventive health care and vaccination • Cultural practices (female genital mutilation, ritual scarification, tattoos, etc.) • Lifestyle (bathing in contaminated fresh water, etc.) 	TB, HBV and HCV, HIV, HTLV-I, Strongyloidiasis, Schistosomiasis, Chagas disease, Malaria, VPD
Transit	<ul style="list-style-type: none"> • Physical or sexual violence (irregular migration or human trafficking) • Mode and conditions of transport and detention • Crowded unhygienic living conditions 	HBV, HCV, HIV, STIs, TB, Scabies, VPD
Early arrival: Reception centers and refugee camps	<ul style="list-style-type: none"> • Crowded unhygienic living conditions in reception camps • Barriers in access to health care due to: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Variable entitlement to health care ◦ Lack of linguistically or culturally adapted health system ◦ Stigma, fear of deportation 	Respiratory infections, Gastrointestinal infections, Scabies, VPD, TB
Late Settlement	<ul style="list-style-type: none"> • Prior screening in pre-arrival screening programs • Presence/absence of post-arrival health screening programs or routine update of vaccinations in host country • Risk behaviors (alcohol, drug use, sexual contacts, etc.) • Barriers in access to health care due to: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Variable entitlement to health care ◦ Lack of linguistically or culturally adapted health system ◦ Stigma 	Active TB and Latent TB, Chronic HBV and HCV infections and associated ESLD and HCC, HIV, Strongyloidiasis, Schistosomiasis, Chagas disease, Other parasitic infections, VPD

Table 1
(continued)

Migration Phase	Risk Factors for Infectious Disease Exposure and Increased or Decreased Disease Burden	Infectious Disease
Return travel to visit friends and relatives (VFRs)	<ul style="list-style-type: none"> • Misperception of health risks during return travel • Lack of vaccinations or malaria chemoprophylaxis due to lack of seeking pre-travel advice or financial barriers to uptake • Increase risk of re-exposure due to proximity to local population, sexual activity, or use of medical care in destination country • Increased risk of infections in children born in host country 	Malaria, Typhoid fever, Hepatitis A, TB, HBV, STIs, HIV

Abbreviations: ESLD, end stage liver disease; HBV, hepatitis B virus; HCC, hepatocellular carcinoma; HCV, hepatitis C virus; HTLV-I human T-cell lymphotropic virus; STIs, sexually transmitted infections; TB, tuberculosis; VPD, vaccine preventable diseases.

Figura 13: Sviluppo di possibili agenti infettivi a seconda delle fasi del percorso migratorio (3).

La trattazione esula dal descrivere nel dettaglio lo svolgimento della richiesta di protezione internazionale, verranno quindi descritte unicamente le varie fasi, necessarie per valutare quale tipo di controllo sanitario effettuare in ognuna di esse (Figura 14).



Figura 14: Rappresentazione delle fasi da compiere per la richiesta di protezione internazionale una volta sbarcati in Italia. CAS= centro di accoglienza straordinaria, SPRAR= Sistema di protezione per i richiedenti asilo e i rifugiati, CPR= centri di permanenza per rimpatri. Fonte ISPI, Cesvi (a cura di). Migranti: la sfida dell'integrazione. Disponibile a https://www.ispionline.it/sites/default/files/pubblicazioni/paper_ispicesvi_2018.pdf (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

Attualmente il sistema di accoglienza italiano è suddiviso in tre fasi (179,180,181):

1. una prima relativa al soccorso, prima assistenza e identificazione che si svolge nei centri di primo soccorso e accoglienza (CPSA) o negli hotspot o punti di crisi, presenti nei luoghi di sbarco; quivi le persone che hanno sottoscritto richiesta di protezione internazionale dovrebbero soggiornare al massimo per 48-72 ore e quindi essere trasferiti. La domanda di protezione internazionale è individuale e deve essere presentata alla Polizia di Frontiera, al momento dell'arrivo in Italia, o all'Ufficio Immigrazione della Polizia, se la persona si trova già all'interno dei confini italiani. Sarà successivamente compito delle Commissioni Territoriali esaminare le domande di asilo. Ogni Commissione è composta da un funzionario della carriera prefettizia con funzioni di Presidente, da un funzionario della Polizia di Stato, da un rappresentante di un ente territoriale designato dalla Conferenza Stato-città ed autonomie locali e da un rappresentante dell'UNHCR. Qualora non venisse redatta tale domanda, il migrante "irregolare" approda nei CPR.

2. Una seconda fase che avviene in centri governativi di prima accoglienza o strutture temporanee di emergenza (denominate centri di accoglienza straordinaria -CAS- o SPRAR - Sistema di protezione per i richiedenti asilo e i rifugiati-, recentemente ripristinati), ove vengono eseguite l'identificazione (se non completata negli hotspot), la verbalizzazione e l'avvio della procedura di richiesta di domanda di asilo, l'accertamento delle condizioni di salute e la sussistenza di eventuali situazioni di vulnerabilità che comportino speciali misure di assistenza.
3. L'ultima fase, definita di seconda accoglienza, avverrà nel Sistema di Accoglienza e Integrazione (recentemente creato) e dovrebbe facilitare l'integrazione del migrante all'interno del nuovo paese, in attesa dell'esito della procedura di richiesta d'asilo politico.

All'interno di ogni fase è bene ricordare che la legislazione garantisce l'accesso dei RPI all'assistenza sanitaria, come già ricordato in precedenza, grazie al Testo Unico sull'Immigrazione (27).

PRIMO ARRIVO – LO SBARCO

Malgrado quanto si possa immaginare, i principali problemi che si riscontrano al momento dello sbarco sulle nostre coste o all'arrivo via terra tramite le frontiere nel Nord Italia, sono dovuti al percorso migratorio (182). I principali bisogni sanitari al momento dell'approdo sono ascrivibili a problematiche ostetrico-ginecologiche, traumatismi, disturbi dermatologici, malattie gastrointestinali e respiratorie, oppure disturbi di salute mentale (183). In questa fase le malattie infettive non rappresentano la priorità, ma viene comunque proposto uno screening sindromico delle principali infezioni: scabbia, TB polmonare e infezioni gastrointestinali, favorite dalle precarie condizioni di viaggio (170).

Le situazioni cliniche di più frequente riscontro risultano infatti:

- Patologie da agenti fisici: colpi di calore o di sole, ustioni, assideramento, lesioni da decubito dovuti alla posizione obbligata durante il tragitto in barca, fino ad arrivare alla "malattia dei gommoni"; questa nuova patologia è stata descritta per la prima volta dal Dr. Pietro Bartolo, attualmente Eurodeputato, ma in servizio presso il Poliambulatorio dell'isola di Lampedusa per decenni. Si tratta di vere e proprie ustioni, come il Dr Bartolo descrive in maniera puntuale: *"Gli scafisti rabboccano i serbatoi durante il tragitto e il carburante, inevitabilmente, fuoriesce dalle taniche. Come una serpe che scivola lentamente, la benzina si combina con l'acqua salata e la miscela è devastante. Nei gommoni gli uomini siedono sui tubulari. Le donne, invece, stanno sul fondo con i bambini in*

braccio. La miscela micidiale inzuppa i vestiti. E, mentre inonda i corpi delle donne, dando loro una gradevole e apparentemente benefica sensazione di calore, inizia a corrodere la pelle dei piedi, delle gambe, delle natiche. Divora, piano piano, ogni centimetro di tessuto, provocando delle piaghe profondissime. Ustioni chimiche terribili.” (184).

- Patologie indotte o aggravate dalle scarse condizioni di trasporto: disidratazione condizionante insufficienza renale, rabdiomiolisi.
- Legate alla gravidanza e al parto o pediatriche: non sono rari i casi di parto in mare o di viaggio effettuato nell'immediato puerperio. Tali condizioni non fanno che peggiorare le situazioni descritte in precedenza. Nei bambini le problematiche possono arrivare a peggiorare esponenzialmente, date le minori capacità di compenso biologico.
- Problematiche ascrivibili alla salute psichiatrica: moltissime persone che arrivano sono state vittime di torture, violenze sia fisiche che psicologiche o hanno semplicemente assistito alla morte violenta durante il viaggio di altri vicino a loro. Questo tipo di eventi può determinare l'insorgenza di diversi quadri clinici: disturbo da stress post-traumatico (PTSD), crisi di ansia, disturbi depressivi o della concentrazione e del pensiero, disturbi somatiformi fino a tentativi di suicidio (185,186).
- Le poche infezioni che si riscontrano allo sbarco sono ascrivibili alla scabbia, infezioni respiratorie o gastrointestinali, dovute prevalentemente alle condizioni del trasporto o dell'ultimo soggiorno prima della partenza; questo è quanto registrato anche durante il maggior afflusso condizionato dalla diaspora siriana durante il 2015 e 2016 (187,188). In accordo con Gellert, per “molte patologie infettive più che di introduzione di un agente patogeno è più corretto parlare di spostamento di un malato in una nazione” (189). La malaria, vera e propria emergenza infettivologica, è rara, anche nei migranti provenienti da aree endemiche: la durata del viaggio infatti è per lo più maggiore del periodo medio di incubazione di qualsiasi forma di infezione da plasmodio; è utile considerare le forme “croniche”, con eventuali recidive da *Plasmodium vivax* o *P.ovale* (190,191).

PRIMA E SECONDA ACCOGLIENZA

Al fine di scongiurare focolai epidemici dovuti a precoce trasmissione di patologie infettive, a seguito dell'aumentato afflusso di migranti transitato sulle coste italiane durante la “Primavera Araba”, in aprile 2011 è stata attivata dal Ministero della Salute e dall'Istituto Superiore di Sanità (ISS), un protocollo operativo riguardante una sorve-

glianza sindromica, da applicare prevalentemente in fase di sbarco, ma anche nelle successive fasi di accoglienza (192). L'obiettivo principale è rappresentato dal rilevamento precoce di qualsiasi evento che possa rappresentare un'emergenza di salute pubblica e organizzare pertanto la risposta più efficace e tempestiva. La sorveglianza sanitaria comprende la rapida identificazione di 13 quadri sindromici con una pronta segnalazione, ovvero entro la mattina successiva all'ingresso sul territorio nazionale, al fine di attivare, laddove necessario, pronti interventi di contenimento epidemiologico. In caso di segnalazioni superiori alla media per un solo giorno, è prevista un'allerta epidemiologica, che diventa allarme vero e proprio se il dato si conferma sopra la media anche nel giorno seguente. Sono state così incluse alcune sindromi: infezione respiratoria con febbre, sospetta tubercolosi polmonare, diarrea con presenza di sangue senza segni di sanguinamento da altre sedi, gastroenterite (diarrea, vomito) senza la presenza di sangue, malattia febbrile con rash cutaneo, meningite, encefali o encefalopatia/delirio, linfadenite con febbre, sindrome botulino-simile, sepsi o shock non spiegati, febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato, ittero acuto, infestazioni, morte da cause non determinate.

I dati iniziali raccolti in questo contesto, sovrapponibili a quelli di altre zone "di confine" del mondo, mostrano l'assenza di focolai epidemici di carattere maggiore, segnalando unicamente la possibilità di mini-outbreak di scabbia (193,194,195): la trasmissione di alcune infezioni si conferma prevalentemente dovuta ad ambienti affollati durante il viaggio e alle scarse condizioni igieniche all'interno dei centri di accoglienza e detenzione.

Una volta espletate le pratiche per la richiesta di protezione internazionale, il migrante viene destinato a una struttura successiva, che dovrebbe assicurare la tutela giuridica e programmi d'integrazione, previsti dalle norme. I RPI sono iscritti per legge al SSN, godendo di tutti i diritti assistenziali compresi nei livelli essenziali di assistenza (LEA). Ciò nonostante abbiamo già illustrato come diversi fattori portino alla mancata fruizione dell'assistenza sanitaria in ambito europeo (173). Questi limiti purtroppo coinvolgono tutti gli aspetti della prevenzione, dalle malattie infettive fino al campo oncologico o di patologie croniche talvolta misconosciute (come DM e ipertensione arteriosa). Inoltre eventuali comportamenti ad alto rischio, presenza di co-morbidità mediche o la compromissione dello stato immunitario possono aumentare il rischio di esposizione o riattivazione di infezioni latenti. Risulta per questi motivi fondamentale effettuare uno screening per alcune patologie infettive, sia in un'ottica di salute pubblica che per lo stesso migrante; è noto come il rischio infettivo di una possibile trasmissione secondaria si manifesti maggiormente all'interno delle stesse comunità di migranti (CAS, Hotspot, CPR), piuttosto tra la popolazione residente (171,196,197). La diagnosi e la relativa presa in carico precoce delle patologie riscontrate, può evitare complicanze e se-

quele a lungo termine, impedendone l'eventuale trasmissione e riducendo il peso economico dal punto di vista costo/beneficio per i sistemi sanitari dei paesi ospitanti (169,198).

PATOLOGIE INFETTIVE

TUBERCOLOSI

Come ben descritto da Besozzi, attraverso la sensibilizzazione nei confronti degli aspetti sociali già descritti e grazie alla creazione di farmaci attivi, nel XX secolo si è registrato un brusco decremento sia della mortalità che della diffusione della TB, almeno alle nostre latitudini (Grafico 12) (199).

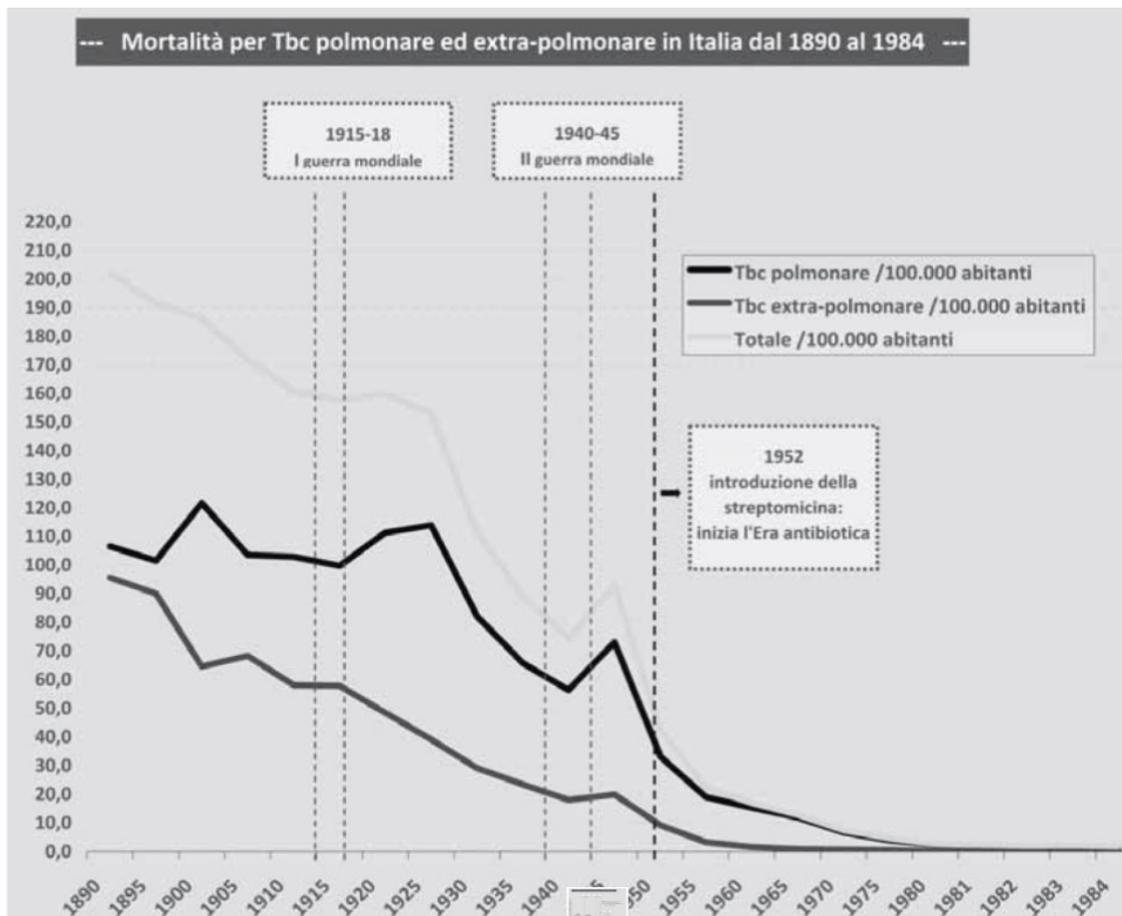
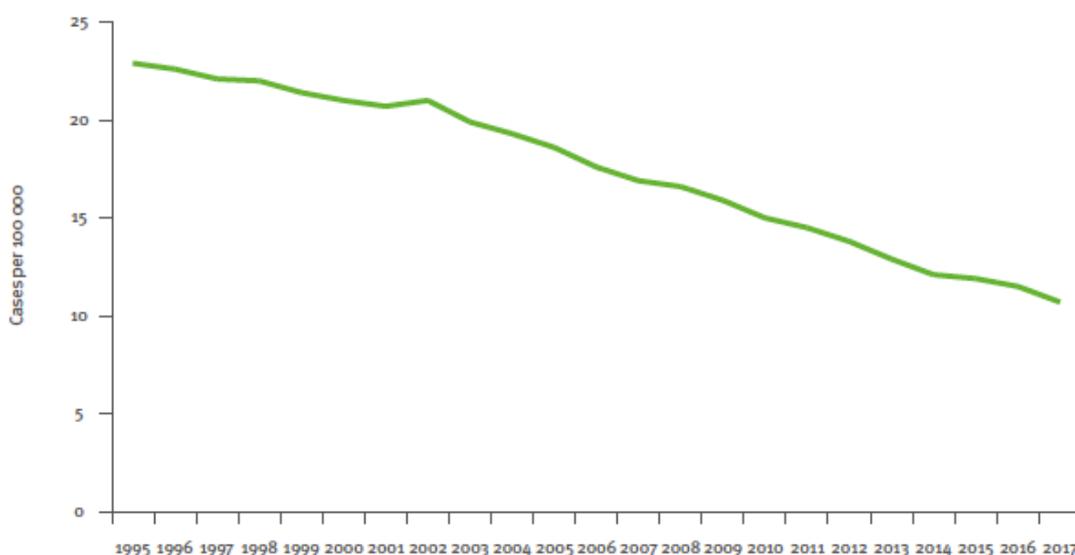


Grafico 12: Andamento epidemiologico della TB a livello mondiale a partire da fine '800 fino alla fine degli anni '90 (199).

Nel 2014 la World Health Assembly ha approvato una strategia, suggerita dall'OMS, di eliminazione dell'infezione tubercolare a livello mondiale, ponendosi come obiettivo il raggiungimento, entro il 2035, di una riduzione del numero di decessi per TB pari al 95% e una riduzione dell'incidenza dei casi del 90% rispetto al 2015 (200). Sempre nel 2014 l'OMS ha inoltre definito un framework per l'eliminazione della TB nei Paesi a bassa incidenza ($\leq 10/100.000$), pertanto comprendendo l'Italia. Al fine di arrivare a una riduzione annuale di più del 10% dei tassi di incidenza, è assolutamente necessario implementare le strategie mirate nei confronti della popolazione più fragile e difficilmente raggiungibile, concentrata nei Paesi a bassa endemia e, in particolare, nelle aree metropolitane.

La maggior parte dei Paesi dell'UE e dello Spazio Economico Europeo (EEA) risulta essere a bassa incidenza di TB, con un interessamento prevalente di soggetti in categorie a rischio (immigrati, carcerati, persone affette da infezione cronica da HIV). I casi riportati negli ultimi 20 anni descrivono una progressiva riduzione dell'incidenza in tutta la regione europea (Grafico 13).

Fig. 5. TB notifications per 100 000 population by year of reporting, EU/EEA, 1995–2017



Source: ECDC.

Grafico 13: Andamento dell'infezione tubercolare a partire dal 1995 fino al 2017, espresso come incidenza annua su 100.000 abitanti. Fonte dati ECDC (201).

Nell'ultimo rapporto europeo ECDC/WHO del 2019 sono riportati 55.337 casi di TB nei 31 Paesi EU/EEA con un tasso di notifica di 10.7/100.000 persone (201). Di tutti i casi notificati, circa il 70% sono nuove diagnosi, come i casi confermati tramite coltura, esame batterioscopico o amplificazione genica. Sono principalmente adulti, mentre i

bambini al di sotto dei 15 anni rappresentano il 4.4% di tutti i casi, corrispondente a un tasso di notifica pari a 2.9 su 100.000 abitanti.

Per quanto riguarda l'origine geografica, circa il 30% riguarda persone straniere, ma solo meno del 20% di questi viene da paesi in cui l'incidenza è maggiore di 10/100.000.

L'attuale situazione epidemiologica della TB nel nostro Paese è caratterizzata da una bassa incidenza nella popolazione generale. Secondo i dati dell'ultimo rapporto europeo ECDC/OMS, nel 2017 a livello nazionale sono stati notificati 3.944 casi di TB, pari a 6.5 per 100.000, ben al di sotto della soglia dei 10/100.000 (201). A partire dal 2009 la percentuale di nuovi casi di TB riferiti ai cittadini nati all'estero ha superato quella degli autoctoni, passando dal 47% nel 2006 al 62,2% nel 2016 (202,203). La maggior parte dei casi nel 2017 riguarda infatti gli stranieri (66.2%); l'età media è di 50.9 anni per gli italiani e 34.3 per gli stranieri (Grafico 14) (201).

TB cases by geographical origin, 2008–2017

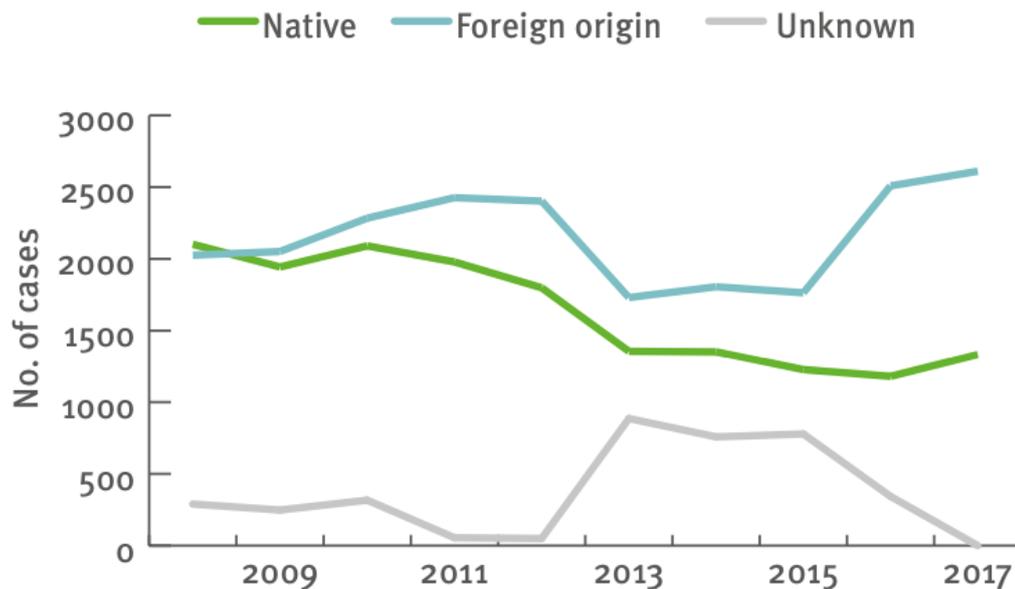


Grafico 14: Andamento dei casi di TB in Italia dal 2008 al 2017, divisi tra stranieri e italiani (201).

Le fasce di popolazione maggiormente colpite da questa infezione risultano così la classe di età adulta della popolazione italiana e la classe di età giovane-adulta della popolazione straniera. La popolazione anziana è a maggior rischio di riattivazione di infezione tubercolare latente (ITL), in considerazione dell'aumentata suscettibilità dovuta al progressivo invecchiamento che porta a una diminuzione delle difese immunitarie, peggioramento delle condizioni generali e aumento delle co-patologie.

Come già descritto in precedenza, la condizione di migrante predispone a un rischio aumentato sia per i maggiori tassi di incidenza nei Paesi d'origine, sia per le numerose condizioni di vulnerabilità socio-culturale legate al processo migratorio e alla multiculturalità. La TB si è sempre caratterizzata come una patologia maggiormente diffusa tra le bassi classi sociali: stranieri, tossicodipendenti, persone senza fissa dimora oppure affette da infezione cronica da HIV; ovviamente, se presenti più di un fattore in uno stesso gruppo, allora il rischio sarà esponenziale.

Allo stato attuale i dati epidemiologici italiani non sono indicativi di una emergenza tubercolosi in atto, in quanto mortalità e incidenza, come abbiamo potuto vedere, non risultano incrementati e il SSN non presenta segni di sovraccarico attribuibili ad un aumento dei casi e alla loro gestione. La paura suscitata per i residenti di un possibile contagio e diffusione della patologia tubercolare, era già stata in passato confutata con una serie di motivazioni (204):

- il processo migratorio tendenzialmente viene affrontato da individui sani e in giovane età;
- nel paese d'arrivo è vigente un sistema sanitario che dal punto di vista del controllo e della cura è, generalmente, sviluppato e che annulla quasi totalmente i rischi per la popolazione residente;
- si dispone di terapie farmacologiche che, sia attraverso la profilassi che il trattamento, permettono un controllo della malattia.

Queste motivazioni sono suffragate anche da dati europei, ove i vari cluster epidemici si sono registrati prevalentemente tra migranti stessi (196,197).

In considerazione di questi dati e in linea con le indicazioni internazionali, nei Paesi ad alto reddito è necessario implementare e migliorare le strategie al fine di ridurre l'incidenza di malattia soprattutto nelle popolazioni più vulnerabili, come i migranti: in caso di malattia attiva con una rapida diagnosi ed un adeguato e tempestivo trattamento e nei confronti dell'ITL con mirate strategie per l'identificazione ed il relativo trattamento (202). Molti Paesi hanno introdotto ed implementato screening mirati alla popolazione migrante, con estrema varietà di strategia, in particolare in Europa (205,206). Sulla base di qualche studio di costo-efficacia, la strategia migliore nei confronti dell'ITL sarebbe quella di sottoporre a screening i migranti provenienti da Paesi con incidenza $>150/100.000$, ma ulteriori studi si rendono necessari per l'ottimizzazione dello screening e soprattutto la creazione di test capaci di predire la progressione a malattia attiva (207). Il programma di screening in Italia è stato creato nel 1998 e ha subito diverse integrazioni, arrivando alle seguenti indicazioni (163,208,209,210):

- a tutti i migranti provenienti da Paesi ad alta endemia (incidenza $> 100/100.000$) giunti in Italia da meno di 5 anni, dovrebbe essere proposta la ri-

cerca di sintomi sospetti per TB attiva e lo screening per ITL, anche in assenza di sintomi.

- è consigliata l'esecuzione del Test di Mantoux (TST) come prima indagine per ITL, mentre il test di rilascio dell'interferone gamma (IGRA) è indicato unicamente in caso di pregressa vaccinazione e nei soggetti immunosoppressi. Quando e se possibile, è consigliato l'utilizzo sequenziale dei due test: dapprima l'esecuzione di TST e successiva eventuale conferma della positività con IGRA. L'offerta della terapia preventiva è raccomandata in tutti i soggetti risultati positivi allo screening (211).

Sebbene ben scritte e diffuse, queste indicazioni sono applicate in maniera molto variabile sia a livello regionale che provinciale, con una conseguente disomogenea implementazione dello screening.

EPATITE CRONICA B (HBV) ED EPATITE CRONICA C (HCV)

La prevalenza di infezione da HBV e HCV nei migranti tende ovviamente a riflettere quella che caratterizza i vari luoghi di origine e provenienza (212). I migranti provenienti dall'Asia orientale e dall'Africa sub-sahariana hanno la più alta prevalenza dell'infezione da HBV, superando il 10% (212); mentre l'epatite C ha prevalenza maggiore (tra il 2.2 e il 5.6%) nelle persone provenienti dall'Asia ed Europa orientale, oppure dall'Africa sub-sahariana, ma caratterizzati da un'età più avanzata (213).

A livello mondiale circa 257 milioni di persone sono stimate di essere affette da una infezione cronica da HBV (definita dalla presenza di HBsAg su sangue per almeno 6 mesi), con circa 887.000 decessi annui in seguito alle complicanze come la cirrosi epatica e l'epatocarcinoma; rappresenta inoltre una frequente causa di morte anche in pazienti HIV positivi, in considerazione dell'alta frequenza (2.7 milioni di persone) con cui si riscontra una co-infezione (214,215). A tal proposito è necessario sottolineare che le complicanze, come lo sviluppo di epatocarcinoma, siano più frequenti nella popolazione migrante, con un rischio 2-4 volte rispetto alle popolazioni residenti (216). In Europa l'incidenza è costante negli ultimi dieci anni (dalla Lettonia con 11.9 casi su 100.000 abitanti alla Romania con 0.01/100.000), con tassi di prevalenza variabili a seconda dei paesi ma con il 38% complessivo dovuto a persone non residenti (217). In Italia è soggetta a notifica unicamente la forma acuta: nel 2019 ne sono stati segnalati 197 nuovi casi, con un'incidenza invariata rispetto all'anno precedente, pari a 0.4/100.000 abitanti (218).

La prevalenza globale di infezione attive da HCV è stimata a circa 71 milioni di persone, principalmente affette dal genotipo 1 (44%) e dal 3 (25%); in 30 paesi (tra cui Egitto, Pakistan, Nigeria, Repubblica Democratica del Congo) è presente l'80% delle infezioni

mondiali (219). Nell'ultimo report europeo disponibile sono stati segnalati 27.527 casi di nuove diagnosi, con un'incidenza di 8.8/100.000 abitanti nel 2018, di cui il 26% di patologia cronica; questi dati sembrano essere molto sottostimati, dovuti all'asintomaticità dello stato di portatore cronico per diversi anni e della scarsa diffusione di programmi di screening (220,221). Circa il 14% di queste infezioni croniche è dovuto a migranti, prevalentemente provenienti da paesi endemici con prevalenza che varia dallo 0.9% in Croazia al 2.4% in Lettonia (222). La terapia antivirale rimane ancora una sfida globale, considerando l'alto costo dei nuovi farmaci e la loro scarsa disponibilità, specialmente in molti paesi: così il 60% dei pazienti che necessiterebbero del trattamento, non può essere trattato (223). Inoltre va ricordato che, come per altri screening, ha una limitata diffusione: solo una persona su 5 affetta da infezione da HCV viene diagnosticata, con prevalenza ancora minore nei paesi a basso e medio reddito (circa 10%) (224).

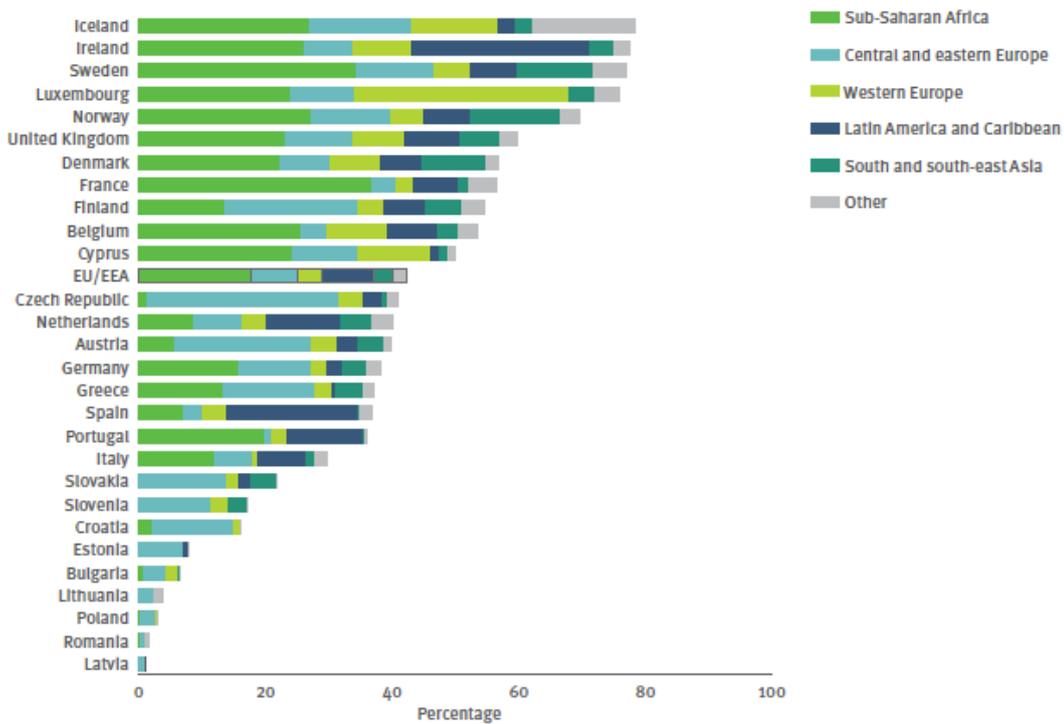
La diagnosi precoce dei portatori asintomatici di HBV e HCV è fondamentale per evitare la progressione verso le complicanze irreversibili (cirrosi epatica e carcinoma epatocellulare) e per prevenirne la trasmissione e la diffusione. E' pertanto necessario favorire l'accesso allo screening e alla presa in carico da parte del SSN, in un'ottica anche di sanità pubblica: sono raccomandati lo screening per HBV con la ricerca su sangue di HBsAg, HBcAb e HBsAb e per HCV con la relativa sierologia, nelle persone provenienti da paesi endemici o con relativi fattori di rischio, favorendone l'accompagnamento anche ai relativi percorsi di vaccinazione anti-HBV nei casi negativi (163,225).

VIRUS DELL'IMMUNODEFICIENZA UMANA

L'infezione da HIV è presente in circa 38 milioni di persone nel mondo, di cui solamente 25 milioni in trattamento mirato; fortunatamente le nuove infezioni a livello mondiale sono calate del 23% dal 2010, soprattutto per la diminuzione nel Sud Africa e orientale, anche se si è registrato un aumento del 72% nell'Europa dell'Est e in Asia centrale e del 22% in Medio Oriente e Nord Africa (226). La prevalenza dell'infezione da HIV non è uniforme nel mondo: la più alta si registra in Africa sub-sahariana con una prevalenza del 4.4%, corrispondente a circa il 70% delle persone affette da HIV al mondo (227). Oltre a fattori epidemiologici legati ai paesi d'origine, vari studi hanno dimostrato che le condizioni del paese ospitante possono influenzare l'acquisizione di questa infezione in una componente non trascurabile dei migranti, soprattutto nella popolazione omosessuale maschile (136,228,229).

In UE nell'ultimo rapporto disponibile dell'ECDC, sono stati diagnosticati circa 26.164 casi nel 2018, con una diminuzione del 17% dal 2009; 42% originari di un paese diverso da dove è stata fatta diagnosi (Grafico 15) (230).

Figure 1.6: Percentage of new HIV diagnoses among migrants out of all reported cases with known information on region of origin, by country of report, EU/EEA, 2018 (n= 22 337)



Hungary and Malta did not report data on country of birth or region of origin.

Grafico 15: Percentuale delle nuove diagnosi di HIV in migranti rispetto al totale nei paesi UE/EEA nel 2018 (230).

In termini di nuove infezioni, i migranti possono costituire una percentuale significativa sul totale delle nuove diagnosi (es. in Islanda, Irlanda o Svezia), con una maggiore probabilità di diagnosi tardiva (230). Tra le varie infezioni, HIV rappresenta sicuramente quella più carica di stigma e di valore negativo in un senso di *sickness*; a titolo di esempio possiamo elencare i problemi inerenti l'esecuzione dello screening per tale patologia:

- malinformazione sul tema;
- rievocazione di violenze/torture;
- cattiva reputazione (malattia delle persone omosessuali, tossicodipendenti o comunque che affligge "cattive persone");
- disinformazione sulle terapie e sulla possibilità di cura e controllo dell'infezione anche a lungo termine;
- scarsa fiducia di tutela della privacy;
- paura della possibilità che il test risulti positivo e delle relative conseguenze;
- paura delle reazioni familiari e del partner;
- proiezione psicologica della malattia in paesi a basso reddito.

All'offerta del test di screening, deve essere sempre associata anche un'intensa attività di prevenzione, al fine di garantire una presa in carico che non si limiti unicamente all'esecuzione della sierologia, ma anche a un percorso di informazione sanitaria secondo una prospettiva culturalmente sensibile, se possibile effettuata in lingua madre o tramite l'aiuto di mediatori linguistico-culturali (163,231,232).

In Italia, dagli ultimi dati disponibili relativi al 2018, vediamo come l'incidenza delle nuove diagnosi mostri una diminuzione dal 2012, ancora più evidente nel 2018; la riduzione del numero di nuove diagnosi è presente per tutte le modalità di trasmissione (233). Dal 2010 le nuove diagnosi in stranieri sono rimaste sostanzialmente stabili, a fronte di un'evidente diminuzione di casi tra gli italiani. La proporzione di stranieri tra le nuove diagnosi è aumentata gradualmente dal 2012 (27.4%) al 2018 (29.7%), sia tra i maschi che tra le femmine.

Nel 2018 il 61.3% dei casi in stranieri era costituito da maschi con un'età mediana alla diagnosi di 34 anni e di 33 nelle femmine (Grafico 16); i rapporti eterosessuali rappresentano la modalità di trasmissione più frequente con il 32.5% degli stranieri composto da eterosessuali femmine e il 21% da eterosessuali maschi (Grafico 17) (233).

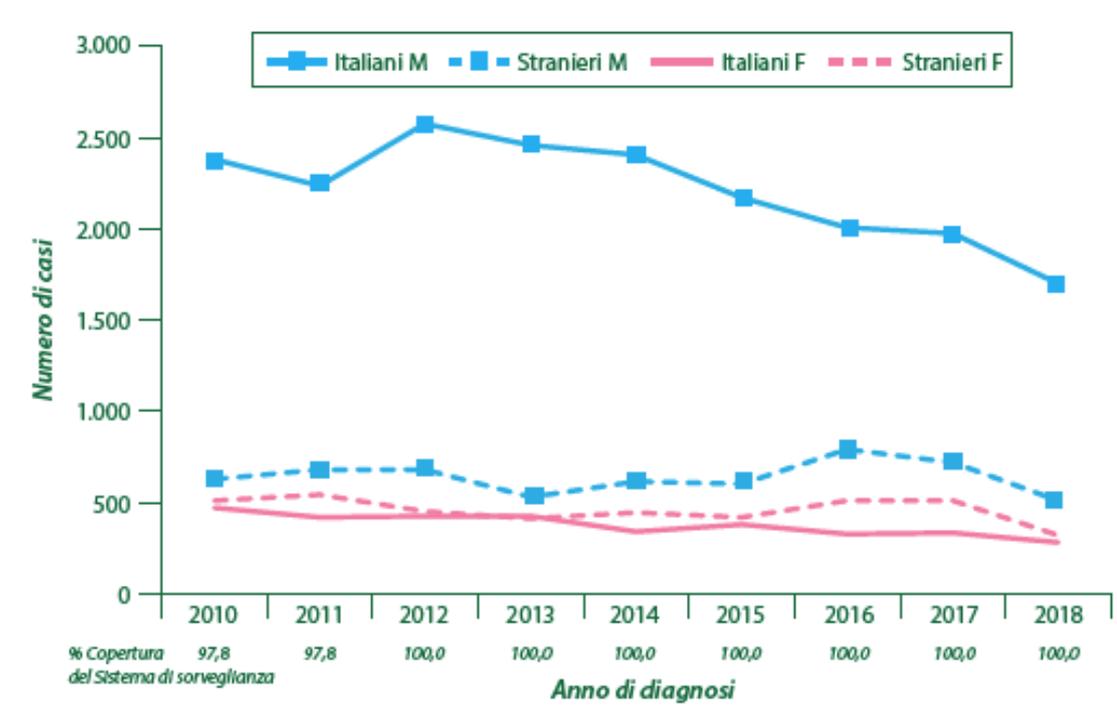


Figura 9 - Numero delle nuove diagnosi di infezione da HIV per nazionalità, genere e anno di diagnosi (2010-2018)

Grafico 16: Andamento temporale dal 2010 al 2018 delle nuove diagnosi di infezione cronica da HIV fra italiani e stranieri, divisi per sesso (233).

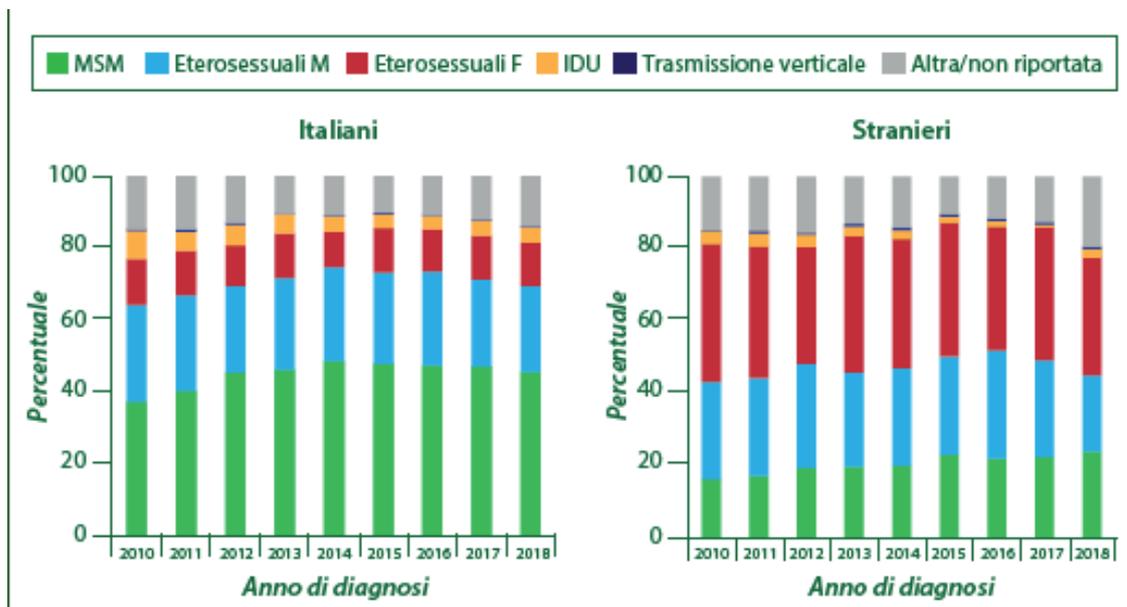


Figura 10 - Distribuzione delle nuove diagnosi di infezione da HIV per nazionalità, modalità di trasmissione e anno di diagnosi (2010-2018)

Grafico 17: Distribuzione per anno delle nuove diagnosi di infezione cronica da HIV a seconda della modalità di trasmissione, divisi tra italiani e stranieri (233).

Il trattamento dei pazienti migranti, soprattutto se provenienti dall’Africa subsahariana deve tenere conto di alcune peculiarità: la possibile infezione da HIV-2; il maggior rischio metabolico/cardiovascolare e di nefropatia associata ad HIV, intolleranza cutanea o gastrointestinale alla terapia antiretrovirale (TARV); le possibili coinfezioni con altri agenti a diffusione geograficamente limitata, per esempio HTLV e leishmaniosi; lo status legale che non sempre permette un adeguato follow-up; il ritardato accesso agli esami di screening con conseguente maggior rischio rispetto agli italiani di evoluzione in AIDS (Grafico 18) (233,234).

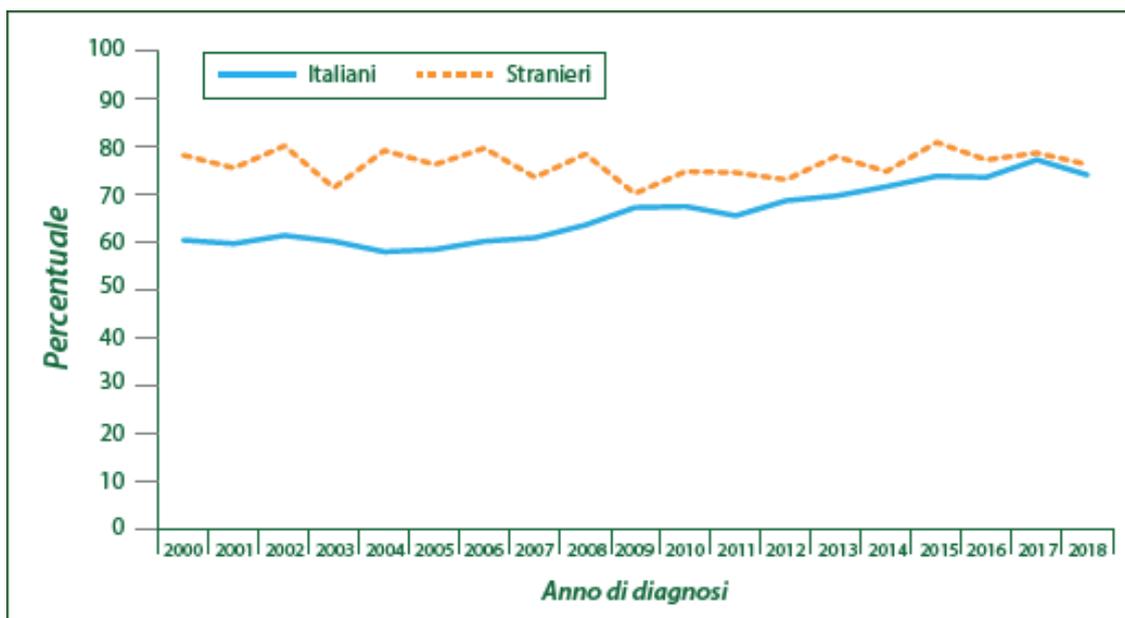


Figura 17 - Proporzione di persone che non hanno effettuato terapie antiretrovirali pre-AIDS, per nazionalità (2000-2018)

Grafico 18: Proporzione di persone non sottoposte a TARV prima della condizione di AIDS dal 2000 al 2018 (233).

Risulta pertanto fondamentale sottoporre a sierologia per HIV chiunque abbia fattori di rischio o provenga da paesi endemici, soprattutto in caso di donne in gravidanza o allattamento e chiunque sia affetto da altre malattie sessualmente trasmesse (MST) o TB (163).

MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE

Questo spettro di infezioni riveste un ruolo particolarmente significativo a livello internazionale, andando ad interessare prevalentemente la fascia di età sessualmente più attiva (15-50 anni) e quella infantile, in seguito alla trasmissione verticale da madri infette. I dati a livello mondiale vanno considerati sempre sottostimati, in base alla scarsa affidabilità dei flussi informativi responsabili delle notifiche, nonché dell'accuratezza e completezza dei casi riportati in base alle metodologie diagnostiche, specialmente in paesi a basso reddito. Nel mondo si registrano più di un milione di MST al giorno, con 356 milioni nuove infezioni all'anno da *Chlamydia* spp, gonorrea, sifilide e tricomoniasi; inoltre più di 500 milioni di persone vivono affette da infezione genitale da *Herpes simplex virus* (235,236,237). Questo tipo di patologie se non trattata in maniera efficace può portare anche delle importanti ripercussioni, soprattutto nel sesso femminile: infatti sia *Chlamydia* che *N.gonorrhoea* possono essere responsabili della sindrome del dolore pelvico cronico che di infertilità. Sifilide se non riconosciuta e trattata per tem-

po, nelle sue forme più avanzate può portare al decesso o a invalidità permanenti. Infine, riportando delle lesioni mucose genitali, i soggetti sono sicuramente più a rischio di sviluppo di altre MST, comprensive di HIV e virus epatitici (HBV, HCV). Un importante fattore da sottolineare per la grande diffusione che si registra per queste infezioni, è rappresentato dall'asintomaticità in una larga parte di popolazione infetta.

Nei luoghi d'origine e in quelli di transito (specialmente in Libia), i migranti possono subire episodi di violenza sessuale e di conseguenza essere esposti al rischio di MST (147,238). Sono inoltre tendenzialmente più a rischio per diversi motivi: la provenienza da paesi ad alta endemia, una bassa percezione del rischio, un'età media bassa, la possibilità di ritrovarsi nella tratta della prostituzione. Nella Tabella 4 il Gruppo di Interesse e Studio Patologie d'Importazione (GISPI) ha sintetizzato la sintomatologia con i relativi agenti eziologici eventualmente responsabili (239).

SINDROME	SINTOMI	SEGNI	AGENTE EZIOLOGICO
Sindrome secretiva nell'uomo	Perdite uretrali Dolore uretrale Disuria	Perdite uretrali	<i>N.gonorrhoeae</i> <i>C.trachomatis</i> <i>T.vaginalis</i>
Sindrome secretiva nella donna	Perdite vaginali Prurito vulvo-vaginale Disuria Dispareunia	Leucorrea Infiammazione vaginale Friabilità cervicale Dolorabilità cervicale	Vaginosi <i>Candida spp</i> <i>T.vaginalis</i> <i>N.gonorrhoeae</i> <i>C.trachomatis</i>
Sindrome ulcertiva	Dolore genitale	Ulcera genitale Linfoadenomegalia	<i>T.pallidum</i> <i>H.simplex</i> <i>H.ducrey</i> <i>C.granulomatis</i> <i>C.trachomatis</i>
Tumefazione scrotale	Dolore scrotale	Eritema ed edema scrotale Segni uretrali	<i>N.gonorrhoeae</i> <i>C.trachomatis</i> <i>T.vaginalis</i>
Malatti infiammatoria pelvica	Dolore pelvico Dispareunia Sanguinamento irregolare	Dolorabilità cervicale e alle ovaie Leucorrea Febbre	<i>N.gonorrhoeae</i> <i>C.trachomatis</i> Batteri Gram- e Gram+ anaerobi

Tabella 4: Principali sindromi cliniche di MST con relativa clinica e agente eziologici più comuni descritti dal GISPI (239).

Infine è importante segnalare che seppur la terapia sia relativamente semplice e di breve durata, da diversi anni si incomincia a segnalare la presenza di ceppi resistenti ai comuni trattamenti, in particolare per *N.gonorrhoeae*: questo conferma ancor di più la necessità di effettuare una diagnosi corretta al fine di impostare la terapia sensibile adatta (240,241). E' raccomandato quindi lo screening tramite ricerca molecolare su urine o con tamponi genitali/uretrali in persone sintomatiche o asintomatiche ma con fattori di rischio, associato sempre ad adeguato counselling (come avviene per

l'infezione da HIV) in merito alla salute sessuale e alle misure di prevenzione di MST e di gravidanza; per quanto riguarda sifilide si raccomanda la sierologia in soggetti provenienti da paesi ad alta endemia o con fattori di rischio (163).

MALATTIE PREVENIBILI CON I VACCINI

“Ogni individuo, indipendentemente da dove sia nato, dove viva e chi sia, possa godere di una vita libera dalle malattie prevenibili da vaccinazione”²

I migranti possono essere più vulnerabili alle molteplici malattie prevenibili con i vaccini rispetto alle popolazioni ospitanti per diversi motivi (169,242,243):

- Copertura vaccinale assente o incompleta dovuta alle condizioni socio-politiche dei paesi di provenienza, spesso falcidiati da guerre o lotte interne con scarso o assente welfare in termini di salute pubblica (es. Siria, Eritrea, Afghanistan).
- Condizioni di vita precarie dalla partenza, peggiorate nel percorso migratorio e spesso nel paese ospitante (malnutrizione, scarse condizioni igienico-sanitarie, sovraffollamento).
- Permanenza in centri di accoglienza o di detenzione con possibili focolai epidemici per una elevata possibilità di diffusione.
- Comportamenti a rischio, rapporti sessuali non protetti per scarsa/assente educazione sanitaria, episodi di violenza sessuale.
- Condizioni di salute compromesse da alcune infezioni presenti e misconosciute o condizioni di immunosoppressione non note (es. DM).
- Mancanza di aggiornamento delle vaccinazioni nel paese ospitante, soprattutto per perdita al follow-up per quei vaccini che richiedono più dosi.
- Rifiuto alla somministrazione dei vaccini.

E'fondamentale mantenere un'elevata immunità di gregge, soprattutto quando i migranti sono dislocati nei vari centri, al fine di prevenire micro-focolai epidemici, come in caso di morbillo e varicella (244,245,246).

A livello europeo sono raccomandate le seguenti vaccinazioni (169):

- morbillo/parotite/rosolia a tutti i minori senza una nota immunizzazione e agli adulti con ignota immunizzazione, è raccomandata almeno una dose.

² Regional Office for Europe WHO. The European Vaccine Action Plan 2015–2020 (EVAP). Danimarca. 2014. Disponibile a https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/255679/WHO_EVAP_UK_v3_WEBx.pdf. (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

- difterite/tetano/pertosse/polio/*H.influenzae* a tutti i minori senza una nota immunizzazione e agli adulti se non nota. Se non possibile, garantire almeno difterite/tetano/polio per tutte le persone.
- offerta vaccinale per i suscettibili per HBV, dando priorità a minori ed adulti con fattori di rischio (tossicodipendenti, omosessuali o con partner multipli). E' necessario inoltre garantire l'offerta di screening ed eventuale vaccinazione ai partner sessuali di paziente affetti da epatite B cronica.

In Italia è suggerita anche la vaccinazione anti-varicella/zoster (VZV), al fine di prevenirne possibili focolai epidemici nei vari centri e quella per papillomavirus (HPV) a tutte le donne tra 9 e 26 anni (163). Ovviamente quanto descritto deve essere garantito durante tutto il percorso migratorio, anche se il migrante viene spostato tra centri diversi.

Nonostante le raccomandazioni europee, molti paesi non si sono adeguati a quanto suggerito, mostrando molte mancanze in termini di salute pubblica (247). In Italia solo poche Regioni hanno sviluppato percorsi dedicati e sono riuscite a fornire dati sul reale numero di migranti da vaccinare: solo 8 Regioni (Piemonte, Bolzano A.P., Veneto, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Umbria, Puglia, Sicilia) hanno delle raccomandazioni regionali inerenti i programmi di immunizzazione dei migrante, mentre altre 6 seguono le indicazioni nazionali (248). Va ricordato che nel piano nazionale di prevenzione vaccinale 2017-2019 veniva sottolineato tra gli obiettivi, quello di "contrastare le disuguaglianze, promuovendo interventi vaccinali nei gruppi di popolazioni marginalizzati o vulnerabili" (249).

MALATTIE TROPICALI NEGLETTE (MTN)

Con la dizione MTN si identifica un gruppo di malattie infettive croniche presenti prevalentemente in aree povere rurali e urbane di paesi a basso e medio reddito e che favoriscono la povertà in considerazione della loro grande influenza sulla salute materno-infantile, sulla produttività degli adulti in età lavorativa e a causa della possibilità di sviluppare nei portatori uno stigma sociale (250). Benchè dovute a patogeni appartenenti a specie diverse, l'OMS le raggruppa perché hanno caratteristiche comuni (251):

- rappresentano un indicatore di povertà delle popolazioni;
- affliggono prevalentemente popolazioni con basso livello di visibilità e con poco potere politico;
- tendono a non diffondersi geograficamente e a coesistere in molti territori;

- portano allo sviluppo di stigma e discriminazione, soprattutto nei confronti del sesso femminile;
- hanno un importante impatto sulla morbosità e mortalità;
- sono tendenzialmente trascurate dalla ricerca sia in campo epidemiologico che specialmente in quello terapeutico;
- potrebbero essere controllate, prevenute e probabilmente eliminate utilizzando strategie efficaci, fattibili e con costi contenuti;

Nel 2010 fu lanciato un programma dell'OMS al fine di evidenziare il loro peso all'interno delle varie popolazioni: risultarono endemiche in 149 paesi del mondo, almeno 100 di essi si rilevarono endemici per due malattie e 30 addirittura per sei o più patologie (251). Al fine di comprendere meglio il loro "peso" all'interno di una determinata popolazione, è utile introdurre il concetto di disability-adjusted life years (DALYs), ovvero una misura della gravità globale di una patologia, espressa come il numero di anni persi a causa di essa per disabilità o per morte prematura. Considerando globalmente queste malattie, il loro impatto pari a 56.6 milioni di DALYs può anche superare quello di malaria (46.5 milioni di DALYs) e TB (34.7 milioni di DALYs) (252). Negli ultimi anni sono stati compiuti diversi passi avanti: 500 milioni di persone non necessitano più di interventi mirati nei confronti di queste patologie e 40 paesi sono riusciti a eliminarne almeno uno; la stessa OMS ha lanciato anche una recente campagna al fine di potenziarne eradicazione a livello mondiale (253). Il concetto di salute globale, termine che deriva in parte anche dalla medicina tropicale, si applica pienamente nell'intervento contro le MTN. L'identificazione e il trattamento di queste patologie contribuiscono a ridurre le disparità in salute tra le popolazioni che ne sono afflitte e ne riducono la diffusione, diminuendo un'importante variabile che ne può condizionare la povertà. Sebbene diffuse prevalentemente in alcune aree geografiche, attraverso le migrazioni forzate o viaggi internazionali, possono acquisire un ruolo anche in paesi non endemici, divenendo una problematica di medicina transnazionale (254). La consapevolezza e la gestione di tali patologie è poco nota al di fuori dei paesi endemici e si tende a sottostimare la reale prevalenza all'interno della popolazione migrante, con conseguente presa in carico impropria e possibile mancata diagnosi e terapia (255). Una dimostrazione di come la cattiva gestione possa interessare anche la popolazione autoctona, è la trasmissione di una di queste infezioni all'interno di un paese non endemico, come avvenuto in Corsica per la schistosomiasi o in Italia per alcune arbovirosi (256,257,258). Infine va ricordato come i cambiamenti climatici, con le relative conseguenze, stanno modificando l'epidemiologia di molti patogeni, favorendo la diffusione in paesi ove in precedenza non erano stati segnalati (259). All'interno di questo gruppo di patologie molto eterogeneo, identifichiamo diverse parassitosi che possono avere importanti ripercussioni cliniche e quindi sociali nella popolazione migrante, soprattutto se non diagnosticate precocemente: le più temibili

sono la strongiloidiasi e la schistosomiasi, a seguire le geelmintiasi (ascaridiasi e ancilostomiasi), filariasi linfatica e l'oncocercosi; queste ultime incluse nella filariasi. È stato dimostrato che se cercate nella popolazione migrante, possono arrivare ad essere presenti in circa il 10% delle persone sottoposte a screening (260). Risulta pertanto importante ipotizzare una parassitosi in caso di eosinofilia periferica o clinica suggestiva (diarrea, prurito, dolori addominali, nausea, vomito, ematuria); in questi casi è raccomandato l'esame coproparassitologico (163). Nei migranti (anche asintomatici) provenienti da paesi endemici per schistosomiasi e strongiloidiasi, è raccomandato lo screening sierologico e l'eventuale trattamento in caso di positività, se non effettuato in precedenza (163).

STRONGILOIDIASI

La strongiloidiasi rappresenta un esempio emblematico: presente anche in Italia come malattia autoctona, da alcuni definita come "la più dimenticata delle malattie neglette" (nonostante colpisca circa 700 milioni di persone nel mondo), nella sua forma subclinica è facilmente eradicabile con un'unica dose di ivermectina (261,262,263). Questo tipo di infezione, contratta nel paese d'origine durante l'infanzia o adolescenza, può persistere in modo asintomatico per diversi anni fino a manifestarsi con metodi diversi, fino a provocare gravi complicanze a lungo termine. La loro prevenzione mediante una precoce identificazione e un tempestivo trattamento, è fondamentale.

Il responsabile è *Strongyloides stercoralis*, nematode dalle piccole dimensioni, la cui infezione decorre solitamente asintomatica o paucisintomatica negli ospiti immunocompetenti. È sempre più frequentemente segnalata come grave complicanza in differenti condizioni di immunosoppressione, quando può presentarsi come patologia invasiva e potenzialmente mortale (264). La sierologia è il test diagnostico da preferire per lo screening (come nel caso della schistosomiasi), poiché più sensibile della ricerca parassitologica su feci (la sensibilità è massima se raccolti 7 campioni di feci), oltre che per la maggior facilità di gestione (265,266,267). Utile segnalare alcune limitazioni della sierologia: la frequente possibile reazione crociata con quella per le filariasi, una minore sensibilità in pazienti affetti da patologie ematologiche o infezione da HTLV-1 e l'incapacità nella distinzione tra infezione attiva e pregressa. Come nel campo di altre parassitosi, anche per la ricerca di *S.stercoralis* su feci ci si può avvantaggiare con metodiche di ricerca molecolare con Polymerase Chain Reaction (PCR) standard e/o nested, qPCR (268). Da segnalare che l'utilizzo delle metodiche di diagnostica molecolare, come la ricerca delle larve su feci, identificano l'infezione attiva, pertanto risultano anche molto utili nella valutazione del follow-up dopo trattamento (269). Uno studio recente ha dimostrato tramite sierologia una prevalenza del 12% in migranti, con valori più elevati a seconda della zona di provenienza: 17% dall'Est Asia e dal Pacifico, 15%

dall'Africa sub-sahariana; valori indipendenti dall'età, dal genere e dal tipo di migrazione (266).

SCHISTOSOMIASI

La schistosomiasi ha invece diverse specie di trematodi responsabili: i principali sono *S.haematobium* e *S. mansoni*. La sua diffusione è più legata a una localizzazione geografica: è endemica in Africa sub-sahariana (regione con oltre il 90% delle infezioni globali), ma diffusa anche in Asia, Medio Oriente, Sud America e Caraibi^{aa}. Si stimano circa 230 milioni di soggetti che abbiano contratto questa parassitosi con un peso clinico molto rilevante: circa il 10% gravemente sintomatico e responsabile da sola di 1.53 milioni di DALYs (270). Si acquisisce tramite penetrazione transcutanea delle forme larvali presenti in acque dolci delle zone endemiche. Dalla cute arriva al sistema portale intraepatico e ai plessi venosi, quivi si replica emettendo uova che a seconda delle specie vengono eliminate tramite l'apparato genito-urinario o epato-intestinale; a questo livello con il passare del tempo genera granulomi e una reazione sclerotica cronica che può portare a neoplasia (239). In alcuni casi si può verificare anche una diffusione ubiquitaria, con localizzazioni multiple (prevalentemente sistema nervoso centrale, polmone o midollo spinale) (271,272). Le manifestazioni acute, come la sindrome di Katayama, sono più diffuse nei paesi endemici e nei viaggiatori internazionali. Risulta invece fondamentale prevenire le forme croniche che possono portare ad epatopatia fino alla cirrosi epatica o a carcinoma della vescica nelle forme urogenitali.

I metodi diagnostici sono vari (273):

gli esami parassitologici su urine e feci hanno sempre rappresentato il gold-standard, permettendo anche l'identificazione di specie con una specificità del 100%, ma gravati da una sensibilità molto variabile dal 40 al 60%, a seconda del numero dei campioni analizzati, dalla durata dell'infestazione e dalla grande variabilità della carica parassitaria (274,275). L'esame coproparassitologico permette di diagnosticare l'eventuale co-presenza anche di altri microrganismi presenti (come protozoi o altri elminti), ma mostra una bassa sensibilità per *Schistosoma mansoni* (273). In contesti non endemici, dove non sempre la patologia è manifesta e quindi può essere clinicamente sospettata, sono utili test che permettono uno screening con una elevata sensibilità e specificità, riducendo il numero necessari di raccolta di campioni (273). La sierologia, ormai molto diffusa, permette di evidenziare le infezioni croniche con una buona sensibilità, senza però differenziare le varie specie e non discernendo se si tratti di un'infezione attiva o pregressa; i titoli anticorpali infatti possono rimanere positivi per diverso tempo, anche dopo un trattamento efficace (276,277). Il circulating cathodic antigen (CCA) è un test

^{aa} Dati OMS. Disponibile a <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/schistosomiasis> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

effettuato su urine che rileva gli antigeni di *S.mansoni*, permettendo di individuare una infestazione attiva, ma è dotato di bassa sensibilità per *S.haematobium* e scarsa specificità (278); il suo utilizzo è più efficace nel follow-up dopo terapia, poiché si negativizza rapidamente dopo la morte dell'elminta. L'utilizzo di metodiche di biologia molecolare sembra essere molto promettente, con buoni valori sia di sensibilità che specificità per le varie specie, ma è limitato a centri specialistici (279). Avendo a disposizione più metodi diagnostici, l'esecuzione di due o più di essi permette di arrivare a una sensibilità massima (280). La terapia consiste nella somministrazione di praziquantel per una durata non standardizzata, anche se la posologia più diffusa è quella di tre giorni consecutivi suddivisa in due somministrazioni giornaliere (281).

GEOELMINTIASI

Si tratta di parassitosi molto comuni nel mondo, con un'alta prevalenza (circa 1 miliardo e mezzo di persone ne sono infette) e distribuite ubiquitariamente, con una maggior prevalenza nelle aree sub- e tropicali (282). Si acquisiscono attraverso l'ingestione di uova che possono contaminare cibi e/o acqua o dal contatto cutaneo con larve nel terreno. Tra le più comuni vi sono *Ascaris lumbricoides*, *Trichuris trichiuria* e *Ancylostoma duodenale*, nematodi a sessi separati, il cui principale serbatoio di infezione è rappresentato proprio dall'essere umano. Sebbene siano in grado di manifestarsi anche in quadri clinici acuti (per esempio la Sindrome di Löeffler, polmonite eosinofila nell'ascaridiasi), è fondamentale riuscire a diagnosticarle e trattarle soprattutto per prevenire effetti cronici come anemia, dispersione proteica e una riduzione dell'assorbimento delle sostanze nel tratto gastroenterico con conseguenze più gravi nei bambini portando a malnutrizione o nelle gravide con possibile ritardo di crescita fetale (283). L'esame diagnostico di scelta è l'esame coproparassitologico, ma l'uso di metodiche molecolari su feci (ad ora limitate solo a Laboratori di scelta) sembra essere molto promettente (279). La terapia di prima linea sono i benzimidazoli, in particolare mebendazolo e albendazolo, il cui obiettivo è l'eliminazione del verme adulto nel tratto gastrointestinale (239).

ALTRE PATOLOGIE INFETTIVE

FILARIASI

Rappresenta un gruppo molto ampio di patologie, causate tutte da elminti con una diffusione prevalente nei tessuti linfatici e sottocutanei. Si distinguono:

1. FILARIASI LINFATICA

Inclusa tra le MTN e nota anche come elefantiasi, è endemica in 49 paesi di area tropicale, minacciando così circa 893 milioni di persone. Nel 2000 più di 120 milioni di persone risultavano affette da questa infezione e in 40 milioni si riportavano conseguenze disabilitanti^{bb}. Sono tre le specie responsabili: *Wuchereria bancrofti*, *Brugia malayi* e *Brugia timori*; sono trasmesse all'uomo da zanzare della famiglia *Culicidae* e si localizzano nel sistema linfatico umano in forma di macrofilarie e si diffondono a livello ematico in microfilarie nel periodo notturno, prevalentemente dalle 22 alle 2 (283). Sono parassitati a loro volta da *Wolbachia*, batteri Gram-, parassiti intracellulari obbligati e che sono stati dimostrati indispensabili per lo sviluppo, la riproduzione e la sopravvivenza delle filarie. Le manifestazioni cliniche più serie sono quelle croniche che compaiono anche dopo anni dall'infezione: la più temibile e invalidante è l'elefantiasi, un'ipertrofia cronica con sclerosi dei tessuti del derma e dell'epidermide, che colpisce prevalentemente gli arti inferiori portando a deformazioni e una progressiva disabilità permanente (239). Il sospetto clinico è basato sull'anamnesi e sul riscontro di un'ipereosinofilia su sangue periferico, a cui può seguire l'approfondimento tramite sierologia e la ricerca di microfilarie nel periodo notturno. La terapia ormai più consolidata e con meno effetti collaterali è l'associazione di ivermectina con albendazolo e doxiciclina (anti-*Wolbachia*).

2. LOIASI

Filariasi cutaneo-dermica presente unicamente in Africa (prevalente nella macchia forestale dell'Africa Centro-occidentale) e dovuta a *Loa Loa*, si può localizzare in tutto il corpo; è trasmessa da un tabanide del genere *Chrysops* (239). A differenza della prima, le microfilarie si riscontrano nel sangue prevalentemente durante il giorno, soprattutto tra le ore 11 e le 14. Causa per lo più a un'infestazione fastidiosa e dolorosa ma benigna; solo in pochi casi di possono verificare delle complicanze viscerali gravi (a livello cardiaco, renale e meningo-encefalico). Il quadro clinico più rappresentativo è l'edema di Calabar a livello degli avambracci o faccia dorsale delle mani: una manifestazione transitoria di qualche ora, perdura per giorni e scompare, ripetendosi in modo irregolare (284). La diagnosi può essere sospettata alla presenza di ipereosinofilia periferica, confermata con la sierologia in associazione al riscontro in emoscopia delle microfilarie dopo colorazione con Giemsa. Il trattamento consiste nell'ivermectina e albendazolo, piuttosto che la dietilcarbamazina, previa quan-

^{bb} Dati OMS. Disponibile a <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/lymphatic-filariasis> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

tificazione della microfilaremia al fine di scongiurare le forme viscerali, spesso conseguenze di terapie non effettuate in centri di riferimento (285).

3. ONCOCERCOSI

Filariasi cutaneo-dermica causata da *Oncocerca volvulus*, anche essa appartenente alle MTN, è conosciuta anche come cecità dei fiumi, per la sua capacità di localizzarsi a livello oculare oltre che dermica. E' presente quasi totalmente in Africa con 20.9 milioni di persone affette, di cui 14.6 milioni con localizzazione cutanea e 1.15 milioni con perdita della vista^{cc}. Questa parassitosi è trasmessa da ditteri del genere *Simulium*, con particolare diffusione vicino a corsi d'acqua. Le manifestazioni cliniche dipendono dalla densità delle microfilarie e dalla risposta immunitaria del paziente. Le due principali manifestazioni sono a livello dermico con oncocercomi, noduli sottocutanei prevalenti su piani ossei di dimensioni variabili, oppure con la "scabbia da filaria", caratterizzate da varie lesioni cutanee fortemente pruriginose; a livello oculare si ha un interessamento progressivo a partire dalla cornea fino ad arrivare alla retina (in alcuni casi con diffusione anche al nervo ottico), residuando in cecità irreversibile (283). Come per le altre forme, anche in questi casi vi potrà essere un'ipereosinofilia periferica, a cui associare la sierologia; la diagnosi eziologica si basa sulla ricerca delle microfilarie nel derma tramite la metodica "skin snip" o con biopsia. La terapia si basa sulla somministrazione di ivermectina, a cui è possibile associare doxiciclina, per il noto effetto anti-*Wolbachia*.

4. MANSONELLOSI

Filariasi causate dal genere *Mansonella* spp, la cui specie più rappresentata è *M.perstans*, è presente in 33 paesi dell'Africa sub-sahariana, con distribuzione anche nei Caraibi e Sud America (286). Questa parassitosi è trasmessa da piccoli insetti del genere *Culicoides*, diffusi soprattutto in zone paludose. Alla sua patogenesi contribuisce sia la risposta immunitaria dell'ospite che la presenza di *Wolbachia* al suo interno. L'andamento è per lo più asintomatico con possibili manifestazioni di tipo allergico o dovute ad altri tipi di filaria (spesso si registrano co-infezioni simultanee). L'epidemiologia e l'ipereosinofilia periferica possono porre il sospetto che deve essere confermato dalla sierologia, ma soprattutto dall'evidenza di microfilarie all'esame emoscopico, in questo caso effettuabile a qualsiasi ora del giorno. Il trattamento di questo tipo d'infezione si è evoluto negli ultimi anni, suggerendo attualmente l'associazione tra mebendazolo e doxiciclina (287,288).

^{cc} Dai WHO. Disponibile a <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/onchocerciasis> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

GIARDIASI

L'infezione da *Giardia duodenalis* (*G.lamblia*, *G.intestinalis*) rappresenta una delle prime cause di diarrea e malassorbimento nel mondo, con una diffusione maggiore in paesi a basso reddito (239). Si tratta di protozoi flagellati, acquisiti per via oro-fecale. In persone immuno-competenti tende ad essere asintomatica o paucisintomatica, manifestandosi in forme più severe in bambini o in gravidanza portando anche a forme di malassorbimento croniche (289). L'esame coproparassitologico rappresenta il metodo diagnostico più diffuso e sensibile, anche se ormai risultano disponibili anche metodiche di biologia molecolare che hanno mostrato una superiorità sia in sensibilità che specificità rispetto alla microscopia (290,291,292). I farmaci di prima scelta sono i nitroimidazoli con un'ottima efficacia sia per metronidazolo che per tinidazolo.

MALARIA CRONICA/SPLENOMEGALIA TROPICALE o IPERREATTIVA MALARICA

Patologia non comune che si manifesta in persone che hanno risieduto a lungo o risiedono in zone endemiche per malaria; è caratterizzata da splenomegalia associata ad ipersplenismo con conseguente pancitopenia (239). E' dovuta a una aberrante risposta immunitaria alla prolungata stimolazione da parte degli antigeni dei vari plasmodi. Al fine di ottenere una diagnosi sono necessari: la sierologia per malaria con un titolo elevato di IgM in associazione a una risposta a qualsiasi trattamento efficace per *Plasmodium falciparum*.

EOSINOFILIA TROPICALE

Quasi tutte le infezioni da elminti causano un'eosinofilia, dovuta a un meccanismo di ipersensibilità immediata e scatenato dal rilascio di alcuni antigeni; si tratta di una peculiarità laboratoristica molto frequente nei migranti. Non vi è un consenso internazionale sul cut-off: nonostante il valore di 300/ μ L è altamente probabilistico di parassitosi, sembrerebbe quello di 500/ μ L il più affidabile (293). E' raccomandabile l'approfondimento diagnostico attraverso indagini laboratoristiche, anche in assenza di una clinica. Non sempre però si raggiunge una diagnosi eziologica (quasi il 50%): va ricordato come alcune possibili infezioni non diagnosticate possano avere importanti ripercussioni successivamente, come nel caso della strongiloidiasi (294). E' necessario pertanto valutare per ogni paziente i rischi e i benefici di un trattamento, tenendo conto di: anamnesi (paese di origine, durata del soggiorno in paesi endemici per parassitosi, eventuali co-patologie o stati di immunosoppressione), valore di eosinofili, sensibili-

tà/specificità dei metodi di ricerca parassitologica disponibili, costo e il rischio di tossicità dell'eventuale terapia (239). Il trattamento ad ampio spettro suggerito in caso di mancata diagnosi si tratta dell'associazione di praziquantel, ivermectina e albendazolo (293).

PATOLOGIE CRONICHE NON INFETTIVE

Secondo l'OMS le malattie croniche non trasmissibili sono responsabili a livello mondiale di 41 milioni di morti all'anno, corrispondenti a circa il 71% di tutte i decessi, di cui circa 15 milioni tra i 30 e i 69 anni (85% di essi in paesi a basso e medio reddito)^{dd}. La descrizione delle dimensioni della cronicità legate ai processi migratori è fondamentalmente legata a tre fattori (295):

- Le caratteristiche specifiche della cronicità stessa che dipendono per lo più da strategie promotive e preventive, piuttosto che terapeutiche; nella stessa definizione di patologia cronica è sottintesa l'impossibilità della totale guarigione. La terapia rappresenta una sorta di prevenzione al fine di scongiurare riacutizzazioni e/o evoluzione verso situazioni più spiacevoli, in modo da garantire all'individuo il mantenimento delle sue abilità e dell'autonomia per quanto più tempo possibile. Si tratta di una prospettiva life-long, a partire dalla nascita fino all'avanzare dell'età, quando ovviamente saranno necessari più interventi. Analogamente a quanto succede per altre patologie croniche di tipo infettivo (es. HIV, HBV), le strategie di contrasto sono fortemente dipendenti dalla dimensione culturale e sociale delle varie malattie (*sickness* e *illness*)^{ee}. E' ancor più fondamentale in questo ambito l'atteggiamento transculturale al fine potenziare l'empowerment del paziente e del personale sanitario, al fine di ottenere aderenza alla terapia e compliance al follow-up.
- Il percorso migratorio seguito e i determinanti conseguenti ad esso, in ambito sociale, economico, politico: si tratterà di indagare i determinanti di salute che agiscono a partire dal paese di origine, al percorso seguito durante la migrazione e infine quelli dipendenti al paese di arrivo (296,297). Eseguendo infatti questa suddivisione è comprensibile come con "migranti" non ci si possa riferire ad un'unica categoria di persona: i RPI provenienti da corridoi umanitari avranno caratteristiche ben diverse da persone provenienti da viaggi di me-

^{dd} OMS. Noncommunicable diseases factsheet. Disponibile a <https://www.who.int/en/news-room/factsheets/detail/noncommunicable-diseases> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

^{ee} Aho J, Aho K, Body matters: A phenomenology of sickness, disease, and illness. Londra: Lexington Books; 2008. Citato in Martino A. Migranti e cronicità in Italia: quali sfide per il contrasto e la presa in carico. In Bonciani M, Geraci S, Marceca M, Rinaldi A, Russo ML (a cura di). Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni. Atti del XV Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Edizioni Pendragon; 2018.

si/anni attraverso il continente africano. Le caratteristiche personali nel paese d'origine (condizioni economiche, ambientali, titolo di studio, tipo di lavoro, ambiente familiare, caratteri ereditari/genetici) saranno anch'esse determinanti nello possibile sviluppo di patologie croniche.

- L'analisi e la proposta di servizi socio-sanitari alla popolazione migrante da parte del SSN a livello nazionale, regionale e locale. I RPI e i migranti dotati di tessera STP non disponendo di tessera TEAM non possono rientrare tra i vari monitoraggi che il SSN esegue sulla popolazione generale. Gli unici dati disponibili infatti riguardano la popolazione straniera residente e sono per lo più dati riguardanti le dimensioni biologiche della patologia, tralasciando la sfera socio-economica e culturale. Come Martino afferma, i "fattori di rischio coinvolti nell'istaurarsi e nella progressione delle condizioni di cronicità dipendono dall'interrelazione cumulativa tra i fattori di suscettibilità e di resistenza biologici, individuali e sociali propri di un determinato individuo in un determinato contesto eco-sociale" (295,298).

Nel campo delle patologie croniche non trasmissibili, DM e ipertensione arteriosa rappresentano le principali artefici di cronicità e di conseguenze disabilitanti. Nel 2014 sono stati stimati 422 milioni di adulti affetti nel mondo da DM, rispetto ai 108 milioni del 1980, segnalando una prevalenza quasi raddoppiata tra gli adulti (dal 4.7% del 1980 al 8.5% del 2014); l'aumento si è registrato più rapidamente nei paesi a basso e medio reddito, rispetto che in quelli ad alto reddito (299). La popolazione straniera in Europa ne risulta più affetta rispetto a quella residente, variando a seconda dell'origine: DM è maggiormente presente tra i migranti provenienti dal Nord Africa, Caraibi e Sud Asia (300). In questo tipo di popolazione la percentuale di pazienti adeguatamente trattati risulta molto limitata: 17.6% delle donne e 14.3% degli uomini (301). Lo stesso aumento di prevalenza si è registrato per le malattie cardiovascolari, responsabili di 17 milioni di decessi annui, di cui 9.4 milioni ascrivibili a complicazioni dovute all'ipertensione arteriosa: si è passati infatti da 600 milioni di persone affette nel 1980 a 1 miliardo nel 2008, con la prevalenza più alta registrata in Africa (46%) (302). Come nel caso di DM è necessario sottolineare come soprattutto nei paesi a basso e medio reddito, la maggior parte delle persone affetta da ipertensione arteriosa non sia stata presa in cura o trattata.

Infine, sono più comuni tra i migranti alcuni tumori correlati a infezioni sperimentate nella prima infanzia, come il cancro al fegato, alla cervice uterina e allo stomaco (300) (303). In particolare, chi è affetto da quello localizzato alla cervice uterina ha anche maggiori probabilità di ricevere la diagnosi in una fase meno precoce della loro malattia rispetto a quanto accade nelle popolazioni ospitanti (147). Le donne rappresentano sicuramente una classe più a rischio non solo per infezione da HPV, ma anche per tutte

le MST: sono più vulnerabili biologicamente, i vari metodi contraccettivi impiegati nel sesso femminile (pillola contraccettiva, dispositivi intra-vaginali) non proteggono da MST, ma soprattutto sono più spesso vittime di violenza. A livello mondiale più di 290 milioni donne risultano affette da infezione da HPV (304). Tale virus è responsabile di più di 57.000 casi di cancro della cervice uterina con circa 30.000 decessi annui (305). In Italia sono stati confermati questi dati, con un tasso di positività all'HPV su straniere più alto rispetto alle italiane, con un maggior rischio di neoplasia cervicale intra-epiteliale per tutti gradi di gravità (306).

Sulla base di queste evidenze, nel 2017 sono state incluse queste patologie (oltre che la ricerca di eventuali anemie) nelle linee guida per lo screening di malattie infettive, oltre che per condizioni para-fisiologiche (come la gravidanza) rivolte specificamente ai RPI soggiornanti in centri di accoglienza (163).

SALUTE MENTALE

La prevalenza di disturbi della salute mentale mostra notevoli variazioni a seconda della popolazione studiata e della metodologia di valutazione. Sono già stati descritti in precedenza i fattori che possono incidere in questo ambito durante il percorso migratorio. La condizione di emarginazione sociale in cui spesso può ritrovarsi il migrante costituisce il principale fattore di rischio per lo sviluppo di una patologia psichiatrica, ma è anche vero il contrario: la celebre teoria della “deriva sociale” sostiene che le patologie ascrivibili alla sfera della salute mentale si ritrovano più frequentemente nelle fasce socio-economiche più deboli della società, sia perché chi ne è affetto tende a scivolare verso condizioni di marginalità, sia perché in condizioni di povertà tende ad essere più colpito, generando così un circolo vizioso quasi senza uscita^{ff}.

Il PTSD, i disturbi dell'umore e la sindrome depressiva sono le condizioni più frequentemente segnalate tra i migranti (307). Le scarse condizioni socio-economiche, l'isolamento sociale e le difficoltà culturali nell'ambientamento nel paese di approdo sono associate all'aumento dei tassi di depressione o riacutizzazioni di PTSD (308). La sfera della salute mentale è sicuramente quella più difficile da valutare per medici che non hanno un'adeguata formazione in campo transculturale, per cui è descritta anche una difficoltà da parte dei nostri Specialisti Psichiatri di riconoscere quadri atipici legati a qualche esperienza traumatica (309).

^{ff} Frighi L. Manuale di Igiene Mentale. Roma: Bulzoni Editore; 1984. Citato in Mazzetti M. Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto. Roma: Carocci Editore; 2018.

SECONDA PARTE

RAZIONALE DELLA RICERCA

La presente ricerca si basa su quanto compiuto durante questi 4 anni di dottorato.

Il mio progetto iniziale mirava alla creazione di un Ambulatorio a carattere infettivologico per RPI all'interno dell'Ospedale di Circolo-Fondazione Macchi di Varese. Nonostante diversi sforzi in tal senso, non è stato possibile realizzarlo. Al fine di potenziare le mie conoscenze e competenze nel campo della Medicina delle Migrazioni, ho iniziato a lavorare presso il Centro per le Malattie Tropicali dell'Istituto di Ricovero e Cura a Carattere Scientifico (IRCCS) Sacro cuore-Don Calabria a Negrar (VR). In questa dimensione mi sono trovato in strutture già attive, ben avviate e molto competenti in materia, ove ho potuto così ampliare le mie conoscenze, sia da un punto di vista clinico che da quello didattico. Ho trovato un "Maestro" nel Dr. Geraldo Badona Monteiro, che mi ha fatto da guida e che non smetterò mai di ringraziare. In prima persona ho cercato di contribuire al miglioramento dei vari servizi, ottimizzando le tempistiche dei ricoveri e facilitando il processo di screening. In collaborazione con altri operatori sanitari e del privato sociale di Verona, sono stati realizzati alcuni strumenti atti a migliorare l'accesso e la compliance dei RPI. A causa di esigenze personali e professionali, sono dovuto tornare in Lombardia e in particolare presso l'Unità Complessa di Malattie Infettive dell'Ospedale di Busto Arsizio. In questa nuova avventura ho trovato la presenza di un Ambulatorio dedicato allo screening di secondo livello per TB/ITL dei RPI, creato e gestito dalla Dr.ssa Maria Grazia Pizzi. A questo punto i miei sforzi si sono focalizzati sull'ampliamento di tale struttura, migliorandone l'accesso, potenziandone le possibilità diagnostico-terapeutiche e favorendo il follow-up della popolazione migrante. Tutto ciò in accordo con l'equipe medico-infermieristica e aiutato dall'allora Facente Funzione, Dr.ssa Barbara Menzaghi.

La descrizione successiva riguarderà lo studio retrospettivo e l'analisi di quanto svolto dapprima presso IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar e successivamente presso l'Ospedale di Busto Arsizio. È stato effettuato sia uno studio quantitativo basato sulle caratteristiche dei pazienti afferenti a tali strutture, sia qualitativo incentrato sulla raccolta di storie attraverso interviste condotte in prima persona.

Lo studio retrospettivo condotto presso IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar, di cui di seguito sono riportati metodologia e risultati, è stato condotto in collaborazione con la Dr.ssa Silvia Staffolani. Parte del progetto è stato oggetto del suo elaborato finale di Dottorato di Ricerca in Scienze Biomediche dal titolo "Patologie emergenti di importazione: relazione tra metodi diagnostici e dati epidemiologici".

OBIETTIVI DELLO STUDIO

I nostri uguali diritti non ci derivano dall'essere tutti uguali, ma
dall'essere tutti umani"

THEODOSIUS DOBZHANSKY

OBIETTIVI GENERALI DELLO STUDIO

1. Evidenziare la valenza di specifiche patologie asintomatiche o paucisintomatiche la cui identificazione precoce, mediante screening secondo linee guida internazionali, potrà permettere una gestione adeguata e basata sull'evidenza. Lo studio verterà non solo su patologie infettive e tropicali, ma anche su patologie croniche (per esempio DM, IA) o relative alla salute mentale. Attraverso l'elaborazione dei dati raccolti, si potranno suggerire pratiche di intervento rivolte al singolo e alla collettività, in particolare su patologie infettive ancora poco conosciute e potenzialmente presenti nella popolazione immigrata.
2. Studiare l'organizzazione del percorso sanitario, della gestione clinica e della promozione della salute all'interno della popolazione migrante (in particolare i RPI) presente nel territorio di Verona, in particolare sul completamento delle procedure di screening, sulla presa in carico terapeutica e sull'eventuale tasso di perdita al follow-up.

OBIETTIVI SECONDARI DELLO STUDIO

- A. Basandosi sugli screening infettivologici delle principali linee guida nazionali e internazionali, identificare le prevalenze di TB, sifilide, infezione cronica da HIV, epatopatia cronica da HBV o HCV, amebiasi, infezione e/o stato di portatore di *H.pylori*, schistosomiasi epato-splenica e uro-genitale, strongiloidiasi, filariasi e altre parassitosi.
- B. Individuare eventuali "categorie a rischio" per cui progettare interventi mirati di screening o di prevenzione e sensibilizzazione riguardo a certe patologie prevalentemente a carattere infettivologico.

MATERIALI E METODI

DISEGNO DELLO STUDIO

Studio osservazionale retrospettivo monocentrico: IRCCS Sacro-cuore Don Calabria, Negrar (VR). Il reclutamento è stato effettuato partendo dalla lista della popolazione migrante che ha avuto accesso a tale struttura dal 1 gennaio 2017 al 31 dicembre 2017. E' stata raccolta una prima parte inerente a dati anagrafici e profilo migratorio, con focus sull'eventuale soggiorno in Libia. Successivamente è stata compilata la parte clinica con i dati sanitari raccolti dal primo accesso alla struttura fino a un massimo di 4, considerati consistenti per definire un buon follow-up e comunque con periodo di osservazione massimo fino ad agosto 2019 compreso.

POPOLAZIONE DELLO STUDIO

La popolazione oggetto di reclutamento è rappresentata da soggetti migranti che hanno avuto accesso presso l'IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria dal 1 gennaio 2017 al 31 dicembre 2017. Sono state retrospettivamente revisionate le cartelle cliniche di tutti i pazienti che hanno avuto accesso sotto la dicitura di "Aiuti umanitari" all'Ambulatorio per migranti, verificandone la modalità di accesso: primi accessi elettivi, rivalutazioni o visite urgenti. I dati raccolti hanno incluso caratteristiche demografiche, co-morbidità, informazioni riguardo al percorso migratorio seguito, variabili cliniche di presentazione e indagini sierologiche, microbiologiche e laboratoristiche. La popolazione stimata è stata di circa 800 soggetti.

CRITERI DI INCLUSIONE

Sono stati reclutati nello studio soggetti migranti, ovvero non di nazionalità italiana, di qualsiasi età, che abbiano effettuato in tutto il 2017 almeno un accesso presso il Centro per Malattie Tropicali dell'IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (VR).

CRITERI DI ESCLUSIONE

Sono stati esclusi i soggetti che pur risultando nella lista “Aiuti Umanitari” non avevano effettuato un accesso presso il Centro per Malattie Tropicali, oppure non erano stati sottoposti a visita specialistica infettivologica; in questo modo non sono stati ammessi le persone straniere che si sono recate presso l’IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (VR) per altri motivi, ad esempio visite fisioterapiche, visite specialistiche non infettivologiche, ricoveri presso il reparto di Ostetricia-Ginecologia.

PROCEDURE DELLO STUDIO

Lo studio è a carattere osservazionale retrospettivo monocentrico.

I dati sono stati raccolti tramite una *Case Report Form* (CRF) in formato Excel® (Office®) per la raccolta di dati anagrafici, epidemiologici e sanitari.

Sono state realizzate le seguenti sezioni:

- Dati anagrafici: sesso, data di nascita, nazionalità, paese d’origine, titolo di studio, cooperativa o centro di provenienza, codice identificativo.
- Percorso migratorio: tempo di permanenza nel paese nativo, eventuale soggiorno e/o detenzione in Libia, data ed età di arrivo in Italia, eventuali pregresse patologie infettive o presenza di co-morbidità, modalità di accesso all’IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (VR); nei soggetti femminili il numero di gravidanze, con relativo numero di figli e/o IVG.
- Dati personali iniziali: eventuali farmaci assunti.

Nella prima valutazione ambulatoriale o tramite ricovero (V1) sono state prese in considerazione:

- Data dell’arrivo in Italia e intervallo temporale tra essa e l’accesso alla struttura.
- Caratteristiche cliniche: sintomatologia clinica e segni obiettivi gastrointestinali, cutanei, genito-urinari, polmonari, cardiovascolari, neurologici, osteoarticolari, psicologici/psichiatrici.
- Caratteristiche biumorali/laboratoristiche: emocromo con formula leucocitaria, dosaggio delle IgE, indagini coproparassitologiche/uroparassitologiche, ricerca su feci di Antigene per *Helicobacter pylori* e tramite metodica molecolare qPCR di parassiti.
- Indagini sierologiche: ricerca specifica su siero di anticorpi verso *S. stercoralis*, *Schistosoma* spp, filaria, ameba, sifilide, HIV, HCV, HBV e quantiferon-TB.
- Caratteristiche di imaging: RX, ecografia, tomografia computerizzata (TC) e risonanza magnetica nucleare (RMN) con relative tempistiche ed esito.

- Eventuali terapie somministrate.

I medesimi dati sono stati raccolti anche nelle valutazioni successive (V2, V3 e V4), se disponibili.

ESAMI DI LABORATORIO

Le indagini diagnostiche eventualmente disponibili nel primo livello di screening effettuate presso il Laboratorio per Malattie Tropicali dell'IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (VR), sono le seguenti:

- indagini coproparassitologiche/uroparassitologiche;
- indagini bioumorali: emocromo con formula leucocitaria, dosaggio delle IgE, glicemia;
- indagini molecolari tramite qPCR su feci per *Entamoeba histolytica*, *Entamoeba dispar*, *Cryptosporidium* (EhEdc), *Dientamoeba*, *Giardia*, *Blastocystis* (DGB), *Strongyloides stercoralis*, *Schistosoma* spp, *Hymenolepis* (StSch);
- indagini molecolari tramite qPCR su urine di: *Schistosoma haematobium*;
- la ricerca specifica su siero di anticorpi (Ab) verso *S.stercoralis*, *Schistosoma* spp, filaria, virus epatitici (HBV e HCV), HIV, lue.

In particolare:

- Ab IgG anti-*S.stercoralis* con metodo dell'immunofluorescenza indiretta (IFAT) o saggio immuno-assorbente legato ad un enzima (ELISA).
- Ab IgG anti-*Schistosoma* spp, con metodo ELISA/IFAT e test immunocromatografico (ICT).
- Ab anti-filaria.
- Ab anti-ameba.
- Ab anti-*Treponema pallidum*.
- HBsAg, HBcAb, HBsAb.
- Ab anti-HIV.
- Ab anti-HCV.

Si segnala che le informazioni relative ai valori fuori range di normalità e clinicamente rilevanti sono state riportate sulla CRF della storia medica.

GESTIONE DEI DATI ED ANALISI STATISTICA

TRATTAMENTO DEI DATI

Tutto ciò che può identificare i pazienti è rimasto confidenziale e i dati sono stati trattati nel rispetto del decreto legislativo 196 del 30 giugno 2003 (Codice in materia di protezione dei dati personali o Testo unico sulla privacy).

In particolare il nome dei pazienti non è stato registrato nel database dello studio.

Le informazioni richieste dal protocollo sono state registrate sulla CRF. I dati raccolti tramite CRF afferiscono ad un database centralizzato che rappresenta il registro dello studio e funge da denominatore per le indagini atte alle stime inerenti alle variabili in oggetto.

METODI STATISTICI

Le variabili continue sono state sintetizzate attraverso la media e la deviazione standard, quelle ordinali attraverso la mediana ed il range interquartilico (IQR) mentre quelle categoriali attraverso le distribuzioni delle frequenze assolute, relative e percentuali.

Per l'analisi delle associazioni statistiche è stato utilizzato il test Chi-quadrato o il test esatto di Fisher mentre per il confronto delle variabili continue tra gruppi indipendenti è stato impiegato il two sample t test o il Wilcoxon sum rank test a seconda della forma distributiva (gaussiana o non, rispettivamente) della variabile da analizzare.

I dati demografici e clinici verranno sintetizzati attraverso le opportune statistiche descrittive in coerenza con la natura della variabile. Ove necessario verranno presentati gli intervalli di confidenza al 95%. I modelli statistici verranno corretti per l'influenza di eventuali confondenti.

Le variabili di outcome politomiche sono state analizzate per mezzo di modelli di regressione logistica multinomiale e multivariata.

Le variabili di outcome dicotomiche sono state analizzate per mezzo di modelli di regressione logistica multivariata.

Le variabili di outcome continue sono state analizzate per mezzo di modelli di regressione lineare multivariata.

Per le analisi statistiche è stato utilizzato il software STATA vers. 15 (StataCorp. 2017. *Stata Statistical Software: Release 15*. College Station, TX: StataCorp LLC.) e un p-value inferiore al 5% indicherà la significatività statistica.

PROCEDURE AMMINISTRATIVE

I dati raccolti nella CRF sono riportati in forma rigorosamente anonima e ciascun soggetto è stato identificato unicamente con un codice alfanumerico costituito da numero progressivo e iniziali di nome e cognome.

Ciascun soggetto, al momento dell'accesso al Centro, ha firmato un consenso informato per autorizzazione al trattamento dei propri dati in forma anonima in caso di pubblicazione a carattere scientifico.

RISULTATI

Ni tu residencia, ni el credo, ni el color,
ninguna diferencia te hace superior
Estúpido racista, deserción del ser humano
cinco continentes en un mismo corazón.

MULTIRACIAL, MULTICULTURAL,
MULTIRACIAL, MULTICULTURAL

No fronteras, no banderas, no a la autoridad
No riqueza, no pobreza, no desigualdad
Romparamos la utopía, dejemos de soñar
arriba el mestizaje, convivir en colectividad

SKA-P, *Mestizaje*.

POPOLAZIONE DELLO STUDIO

I pazienti risultanti nella lista “Aiuti Umanitari” sono stati 750. Dopo aver applicato i criteri di esclusione, la popolazione di studio è risultata di 559 soggetti: 472 di sesso maschile (84.4%) e 87 di quello femminile, pari al 15.6%.

CARATTERISTICHE DEMOGRAFICHE

L’età di arrivo in Italia, dichiarata in 507 casi, è stata di 23.5 anni di media, 23.4 per i maschi, 23.8 per le femmine. Il titolo di studio più rappresentato è risultato la licenza elementare (3.4%), seguito da quello di media superiore (3.2%); nel 80.7% dei pazienti è stato riferito non noto.

La nazione più rappresentata è la Nigeria (166 persone, pari al 29.7%), seguita dalla Costa D’Avorio con 80 (14.3%), Mali con 46 (8.2%) e Guinea Conakry con 45 (8%) (Tabella 5).

PAESE DI ORIGINE		
	N°	%
AFGHANISTAN	1	0.2
BANGLADESH	12	2.1
BENIN	2	0.4
BURKINA FASO	2	0.4
CAMERUN	18	3.2
CIAD	1	0.2
COSTA D'AVORIO	80	14.3
ERITREA	27	4.8
ETIOPIA	1	0.2
GAMBIA	39	7
GHANA	27	4.8
GUINEA BISSAU	13	2.3
GUINEA CONAKRY	45	8
LIBERIA	1	0.2
LIBIA	4	0.7
MALI	46	8.2
NIGERIA	166	29.7
NIGER	2	0.4
PAKISTAN	12	2.2
SENEGAL	33	5.9
SIERRA LEONE	8	1.4
SIRIA	1	0.2
SOMALIA	5	0.9
SUDAN	1	0.2
TOGO	7	1.2
TURCHIA	5	0.9
Totale	559	100

Tabella 5: Nazionalità dichiarate all'arrivo in Italia.

E' stata condotta una suddivisione dei paesi per regioni mondiali, basandosi sul geoschema realizzato dalla Commissione statistica delle Nazioni Unite⁸⁸: Africa occidentale è quella più rappresentata con 471 persone (84.3%), seguita da quella orientale con 34 (6.1%) e Sud Asia con 25 (4.4%) (Grafico 19).

⁸⁸ Accessibile a: <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49>. (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

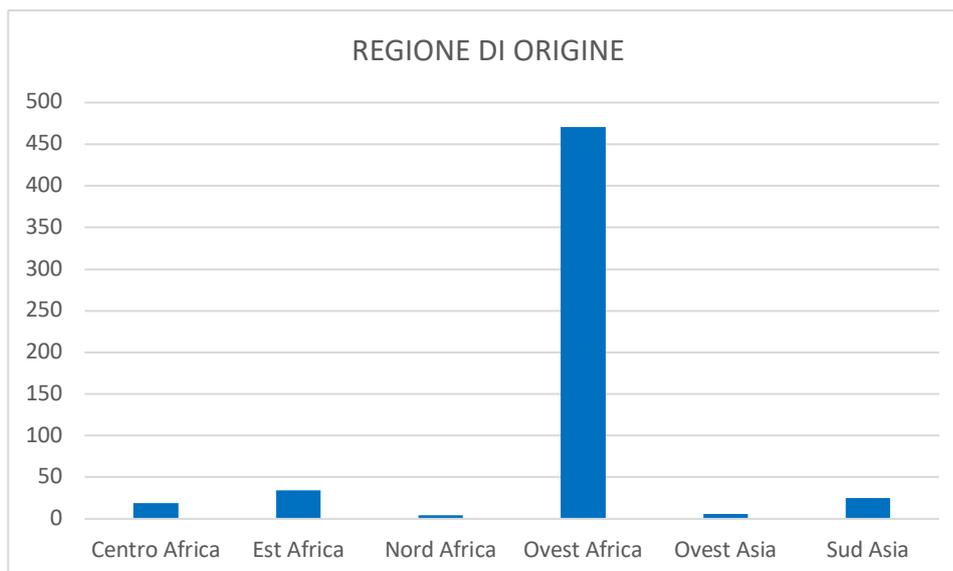


Grafico 19: Regioni mondiali d'origine secondo il geoschema della Commissione statistica delle Nazioni Unite (numero pazienti) ⁹⁹.

Riguardo all'aspetto riproduttivo, delle 87 donne solo il 29.4% non ha avuto figli; la maggior parte di chi ha partorito, ne ha avuto uno (39.2%). Quasi il 20% delle donne ha effettuato un'IVG (Tabella 6).

GRAVIDANZE						IVG		
TOTALI			A TERMINE					
numerosità	N°	%	numerosità	N°	%	numerosità	N°	%
0	15	29.4	0	18	42.9	Si	17	19.5
1	20	39.2	1	13	30.9	1	13	76.5
2	6	11.8	2	4	9.5	2	3	17.6
3	7	13.7	3	6	14.3	3	1	5.9
4	2	3.9	5	1	2.4			
6	1	2						
totale	51	100	totali	42	100	totali	17	100

Tabella 6: Aspetto riproduttivo rappresentato con numero e % di gravidanze totali, a termine e IVG.

PERCORSO MIGRATORIO

Nell'indagare il percorso migratorio compiuto per arrivare in Europa, 418 persone hanno riferito di aver soggiornato in Libia (74.8%), per un periodo medio di circa 10 mesi: in 22 hanno dichiarato di essere stati sottoposti a regime detentivo in tale paese. Il tempo trascorso nel paese nativo prima di intraprendere il viaggio è stato di 20.7 anni, noto unicamente in 113 persone (Tabella 7).

	Dichiaranti (N°)	Valore medio (durata)	Valore min (durata)	Valore max (durata)
ETA' ALL'ARRIVO IN ITALIA	507	23.5 anni	7 anni	51 anni
TEMPO NEL PAESE NATIVO	113	20.7 anni	3 anni	40 anni
SOGGIORNO IN LIBIA	394	9.8 mesi	1 mese	240 mesi
ARRIVO ITALIA-PRIMO ACCESSO	507	6.9 mesi	0 mesi	76 mesi
PRIMO-ULTIMO ACCESSO	559	145.6 giorni	0 giorni	851 giorni

Tabella 7: Caratteristiche temporali del percorso migratorio percorso con indicazioni sulla distanza temporale tra l'arrivo e la prima valutazione clinica e tra il primo accesso ospedaliero e l'ultimo.

Pregresse patologie infettive sono state riscontrate in quasi la metà dei pazienti (44.5%), mentre altre co-morbidità solo nel 23.3% e traumatismi nel 6.6%: nella tabella sottoelencata si riportano le principali variabili riscontrate (Tabella 8).

PREGRESSE PATOLOGIE INFETTIVE	COMORBIDITA'
Amebiasi	Anemia
Ancilostomiasi	Appendicectomia
Ascessi cutanei recidivanti	Artrite Reattiva
Cirrosi HBV-relata	Artrosinovite ginocchio destro
Congiuntivite	Asma bronchiale
Epatopatia cronica HBV-relata	Asportazione lipomi
Epatopatia cronica HCV	Astigmatismo
Febbre gialla	Bronchite
Filaria	Carcinoide polmonare (stadio III) sottoposto a pneumonectomia
Filariasi	Carie dentarie
Filariasi da <i>M.Perstans</i>	Cheloidi
Foruncolosi cutanea	Cifoscoliosi marcata
Gastrite da <i>Helicobacter pylori</i>	Cirrosi epatica a genesi mista
Giardiasi	Cisti pilonidale e ascesso gluteo sottoposti ad incisione
Herpes Zoster	Corioretinite multifocale
Infezione cronica da HIV	Correzione di laparocele
Infezioni vie urinarie ricorrenti	Deficit erettile
<i>Loa Loa</i>	Depressione
Lue	DM
Malaria	Diarrea ricorrente
Meningite	Disturbo d'ansia reattivo
Morbillo	Disturbo gastrico
MTS	Dolore addominale ricorrente
Otiti	Ematuria
Parassitosi	Emorroidi
Pericardite tubercolare	Ernia inguinale

Polmonite	Ernia inguino-scrotale
Scabbia	Ernioplastica inguinale
Schistosomiasi	Fibromatosi uterina
Schistosomiasi urinaria	Fibrotorace
Sinusite	Fistola anale
Strongiloidiasi	Foruncolosi del volto
ITL	Gastrite
TB linfonodale e polmonare	Gastrite cronica
TB non specificata	Gastropatia congestizia
TB polmonare	Ginecomastia
TB polmonare e pleurica	Ginocchio valgo
Tifo	Ginocchio varo
Varicella	Gravidanza
	Intervento addominale
TRAUMI	Ipertensione arteriosa
Amputazione gamba destra	Ipertensione portale
Anchilosi V raggio mano destra	Ipertrofia turbinati
Artroprotesi anca sinistra per lussazione post-traumatica	Ipoacusia bilaterale
Epicondilite gomito sinistro	Ipovisus occhio sinistro
Esiti da esplosione di mina	Insufficienza renale cronica (IRC)
Ferita piede destro	Lipoma della spalla destra
Frattura e lussazione falange dita mano	Mioma e sospetta sacro-salpingite
Frattura femorale destra	Malattia da reflusso gastro-esofageo (MRGE)
Frattura gamba destra	Mutilazione genitale all'età di 14 anni (clitoridectomia)
Frattura gomito sinistro	Nefroma cistico al rene sinistro
Frattura radio sinistro	Otite media cronica
Frattura scomposta gamba	Pectus escavatus
Incidente stradale	Piede prono-equino sinistro
Lussazione spalla destra	Pleuropericardite
Trauma bacino	Polimiosite
Trauma cranico con ritenzione di corpi estranei	Portatore cronico inattivo di HBV
Trauma ginocchio sinistro	Problema cardiaco
Trauma lombare	Ptosi palpebrale
Trauma anca	Rabdiomiosi
Trauma da macete al cranio	Ragade anale
Trauma da percosse con frattura del piede	Pregresso intervento genitale per sterilità
Trauma da percosse	Rottura menisco
Trauma da violenze al polso destro e arti inferiori	Rottura timpanica
Trauma ginocchio	Sindrome da inappropriata secrezione di vasopressina
Trauma oculare	Sindrome metabolica
Trauma piede	Soffio cardiaco

Trauma sportivo lombare	Splenomegalia di ndd
Trauma stradale con lussazione del braccio	Tonsillectomia
Trauma stradale toracico	Trait falcemico
Trauma toracico	Tumefazione alla coscia destra
	Tumore cellule granulosa ovaio
	Ulcera duodenale
	Ulcera peptica
	Ulcera cutanea al piede
	Vitreite occhio sinistro

Tabella 8: Principali malattie infettive, traumi e co-morbidità riferite alla prima valutazione.

I pazienti che prima di accedere in Ospedale stavano assumendo qualche medicinale sono risultati solo 39 pari al 7% del totale; di seguito i farmaci in corso alla prima visita: amlodipina, eterocoxib, bisoprololo, scopolamina, cetirizina, clomipramina, entecavir, sodio ferrigluconato, idrocortisone, propranololo, ipoglicemizzanti orali, isoniazide, omeprazolo, pantoprazolo, paracetamolo, paroxetina, ramipril, isoniazide/rifampicina, TARV, tenofovir, terapia antitubercolare, sertralina, sodio ferri-gluconato.

Adesso verranno descritti dapprima i risultati ottenuti ad ogni visita, successivamente i dati totali della popolazione.

VALUTAZIONI CLINICHE

PRIMA VALUTAZIONE

I pazienti hanno avuto accesso alla struttura in 4 diverse modalità: visita ambulatoriale, tramite Pronto soccorso, direttamente con un ricovero ospedaliero o come visita di controllo; quest'ultima eventualità include tutte quelle persone che avevano eseguito un accesso nel 2016 o in precedenza e sono tornati per un controllo clinico, laboratoristico o strumentale nel 2017.

Il primo accesso è stato prevalentemente per visita ambulatoriale (71.6%), seguito da visite di controllo (15.7%); solo in 25 hanno avuto come prima valutazione il Pronto soccorso (Tabella 9).

	N°	%
Pronto soccorso	25	4.5
Ricovero	46	8.2
Visita ambulatoriale	400	71.6
Controllo	88	15.7

Tabella 9: Modalità accesso alla prima valutazione.

CARATTERISTICHE CLINICHE 1

Alla prima valutazione clinica 184 pazienti presentavano un'obiettività clinica patologica (32.9%), principalmente rappresentata da problemi gastroenterologici e dermatologici (rispettivamente nel 36.4% e 34.8%). Riferivano una sintomatologia in atto nel 61.4% dei casi, principalmente ascrivibile al campo gastroenterologico (44.3%) e dermatologico (21.9%) (Tabella 10).

OBIETTIVITA'			SINTOMATOLOGIA		
	N°	%		N°	%
Presente	184	32.9	Presente	343	61.4
Febbre	5	2.7	Salute mentale	8	2.3
Gastroenterologica	67	36.4	Gastroenterologica	152	44.3
Dermatologica	64	34.8	Dermatologica	75	21.9
Genito-urinaria	14	7.6	Genito-urinaria	53	15.5
Polmonare	8	4.4	Polmonare	44	12.8
Cardiovascolare	21	11.4	Cardiovascolare	5	1.5
Neurologica	4	2.2	Neurologica	69	20.1
Osteoarticolare	19	10.3	Osteoarticolare	53	15.5
Linfoadenomegalie	7	3.8	Altra	31	15.4
Altra	9	4.9			
Nessuna	332	59.4	Nessuna	176	31.5
Non nota	43	7.7	Non nota	40	7.1
Totale	559	100	Totale	559	100

Tabella 10: Caratteristiche cliniche di presentazione alla prima valutazione.

Verranno di seguito elencati i reperti alterati riscontrati alla valutazione clinica, divisi a seconda dell'obiettività degli organi rappresentati:

- gastroenterologica: ascesso ombelicale, segno di Blumberg positivo, contrazione anale, dolore addominale, emorroidi, epato-splenomegalia, epatomegalia,

ernia inguinale, ernia ombelicale, ipertrofia tonsillare, massa addominale, splenomegalia, tumefazione inguinale;

- dermatologica: acne, ascessi multipli, cheilite angolare, cheloide, cicatrici, dermatite impetiginizzata braccio destro, discromie diffuse, discromie e cicatrici diffuse, esiti di ascessi cutanei, ferita, ittero, lesione erpetica, lesioni da grattamento, lesioni da taglio, lipoma dolorante spalla destra, papule diffuse, scabbia impetiginizzata, tiloma V dito piede destro, tumefazione, ulcera piede, vistose smagliature come da calo ponderale importante;
- genito-urinaria: episoraffia, ernia inguino-scrotale, segno di Giordano positivo, gravidanza, idrocele, macroematuria, secrezioni peniene, sospetta massa uterina, tumefazione scrotale, varicocele;
- polmonare: murmure vescicolare (MV) abolito, rantoli diffusi, ronchi e MV aspro, ronchi e rantoli bilateralmente, rumori secchi, tosse secca;
- cardiologica: ipertensione arteriosa, ipotensione, soffio cardiaco, tachicardia;
- neurologica e degli organi di senso: esoftalmo, exotropia occhio sinistro, iperemia congiuntivale;
- osteoarticolare: amputazione gamba destra, anchilosi V raggio mano sinistra, artrosinovite ginocchio destro, cisti polso, deformazione metameri dorsali, deformazione polso destro da trauma, dolore piede, esiti di frattura gomito sinistro, esiti frattura polso destro e I raggio mano sinistra, frattura radiale sinistra, ginocchio destro valgo, ginocchio destro varo, ipotrofia mani, piede deformato, rottura legamento crociato anteriore, tumefazione gamba destra;
- altri segni: esito traumatico occhio sinistro, estrema magrezza, ginecomastia, linfadenomegalie, linfonodi calcifici in sede ascellare sinistra, perforazione timpanica, strabismo, sudorazione algida, voce nasale.

Si riportano inoltre i sintomi più frequentemente riferiti, suddivisi per ambito di pertinenza:

- salute mentale: ansia, autolesionismo, depressione, insonnia;
- gastrointestinali: diarrea, dolore, dolore anale, dolore gengivale, gonfiore addominale, emorroidi, faringodinia, ipersalivazione, nausea, odontalgia, pirosi gastrica, prurito anale, rettorragia, stipsi, vomito;
- cutanei: acne, alopecia, ascessi cutanei, dolore a livello delle lesioni cutanee, dolore ascellare, dolore in sede di lesione V dito piede destro, dolore in sede di lipoma, prurito diffuso, prurito oculare, tumefazione mammaria;
- genitourinari: amenorrea, disuria, dolore mestruale, dolore pelvico cronico, dolore scrotale, ematuria, irregolarità mestruale, metrorragia, perdite vaginali, prurito vaginale, secrezioni peniene, stranguria;
- polmonari: dispnea, dispnea da sforzo, dispnea notturna, dolore toracico, emoftoe, faringodinia, rinite, tosse, tosse purulenta;

- cardiovascolari: cardiopalmo, lipotimie;
- neurologici e organi di senso: acufeni, bruciore oculare, cefalea, difficoltà alla deambulazione, dolore oculare, fotofobia, ipoacusia, ipovisus, otalgia, presbiopia, sensazione di calore alle estremità degli arti, sinusite, vertigini;
- osteoarticolari: artralgie diffuse, artromialgie diffuse, dolore anca sinistra, dolore arti inferiori, dolore arto inferiore, dolore al braccio destro, dolore caviglia, dolore e impotenza funzionale ginocchio, dolore al fianco per pregresse percorse, dolore gamba, dolore al ginocchio, dolore al piede, dolore al polso, dolore alla spalla, dolori ossei diffusi, lombalgia, mialgie diffuse, odontalgie, rachialgie;
- altri: astenia, brividi, calo ponderale, epistassi, febbre, febbricola, ginecomastia, tumefazione laterocervicale, turgore e dolenzia mammari bilaterali ricorrenti.

CARATTERISTICHE LABORATORISTICHE E SIEROLOGICHE 1

I pazienti sono stati sottoposti in circa il 90% dei casi ad emocromo, in 491 anche con formula in modo da ottenere dosaggio degli eosinofili, il cui valore medio è stato di 289 cell/mm³. La glicemia e il dosaggio di IgE sono stati effettuati in meno occasioni (Tabella 11).

		LEUCOCITI	EMOGLOBINA	EOSINOFILI	GLICEMIA	IgE	IgE
Pazienti testati	N° %	502 (89.8%)	502 (89.8 %)	491 (87.8%)	57 (10.2%)	43 (7.7%)	20 (3.6%)
VALORI							
		(cell/mm ³)	(g/dL)	(cell/mm ³)	(mg/dL)	(UI/mL)	(kUI/L)
Media		5622	14.6	289	88.6	1666.8	44.3
Valore minimo		2000	8.9	0	56.2	95	5.1
Valore massimo		13500	17.7	2900	127.2	8990	92.5

Tabella 11: Caratteristiche bio-umorali alla prima valutazione.

All'esame dell'urine chimico-fisico è stata riscontrata microematuria unicamente in 11 casi, pari al 2% del totale.

Sono stati quindi effettuati esami di screening in campo parassitologico, analizzando quando possibile sangue, urine e feci.

Su feci è stato eseguito l'esame parassitologico nel 60.1% dei pazienti, risultato positivo in 71 pazienti con riscontro di 80 microrganismi. Il più rappresentato è stato *Schistosoma mansoni* in 34 casi (47.9%), seguito da *Ancylostoma* in 25 (35.2%) (Tabella 12).

ESAME COPROPARASSITOLOGICO		
	N°	%
<i>Ancylostoma</i>	25	35.2
<i>Ascaris lumbricoides</i>	1	1.4
<i>Giardia</i>	7	9.8
<i>Hymenolepis nana</i>	1	1.4
<i>S.mansoni</i>	34	47.9
<i>S.stercoralis</i>	8	1.1
<i>Taenia</i>	2	2.8
<i>Trichuris trichiura</i>	2	2.8
Totale	80	

Tabella 12: Risultati all'esame coproparassitologico alla prima valutazione.

Gli accertamenti su feci tramite metodica molecolare con ricerca qPCR sono stati i seguenti (Tabella 13):

- EhEdC in 230 pazienti con riscontro di positività unicamente in 21 casi, di cui il 95.2% per *E.dispar*;
- DGB solo in 40 pazienti, risultata positiva in 29 con evidenza di 27 casi di *Blastocystis* (87.2%) e 2 sia per *Giardia* che per *D.fragilis*;
- StSch in 243 pazienti, risultata positiva nel 12.3% di essi con evidenza di *Schistosoma* in 19 (63.3%), *Strongyloides* in 8 (26.7%) e *Hymenolepis nana* in 3 (10%).

Solo in 21 pazienti si è riscontrato positività su feci per *Helicobacter pylori*.

	FECI									
	PARASSITOLOGICO		RICERCA H.P.		qPCR EhEdC		qPCR DGB		qPCR StSch	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	71	12.7	0	0	21	3.7	29	5.2	30	5.4
Negativo	265	47.4	1	0.2	209	37.4	11	2	213	38.1
Non eseguito	223	39.9	558	99.8	329	58.9	519	92.8	316	56.5

Tabella 13: Caratteristiche riscontrate alla prima valutazione degli esami eseguiti su feci.

Gli esami effettuati su urine hanno mostrato isolamenti al parassitologico in 19 pazienti, identificando *Ancylostoma* in 1 caso (5.2%) mentre nei restanti *S.haematobium* (94.7%). Gli esami approfonditi per schistosomiasi hanno identificato tramite metodica molecolare qPCR 2 casi (0.4%) e ricerca di CCA altri 45 pazienti (8%) (Tabella 14).

	URINE					
	PARASSITOLOGICO		qPCR <i>Schistosoma</i>		CCA	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	19	3,4	2	0,4	45	8
Negativo	373	66,7	8	1,4	334	59,8
Non eseguito	167	29,9	549	98,2	180	32,2

Tabella 14: Caratteristiche riscontrate alla prima valutazione delle indagini effettuate su urine per ricerca parassiti.

Gli esami di screening effettuati su sangue sono riassunti nella Tabella 15, mostrando una positività alla sierologia per *Strongyloides* in 95 pazienti (17%), a quella ELISA per *Schistosoma* in 96 (16.6%), all'ICT per il medesimo agente solo in 9 (1.6%). In 35 pazienti è risultata positiva la sierologia per filaria ed è stata effettuata l'approfondimento tramite ricerca di microfilaremia su sangue in 5 casi con riscontro unicamente di 2 isolamenti di *Mansonella perstans*. Infine la sierologia ameba è risultata positiva in 111 pazienti, pari al 19.9%.

	SANGUE									
	Sierologia <i>Strongyloides</i>		<i>Schistosoma</i> ELISA		<i>Schistosoma</i> ICT		Sierologia <i>Filaria</i>		Sierologia <i>Ameba</i>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	95	17	93	16,6	9	1,6	35	6,3	111	19,9
Negativo	337	60,3	323	57,8	30	5,4	248	44,3	276	49,4
Non eseguito	127	22,7	143	25,6	520	93	276	49,4	172	30,7

Tabella 15: Caratteristiche riscontrate alla prima valutazione delle indagini su sangue per ricerca parassiti.

Le indagini sierologiche condotte per le altre patologie infettive trasmissibili hanno mostrato positività per sifilide in 10 casi (1.8%), per HIV in 9 (1.6%), per HCV in 2 (0.4%); in questi ultimi è stato effettuato ricerca di HCV-RNA, risultando positivo solo in 1 paziente (Tabella 16). I markers per epatite B hanno mostrato una positività per HBsAg in 68 pazienti (12,2%) e in 204 una positività per HBcAb (36,5%). In 34 casi è stato effettuato approfondimento con ricerca di HBV-DNA su sangue, con riscontro positivo nel 97,1% dei casi, ovvero in 33 pazienti. Il test IGRA è stato effettuato unicamente in 63 casi, risultando positivo in 35.

	LUE	HIV	HCV	HBSAG	ANTI-HBC	ANTI-HBS	QUANT-TB	ALTRI ESAMI
	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
Positivo	10 (1,8)	9 (1,6)	2 (0,4)	68 (12,2)	204 (36,5)	9 (1,6)	35 (6,3)	12 (2,2)
Negativo	409 (73,2)	412 (73,7)	48 (8,6)	360 (64,4)	188 (33,6)	16 (2,9)	28 (5)	
Non eseguito	140 (25)	138 (24,7)	509 (91)	131 (23,4)	167 (29,9)	534 (95,5)	496 (88,7)	547 (97,8)

Tabella 16: Caratteristiche sierologiche riscontrate alla prima valutazione delle rimanenti patologie infettive ed esito test IGRA alla prima visita.

ESAMI STRUMENTALI 1

Sono state effettuate 342 radiografie del torace (61.2%), di cui solo 38 risultate patologiche (11.2%), in 10 casi hanno mostrato esiti (2.9%) e negative nella maggioranza dei casi (290, pari al 85%) (Tabella 17).

	RX TORACE		ECO		TC		RMN	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	342	61,2	73	13	22	4	14	2,5
Non eseguito	211	37,7	481	86,1	529	94,6	538	96,2
Non noto	6	1,1	5	0,9	8	1,4	7	1,3

Tabella 17: Indagini strumentali effettuate alla prima valutazione.

Sono state eseguite 77 ecografie in 73 pazienti, riscontrando complessivamente 42 reperi patologici (54.5%); sono così suddivise:

- 60 ecografie addome (77.9%) con riscontro di anormalità in 32 casi (53.3%);
- 3 ecografie del collo, tutte patologiche;
- 8 ecocardiogrammi trans-toracici, di cui 3 patologici (37.5%);
- 6 di pertinenza pelvica/scrotale, con 4 patologici (66.7%).

TC sono state eseguite in 22 pazienti, con un numero totale di 27 indagini e riscontri patologici in 17 di esse (63%):

- 6 addominali (22.2%), risultate patologiche nel 66.7%;
- 15 toraciche (55.6%), in 11 casi positive per patologia (73.3%);
- 2 encefaliche (7.4%), entrambe nella norma;
- 3 al massiccio facciale (11.1%), nella maggior parte dei casi patologiche (66.7%);
- una di pertinenza ortopedica, risultata nella norma.

Infine indagini più specifiche tramite RMN, sono state condotte in 14 pazienti, per un totale di 19 esami, patologici nel 57.9%:

- 4 addominali (21.1%), positive nel 50%;
- 2 encefaliche (10.5%), risultate nella norma;
- 1 pelvica/scrotale (5.3%), patologica;
- 7 al rachide (36.8%), l'80% patologiche;
- 5 di pertinenza ortopedica (26.3%), di cui 4 patologiche (57.9%).

Quando è stato necessario, i pazienti sono stati sottoposti ad altre procedure diagnostiche, come esami più invasivi (es. broncoscopie, colonscopie), altre ecografie (es. ecografia con studio doppler degli arti inferiori), altre radiografie (es. dell'addome diretto, distretti scheletrici) o altro (PET-TC, ortopantomografia, biopsia osteomidollare); inoltre può essere stato necessario un intervento chirurgico a scopo diagnostico o terapeutico e l'intervento di altri Specialisti in consulenza (Tabella 18).

	PROCEDURE		CHIRURGIA		CONSULENZE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	40	7,2	9	1,6	37	6,6
Non eseguito	518	92,7	549	98,2	521	93,2
Non noto	1	0,1	1	0,2	1	0,2

Tabella 18: Altre procedure, operazioni chirurgiche e consulenze effettuate alla prima valutazione.

TERAPIE SOMMINISTRATE 1

In 432 pazienti (77.3%) non è stata somministrata alcuna terapia farmacologica. I trattamenti somministrati durante la prima valutazione sono riportati nella seguente Tabella 19.

TERAPIE		
	N°	%
Praziquantel	24	11,7
Ivermectina	39	18,9
Tinidazolo	21	10,2
Paramomicina	18	8,7
Terapia antitubercolare	10	4,9
Mebendazolo	6	2,9
Terapia antibiotica	31	15
Albendazolo	3	1,5

Entecavir/tenofovir	6	2,9
Terapia sintomatica	15	7,3
Permetrina al 5%	6	2,9
TARV	1	0,5
Terapia cardiologica	7	3,3
Rifampicina/isoniazide	2	1
Terapia antifungina	2	1
Terapia topica	4	1,9
Terapia steroidea	2	1
Protettori gastrici	5	2,4
Terapia antidiabetica	1	0,5
Terapia antimalarica	0	0
Altri farmaci	1	0,5
Terapia eradicante per <i>H.P.</i>	0	0
Terapia antifilaria	2	1
Totale	206	
Nessuna	432	

Tabella 19: Terapie somministrate durante la prima valutazione.

SECONDA VALUTAZIONE

Alla seconda valutazione clinica si sono presentati 349 pazienti (62.4%): il motivo principale di accesso è stato la visita ambulatoriale (55.9%), seguito dal ricovero (38.4%), nella maggior parte dei casi conseguente a ciò che era stato riscontrato durante la prima visita ambulatoriale (Tabella 20).

	N°	%
Pronto soccorso	6	1,7
Ricovero	134	38,4
Visita ambulatoriale	209	59,9
Controllo	0	0

Tabella 20: Modalità accesso alla seconda valutazione.

CARATTERISTICHE CLINICHE 2

In visita 88 pazienti hanno presentato un'obiettività clinica patologica (25.2%), principalmente rappresentata da problemi gastroenterologici e dermatologici (rispettiva-

mente nel 47.7% e 19.3%). Hanno riferito alla visita una sintomatologia in atto nel 38.7% dei casi, principalmente ascrivibile al campo gastroenterologico (50.4%) e dermatologico (20.7%) (Tabella 21).

OBIETTIVITA'			SINTOMATOLOGIA		
	N°	%		N°	%
Presente	88	25,2	Presente	135	38,7
Febbre	1	1,1	Salute mentale	4	3
Gastroenterologica	42	47,7	Gastroenterologica	68	50,4
Dermatologica	17	19,3	Dermatologica	28	20,7
Genito-urinaria	5	5,7	Genito-urinaria	16	11,9
Polmonare	2	2,3	Polmonare	12	8,9
Cardiovascolare	11	12,6	Cardiovascolare	1	0,7
Neurologica	3	3,4	Neurologica	26	19,3
Osteoarticolare	9	10,2	Osteoarticolare	16	11,9
Linfoadenomegalie	6	6,8	Altra	14	10,4
Altra	4	4,6			
Nessuna	239	68,5	Nessuna	189	54,1
Non nota	22	6,3	Non nota	25	7,2
Totale	349	100	Totale	559	100

Tabella 21: Caratteristiche cliniche di presentazione alla seconda valutazione.

Verranno di seguito elencati i segni riscontrati, divisi a seconda dell'obiettività degli organi rappresentati:

- gastroenterologica: dolore, emorroidi, epato-splenomegalia, epatomegalia, ernia inguinale, ernia ombelicale, ernia ombelicale e inguinale, ernia ombelicale riducibile, ipertrofia tonsillare, splenomegalia, sub-ittero, tumefazione anale, tumefazione inguinale;
- dermatologica: ascessi cutanei multipli, cicatrici, deiscenza ferita chirurgica, discromia, esiti di ascessi cutanei, esiti di trauma da scoppio di mina, lesione penduncolata fianco destro, lesioni da grattamento, lipoma spalla destra, papule diffuse, pitiriasi versicolor, *tinea cruris*, ulcera piede;
- genito-urinaria: condilomatosi vulvare, gravidanza, idrocele, tumefazione inguinale, varicocele sinistro;
- polmonare: MV ridotto, crepitii bibasilar;
- cardiologica: soffio cardiaco;
- neurologica e degli organi di senso: exotropia occhio sinistro, vitreite;
- osteoarticolare: amputazione arto inferiore destro, anchilosi V raggio mano destra, ascesso piede, gesso per trauma sportivo al braccio, ginocchio destro val-

go, ginocchio destro varo, segno di Lasegue positivo a sinistra, piede deformato, tumefazione ginocchia bilateralmente;

- altri segni: faringe iperemica con tonsille ricoperte da induito fibrinoso, ftisi occhio sinistro esito di trauma perforante, ginecomastia, perforazione timpanica.

Si riportano inoltre i sintomi più frequentemente riscontrati, suddivisi per ambito di pertinenza:

- salute mentale: ansia, depressione, insonnia;
- gastrointestinali: diarrea, disfagia, dolore, dolore anale, dolore inguinale, nausea, pirosi gastrica, rettorragia, stipsi;
- cutanei: cicatrici da traumi, deiscenza ferita chirurgica, esiti di recente cellulite del polpaccio, foruncolosi del volto, linfadenomegalia dolente sottomandibolare, prurito diffuso;
- genitourinari: amenorrea, dispareunia, disuria, dolore pelvico cronico, dolore testicolare, dolore testicolare, ematuria, metrorragia, secrezioni peniene, stranguria;
- polmonari: asma bronchiale, dispnea da sforzo, dolore toracico, emoftoe, emottisi, tosse;
- cardiovascolari: cardiopalmo;
- neurologici e organi di senso: cefalea, difficoltà nella deambulazione, dolore occhio sinistro, cecità sinistra, ipoacusia, ipovisus, miodesopsie, otalgia, parestesie arti inferiori, vertigini;
- osteoarticolari: artralgie diffuse, dolore all'anchilosi, dolore piede, dolore spalla, gonalgia, mialgie, rachialgia;
- altri: astenia, calo ponderale, epistassi, febbre, faringodinia, ginecomastia, sinusite, tumefazione laterocervicale.

CARATTERISTICHE LABORATORISTICHE E SIEROLOGICHE 2

I pazienti sono stati sottoposti in circa il 70% dei casi ad emocromo, in 235 anche con formula in modo da ottenere dosaggio degli eosinofili, il cui valore medio è stato di 355 cell/mm³. La glicemia e il dosaggio di IgE sono stati effettuati in circa la metà dei casi (Tabella 22).

		LEUCOCITI	EMOGLOBINA	EOSINOFILI	GLICEMIA	IgE	IgE
Pazienti testati	N° %	241 (69,1%)	241 (69,1%)	235 (67,3%)	128 (36,7%)	119 (34,1%)	26 (7,4%)
VALORI							
		(cell/mm ³)	(g/dL)	(cell/mm ³)	(mg/dL)	(UI/mL)	(kUI/L)
Media		5282	14,7	355	92,5	1178,3	52,6
Valore minimo		2200	8,9	0	61,1	113	3
Valore massimo		13900	17,9	2400	481,1	9840	99,3

Tabella 22: Caratteristiche bio-umorali alla seconda valutazione.

All'esame dell'urine chimico-fisico, effettuato in 114 casi è stata riscontrata microematuria unicamente in 20 casi, pari al 5.7% del totale.

Su feci è stato eseguito l'esame parassitologico nel 35.2% dei pazienti, risultato positivo in 45 pazienti con riscontro di 47 microrganismi. Il più rappresentato è stato *Schistosoma mansoni* in 23 casi (48.9%), seguito da *Ancylostoma* in 13 (27.7%) (Tabella 23).

ESAME COPROPARASSITOLOGICO		
	N°	%
<i>Ancylostoma</i>	13	27,7
<i>Ascaris lumbricoides</i>	1	2,1
<i>Giardia</i>	2	4,2
<i>S.mansoni</i>	23	48,9
<i>S.stercoralis</i>	4	8,5
<i>E.histolytica</i>	1	2,1
Non identificato	3	6,4
Totale	47	

Tabella 23: Risultati all'esame coproparassitologico alla seconda valutazione.

Gli accertamenti su feci tramite metodica molecolare con ricerca qPCR sono stati i seguenti (Tabella 24):

- EhEdC in 69 pazienti con riscontro di positività unicamente in 3 casi, di cui il 66.7% per *E.dispar*;
- DGB solo in 63 pazienti, risultata positiva in 38 con evidenza di 36 casi di *Blas-tocystis* (94.7%), 7 per *D.fragilis* (18.4%) e un unico di *Giardia* (2.6%);
- StScH in 71 pazienti, risultata positiva nel 15,5% di essi con evidenza di *Schisto-soma* in 10 (90.9%) e *Strongyloides* in 1 (9.1%).

Solo in 8 pazienti si è cercato *Helicobacter pylori* su feci, tutti risultati negativi.

	FECI									
	PARASSITOLOGICO		RICERCA H.P.		qPCR ehedc		qPCR DGB		qPCR stsch	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	45	12,9	0	0	3	0,9	38	10,9	11	3,2
Negativo	78	22,3	8	2,3	66	18,9	25	7,2	60	17,2
Non eseguito	226	64,8	341	97,7	280	80,2	286	81,9	278	79,6

Tabella 24: Caratteristiche riscontrate alla seconda valutazione degli esami eseguiti su feci.

Gli esami effettuati su urine hanno mostrato isolamenti al parassitologico in 15 pazienti, identificando unicamente *S.haematobium*. Gli esami di approfondimento nei confronti della schistosomiasi hanno identificato tramite metodica molecolare qPCR 2 casi (0.6%) e tramite ricerca di CCA altri 4 pazienti (1.2%).

	URINE					
	PARASSITOLOGICO		qPCR <i>Schistosoma</i>		CCA	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	15	4,3	2	0,6	4	1,2
Negativo	103	29,5	6	1,7	21	6
Non eseguito	231	66,2	341	97,7	324	92,8

Tabella 25: Caratteristiche riscontrate alla seconda valutazione delle indagini effettuate su urine per ricerca parassiti.

Gli esami di screening effettuati su sangue sono riassunti in Tabella 26, mostrando una positività alla sierologia per *Strongyloides* in 12 pazienti (3.4%), a quella ELISA per *Schistosoma* in 22 (6.3%), all'ICT per il medesimo agente in 36 (10.3%). In 6 pazienti è risultata positiva la sierologia per filaria ed è stata effettuata l'approfondimento tramite ricerca di microfilaremia su sangue in 30 casi, la maggior parte risultata negativa (80%) con 5 riscontri di *Mansonella perstans* (16.7%) e uno per *Loa Loa* (3.3%). Infine la sierologia ameba è risultata positiva unicamente in 5 pazienti, pari al 1.4%.

	SANGUE									
	Sierologia <i>Strongyloides</i>		<i>Schistosoma</i> ELISA		<i>Schistosoma</i> ICT		Sierologia <i>Filaria</i>		Sierologia <i>Ameba</i>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	12	3,4	22	6,3	36	10,3	6	1,7	5	1,4
Negativo	28	8	21	6	22	6,3	41	11,8	15	4,3
Non eseguito	309	88,6	306	87,7	291	83,4	302	86,5	329	94,3

Tabella 26: Caratteristiche riscontrate alla seconda valutazione delle indagini su sangue per ricerca parassiti.

Le indagini sierologiche condotte hanno mostrato positività per sifilide in 4 casi (1.2%) e per HIV in 4 (1.2%) (Tabella 27). Non si sono riscontrati casi di positività per HCV su 107 test effettuati. I markers per epatite B hanno mostrato una positività per HBsAg unicamente in 8 pazienti (2.3%) e in 12 una positività per HbCAb (3.4%). L'approfondimento con ricerca di HBV-DNA su sangue è risultato positivo in 47 pazienti (97.9%). Il test IGRA è stato effettuato in 70 casi, risultando positivo in 23.

	LUE	HIV	HCV	HBSAG	ANTI-HBC	ANTI-HBS	QUANT-TB	ALTRI ESAMI
	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)	N° (%)
Positivo	4 (1,2)	4 (1,2)	0 (0)	8 (2,3)	12 (3,4)	4 (1,1)	23 (6,6)	21 (6)
Negativo	48 (13,8)	49 (14)	107 (30,7)	48 (13,8)	10 (2,9)	10 (2,9)	47 (13,5)	
Non eseguito	297 (85)	296 (84,8)	242 (69,3)	293 (83,9)	327 (93,7)	335 (96)	279 (79,9)	328 (94)

Tabella 27: Caratteristiche sierologiche riscontrate alla seconda valutazione delle rimanenti patologie infettive ed esito test IGRA alla seconda visita.

ESAMI STRUMENTALI 2

Sono state effettuate 48 radiografie del torace (13.8%), di cui solo 9 risultate patologiche (18.8%), in 2 casi hanno mostrato esiti (4.2%) e negative nei 37 casi rimanenti, pari al 77% (Tabella 28).

	RX TORACE		ECO		TC		RMN	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	48	13,8	156	44,7	12	3,4	10	2,9
Non eseguito	297	85,1	190	54,4	333	95,4	335	96
Non noto	4	1,1	3	0,9	4	1,2	4	1,1

Tabella 28: Indagini strumentali effettuate alla seconda valutazione.

Sono state eseguite 168 ecografie in 156 pazienti, riscontrando complessivamente reperti patologici (48.2%); sono così suddivise:

- 139 ecografie addome (82.7%) con riscontro di anormalità in 65 casi (46.8%);
- 3 ecografie del collo, di cui 2 patologiche (66.7%);
- 11 ecocardiogrammi trans-toracici, di cui 6 patologici (54.5%);
- 8 di pertinenza pelvica/scrotale, con 5 patologici (62.5%);
- 5 a carattere osteoarticolare, nel 60% con riscontri patologici;

- 2 ecografie mammarie, nella norma.

TC sono state eseguite in 12 pazienti, con un numero totale di 15 indagini e riscontri patologici in 10 di esse (66.7%):

- 4 addominali (26.6%), risultate patologiche nel 75%;
- 9 toraciche (60%), in 6 casi positive per patologia (66.7%);
- 1 a livello encefalico (6.7%), nella norma;
- una patologica al massiccio facciale (6.7%);

Indagini più specifiche tramite RMN sono state condotte in 10 pazienti, per un totale di 10 esami, patologici nel 40%:

- 5 addominali (50%), positive nel 60%;
- 2 encefaliche (20%), risultate nella norma;
- 2 patologiche pelviche/scrotali (20%);
- 1 patologica al rachide (10%).

Quando è stato necessario, i pazienti sono stati sottoposti ad altre procedure diagnostiche, come esami più invasivi (es. broncoscopie, colonscopie, cistoscopie, elastosonografie per lo studio delle epatiti croniche), altre radiografie (es. dell'addome diretto, distretti scheletrici) o altro (ortopantomografia, Test di Papanicolaou - PAP-test -); inoltre può essere stato necessario un intervento chirurgico a scopo diagnostico o terapeutico e l'intervento di altri Specialisti in consulenza (Tabella 29).

	PROCEDURE		CHIRURGIA		CONSULENZE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	42	12	15	4,3	44	12,6
Non eseguito	307	88	334	95,7	305	87,4

Tabella 29: Altre procedure, operazioni chirurgiche e consulenze effettuate alla seconda valutazione.

TERAPIE 2

In 142 pazienti (40.7%) non è stata somministrata alcuna terapia farmacologica. I farmaci somministrati durante la seconda valutazione sono riportati nella seguente Tabella 30.

TERAPIE		
	N°	%
Praziquantel	87	23,5
Ivermectina	93	25,1
Tinidazolo	27	7,3
Paramomicina	20	5,4
Terapia antitubercolare	15	4,1
Mebendazolo	10	2,7
Terapia antibiotica	17	4,6
Albendazolo	39	10,6
Entecavir/tenofovir	4	1,1
Terapia sintomatica	15	4,1
Permetrina al 5%	0	0
TARV	2	0,5
Terapia cardiologica	8	2,2
Rifampicina/isoniazide	9	2,4
Terapia antifungina	2	0,5
Terapia topica	0	0
Terapia steroidea	2	0,5
Protettori gastrici	3	0,8
Terapia antidiabetica	2	0,5
Terapia antimalarica	4	1,1
Altri farmaci	7	1,9
Terapia eradicante per <i>H.P.</i>	0	
Terapia antifilaria	4	1,1
Totale terapie	370	
Nessuna terapia	142	

Tabella 30: Terapie somministrate durante la seconda valutazione.

TERZA VALUTAZIONE

La terza valutazione clinica è stata effettuata in 212 pazienti (60.7%): il motivo principale di accesso è stato la visita ambulatoriale (86.8%), seguito dal ricovero (9.9%), solo 7 le valutazioni effettuate in Pronto soccorso (3.3%) (Tabella 31).

	N°	%
Pronto soccorso	7	3,3
Ricovero	21	9,9
Visita ambulatoriale	184	86,8
Controllo	0	0

Tabella 31: Modalità accesso alla terza valutazione.

CARATTERISTICHE CLINICHE 3

In visita 35 pazienti hanno presentato un'obiettività clinica patologica (16.5%), principalmente rappresentata da problemi gastroenterologici e genito-urinari (rispettivamente nel 31.4% e 22.9%). Hanno riferito alla visita una sintomatologia in atto nel 25% dei casi, principalmente ascrivibile al campo gastroenterologico (41.5%) e dermatologico (15.1%) (Tabella 32).

OBIETTIVITA'			SINTOMATOLOGIA		
	N°	%		N°	%
Presente	35	16,5	Presente	53	25
Febbre	1	2,9	Salute mentale	1	1,9
Gastroenterologica	11	31,4	Gastroenterologica	22	41,5
Dermatologica	5	14,3	Dermatologica	8	15,1
Genito-urinaria	8	22,9	Genito-urinaria	9	17
Polmonare	1	2,9	Polmonare	4	7,6
Cardiovascolare	4	11,4	Cardiovascolare	2	3,8
Neurologica	1	2,9	Neurologica	3	5,8
Osteoarticolare	5	14,3	Osteoarticolare	9	17
Linfoadenomegalie	0	0	Altra	2	3,8
Altra	3	8,6			
Nessuna	154	72,6	Nessuna	135	63,7
Non nota	23	10,9	Non nota	24	11,3
Totale	212	100	Totale	212	100

Tabella 32: Caratteristiche cliniche di presentazione alla terza valutazione.

Verranno di seguito elencati i segni riscontrati, divisi a seconda dell'obiettività degli organi rappresentati:

- gastroenterologica: ascesso sottomandibolare, dolore, dolore anale, emorroidi, ernia inguinale, ernia ombelicale, ernia ombelicale e inguinale, lesione esofitica anale, peristalsi vivace;

- dermatologica: esiti di graffi a collo e guancia destra, ferita lacero-contusa a una mano, foruncolosi del volto, lesioni pruriginose, orticaria dermografica, foruncolosi diffusa;
- genito-urinaria: segno di Giordano positivo, gravidanza, idrocele, tumefazione palpabile in sede annessiale sinistra, tumefazione scrotale, varicocele sinistro;
- polmonare: lieve riduzione del MV alla base;
- cardiologica: soffio cardiaco;
- neurologica e degli organi di senso: toxoplasmosi oculare;
- osteoarticolare: amputazione arto inferiore destro, anchilosi V raggio mano destra, tumefazione di ginocchia e gomiti bilateralmente, tumefazione dolente 3 e 4 dito mano destra, impotenza funzionale polso destra, tumefazione I raggio mano destra;
- altri segni: ftisi occhio sinistro, ginecomastia.

Si riportano inoltre i sintomi più frequentemente riscontrati, suddivisi per ambito di pertinenza:

- salute mentale: ansia;
- gastrointestinali: disfagia, dolore, dolore anale, dolore inguinale, dolore sottomandibolare, lesione esofitica anale, rettorragia, stipsi ostinata;
- cutanei: alopecia, foruncolosi del volto, prurito diffuso;
- genitourinari: amenorrea secondaria, disuria, dolore, dolore testicolare, ematuria, menorragia, stranguria;
- polmonari: dispnea da sforzo, dolore toracico, emottisi, tosse;
- cardiovascolari: cardiopalmo;
- neurologici e organi di senso: ipoacusia, prurito oculare;
- osteoarticolari: artralgie diffuse, dolore al III e IV raggio mano destra, impotenza funzionale polso destro, dolore all'anchilosi, dolore mano destra, dolore polpaccio, rachialgia;
- altri: astenia, ginecomastia.

CARATTERISTICHE LABORATORISTICHE E SIEROLOGICHE 3

I pazienti sono stati sottoposti in circa il 70% dei casi ad emocromo, in 136 anche con formula: il valore medio di eosinofili è stato di 353 cell/mm³. La glicemia e il dosaggio di IgE sono stati effettuati in molti meno casi (Tabella 33).

		LEUCOCITI	EMOGLOBINA	EOSINOFILI	GLICEMIA	IgE	IgE
Pazienti testati	N° %	144 (67,9%)	144 (67,9%)	136 (64,2%)	19 (9%)	53 (25%)	12 (5,7%)
VALORI							
		(cell/mm ³)	(g/dL)	(cell/mm ³)	(mg/dL)	(UI/mL)	(kUI/L)
Media		5421	14,8	353	90,2	1575,8	48,3
Valore minimo		2600	9,3	0	68,8	103	25,3
Valore massimo		11900	18,1	3200	121	11400	85,6

Tabella 33: Caratteristiche bio-umorali alla terza valutazione.

All'esame dell'urine chimico-fisico, effettuato in 25 casi è stata riscontrata micro-ematuria unicamente in 2 casi, pari al 0.9% del totale.

Su feci è stato eseguito l'esame parassitologico nel 10.8% dei pazienti, risultando positivo unicamente in 3 pazienti con riscontro di 1 caso cadauno per *Schistosoma mansoni*, *Ancylostoma* e *Giardia*.

Gli accertamenti tramite metodica molecolare con ricerca qPCR su feci sono stati i seguenti (Tabella 34):

- EhEdC in 10 pazienti con riscontro di unicamente di un caso di *E. dispar* (0.5%);
- DGB solo in 10 pazienti, risultata positiva in 6 con evidenza di 4 casi di *Blastocystis* (66,6%), 1 sia per *D. fragilis* (16,7%) che per *Giardia* (16,7%);
- StSch in 14 pazienti, risultata positiva nel 0,9% del totale con evidenza di un isolamento per *Schistosoma* e uno per *Strongyloides*.

Solo in 4 pazienti si è cercato *Helicobacter pylori* su feci, la metà di essi negativi.

	FECI									
	PARASSITOLOGICO		RICERCA H.P.		qPCR ehedc		qPCR DGB		qPCR stsch	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	3	1,4	2	0,9	1	0,5	6	2,8	2	0,9
Negativo	20	9,4	2	0,9	9	4,2	4	1,9	12	5,7
Non eseguito	189	89,2	208	98,2	202	95,3	202	95,3	198	93,4

Tabella 34: Caratteristiche riscontrate alla terza valutazione degli esami eseguiti su feci.

Le ricerche parassitologiche e tramite qPCR per *Schistosoma* sono state effettuate in un limitato numero di pazienti, risultando entrambe negative. La ricerca di CCA ha mostrato una positività in 2 casi (0.9%) (Tabella 35).

	URINE					
	PARASSITOLOGICO		qPCR <i>Schistosoma</i>		CCA	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	0	0	0	0	2	0,9
Negativo	15	7,1	1	0,5	15	7,1
Non eseguito	231	66,2	211	99,5	195	92

Tabella 35: Caratteristiche riscontrate alla terza valutazione delle indagini effettuate su urine per ricerca parassiti.

Gli esami di screening effettuati su sangue dimostrano una positività alla sierologia per *Strongyloides* in 11 pazienti (5.2%), a quella ELISA per *Schistosoma* in 13 (6.1%), all'ICT per il medesimo agente in 10 (4.7%) (Tabella 36). In 9 pazienti è risultata positiva la sierologia per filaria ed è stata effettuata l'approfondimento tramite ricerca di microfilaria su sangue in 12 casi, la maggior parte risultata negativa (66.7%) con 3 riscontri di *Mansonella perstans* (25%) e uno per *Loa Loa* (8.3%). La sierologia ameba, condotta in 3 pazienti, è risultata sempre negativa.

	SANGUE									
	Sierologia <i>Strongyloides</i>		<i>Schistosoma</i> ELISA		<i>Schistosoma</i> ICT		Sierologia <i>Filaria</i>		Sierologia <i>Ameba</i>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	11	5,2	13	6,1	10	4,7	9	4,3	0	0
Negativo	10	4,7	6	2,8	7	3,3	7	3,3	3	1,4
Non eseguito	191	90,1	193	91,1	195	92	196	92,4	209	98,6

Tabella 36: Caratteristiche riscontrate alla terza valutazione delle indagini su sangue per ricerca parassiti.

Le indagini sierologiche condotte hanno mostrato negatività per sifilide e HIV in tutti i casi testati, rispettivamente 8 (3.8%) e 5 (2.4%) (Tabella 37). Si è riscontrato un unico caso di positività alla sierologia per HCV, ma negativo alla ricerca di HCV-RNA. I markers per epatite B non hanno mostrato alcuna positività per HBsAg, solo per HBcAb in 2 casi (0.5%). L'approfondimento tramite ricerca di HBV-DNA su sangue è risultato positivo in 16 pazienti testati (94.1%). Il test IGRA è stato effettuato in 12 casi, risultando positivo nella metà.

	LUE	HIV	HCV	HBSAG	ANTI-HBC	ANTI-HBS	QUANT-TB	ALTRI ESAMI
	N° (%)							
Positivo	0 (0)	0 (0)	1 (0,5)	0 (0)	2 (0,9)	0 (0)	6 (2,8)	9 (4,3)
Negativo	8 (3,8)	5 (2,4)	8 (3,8)	5 (2,4)	1 (0,5)	1 (0,5)	6 (2,8)	
Non eseguito	204 (96,2)	207 (97,6)	203 (95,7)	207 (97,6)	209 (98,6)	211 (98,5)	200 (94,4)	203 (95,7)

Tabella 37: Caratteristiche sierologiche riscontrate alla terza valutazione delle rimanenti patologie infettive ed esito test IGRA alla terza visita.

ESAMI STRUMENTALI 3

Sono state effettuate 13 radiografie del torace (6.1%), di cui solo 2 risultate patologiche (15.4%) e negative nei 11 casi rimanenti (84.6%) (Tabella 38).

	RX TORACE		ECO		TC		RMN	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	13	6,1	35	16,5	7	3,3	7	3,3
Non eseguito	199	93,9	177	83,5	205	96,7	205	96,7

Tabella 38: Indagini strumentali effettuate alla terza valutazione.

Sono state eseguite 36 ecografie in 35 pazienti, riscontrando complessivamente reperti patologici (47.2%); sono così suddivise:

- 26 ecografie addome (72.2%) con riscontro di anomalie in 9 casi (34.6%);
- 1 ecografia con reperti patologici del collo;
- 4 ecocardiogrammi trans-toracici, di cui 2 patologici (50%);
- 5 patologici di pertinenza pelvica/scrotale.

Indagini diagnostiche tramite TC sono state eseguite in 7 pazienti, con un numero corrispondenti di scansioni; i riscontri patologici sono stati 2 (28.6%):

- 3 addominali nella norma (42.9%);
- 3 toraciche (42.9%), in un unico caso patologico (33.3%);
- una patologica al massiccio facciale (14.2%);

RMN sono state condotte in 7 casi, patologici in tutti casi:

- 4 addominali (57.1%);
- 1 encefalica (14.3%);

- 1 pelvica/scrotale (14.3%);
- una di pertinenza ortopedica (14.3%).

Quando è stato necessario, i pazienti sono stati sottoposti ad altre procedure diagnostiche, come esami più invasivi (es. broncoscopie, esofagogastroduodenoscopie, cistoscopie), elastosonografie per lo studio delle epatite croniche, elettrocardiogramma - ECG-Holter o sotto sforzo, altre radiografie (es. dell'addome diretto, distretti scheletrici) o altro (es. elettromiografia); inoltre in alcuni casi è stato necessario un intervento chirurgico a scopo diagnostico o terapeutico e l'intervento di altri Specialisti in consulenza (Tabella 39).

	PROCEDURE		CHIRURGIA		CONSULENZE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	33	15,6	9	4,2	18	8,5
Non eseguito	179	84,4	203	95,8	194	91,5

Tabella 39: Altre procedure, operazioni chirurgiche e consulenze effettuate alla terza valutazione.

TERAPIE 3

In 150 pazienti (70.8%) non è stata somministrata alcuna terapia farmacologica. I farmaci somministrati durante la terza valutazione sono riportati nella seguente Tabella 40.

TERAPIE		
	N°	%
Praziquantel	9	9,5
Ivermectina	16	16,8
Tinidazolo	4	4,2
Paramomicina	3	3,1
Terapia antitubercolare	14	14,7
Mebendazolo	0	0
Terapia antibiotica	9	9,5
Albendazolo	5	5,3
Entecavir/tenofovir	2	2,1
Terapia sintomatica	11	11,6
Permetrina al 5%	0	0
TARV	0	0
Terapia cardiologica	5	5,3
Rifampicina/isoniazide	4	4,2

Terapia antifungina	0	0
Terapia topica	1	1,1
Terapia steroidea	2	2,1
Protettori gastrici	3	3,1
Terapia antidiabetica	0	0
Terapia antimalarica	0	0
Altri farmaci	4	4,2
Terapia eradicante per <i>H.P.</i>	2	2,1
Terapia antifilaria	1	1,1
Totale terapie	95	
Nessuna terapia	150	

Tabella 40: Terapie somministrate durante la terza valutazione.

QUARTA VALUTAZIONE

L'ultima possibile valutazione clinica inclusa nel nostro studio è stata effettuata in 129 pazienti (60,9%): il motivo principale di accesso è stato la visita ambulatoriale (86%), seguito dal ricovero (10,9%), solo in 4 casi è stata effettuata la valutazione clinica in Pronto soccorso (3,1%) (Tabella 41).

	N°	%
Pronto soccorso	4	3,1
Ricovero	14	10,9
Visita ambulatoriale	111	86
Controllo	0	0

Tabella 41: Modalità accesso alla quarta valutazione.

CARATTERISTICHE CLINICHE 4

In visita 26 pazienti hanno presentato un'obiettività clinica patologica (20.2%), principalmente rappresentata da problemi gastroenterologici e dermatologici (rispettivamente nel 34.6% e 23.1%). Hanno riferito alla visita una sintomatologia in atto 27 pazienti (20.9%), principalmente ascrivibile al campo gastroenterologico (44.4%), seguito da quello neurologico e dermatologico con pari pazienti (22.2%) (Tabella 42).

OBIETTIVITA'			SINTOMATOLOGIA		
	N°	%		N°	%
Presente	26	20,2	Presente	27	20,9
Febbre	1	3,8	Salute mentale	0	0
Gastroenterologica	9	34,6	Gastroenterologica	12	44,4
Dermatologica	6	23,1	Dermatologica	6	22,2
Genito-urinaria	2	7,7	Genito-urinaria	2	7,4
Polmonare	1	3,8	Polmonare	2	7,4
Cardiovascolare	3	11,5	Cardiovascolare	0	0
Neurologica	2	7,7	Neurologica	6	22,2
Osteoarticolare	1	3,8	Osteoarticolare	4	14,8
Linfoadenomegalie	0	0	Altra	1	3,7
Altra	1	3,8			
Nessuna	90	69,8	Nessuna	87	67,5
Non nota	13	10	Non nota	15	11,6
Totale	129	100	Totale	129	100

Tabella 42: Caratteristiche cliniche di presentazione alla quarta valutazione.

Verranno di seguito elencati i segni riscontrati, divisi a seconda dell'obiettività degli organi rappresentati:

- gastroenterologica: diastasi muscoli retti addominali, dolore, emorroidi, ernia inguinale, ernia ombelicale, essudato anale, ipertono anale;
- dermatologica: ascessi cutanei, corpo estraneo frontale, esiti cicatriziali addominali, esiti di trauma da percosse, neoformazione dura di 7 mm alla piega del gomito destro, orticaria dermografica;
- genito-urinaria: idrocele, gravidanza;
- polmonare: lieve riduzione del MV alla base;
- cardiologica: soffio cardiaco;
- neurologica e degli organi di senso: emorragia sclerale, otite;
- osteoarticolare: amputazione arto inferiore destro;
- altri segni: ginecomastia.

Si riportano anche i sintomi più frequentemente riscontrati, suddivisi per ambito di pertinenza:

- salute mentale: nessuno;
- gastrointestinali: diarrea, dolore, dolore anale, rettorragia;
- cutanei: ascessi cutanei multipli, prurito diffuso;
- genitourinari: disfunzione erettile, dolore penieno, stranguria;
- polmonari: dolore toracico, tosse;
- cardiovascolari: nessuno;

- neurologici e organi di senso: cefalea, dolore oculare, ipoacusia, ipovisione, otalgia;
- osteoarticolari: artralgie diffuse, dolore gamba sinistra, dolore al moncone, rachialgia.

CARATTERISTICHE LABORATORISTICHE E SIEROLOGICHE 4

I pazienti sono stati sottoposti in 86 dei casi ad emocromo, in 84 anche con formula: il valore medio di eosinofili è stato di 287 cell/mm³. La glicemia e il dosaggio di IgE sono stati effettuati in un numero limitato di casi (Tabella 43).

		LEUCOCITI	EMOGLOBINA	EOSINOFILI	GLICEMIA	IgE	IgE
Pazienti testati	N° %	86 (66,7%)	85 (65,9%)	84 (65,1%)	11 (8,5%)	30 (23,3%)	8 (6,2%)
VALORI							
		(cell/mm ³)	(g/dL)	(cell/mm ³)	(mg/dL)	(UI/mL)	(kUI/L)
Media		4970	14,9	287	93,2	850,7	35,2
Valore minimo		2700	11,5	0	78,2	84	13,9
Valore massimo		9500	18,1	1900	116	4190	67,4

Tabella 43: Caratteristiche bio-umorali alla quarta valutazione.

All'esame dell'urine chimico-fisico, effettuato in 12 casi è stata riscontrata microematuria unicamente in 2 casi, pari al 1.6% del totale.

Su feci è stato eseguito l'esame parassitologico nel 7% dei pazienti, con un solo risultato positivo per *Schistosoma mansoni*.

Gli accertamenti su feci tramite metodica molecolare con ricerca qPCR sono riportati in Tabella 44:

- EhEdC in 4 pazienti, tutti con esito negativo;
- DGB solo in 4 pazienti, con isolamento di 2 casi di *Blastocystis* (66.7%) e uno di *D.fragilis* (33.3%);
- StSch in 5 pazienti, risultata positiva solo in un caso per *Schistosoma*.

I 3 pazienti testati per *Helicobacter pylori* su feci, sono risultati tutti positivi.

	FECI									
	PARASSITOLOGICO		RICERCA H.P.		qPCR ehedc		qPCR DGB		qPCR stsch	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	1	0,8	3	2,3	0	0	2	1,5	1	0,8
Negativo	8	6,2	0	0	4	3,1	2	1,5	4	3,1
Non eseguito	120	93	126	97,7	125	96,9	125	97	124	96,1

Tabella 44: Caratteristiche riscontrate alla quarta valutazione degli esami eseguiti su feci.

Le ricerche parassitologiche e tramite qPCR per *Schistosoma* sono state effettuate in uno scarso numero di pazienti, risultando sempre negative. La ricerca di CCA ha mostrato un'unica positività (0.8%) (Tabella 45).

	URINE					
	PARASSITOLOGICO		qPCR <i>Schistosoma</i>		CCA	
	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	0	0	0	0	1	0,8
Negativo	9	7	5	3,9	4	3,1
Non eseguito	120	93	124	96,1	124	96,1

Tabella 45: Caratteristiche riscontrate alla quarta valutazione delle indagini effettuate su urine per ricerca parassiti.

Gli esami di screening effettuati su sangue dimostrano una positività alla sierologia per *Strongyloides* in 9 pazienti (7%), a quella ELISA per *Schistosoma* in 11 (9.3%), all'ICT per il medesimo agente in 12 (9.3%) (Tabella 46). In 6 pazienti è risultata positiva la sierologia per filaria ed è stata effettuata l'approfondimento tramite ricerca di microfilaremia su sangue in 6 casi, la metà risultata negativa, con 2 riscontri di *Mansonella perstans* (33.3%) e uno per *Loa Loa* (16.7%). La sierologia per ameba, condotta in 3 pazienti, è risultata positiva solo in un caso.

	SANGUE									
	Sierologia <i>Strongyloides</i>		<i>Schistosoma</i> ELISA		<i>Schistosoma</i> ICT		Sierologia <i>Filaria</i>		Sierologia <i>Ameba</i>	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Positivo	9	7	12	9,3	12	9,3	6	4,6	1	0,8
Negativo	7	5,4	7	5,4	2	1,5	8	6,2	2	1,5
Non eseguito	113	87,6	110	85,3	115	89,2	115	89,2	126	97,7

Tabella 46: Caratteristiche riscontrate alla quarta valutazione delle indagini su sangue per ricerca parassiti.

Le indagini sierologiche condotte hanno mostrato un'unica positività per sifilide (0.8%) e negatività per HIV e HCV in tutti i casi testati, rispettivamente 3 (4.7%) e 6 (4.7%)

(Tabella 47). I markers per epatite B hanno mostrato due positività per HBsAg (1.5%) e una per HbCAb (0.8%). L'approfondimento tramite ricerca di HBV-DNA su sangue è risultato positivo in tutti i 14 pazienti testati. Il test IGRA è stato effettuato in 6 casi, risultando positivo in 4 pazienti.

	LUE	HIV	HCV	HBSAG	ANTI-HBC	ANTI-HBS	QUANT-TB	ALTRI ESAMI
	N° (%)							
Positivo	1 (0,8)	0 (0)	0 (0)	2 (1,5)	1 (0,8)	1 (0,8)	4 (3,1)	3 (2,3)
Negativo	3 (2,3)	3 (4,7)	6 (4,7)	4 (3,1)	0 (0)	0 (0)	2 (1,5)	
Non eseguito	125 (96,9)	126 (95,3)	122 (95,3)	123 (95,4)	128 (99,2)	128 (99,2)	123 (95,4)	126 (97,7)

Tabella 47: Caratteristiche sierologiche riscontrate alla quarta valutazione delle rimanenti patologie infettive ed esito test IGRA alla quarta visita.

ESAMI STRUMENTALI 4

Sono state effettuate 13 radiografie del torace (10.1%), di cui 4 risultate patologiche (30.8%) e negative nel 61.5% (Tabella 48).

	RX TORACE		ECO		TC		RMN	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	13	10,1	12	9,3	8	6,2	2	1,5
Non eseguito	115	89,1	116	89,9	120	93	126	97,7
Non noto	1	0,8	1	0,8	1	0,8	1	0,8

Tabella 48: Indagini strumentali effettuate alla quarta valutazione.

Sono state eseguite 12 ecografie in un corrispondente numero di pazienti, riscontrando complessivamente reperti patologici (41.7%); sono così suddivise:

- 11 ecografie addome (91.7%) con riscontro di anormalità in 4 casi (36.4%);
- un unico ecocardiogramma trans-toracico patologico.

Indagini diagnostiche tramite TC sono state eseguite in 8 pazienti con 9 metodiche e riscontri patologici in 5 casi (55.6%):

- 2 addominali patologiche (22.2%);
- 5 toraciche (55.6%), in 3 casi patologiche (60%);
- una encefalica nella norma (11.1%);

- una relativa al massiccio facciale negativa per lesioni (11.1%).

Sono state infine eseguite 2 RMN a scansioni addominali, risultate tutte patologiche.

Quando è stato necessario, i pazienti sono stati sottoposti ad altre procedure diagnostiche, come esami più invasivi (es. esofagogastroduodenoscopia, colonscopia), elastosonografie per lo studio di epatiti croniche, altre radiografie (es. distretti scheletrici) o altro (es. PET-TC, test da sforzo al cicloergometro); inoltre in alcuni casi è stato necessario un intervento chirurgico a scopo diagnostico o terapeutico e l'intervento di altri Specialisti in consulenza (Tabella 49).

	PROCEDURE		CHIRURGIA		CONSULENZE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	13	10,1	10	7,7	7	5,4
Non eseguito	115	89,1	118	91,5	121	93,8
Non noto	1	0,8	1	0,8	1	0,8

Tabella 49: Altre procedure, operazioni chirurgiche e consulenze effettuate alla quarta valutazione.

TERAPIE 4

In 90 pazienti (69.8%) non è stata somministrata alcuna terapia farmacologica. I farmaci somministrati durante l'ultima valutazione sono riportati nella Tabella 50.

TERAPIE		
	N°	%
Praziquantel	4	7,8
Ivermectina	4	7,8
Tinidazolo	1	2
Paramomicina	1	2
Terapia antitubercolare	7	13,7
Mebendazolo	1	2
Terapia antibiotica	8	15,6
Albendazolo	1	2
Entecavir/tenofovir	2	3,9
Terapia sintomatica	7	13,7
Permetrina al 5%	0	0
TARV	0	0
Terapia cardiologica	5	9,8
Rifampicina/isoniazide	6	11,8

Terapia antifungina	0	0
Terapia topica	1	2
Terapia steroidea	0	0
Protettori gastrici	1	2
Terapia antidiabetica	0	0
Terapia antimalarica	0	0
Altri farmaci	2	3,9
Terapia eradicante per <i>H.P.</i>	0	0
Terapia antifilaria	0	0
Totale terapie	51	
Nessuna terapia	90	

Tabella 50: Terapie somministrate durante la quarta valutazione.

DATI RIASSUNTIVI

La tabella 51 riporta complessivamente gli accessi effettuati, con la relativa numerosità a seconda del numero di ricoveri e visite ambulatoriali.

numerosità	VISITE EFFETTUATE		numerosità	RICOVERI EFFETTUATI	
	Pazienti (N°)	Pazienti (%)		Pazienti (N°)	Pazienti (%)
0	14	2,6	0	368	65,8
1	241	43,1	1	174	31,1
2	151	27	2	15	2,7
3	117	20,9	3	2	0,4
4	36	6,4	4	0	0
totali	559	100	totali	559	100
media	1,9		media	0,4	

Tabella 51: Numero di visite e di ricoveri effettuati dalla popolazione in oggetto.

E' stata effettuata una diagnosi nel 73.9% dei pazienti, nel 65.6% di tipo infettivologico; 114 persone pertanto sono state giudicate sane, mentre in 20 hanno eseguito unicamente un controllo clinico in seguito al riscontro di una malattia in precedenza. Le diagnosi riscontrate complessivamente sono state riassunte nella Tabella 52:

DIAGNOSI	Casi (N°)	Casi (% su diagnosi)
Amebiasi	44	10,6
Ancilostomiasi	35	8,4
Ascaridiasi	2	0,5
Eosinofilia tropicale	25	6
Epatopatia cronica HBV-relata	75	18,1
Filariasi	21	5
Giardiasi	16	3,9
HIV	9	2,2
ITL	50	12,1
Lue	13	3,1
Filariasi da <i>Mansonella perstans</i>	5	1,2
Scabbia/Parassitosi cutanea	14	3,4
Schistosomiasi	79	19,2
Schistosomiasi epato-intestinale	44	10,7
Schistosomiasi urinaria	19	4,6
Schistosomiasi epato-intestinale e urinaria	3	0,7
Schistosomiasi complessive	145	35,1
Strongiloidiasi	106	25,7
TB	16	3,9
Gastrite da <i>Helicobacter Pylori</i>	7	1,7
HTLV	1	0,2
Infestazione da <i>Hymenolepis nana</i>	2	0,5
Filariasi da <i>Loa Loa</i>	1	0,2
Malaria	1	0,2
Ossiuri	1	0,2
Pitiriasi versicolor	1	0,2
Splenomegalia malarica	2	0,5
Teniasi	2	0,5
Infezione da <i>Tinea cruris</i>	1	0,2
Infezione da <i>Trichuris trichiura</i>	2	0,5
Patologie ematologiche	2	0,5
Patologie cutanee	22	5,3
Patologie polmonari	6	1,5
Patologie ginecologiche	13	3,1
Patologie ortopediche	10	2,4
Patologie gastroenterologiche	19	4,6
Patologie urologiche	7	1,7
Patologie cardiologiche	8	1,9
Patologie endocrinologiche	3	0,7
Patologie psichiatriche	4	0,9

Patologie neurologiche	1	0,2
Patologie otorinolaringoiatriche	11	2,7
Patologie oftalmiche	6	1,5
Patologie nefrologiche	3	0,7
Uretriti	5	1,2
TOTALE	863	

Tabella 52: Diagnosi complessive effettuate durante tutte le valutazioni, suddivise per patologia.

Vengono successivamente elencate le patologie riscontrate a seconda delle macro-categorie di suddivisione:

- TB: cavernoma tubercolare, TB a localizzazione linfonodale, polmonare e polmonare/pleurica;
- patologie ematologiche: anemia, piastrinopenia;
- patologie cutanee: acne, ascessi multipli, ascesso cutaneo, dermatite atopica, lipoma, micosi, orticaria;
- patologie polmonari: asma, empiema pleurico, fibrotorace, polmonite, micetoma;
- patologie ginecologiche: amenorrea secondaria, ascesso tubarico, condilomi vulvari, fibromatosi uterina, gravidanza, malattia infiammatoria pelvica, vaginite, vaginosi;
- patologie ortopediche: artrosi dell'anca, calcificazioni/cheloide del polso, degenerazione cuffia rotatori, ernia discale, ginocchio valgo, lesione menisco e legamenti ginocchio, ernie discali, rottura legamento ginocchio, placca cutanea da moncone;
- patologie gastroenterologiche: calcolosi colecisti, ascesso para-rettale, emorroidi, ernia inguinale, ernia inguino-scrotale, ernia ombelicale, ernia ombelicale e inguinale, ragadi anali, ulcera duodenale;
- patologie urologiche: calcolosi renale, epididimite, infezione delle vie urinarie, varicocele;
- patologie cardiologiche: cardiomiopatia ipertensiva, cardiopatia dilatativa, cardiopatia ipertrofica, insufficienza mitralica, ipertensione arteriosa, strand aortico;
- patologie endocrinologiche: DM, ginecomastia;
- disturbi psichiatrici: depressione, insonnia, PTSD, sospetto abuso;
- patologie neurologiche: emicrania;
- patologie oftalmologiche: congiuntivite, exotropia occhio, glaucoma, toxoplasmosi oculare, ftisi dell'occhio in esiti di trauma, pterigio oculare;
- patologie nefrologiche: nefropatia, IRC;
- patologie otorinolaringoiatriche: ipertrofia tonsillare, ipertrofia dei turbinati, ipoacusia bilaterale neurosensoriale, otite acuta, otite acuta con perforazione timpanica, perforazione timpanica, sinusite, vertigini, parodontite.

I principali schemi terapeutici impiegati sono stati:

- nel caso di schistosomiasi praziquantel al dosaggio di 40 mg/Kg per 3 giorni consecutivi suddiviso in due somministrazioni giornaliere;
- nella strongiloidiasi è stata usata ivermectina al dosaggio di 200 mcg/Kg in monosomministrazione, eventualmente ripetuta in particolari circostanze (es. immunodepressione);
- nel caso di eosinofilia tropicale l'associazione di praziquantel al dosaggio di 40 mg/Kg per 1 giorni diviso in due somministrazioni giornaliere, seguito da ivermectina 200 mcg/Kg (se paziente proveniente da aree endemiche per filaria, allora dosaggio più elevato, 400 mcg/Kg) in monosomministrazione e infine albendazolo con posologia di 400 mg ogni 12 ore per 5 giorni;
- in presenza di sospetta scabbia/parassitosi cutanea è stata usata sia la terapia topica con permetrina al 5% per 48 ore di fila, da ripetere a distanza di 7 giorni, oppure ivermectina 200 mcg/Kg in monosomministrazione, sempre da ripetere a distanza di 1 settimana; sono state rilasciate inoltre le relative informazioni di disinfestazione per vestiti e luogo di soggiorno;
- amebiasi: tinidazolo al dosaggio di 500 mg 4 compresse per 3 giorni consecutivi, seguito da 7 giorni di paramomicina 500 mg ogni 8 ore;
- ancilostomiasi: mebendazolo 100 mg ogni 12 ore per 4 giorni;
- eosinofilia tropicale: praziquantel 40 mg/Kg diviso in 2 somministrazioni giornaliere, seguito da ivermectina al dosaggio di 200 mcg/Kg in monosomministrazione (in caso di possibile esposizione a filariasi aumento della dose a 400 mcg/Kg) e in fine albendazolo 400 mg ogni 12 ore per 5 giorni;
- giardiasi: tinidazolo 500 mg 4 compresse in monosomministrazione.

ANALISI MULTIVARIATE

Sono state eseguite analisi multivariate al fine di valutare l'eventuale relazione tra la diagnosi di patologia e una serie di predittori. Al fine di non ottenere un dato troppo dispersivo, sono state raggruppate le principali diagnosi in questa modalità: TB (comprendente qualsiasi forma di TB e ITL), qualsiasi forma di schistosomiasi, la strongiloidiasi, le altre parassitosi (escluse ovviamente le due precedenti) e una categoria che raggruppasse tutte le altre patologie non infettive/tropicali. Queste sono state poste quindi in relazione ad età, sesso, regione di provenienza, il soggiorno in Libia (se effettuato) e la durata temporale in mesi di quest'ultimo.

DIAGNOSI DI PATOLOGIA INFETTIVA

Si è evidenziato un'unica associazione statisticamente significativa con la durata del soggiorno in Libia; al netto dell'influenza degli altri fattori, quando la durata del sog-

giorno in Libia supera i 3 mesi la probabilità di sviluppare una patologia infettiva è molto più alta.

DIAGNOSI DI TB

Si conferma quanto detto in precedenza anche per il rischio di sviluppare TB: l'associazione tra la ridotta durata del soggiorno in Libia (in questo caso se inferiore a 6 mesi) è protettiva nei confronti di incorrere in questa malattia (con valore statisticamente significativo) (Tabella 53). E' stata evidenziata inoltre l'associazione con l'età: all'aumentare di questa la probabilità di sviluppo di TB aumenta del 5%.

DIAGNOSI DI TB				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,76	0,86	0,034-16,895
	Est Africa	0,54	0,70	0,024-12,168
	Nord Africa	1	(empty)	
	Ovest Africa	1,49	0,74	0,139-15,945
	Sud Asia	1	(omitted)	
SESSO		0,49	0,21	0,167-1,475
ETA'		0,28	0,05	1,0007-1,113
SOGGIORNO IN LIBIA		1	(omitted)	
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,38	0,03	0,1610-0,9004
	3-6 mesi	0,31	0,03	0,113-0,8708
	6-12 mesi	0,73	0,45	0,33-1,627
	>12 mesi	1	(omitted)	
_cons		0,11	0,16	0,005-2,331

Tabella 53: Correlazione tra diagnosi di TB e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

STRONGILOIDIASI

La provenienza dall'Est Africa è statisticamente associata a una riduzione della probabilità di sviluppare la malattia; più tenue l'associazione con l'origine a partire dal Centro Africa (Tabella 54).

DIAGNOSI DI STRONGILOIDIASI				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,09	0,07	0,008-1,223
	Est Africa	0,07	0,04	0,005-0,063
	Nord Africa	1	(empty)	
	Ovest Africa	0,29	0,12	0,062-1,377
	Sud Asia	1	(omitted)	
SESSO		1,36	0,39	0,676-2,74
ETA'		0,99	0,98	0,952-1,049
SOGGIORNO IN LIBIA		1	(omitted)	
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,89	0,77	0,430-1,868
	3-6 mesi	0,65	0,32	0,279-1,526
	6-12 mesi	0,71	0,39	0,316-1,572
	>12 mesi	1	(omitted)	
_cons		0,65	0,69	0,076-5,609

Tabella 54: Correlazione tra diagnosi di strongiloidiasi e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

SCHISTOSOMIASI

Abbiamo incluso qualsiasi forma di schistosomiasi, ovvero l'epato-intestinale, urinaria, entrambe e la diagnosi basata unicamente su sierologia o altra metodica.

In questa variabile il sesso maschile si mostra protettivo, come l'età; infatti all'aumentare di quest'ultima il rischio di sviluppare la schistosomiasi diminuisce (Tabella 55). La provenienza dall'Africa dell'Est risulta essere un fattore statisticamente significativo di esposizione a schistosomiasi.

DIAGNOSI DI SCHISTOSOMIASI				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,39	0,24	0,084-1,836
	Est Africa	5,52	0,001	2,062-14,792
	Nord Africa		(empty)	
	Ovest Africa	1	(omitted)	
	Sud Asia	1	(empty)	
SESSO		0,47	0,031	0,235-0,935
ETA'		0,96	0,05	0,914-0,999
SOGGIORNO IN LIBIA		1	(omitted)	
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,65	0,19	0,339-1,243
	3-6 mesi	0,93	0,84	0,466-1,854
	6-12 mesi	0,61	0,16	0,311-1,203
	>12 mesi	1	(omitted)	
_cons		3,80	0,06	0,957-15,151

Tabella 55: Correlazione tra diagnosi di schistosomiasi e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. *_cons*: costante di modello.

PATOLOGIE PARASSITARIE

Escludendo le due precedenti, in questa categoria sono stati incluse: amebiasi, ancilostomiasi, ascaridiasi, eosinofilia tropicale, filariasi, giardiasi, infezione da *Mansonella perstans*, scabbia/parassitosi cutanee, infezione da *Hymenolepis nana*, Loa Loa, malaria, ossiuriasi, splenomegalia malarica, teniasi e infezione da *Trichuris trichiura*. L'associazione con la durata del soggiorno in Libia si è dimostrata clinicamente rilevante, ma non statisticamente significativa: anche in questo campo il fatto di sostare per un periodo inferiore a 3 mesi si mostra protettivo (Tabella 56).

DIAGNOSI DI ALTRA INFEZIONE PARASSITARIA				
		Odds Ratio	<i>p</i> value	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,39	0,32	0,059-2,556
	Est Africa	0,44	0,37	0,072-2,678
	Nord Africa	1	(empty)	
	Ovest Africa	0,32	0,16	0,069-1,548
	Sud Asia	1	(omitted)	
SESSO		0,99	0,99	0,54-1,844
ETA'		1,03	0,18	0,988-1,06
SOGGIORNO IN LIBIA		1	(omitted)	
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,56	0,08	0,293-1,069
	3-6 mesi	0,89	0,73	0,449-1,756
	6-12 mesi	0,95	0,88	0,496-1,822
	>12 mesi	1	(omitted)	
<i>_cons</i>		0,86	0,88	0,12-6,163

Tabella 56: Correlazione tra diagnosi di infezione parassitaria (esclusa strongiloidiasi e schistosomiasi) e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. *_cons*: costante di modello.

MTS

In questa categoria sono state incluse: infezioni da HIV, HCV, HBV, *Treponema pallidum*, uretriti. Non vi è alcuna correlazione con la durata di permanenza in Libia, ma le donne si mostrano più suscettibili a queste patologie rispetto ai maschi (Tabella 57).

DIAGNOSI DI MTS				
		Odds Ratio	P value	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	1,23	0,87	0,088-17,326
	Est Africa	0,45	0,60	0,022-8,869
	Nord Africa	1	(empty)	
	Ovest Africa	1,84	0,59	0,202-16.646
	Sud Asia	1	(omitted)	
SESSO		0,38	0,05	0,145-1,009
ETA'		1,03	0,24	0,981-1,078
SOGGIORNO IN LIBIA		1	(omitted)	
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,57	0,08	0,268-1,211
	3-6 mesi	0,63	0,73	0,278-1,431
	6-12 mesi	0,80	0,88	0,384-1,704
	>12 mesi	1	(omitted)	
_cons		0,26	0,34	0,016-4,131

Tabella 57: Correlazione tra diagnosi di MTS e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

ALTRE PATOLOGIE NON INFETTIVE

In questo gruppo sono state incluse le diagnosi di patologie non infettive, quindi a carattere: ematologico, dermatologico, polmonare, ginecologico, ortopedico, gastroenterologico, urologico, cardiologico, endocrinologico, psichiatrico, neurologico, otorinolaringoiatrico, oftalmologico e nefrologico. La provenienza dall'Africa dell'Est mostra un diminuito rischio clinicamente rilevante verso lo sviluppo di queste patologie (Tabella 58), appena fuori dalla significatività statistica. Ai limiti della significatività statistica invece troviamo un forte legame con la durata della permanenza in Libia: quando essa supera i 6 mesi il rischio di sviluppare una di queste patologie raddoppia.

DIAGNOSI DI ALTRA PATOLOGIA NON INFETTIVA				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,25	0,16	0,037-1,716
	Est Africa	0,15	0,05	0,022-1,009
	Nord Africa	1	(empty)	
	Ovest Africa	0,18	0,03	0,037-0,848
	Sud Asia	1	(omitted)	
SESSO		1,12	0,73	0,572-2,202
ETA'		1,01	0,69	0,966-1,053
SOGGIORNO IN LIBIA		1	(omitted)	
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	1,92	0,11	0,863-4,286
	3-6 mesi	1,36	0,49	0,559-3,325
	6-12 mesi	2,18	0,06	0,957-4,991
	>12 mesi	1	(omitted)	
_cons		0,61	0,64	0,0764,883

Tabella 58: Correlazione tra diagnosi di altre patologie non infettive e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

CAS DEL TERRITORIO DI VERONA

Fratello, sorella, questo è un mondo strano
Ma il prenderci per mano, ci porterà lontano
Oltre tutte le sfide ancora da superare
Lunghe come tratti fatti di sogni e di mare
A dispetto dei colpi che la vita ti ha inferto
Sai che troverai il nostro spazio aperto
Istantaneo, come un sorriso spontaneo
Da una sponda all'altra del Mediterraneo
Questo mi scalda l'animo, quando siamo insieme
Mentre guardiamo l'alba liberi dalle catene
Cantando controvento: "La libertà è tutto"
E il tempo darà ragione a chi la mette a frutto
Nutro fiducia e so, non è mai abbastanza
Ho aperto la mente, ho aperto la mia stanza
Mantieni i sogni in volo, piedi attaccati al suolo
Qui c'è uno spazio aperto dove non sarai mai solo

ASSALTI FRONTALI, *Questo è uno spazio aperto.*

Al fine di poter valutare il follow-up seguito dalla popolazione, si è reso necessario approfondire le caratteristiche dei CAS del territorio di Verona e provincia.

Nella seguente sezione verranno presi in considerazione i dati raccolti dal Cestim (Centro Studi Immigrazione): realtà veronese che si occupa della popolazione migrante in ambiti diversi. Tra le diverse attività, questa associazione stila rapporti inerenti caratteristiche epidemiologiche della popolazione migrante "per una corretta rappresentazione della realtà dell'immigrazione". Verrà qui presentato il rapporto "L'accoglienza straordinaria dei richiedenti protezione internazionale in provincia di Verona 2014-2017", a cura di Maurizio Carbognin, al fine di poter ricavare dati sui vari centri di accoglienza^{hh}.

In questo Report viene rappresentata esclusivamente il sistema dell'accoglienza riguardante persone soggiornanti nei CAS in Provincia di Verona dal 2014 al 2017. In questo territorio il sistema CAS si basa su strutture, grandi o piccole, dall'ex-caserma all'albergo fino al singolo appartamento, sotto il controllo della Prefettura, in cui

^{hh} Carbognin M (a cura di). Rapporto L'accoglienza straordinaria dei richiedenti protezione internazionale in provincia di Verona 2014-2017. Verona, Maggio 2018. Disponibile a <http://www.cestim.it/argomenti/28rifugiati/2018-Rapporto-Cestim-CAS.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

vengono accolti RPI, che non trovano locazione nelle strutture insufficienti dell'accoglienza prevista dallo SPRAR. La raccolta dei dati è stata focalizzata sui CAS, dal momento che, a fine 2017, gli SPRAR attivi in Provincia riguardano solo due comuni (su 98), con un numero di persone accolte inferiore al centinaio (precisamente 84). Oltre alla descrizione numerica geografica, sono state raccolte informazioni qualitative sulle attività dei centri, il personale e gli operatori impiegati.

Al fine di elaborare una valutazione sulla qualità dell'accoglienza nel territorio di Verona rispetto ai dati raccolti presso dell'IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar (VR), saranno prese in considerazione unicamente le variabili inerenti al 2017.

Al 30 novembre del 2017 gli RPI accolti in questa provincia erano 2705: anche nel momento di massima presenza, non hanno mai superato il valore di 3 ogni 1000 abitanti (stesso valore per il Veneto, per l'Italia si è arrivati a 3.4 per mille). Questa numerosità non è certamente una novità nel veronese: già nel 2014 la percentuale di stranieri rappresentava l'11.88% della popolazione residente (il 10.38% nel Veneto e l'8.25% in Italia) e tale presenza è addirittura lievemente diminuita nel 2016 (11.38% a Verona e 9.89% nel Veneto)ⁱⁱ. Le risorse economiche impiegate da parte statale per tale sistema di accoglienza sono state significative e stimabili, nel 2017, in 35 milioni di euro distribuiti ai diversi enti gestori.

Come si può vedere in Tabella 59, i comuni del veronese con presenza di CAS e di RPI sono 61 su un totale di 98, ma solo 13 hanno una presenza di strutture residenziali di una certa dimensione e un numero accolti superiore a 50. Il rapporto RPI/residenti è sempre inferiore al 3/1000, esclusi tre comuni della Lessinia, ove erano localizzate strutture residenziali inutilizzate e rapidamente riconvertibili come CAS. Nella maggior parte dei comuni la presenza di cittadini immigrati era già significativa prima della creazione dei CAS, con valori superiori al 7-8%, e in alcuni comuni più a sud al 15%, senza registrare manifestazioni di "rigetto". Il 13% dei comuni ospita il 68% dei RPI, pertanto gli insediamenti sono prevalentemente diffusi e di piccole dimensioni. Tutte le aree provinciali sono state coinvolte tranne i comuni della fascia costiera del Lago di Garda, con una forte presenza specialmente nella fascia urbana.

RICHIEDENTI PROTEZIONE INTERNAZIONALE E CAS IN PROVINCIA DI VERONA						
COMUNE	Popolazione Residenti al 01/01/2017	Numero dei CAS	Presenza al 30/11/2017	Residenti stranieri al 01/01/2017	% Residenti stranieri su totale residenti	% RPI su totale residenti
VERONA	257.353	75	631	35245	13,7	0,25
Grezzana	10.802	2	300	974	9,02	2,78
Zevio	15.018	2	120	1539	10,25	0,8

ⁱⁱ Dati ISTAT.

Caprino Veronese	8.394	6	109	937	11,16	1,3
Isola della Scala	11.572	4	104	1376	11,89	0,9
Bovolone	15.874	4	94	1756	11,06	0,59
Bussolengo	20.027	1	87	2445	12,21	0,43
Legnago	25.265	4	82	2114	8,37	0,32
Sanguinetto	4.067	1	78	420	10,33	1,92
San Zeno di Montagna	1.362	1	75	144	10,57	5,51
Nogara	8.493	2	57	1336	15,73	0,67
San Bonifacio	21.258	9	55	3910	18,39	0,26
Pastrengo	3.112	3	54	246	7,9	1,74
Ferrara di Monte B.	228	1	47	16	7,02	20,61
Trevenzuolo	2.754	2	46	388	14,09	1,67
San Martino Buon A.	15.148	3	45	1852	12,23	0,3
Affi	2.341	1	44	172	7,35	1,88
Salizole	3.772	2	41	270	7,16	1,09
Villafranca di Verona	33.185	3	41	3515	10,59	0,12
San Giovanni Lupatoto	25.205	4	40	2740	10,87	0,16
Erbezzo	720	1	37	38	5,28	5,14
Sona	17.630	2	37	1538	8,72	0,21
Tregnago	4.966	2	29	322	6,48	0,58
Dolcè	2.587	3	28	326	12,6	1,08
Castagnaro	3.779	2	27	278	7,36	0,71
Sommacampagna	14.746	6	25	1433	9,72	0,17
Vigasio	9.976	1	24	986	9,88	0,24
Pescantina	17.133	1	23	1147	6,69	0,13
Oppeano	9.972	3	22	1372	13,76	0,22
Valeggio sul Mincio	15.308	2	22	2032	13,27	0,14
Cerea	16.601	1	20	1362	8,2	0,12
Erbè	1.888	1	20	244	12,92	1,06
Selva di Progno	911	2	20	40	4,39	2,2
San Pietro di Morubio	3.008	1	18	236	7,85	0,6
Soave	7.146	2	16	553	7,74	0,22
Gazzo Veronese	5.359	2	15	461	8,6	0,28
Albaredo d'Adige	5.239	2	12	542	10,35	0,23
Monteforte d'Alpone	8.939	2	12	1255	14,04	0,13
Zimella	4.896	3	12	542	11,07	0,25
Bosco Chiesanuova	3.599	1	11	302	8,39	0,31
Negrar	17.105	1	11	1392	8,14	0,06

San Pietro in Cariano	12.851	1	11	705	5,49	0,09
Sorgà	3.000	1	10	436	14,53	0,33
Arcole	6.255	1	9	678	10,84	0,14
Belfiore	3.147	1	9	362	11,5	0,29
Casaleone	5.766	1	9	513	8,9	0,16
Illasi	5.253	1	8	385	7,33	0,15
Mozzecane	7.546	1	8	1041	13,8	0,11
Ronco all'Adige	6.008	1	8	678	11,28	0,13
Castelnuovo del Garda	13.284	1	6	1522	11,46	0,05
Cazzano di Tramigna	1.513	1	6	99	6,54	0,4
Pressana	2.528	1	6	305	12,06	0,24
Isola Rizza	3.262	1	5	319	9,78	0,15
Cerro Veronese	2.461	1	4	216	8,78	0,16
Colognola ai Colli	8.631	1	4	1085	12,57	0,05
Bevilacqua	1.713	1	3	142	8,29	0,18
Povegliano Veronese	7.180	1	3	598	8,33	0,04
Marano di Valpolicella	3.145	1	2	134	4,26	0,06
Badia Calavena	2.654	1	1	179	6,74	0,04
Fumane	4.092	1	1	256	6,26	0,02
Lazise	6.916	1	1	676	9,77	0,01
Angiari	2.274			92	4,05	
Bardolino	7.086			807	11,39	
Bonavigo	2.040			238	11,67	
Boschi Sant'Anna	1.400			70	5	
Brentino Belluno	1.388			151	10,88	
Brenzone sul Garda	2.452			296	12,07	
Buttapietra	7.035			692	9,84	
Caldiero	7.826			1167	14,91	
Castel d'Azzano	11.804			1248	10,57	
Cavaion Veronese	5.910			520	8,8	
Cologna Veneta	8.605			1041	12,1	
Concamarise	1.085			116	10,69	
Costermano	3.733			246	6,59	
Garda	4.105			554	13,5	
Lavagno	8.425			683	8,11	
Malcesine	3.704			417	11,26	
Mezzane di Sotto	2.483			115	4,63	
Minerbe	4.626			438	9,47	

Montecchia di Crosara	4.347			457	10,51	
Nogarole Rocca	3.637			797	21,91	
Palù	1.251			225	17,99	
Peschiera del Garda	10.465			1340	12,8	
Rivoli Veronese	2.182			138	6,32	
Roncà	3.834			370	9,65	
Roverchiara	2.750			471	17,13	
Roveredo di Guà	1.575			161	10,22	
Roverè Veronese	2.115			161	7,61	
San Giovanni Ilarione	5.115			443	8,66	
San Mauro di Saline	563			23	4,09	
Sant'Ambrogio di V.	11.758			1139	9,69	
Sant'Anna d'Alfaedo	2.538			162	6,38	
Terrazzo	2.219			201	9,06	
Torri del Benaco	3.025			415	13,72	
Velo Veronese	759			15	1,98	
Veronella	5.077			641	12,63	
Vestenanova	2.586			189	7,31	
Villa Bartolomea	5.837			475	8,14	

Tabella 59: Descrizione del territorio di Verona a livello demografico diviso per comuni. Espresso come numero di residenti, RPI e CAS e relativi rapporti in %.

I soggetti gestori dei CAS sono complessivamente 30, anche se in realtà dovrebbero risultare più numerosi, in considerazione del fatto che in alcuni la gestione di vitto e alloggio risulta a carico di soggetti diversi da quelli che gestiscono la mediazione linguistica e sociale (Tabella 60); vengono riportati unicamente i CAS afferenti all'IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar.

SOGGETTO GESTORE MEDIATORE CULTU- RALE	NUMERO DEI CAS	TIPOLOGIA DEI CAS	LOCALIZZAZIONE	NUMERO DI RPI ACCOLTI AL 30 NOVEMBRE 2017	TIPOLOGIA DI RPI ACCOLTI
A.CROSS Onlus	5	Unità abitative di proprietà + strutture ricettive	In provincia di Verona	250	Solo uomini
ALBANUOVA Società Cooperativa Sociale Onlus	13	Unità abitative in affitto + una struttura ricettiva	In provincia di Verona	222	Single (uomini e donne) e nuclei familiari
AQUILONI Onlus	5	Unità abitative di proprietà ed in affitto	A Verona ed in provincia	28	Single (uomini e donne) e nuclei familiari

Associazione BETANIA Onlus	3	Unità abitative di proprietà ed in affitto	In provincia di Verona	101	Single (uomini e donne) e nuclei familiari
Associazione DIAKONIA	1	Unità abitativa in affitto	In provincia di Verona	4	Solo uomini
Associazione IL CORALLO	3	Unità abitative in affitto	In provincia di Verona	40	Solo uomini
Associazione IRIDE Onlus	1	Struttura di proprietà dell'Associazione	In provincia di Verona	7	Solo donne
Associazione VILLABURI Onlus	1	Struttura in affitto	Solo nel comune di Verona	8	Solo donne
CARITAS - IL SAMARITANO	38	Unità abitative di proprietà ed in affitto	A Verona ed in provincia	99	Solo uomini
CENTRO COOPERAZIONE GIOVANILE INTERNAZIONALE	2	Due strutture in affitto	Solo nel comune di Verona	56	Solo uomini
CENTRO DIOCESANO AIUTA VITA	1	Unità abitativa di proprietà	Solo nel comune di Verona	4	Due madri con altrettanti bambini
COMUNITA' DEI GIOVANI Onlus	2	Unità abitative di proprietà ed in affitto	Solo nel comune di Verona	13	Solo uomini
Cooperativa AZALEA in r.t.i. con Cooperativa VALPOLICELLA SERVIZI	2	Unità abitative in affitto + una struttura ricettiva	A Verona ed in provincia	14	Solo donne
Cooperativa Sociale FAMIGLIA FELICE Onlus	9	Unità abitative di proprietà ed in affitto	A Verona ed in provincia	50	Single (uomini e donne) e nuclei familiari
Cooperativa Sociale JOY a.r.l. Onlus	5	Unità abitative in affitto	Solo nel comune di Verona	50	Solo uomini
Cooperativa Sociale MILONGA Onlus	4	Unità abitative di proprietà + due immobili demaniali	A Verona ed in provincia	90	Solo uomini
Cooperativa Sociale OLINDA Onlus	5	Unità abitative di proprietà ed in affitto + una struttura ricettiva	In provincia di Verona	73	Single (uomini e donne) e nuclei familiari
COSTAGRANDE s.r.l. con Cooperativa TINLE'	1	Struttura di proprietà della s.r.l.	In provincia di Verona	291	Solo uomini
GESTOUR s.a.s. con Cooperativa TINLE'	1	Ex struttura ricettiva	In provincia di Verona	73	Solo uomini
SAN FRANCESCO Cooperativa Sociale Onlus	12	Unità abitative in affitto + due immobili demaniali	A Verona ed in provincia	140	Single (uomini e donne) e nuclei familiari

SENIS HOSPES in A.T.I. con DOMUS CARITATIS	1	Ex struttura ricettiva	In provincia di Verona	74	Solo uomini
Società Cooperativa Sociale CODESS	1	Unità abitativa in affitto	In provincia di Verona	9	Solo uomini
Società Cooperativa Sociale GAIA 3 Onlus	1	Unità abitativa in affitto	In provincia di Verona	8	Solo donne
SPAZIO APERTO Società Cooperativa Sociale	25	Unità abitative di proprietà ed in affitto + dieci strutture	A Verona ed in provincia	497	Single (uomini e donne) e nuclei familiari
UN MONDO DI GIOIA Onlus	2	Unità abitative in affitto	In provincia di Verona	10	Solo uomini
VALPOLICELLA Cooperativa Servizi	2	Unità abitative in affitto	In provincia di Verona	12	Solo uomini
VERSOPROBO Società Cooperativa Sociale	2	Unità abitativa di proprietà + un immobile demaniale	In provincia di Verona	77	Solo uomini
VIRTUS VECOMP VERONA S.S.D. A R.L.	38	Unità abitative in affitto + una struttura ricettiva	A Verona ed in provincia	333	Single (uomini e donne) e nuclei familiari
VITA VIRTUS Onlus	4	Unità abitative in affitto	Solo nel comune di Verona	13	Uomini e nuclei familiari
XENIA OSPITALITA'	1	Unità abitativa di proprietà	In provincia di Verona	59	Solo uomini

Tabella 60: Descrizioni dei CAS del territorio di Verona con numero e tipologia di RPI ospitati.

I primi sette per numero di RPI accolti (23% dell'insieme degli enti coinvolti) ospitano il 68% dei RPI, spesso in strutture di dimensioni consistenti, gestendo più di 100 migranti cadauno. Altri 13 gestori hanno in carico numeri più contenuti, da 20 a 99 RPI, ma alcuni affiancano l'accoglienza ad altre attività assistenziali con disponibilità al proprio interno di professionisti del sociale, mentre i rimanenti 10 soggetti dispongono numeri di RPI inferiori a 20.

Come si è già potuto indicare, i gestori denotano una certa varietà di tipologie: in alcuni CAS il servizio è garantito da un unico soggetto gestore in tutte le sue componenti, mentre in altri vi è una separazione tra l'accoglienza "alberghiera" e la "mediazione culturale. Il gestore unico è presente specialmente nelle realtà medie e piccole: in alcuni casi sono associazioni con esperienza in progetti di cooperazione internazionale, orientate a gestire CAS di piccole dimensioni; vi sono anche cooperative di piccola dimensione, con un'esperienza nel campo sociale (attività educative, disabilità, tossicodipendenze). I pochi esempi di grandi dimensioni sono rappresentati da cooperative con sede principale in città del Nord o del Sud Italia, create per partecipare ad appalti nei servizi sociali locali.

La duplice gestione è presente prevalentemente nelle strutture recettive medie e grandi, nelle quali il proprietario della struttura gestisce la parte logistico-alberghiera dell'accoglienza e una cooperativa sociale quella legata alla mediazione sociale e culturale.

Nella tabella seguente si riporta la suddivisione dei pazienti afferenti, suddivisi per CAS di provenienza (Tabella 61).

CAS DI PROVENIENZA	ACCOLTI	
	N°	%
A.CROSS Onlus	17	3
ALBANUOVA Società Cooperativa Sociale Onlus	43	7,7
AQUILONI Onlus	8	1,4
Associazione BETANIA Onlus	22	3,9
Associazione IL CORALLO	1	0,2
Associazione VILLA BURI Onlus	1	0,2
CARITAS - IL SAMARITANO	8	1,4
CENTRO COOPERAZIONE GIOVANILE INTERNAZIONALE	14	2,5
COMUNITA' DEI GIOVANI Onlus	2	0,4
Cooperativa AZALEA in r.t.i. con Cooperativa VALPOLICELLA SERVIZI	1	0,2
Cooperativa Sociale FAMIGLIA FELICE Onlus	12	2,1
Cooperativa Sociale JOY a.r.l. Onlus	2	0,4
Cooperativa Sociale MILONGA Onlus	3	0,5
Cooperativa Sociale OLINDA Onlus	19	3,4
COSTAGRANDE s.r.l. con Cooperativa TINLE'	47	8,4
SAN FRANCESCO Cooperativa Sociale Onlus	33	5,9
SENIS HOSPES in A.T.I. con DOMUS CARITATIS	4	0,7
SPAZIO APERTO Società Cooperativa Sociale	150	26,8
UN MONDO DI GIOIA Onlus	1	0,2
VALPOLICELLA Cooperativa Servizi	6	1,1

VIRTUS VECOMP VERONA S.S.D. A R.L.	132	23,6
VITA VIRTUS Onlus	2	0,4
Mantova	11	2
Trentino	6	1,1
Altri (Montichiari, Padova, Parma, Vicenza e altro)	14	2,5
Totale	559	100

Tabella 61: Popolazione RPI divisa per CAS di provenienza. In grassetto le strutture presenti nel territorio di Verona.

FOLLOW-UP

La perdita al follow-up si è registrata in circa un quarto dei pazienti (25.9%, pari a 145 persone). Nel 44.7% non sono state riscontrate patologie meritevoli di sorveglianza e/o terapia, per cui una volta effettuato approfondimenti ed eventuali terapie, sono stati affidati al territorio.

Sono state effettuate analisi multivariate riguardanti i dati in possesso dei CAS della provincia di Verona nei confronti del follow-up. Sono stati presi in considerazione unicamente i pazienti che soggiornavano in tali strutture. In considerazione dell'elevata discrepanza nella gestione dei RPI (es. presenza di un unico centro ospitante 291 persone, piccoli centri che gestiscono appartamenti con un limitato numero di RPI), è stato fatto un calcolo approssimativo della media accolti per CAS.

I risultati non hanno dimostrato una differenza statisticamente significativa per quanto riguarda il numero delle persone accolte, delle strutture amministrare e della stima della media accolti per struttura (Tabella 62). La stessa cosa è stata dimostrata anche dopo riclassificazione secondo i quartili delle stesse variabili (Tabella 63).

FOLLOW-UP 1				
		Coef.	<i>p value</i>	C.I. 95%
Follow-up eseguito	Strutture (N°)	-0,011	0,386	-0.0376456 - 0.0145477
	Accolti (N°)	-0,003	0,796	-0.0016879 - 0.0022011
	Accolti/Strutture	0,001	0,509	-0.002317 - 0.004668
	_cons	0,238	0,391	-0.3061717 - 0.7830711
Follow-up non eseguito	(base outcome)			
Follow-up non necessario	Strutture (N°)	0,008	0,500	-0.014976 - 0.0306964
	Accolti (N°)	-0,0004	0,644	-0.0021631 - 0.0013381
	Accolti/Strutture	-0,0002	0,869	-0.0037589 - 0.0032901
	_cons	0,496	0,058	-0.0174294 - 1.009276

Tabella 62: Variabili dei CAS associate al completamento dello screening. CI95%: intervallo di confidenza al 95%; _cons: costante del modello.

FOLLOW-UP 2				
		Coef.	<i>p value</i>	C.I. 95%
Follow-up eseguito	Strutture (N°)	-0,068	0,754	-0.4987175 - 0.3614335
	Accolti (N°)	-0,172	0,582	-0.7852975 - 0.4406625
	Accolti/Strutture	0,151	0,448	-0.2392112 - 0.5414192
	_cons	0,252	0,754	-1.325152 - 1.830199
Follow-up non eseguito	(base outcome)			
Follow-up non necessario	Strutture (N°)	-0,155	0,455	-0.5606088 - 0.2510598
	Accolti (N°)	0,239	0,415	-0.3358981 - 0.813815
	Accolti/Strutture	0,116	0,548	-0.2633792 - 0.4960886
	_cons	0,088	0,909	-1.432327 - 1.609395

Tabella 63: Variabili dei CAS associate al completamento dello screening dopo riclassificazione secondo i quartili delle stesse variabili. CI95%: intervallo di confidenza al 95%; _cons: costante del modello.

La medesima analisi è stata eseguita rispetto al periodo intercorso tra l'arrivo in Italia e la prima valutazione effettuata, al fine di valutare la tempestività sull'accesso alle cure: anche in questo caso, non sono state evidenziate differenze statisticamente significative tra le variabili di pertinenza dei CAS di provenienza, anche dopo riclassificazione secondo i quartili delle stesse variabili (Tabella 64).

TEMPESTIVITA' NELL'ACCOMPAGNAMENTO			
1	Coef.	<i>p value</i>	C.I. 95%
Strutture (N°)	-0,037	0,365	-0.1175146 - 0.0433471
Accolti (N°)	0,0003	0,899	-0.0057567 - 0.0065483
Accolti/Strutture (media)	0,004	0,477	-0.0075672 - 0.0161721
_cons	7,094	0,000	5.307184 - 8.882254
2			
Strutture (N°)	0,447	0,523	-0.928875 - 1.823662
Accolti (N°)	-1,631	0,112	-3.643737 - 0.3815142
Accolti/Strutture (media)	-0,479	0,466	-1.773268 - 0.8136482
_cons	10,11	0,000	4.765582 - 15.45496

Tabella 64: Variabili dei CAS associate alla tempestività nel sottoporre a screening un migrante afferente al centro. Riquadro 2: Riclassificazione secondo i quartili delle stesse variabili.

STORIE E TORTURE

Nessuno parla con me, mi chiedono solo come sto, sapendo che non ho una risposta, perché non ho l'energia per rispondere. Fanno finta di parlare, ma non parlano, fanno il loro lavoro che non è parlare. Parlare non è un lavoro, tranne che per i politici che prendono decisioni e fanno le guerre e chiudono ospedali e montano tende e infrangono sogni. Infermiere, medico, tu, tutti...Parlate con me, non voglio altre medicine che non siano parole. Voglio sentirvi vicini, voglio il vostro contatto. Ce l'ho solo quando vi interessa la mia pressione arteriosa.

MARTIN CAPARRÓS. *La fame.*

Nel capitolo introduttivo abbiamo approfondito i fattori che possono portare una persona a scegliere o spesso obbligano a migrare. Nel caso delle migrazioni forzate nella maggior parte dei casi le cause che ne spiegano le ragioni possono essere molteplici e le persone a volte non ne sono consapevoli o vogliono/tendono a dimenticarle, poiché è molto doloroso ricordare tali violenze, umiliazioni, ricordi (1). La letteratura e la giurisprudenza internazionale condanna ormai da molti anni quanto sta accadendo in Libia (9,310,311): "Chi fugge dall'Africa muore anche di fame, adesso, non solo per le bombe. Non capisco la distinzione tra immigrati che vengono da paesi in guerra e immigrati che provengono da quelli dove c'è una situazione economica che è drammatica. Ebrei nei lager: è questa la sensazione che ho avuto io a vedere sbarcare persone malnutrite, che ci hanno raccontato come tanti di loro siano deceduti in Libia di fame e di sete (...). Mi è sembrato di tornare indietro di sessant'anni. Quel ragazzo sembrava venir fuori da Auschwitz, uno scheletro con un sistema immunitario ridotto ai minimi termini"; questa è la descrizione fatta dal Dr. Roberto Ammatuna (Sindaco di Pozzallo e Responsabile del Pronto soccorso dell'Ospedale omonimo) riguardo a un giovane eritreo deceduto per cachessia dopo 24 ore dall'arrivo in Italia, stremato da un anno e mezzo di soggiorno in Libia (36). Le storie raccontano di abusi, violenze psicologiche e fisiche riguardanti sia donne che uomini, torture degne di campi di concentramento tedeschi o delle celebri "tigri di Arkan" che hanno spadroneggiato durante le guerre nell'Ex-Jugoslavia (312). Lo stesso Zeid Ra'ad Al Hussein, Alto Commissario delle Nazioni Unite per i diritti umani ha dichiarato, dopo aver visitato quei luoghi: "sono rimasto scioccato da ciò che ho visto: migliaia di uomini denutriti e traumatizzati, donne e bambini ammassati gli uni sugli altri, rinchiusi dentro capannoni senza la possibilità di accedere ai servizi più basilari. L'Europa non ha fatto nulla per ridurre gli abusi perpe-

trati sui migranti. E la politica della UE che consiste nell'aiutare la guardia costiera libica a intercettare e respingere i migranti è disumana. La comunità internazionale non può continuare a chiudere gli occhi sugli inimmaginabili orrori vissuti dai migranti in Libia e pretendere che si possa porre rimedio a questa situazione migliorando le condizioni di detenzione. La sofferenza dei migranti detenuti in Libia è un oltraggio alla coscienza dell'umanità" (36). Parole istituzionali molto dure, pronunciate ormai qualche anno fa, che non hanno sortito molta fortuna: ne è una testimonianza la recente approvazione da parte del nostro Governo di un importante finanziamento versato alla Guardia Costiera Libica. Nell'ottica di esternalizzare sempre di più i confini di Italia ed Europa, nel 2017 il Governo guidato dal Premier Gentiloni aveva infatti firmato il memorandum "cooperazione nel campo dello sviluppo, del contrasto all'immigrazione illegale, al traffico di esseri umani, al contrabbando e sul rafforzamento della sicurezza delle frontiere", condannando così le persone soggiornanti in Libia a rimanerci in campi-luoghi adibiti (64).

Durante la mia attività clinica e di ricerca ho condotto delle brevi interviste a persone che avevano avuto accesso all'Ambulatorio. Comprensibilmente la stragrande maggioranza dei ragazzi e ragazze che ho avuto modo di incontrare non ha voluto aprirsi immediatamente e soprattutto raccontare quanto patito in Libia o nella propria patria. In alcuni casi, durante il ricovero ospedaliero, avendo più tempo a disposizione e soprattutto facendo tesoro di quanto imparato durante il mio percorso (principalmente gli insegnamenti del Dr Monteiro durante l'esperienza maturata nell'Ospedale di Negrar), sono riuscito a condurre dei veri e propri colloqui con queste persone. Ho utilizzato un metodo non strutturato per queste conversazioni-interviste, cercando di creare relazioni di scambio reciproco, raccontando e mettendomi in gioco in prima persona, favorendo la conoscenza della persona che avevo davanti prima di porre vere e proprie domande.

Nell'affrontare questo tipo di popolazione è dirimente conoscere se, quanto e come la persona abbia soggiornato in Libia. Nel caso di migranti giunti tramite corridoio umanitario sarà fondamentale l'eventuale provenienza da campi per rifugiati, mentre per coloro che sono giunti tramite la rotta balcanica è indispensabile sapere il percorso migratorio e le zone eventuali di stazionamento.

Verranno di seguito presentate alcune storie.

A.P., originario della Nigeria, raggiunge l'Italia a 33 anni, dopo un soggiorno di circa 1 anno in Libia. Durante tale periodo è riuscito a lavorare, ma solo in lavori scadenti e sottopagato e soprattutto è stato sottoposto a ogni tipo di sfruttamento. Per un periodo di 6 mesi è stato rapito e tenuto prigioniero in una zona rurale nel deserto libico,

come ostaggio; solo quando i propri parenti e amici sono riusciti a inviare il denaro necessario, è riuscito a ritornare sulla costa libica e finalmente a partire per l'Italia.

A.O, 20 anni, è scappato dalla Nigeria dopo essere stato torturato. Giunto in Italia, dopo un breve soggiorno in Libia, riporta i segni della tortura sulla cute del dorso e rachide; inoltre quanto subito gli ha fatto sviluppare una condizione di depressione, attualmente in farmaco-terapia con saltuari episodi di cefalea (Fotografia 1).



Fotografia 1: Segni di tortura su rachide e dorso.

B.A., 19 anni, è originario della Guinea Conakry ed è giunto in Italia dopo un viaggio di 2 anni circa. In Libia ci è rimasto per 4 mesi, subendo diverse violenze che hanno comportato lo sviluppo di una cefalea cronica, poi trattata come emicrania e in follow-up neurologico.

B.B., arrivato dal Camerun a 25 anni dopo 2 anni di percorso migratorio, ha soggiornato in Libia per 3 mesi; in seguito alle violenze subite ha accusato una dislocazio-

ne/lussazione di spalla destra. Inoltre, in considerazione delle scarse condizioni igieniche durante l'attraversata del mare, ha sviluppato scabbia, trattata allo sbarco.

B.A., originario del Ghana, è arrivato in Italia a 19 anni, dopo 2 anni dalla partenza. Ha soggiornato per quasi due anni in Libia, in condizioni abitative estremamente precarie. E' stato percosso in tale paese, riportando cicatrici da arma da taglio a livello del cuoio capelluto e al polso sinistro; infine riporta prurito intenso da prima della partenza via mare.

C.A. giunto in Italia a 26 anni, è scappato dalla Costa D'Avorio dopo essere stato torturato, riportando un trauma cranico e una frattura del polso destro con conseguente deformazione ancora presente. Successivamente in Libia è rimasto un periodo limitato di tempo, ma è stato in prigione: in tal sede ha sviluppato diversi episodi di gastroenterite e una cefalea persistente.

C.M.L., proveniente dalla Guinea Conakry, a 20 anni arrivato in Italia. Rimasto in Libia per 12 mesi, dove è stato sottoposto a percosse in più occasioni, riportando addominalgie saltuarie.

D.O., 22 anni, è fuggito dalla Guinea Conakry dopo essere stato posto in regime detentivo e sottoposto a tortura. Da allora soffre di toracalgie a sinistra che peggiorano al movimento e alla digito-pressione.

Il padre di D.D.R. è deceduto quando aveva circa 2 anni. Di origine camerunense e cristiana, questa giovane donna appartiene al gruppo etnico yabassi e cresce con tre fratelli e due sorelle; promessa in sposa dalla nonna a un uomo molto più vecchio di lei, quest'ultimo muore prima del matrimonio, per cui diviene la seconda moglie del fratello più grande di lui, musulmano. Hanno quattro figli, di cui una deceduta verosimilmente per insufficienza respiratoria da bronchite trattata con medicine non convenzionali, senza recarsi presso l'Ospedale. Le viene proibito di studiare e di vivere in libertà; alla morte del capo villaggio, la comunità offre la possibilità al marito di prendere il posto di comando, ma a patto che lei compia dei sacrifici. Rifiutando, viene segregata in casa dalla famiglia del marito, le viene proibito di vedere i figli e subisce ogni tipo di violenza al fine di convincimento; dopo un tentativo di evasione, viene persino incatenata fino quando le sue condizioni di salute peggiorano e viene trasportata presso l'Ospedale. In tale occasione è obbligata a subire una sterilizzazione tubarica; al rientro al domicilio scopre che il marito ha abusato anche della figlia e pertanto decide di scappare in Benin aiutata da un'amica. Solo dopo essere riuscita a raccogliere la giusta quantità di denaro, riesce a pagare per attraversare il deserto e arrivare in Libia, dove

però viene trasportata direttamente in prigione. Li subisce violenze ma in considerazione del fatto che sviluppa IA sintomatica, riesce a non essere avviata alla prostituzione. Con un'amica finalmente riesce a scappare e ad imbarcarsi verso l'Italia, dove arriva all'età di 36 anni. Viene subito ricoverata in un Ospedale in Sicilia e successivamente destinata a un CAS del nord Italia. E' seguita da un Servizio di Psicologia e risulta affetta da IA, in polifarmaco-terapia. Necessita di sedativi per dormire la notte. Presenta a livello di tutto il corpo esiti cicatriziali di ferite lacero-contuse e da compressione, condizionanti dolore e limitazione funzionale (specialmente all'arto superiore destro).

D.S. dalla Costa D'Avorio, è arrivato in Italia a 23 anni; pur rimanendo per poco tempo in Libia (2 mesi), è stato sottoposto comunque a torture, per fortuna senza residui.

D.K. giovane di 18 anni, proveniente dal Mali dopo un viaggio di un anno. Durante l'attraversata in mare ha subito diverse aggressioni con percosse anche al volto da parte di persone munite di bottiglie. Dopo tali percosse ha sviluppato un ipovisus a sinistra con dolore oculare omolaterale persistente.

D.A. originario della Guinea Conakry, ha compiuto un viaggio relativamente breve (4 mesi), soggiornando unicamente due settimane in Libia. Giunto in Italia a 29 anni, è riuscito ad arrivare in Germania; dopo circa un anno, in seguito all'applicazione del Regolamento di Dublino III, è stato rinvio in Italia. Era scappato dal suo paese in seguito a torture, violenze fisiche/psicologiche e percosse con il calcio di fucile, condizionanti un trauma rachideo che ha necessitato di un ricovero ospedaliero per approfondimenti.

E.O., arrivato in Italia minorenni, proveniente dalla Nigeria, ha soggiornato in Libia per circa 6 mesi. Durante tale periodo è stato vittima di tortura, lamentando rachialgie lombari persistenti e mostrando esiti di fratture al metacarpo destro e al I raggio della mano sinistra.

E.D. ha effettuato un viaggio abbastanza breve, circa 6 mesi, a partenza dalla Nigeria e arrivando in Italia all'età di 33 anni. La sua permanenza in Libia di 4 mesi è stata caratterizzata da violenze fisiche e percosse in più occasioni, riuscendo però a non essere incarcerato.

E.M., arrivato in Italia minorenni, è partito dalla Nigeria, ove ha riportato delle lesioni da scoppio di mina ai piedi bilateralmente.

F.M., 18enne giunto dal Mali, racconta unicamente episodi di percosse durante il soggiorno in Libia di circa 12 mesi, senza essersi trovato in prigione.

F.A., siriano, arrivato in Italia a 33 anni tramite la rotta balcanica, è scappato durante l'inizio della guerra civile. Riporta un'amputazione della gamba destra in seguito a scoppio di mina, che ha necessitato di correzione chirurgica tramite mezzi di sintesi femorali. Durante il successivo soggiorno in Libano come RPI, in seguito a caduta accidentale ha riportato ulteriore frattura all'epifisi femorale omolaterale, sottoposta a revisione chirurgica.

F.A., originario della Costa d'Avorio, è arrivato appena maggiorenne. In Libia ha trascorso 9 mesi, ove è stato sottoposto a lavori forzati e detenzione per alcune settimane.

H.M., 18enne, proveniente dal Senegal, ha soggiornato in Libia unicamente per due mesi. E' scappato dal paese nativo dopo una lite violenta culminata in uno scontro con armi da fuoco che ne ha determinato il ferimento a un gluteo. Residua infatti ancora la pallottola (Radiografia 1).



Radiografia 1: Radiografia del bacino che mostra la ritenzione di corpo metallico nel gluteo destro.

H.A.S.P., di origine pakistana, tra i più anziani alle nostre valutazioni, è giunto in Italia tramite la rotta balcanica a 46 anni. Ha compiuto la prima parte del viaggio con mezzi di fortuna, mentre dalla Grecia ha percorso la strada a piedi: il viaggio è durato in tutto oltre un anno. In Bosnia Erzegovina ha soggiornato in alcuni campi improvvisati per transitanti, ma soprattutto in quello informale presente a Velika Kladuša (313,314,315). In tale occasione è stato sottoposto a diversi maltrattamenti fisici. Al suo arrivo in Italia è stato ricoverato immediatamente nell'Ospedale di Trieste per cachessia e scadimento delle condizioni generali. In tale occasione è stato anche trattato per la scabbia, acquisita in una delle stazioni di soggiorno sovraffollate in cui aveva dormito in precedenza.

I.S. 31 anni viene dalla Nigeria, che ha abbandonato dopo aver subito diverse violenze fisiche, esitate in evidenti cicatrici cutanee diffuse su tutto il corpo (Fotografia 2).



Fotografia 2: Segni di tortura a livello dell'arto inferiore di sinistra.

J.M. è originario del Gambia ed è arrivato in Italia appena maggiorenne. Ha attraversato a piedi e con mezzi di fortuna diversi paesi (Senegal, Mali, Burkina Faso, Niger), fino

ad arrivare in Libia, dove ha soggiornato per 1 anno e mezzo. In questo periodo è stato sottoposto a tortura, riportando la frattura del bacino e all'omero destro (ove presenta vasta cicatrice al gomito).

K.Y.A. proveniente dalla Costa d'Avorio, ha lasciato il suo paese nel 2011, è stato 4 anni in Burkina Faso; successivamente, dopo breve permanenza in Niger, è arrivato in Libia nel settembre 2016, dove è rimasto per circa 9 mesi ed è stato sottoposto ai lavori forzati, violenze fisiche e detenzione in prigione per circa 6 mesi. Arriva in Italia all'età di 19 anni.

K.L., nato nel 1998, proviene dalla Costa D'Avorio ed è arrivato in Italia nel 2016. Ha abbandonato il proprio paese dopo essere stato sottoposto a percosse, per cui ora non riesce più a dormire sul fianco.

M.Y. giovane di 18 anni, parla solo lingua araba. Viene dall'Eritrea ed è fuggito in seguito a scontro armato: in regione pre-tibiale destra al terzo medio mostra un esito cicatriziale da pregresso colpo di arma da fuoco.

M.S.F., 27 anni, proveniente dal Senegal. Accusa persistenza di dolori addominali in seguito a percosse avvenute durante soggiorno in Libia.

Per la seguente storia devo ringraziare Antonella Torchiaro, Collega ma soprattutto amica e compagna di battaglie, conosciuta e frequentata tramite la SIMM. Rappresenta una storia esemplificativa di quanto non dovrebbe mai accadere, ma ahimè succede troppo spesso nel campo dell'accoglienza.

“N. è sbarcata in una città del profondo sud italiano d'estate. Veniva dalla Somalia, non abbiamo mai saputo la sua data di nascita, ma non avrà avuto più di 25 anni. Era magrissima, defedata. Gli occhi grandi, il capo malamente coperto a tutela della dignità che ancora voleva conservare, nonostante tutto. Dal suo corpo esilissimo il ventre rigonfio di vita sporgeva e lei non lo portava con vergogna, né con orgoglio, ma sempre con grazia, quella sì. Ero il Medico dell'unico ambulatorio transculturale della città in quel periodo e mi chiamarono quando lei, che era stata già ricoverata per qualche settimana nel reparto di Ginecologia, venne trasferita nel reparto di Malattie Infettive. Fu proprio l'Infettivologo a chiamarmi quella sera: “Questa ragazza ha l'AIDS, ma gli aspetti che hanno più bisogno di controllo in questo momento sono il suo stato di gravidanza ed entrarci in relazione. Rifiuta di alimentarsi, rifiuta la terapia, rifiuta di parlare. In Ginecologia non la vogliono perché è infettiva, ma io qui non so come

comportarmi. Mi serve una mano, puoi attivare la mediazione e la consulenza psicologica? Parla solo somalo...”.

Andai ad incontrarla: era esilissima, sarà stata anche bellissima prima di allora. Provai a dirle qualcosa, si fece avvicinare e rispose un po' al mio inglese. Poi fissò lo sguardo in un punto oltre di me e sparì... tra alti e bassi a volte mangiava, altre no. A volte parlava, altre no, ma comunque sempre solo con le donne, raramente con gli uomini. A volte qualche risposta in inglese, spesso in somalo. Non aveva nessuno, non si sapeva nulla di lei, della sua storia. Solo una sua compagna di sventura, sbarcata con lei, raccontò che erano state insieme in Libia e che avevano subito violenze. Lei era partita con qualcuno ma nel viaggio, in Libia, era rimasta sola.

Tornai ancora un paio di volte e mi impegnai per cercare di capire meglio la situazione e le possibilità. Nel bene e nel male, io e il mio servizio non fummo i soli ad essere chiamati in causa.

Iniziò un grande circo intorno a lei... un circo di servizi attivati che si rimpallavano tra di loro, di “mediatori”, psicologi, specialisti di ogni sorta e poi la Questura e ancora i Servizi Sociali, il Centro anti violenza e il Centro di accoglienza per richiedenti asilo (CARA), soprattutto i “servizi alla persona” del CARA. Tra tutti, fu valutato che a loro in particolare spettava la responsabilità della così detta “presa in carico” e del coordinamento. Con la mia équipe valutammo, ad un certo punto, di sottrarci a quel circo, di non alimentare la confusione continuando, per quanto possibile, a monitorare “da lontano” la sua storia. Assistei, però, solo al primo colloquio per presentare la ragazza alla nuova *equipe* che l’avrebbe seguita: Psicologa, Assistente sociale, “interprete” uomo somalo e “interprete” uomo arabo/italiano. Fu difficilissimo decidere di andar via, fidarmi che quello sarebbe stato il meglio per lei e che “ognuno avrebbe dovuto prendersi le sue responsabilità”.

Quali responsabilità? E cosa avrei potuto fare, cosa avremmo potuto o dovuto fare di meglio, di diverso? Avremmo potuto?

Quel colloquio mi lasciò l’amaro in bocca. N., tranquilla (per quello che riusciva ad essere) fino ad un momento prima, quando il ragazzo somalo entrò in stanza, si irrigidì, iniziò a fissare il vuoto. Per provare a cercare un contatto visivo con lei, il ragazzo le toccò il braccio, poi la fronte parlandole in somalo. Mi sembrava evidente che lei stesse come cercando di uscire dal suo corpo, di allontanarsi da noi. Iniziò ad urlare da immobile, diceva in somalo di vedere serpenti, che dentro di lei aveva un mostro che quel mostro era una punizione e che desiderava solo la morte. Non riuscii a non intervenire e dissi che non mi sembrava opportuno niente di quello che stava accadendo, soprattutto che a condurre il colloquio fosse solo un ragazzo che per di più aveva un contatto fisico evidentemente non gradito. Mi fecero allontanare per parlare con la responsabile del CARA e quando rientrai stavano cantando versetti del corano, N. li ripeteva a memoria e quando terminarono lei riprese a gridare e dire che voleva

morire. Dopo quell'incontro, seppi che ogni tanto gli operatori accompagnarono l'amica che aveva fatto il viaggio con lei (ospite del CARA) a trovarla, concedendole di restare in stanza anche per tutto il giorno. Questo, a quanto pare, la tranquillizzava e con lei era riuscita anche a riprendere l'alimentazione ed accettare la terapia. Giorni dopo la situazione precipitò: l'equipe del CARA non si vedeva da giorni, nè tanto meno l'amica della ragazza (pare fosse stata traferita o comunque impossibilitata a tornare in ospedale); la ragazza rifiutava tutto da giorni e gli psichiatri non si prendevano la responsabilità di una contenzione farmacologica, nè di un intervento farmacologico a scopo terapeutico, visto lo stato di gravidanza. Fui chiamata da uno degli infettivologi del reparto che aveva avuto ordine dal suo primario di contenere fisicamente Neima per somministrarle la terapia e l'alimentazione parenterale. L'infettivologo, però, si rifiutava: "io questa ragazza non la lego! Non dovrebbe stare qui, se fosse accolta in un luogo più accogliente, con delle donne a prendersi cura di lei sono sicuro che si comporterebbe diversamente. E' terrorizzata, ha solo tanta paura". Il Primario dal canto suo: "Si deve alimentare altrimenti rischiano la vita sia lei che la creatura che porta in grembo. Anche a me l'idea di legarla non piace, ma è per il suo bene".

Alla fine N. morì. I ginecologi le fecero dare alla luce la sua bambina che lei già non c'era più; gli infettivologi pensarono alla terapia del caso. Le associazioni si impegnarono ad un rito funebre misto: cattolico e musulmano. Cattolico perché siamo in Italia e musulmano perché in Somalia si fa così. Ma, a parte l'interprete somalo del CARA (che, tra l'altro, era un ospite del centro!), nessun somalo venne mai interpellato, mai nemmeno rintracciato. Io stessa provai a cercare qualche membro della comunità somala, ma non c'era traccia di loro in città. Riuscii a rintracciare solo una donna mediatrice somala in regione da anni che però non fu disposta a venire fino in città senza una paga adeguata.

Al rito funebre però la comunità somala arrivò. La notizia della morte di N. arrivò fino a loro, che soggiornavano in qualche città limitrofa: furono capaci non solo di offendersi per il rito inappropriato, per il sacrilegio del corpo che non era stato adeguatamente trattato (non secondo le loro usanze e i loro riti), ma anche di compiere un miracolo. Ruscirono, tramite sms e mail, a rintracciare lo zio di N. che vive in Regno Unito e da mesi non aveva notizie di lei. Lui la stava aspettando, ma non aveva avuto più notizie dalla partenza dalla Libia, dopo averle inviato i soldi necessari a passare il mare per arrivare in Italia. In questo modo si scoprì che N. era diretta verso lo zio. Non era partita senza meta, senza un perchè, allo sbaraglio come spesso, più o meno consapevolmente, pensiamo.

La sua bambina non è sieropositiva, è sana e aspetta il termine delle procedure di affido a suo zio. Riuscirà a vivere nella terra promessa dove sua madre sognava di arrivare. Forse non saprà mai l'orrore che sua madre ha provato o forse sì, forse lo sentirà in un punto sordo della sua anima.

Analizzo questa vicenda da quando l'ho vissuta e non smetto di pensarci. La biomedicina è stata capace degli unici successi evidenziabili, sicuramente degni di nota: la vita salva della bambina e la sua buona salute. Ma il resto, ossia le politiche in primis e poi l'organizzazione di tutto il carrozzone dei servizi e degli attori in campo (sanitari e non, istituzionali e del privato sociale) hanno miseramente e drammaticamente fallito, anche se forse con degli sprazzi di buone intuizioni.

Ci siamo approcciati a questa donna e alla sua storia decontestualizzandola, come se fosse sola, senza passato e senza futuro. A noi, a me resterà per sempre l'incompiutezza di non essere stati capaci di prenderci cura davvero e non per una di mancanza di risorse, ma (e forse è peggio) per una mancanza di metodo, di relazione, di coordinamento delle figure e (soprattutto) per una inadeguatezza, una incompetenza transculturale e organizzativa.”

O.V. nigeriana di 20 anni, ha partorito solo due mesi prima di partire dalla Libia una piccola bimba ed ha affrontato l'attraversata del Mar Mediterraneo sola insieme a lei. In Nigeria è stata sottoposta a mutilazione genitale femminile di tipo parziale.

O.P. nigeriano, giunto in Italia a 31 anni, ha soggiornato dapprima in Niger per 1 mese e successivamente in Libia per 6 mesi. Durante tale periodo ha lavorato come muratore/carpentiere, ma è stato anche posto in regime detentivo per circa 1 settimana e una volta è stato sottoposto a percosse.

O.I, ragazzo nigeriano del 1988 è giunto in Italia nel 2017. Al momento della visita riferisce di aver avuto una malattia allo stomaco: “per diverso tempo mi ha fatto male la pancia”. Si è così affidato agli anziani del proprio villaggio, che l'hanno curato secondo le loro pratiche (Fotografia 3).



Fotografia 3 Esiti di trattamenti non occidentali eseguiti in Nigeria.

O.O., nigeriano, è giunto a 30 anni in Italia dopo un viaggio della durata di 18 mesi circa, durante i quali per 1 anno e qualche mese ha vissuto in Libia; 6 di questi mesi passati in prigione. E' stato sottoposto a percosse nel regime detentivo, condizionante numerose cicatrici cutanee.

O.V. 23 anni, nigeriano, durante il soggiorno in Libia ha subito dei maltrattamenti e pestaggi dopo i quali ha notato di non vedere bene dall'occhio destro più che dal sinistro. Giunto in Italia, ha eseguito alcuni accertamenti a Mantova con rilievo di panuveite localizzata unicamente a destra. E' stato in seguito rivalutato con riscontro di vitreo

opacato con una corioretinite multifocale con voluminoso granuloma attivo in periferia orale ore 9 con evidenti segni di trazione vitreo-retinica.

O.G. 27 anni, origine nigeriana, in Italia dal giugno 2017. Ha trascorso 2 mesi in Libia dove è stata sottoposta a violenze e costretta alla prostituzione. Si è sottoposta a due IVG e ha una figlia di 7 anni in Nigeria.

S.M. 19 anni; in Costa D'Avorio ha riportato un trauma al ginocchio durante delle percosse subite in una manifestazione pubblica a favore dei diritti di Lesbiche, gay, bisessuali, transessuali (o trans), intersessuati (o intersessuali) (LGBTI). In precedenza era stata sottoposta a clitoridectomia. Ha poi affrontato il viaggio, scappando da possibili ripercussioni, attraversando Mali, Algeria e Libia.

Z.R. 27 anni, proveniente dalla Costa D'Avorio, è arrivata in Italia alla fine del 2016 dopo viaggio attraverso Mali e Algeria; successivo soggiorno di circa un mese in Libia dove è stata sottoposta a multiple violenze anche di tipo sessuale, in regime detentivo per 2 settimane. Dopo queste esperienze ha sviluppato problemi agli occhi (non vede bene da lontano, lacrimazione frequente, comparsa di cefalea che lei riferisce essere correlata al problema oculare). Sul proprio corpo mostra multiple piccole cicatrici diffuse da pregressi traumi.

A.J. 23 anni, di origine ghanese, è arrivato in Italia passando per Burkina Faso, Mali, Niger e Libia, dove ha soggiornato per 1 mese ed è stato sottoposto a percosse: per tale motivo riporta un dolore importante all'orecchio sinistro irradiato all'occhio omolaterale.

T.I. 24 anni, di origine somala, è arrivato in Italia dopo un soggiorno in Etiopia, Sudan e infine Libia: 10 mesi in cui ha subito diversi traumi condizionanti numerose cicatrici di tipo cheloide diffuso a tutto il corpo.

S.A. nato nel 1993 in Costa D'Avorio, è arrivato in Italia nel 2017, passando attraverso il Niger e soggiornando in Libia per 7 mesi. Qui è stato in prigione e sottoposto a percosse in più occasioni; soffre saltuariamente di dolore al fianco sinistro.

S.M. arrivato ventenne in Italia dal Senegal, ha dovuto soggiornare in Libia per 10 mesi. Lamenta dolore in fianco sinistro, dove è stato percosso in Libia.

S.K. nata nel 1986 in Costa D'Avorio, è scappata dal proprio paese dopo essere stata obbligata a sottoporsi a mutilazione genitale femminile. Ha attraversato Burkina Faso,

Niger e Libia, dove ha trascorso 4 mesi, prima di arrivare in Italia all'età di 30 anni. In patria è stata trattata per TB a localizzazione polmonare per 6 mesi. Giunta in Italia è stata ricoverata a Verona per epatite cronica HBV-relata e sottoposta ad asportazione di neoformazione ovarica destra, risultato "tumore cellule della granulosa".

T.A. 25 anni, proveniente dalla Guinea Conakry, è arrivato nel 2017 in Italia dopo aver attraversato Mali, Burkina Faso, Niger e Libia, dove è rimasto per 3 mesi; è stato in prigione e torturato. Mostra esiti di trauma piede sinistro.

T.A., originario della Guinea Conakry; partito dal suo paese a dicembre 2016, ha attraversato Burkina, Niger e Libia dove è rimasto circa 2 mesi e mezzo. Riferisce di aver ricevuto percosse ma non sarebbe stato sottoposto a violenze di tipo sessuale. All'arrivo in Italia ha effettuato test per HIV risultato positivo, anche se lui ha difficoltà ad accettarlo. È stato ricoverato per un'ernia ombelicale di medie dimensioni che ne ha richiesto la correzione chirurgica.

O.V. 23 anni e O.B. 25 anni, sono entrambi nigeriani. Quest'ultimo aveva intrapreso la carriera politica e aveva molti desideri in merito. Lei invece, si limitava a lavorare in farmacia e non vedeva l'ora ogni pomeriggio di tornare dai propri due figli. Nel 2014 lui decide che è ora di svoltare e cerca di cambiare le sorti del suo territorio: partecipa attivamente a una manifestazione cittadina, prendendo anche parola sul palco. Probabilmente il suo discorso non viene gradito a tutti i suoi concittadini, tanto che una comitiva di persone, monta su due pick-up che sgommando entrano in casa loro, rifacendosi sulla moglie: viene sottoposta a un interrogatorio tra varie forme di violenza (fisiche, psicologiche e sessuali); viene quasi amputata di mano destra con l'utilizzo di un machete. Solo grazie all'intervento di alcuni vicini di casa riesce ad avere salva la vita. A questo punto la coppia si rende conto che la loro città non è più sicura e scappano, lasciando i figli ai genitori di lui. Lei soffre ancora di insonnia e di PTSD, comportandole irrequietezza costante, artromialgie diffuse e amnesie transitorie.

CREAZIONE DI UN LIBRETTO SANITARIO

L'idea di un medical booklet o passaporto medico nasce dall'esperienza che ho vissuto nell'estate del 2016, subito dopo il conseguimento del titolo di Specialista in Malattie Infettive. Durante tale periodo mi sono ritrovato a scrivere queste poche parole che vorrei ricordare anche in questo contesto:

“L'Europa è quello che ho sempre sognato: la libertà, la circolazione delle genti e delle persone, la democrazia; ma più passa il tempo e più mi accorgo che mi sembra di essere rimasto in Siria. Mi ritrovo a dormire, mangiare e a vivere nello stesso modo, nulla è cambiato. Questa testimonianza, raccolta proprio ieri sera da un ragazzo con una emi-sindrome destra residuo di bombardamenti nella terra nativa, mi ha fatto molto pensare a come questi esseri umani vengono gestiti dalla Comunità Europea e dall'UNHCR. Noi qui a Chios stiamo dando tutto affinché davanti a noi questo non accada e che almeno, seppur per la durata di una visita medica, essi si sentano ancora cittadini del mondo, quali noi tutti siamo.”

Nell'estate 2016 svolgevo la mia attività di Medico Infettivologo con l'organizzazione internazionale Women and Health Alliance International (WAHA) sotto la supervisione dell'UNHCR nell'isola di Chios in tre campi per RPI, denominati Souda, Vial e Depethe. In questo contesto WAHA lavorava con altre associazioni come Croce Rossa, Praksis, Save the Children e Medicins du Monde. Uno dei tanti problemi riscontrati in quel contesto era rappresentato dal fatto che molte persone accedevano a un ambulatorio di un'associazione e successivamente ad un altro, senza un possibile controllo dei farmaci prescritti e consegnati. Questo avrebbe potuto portare a uno spreco di risorse, nonché a creare un "mercato" dei farmaci all'interno dei campi. Era impossibile anche risalire all'anamnesi del paziente, lasciata solo alla memoria degli operatori più saggi e dall'esperienza più duratura sull'isola: ogni volta che la persona accedeva a un ambulatorio diverso, doveva essere raccolta la sua storia clinica con relative eventuali allergie o altri farmaci assunti. Al fine di evitare tali problematiche ho contribuito ad elaborare un medical booklet che sarebbe stato stampato da UNHCR e distribuito a tutte le persone soggiornanti nei vari campi (Figura 15).

ter uniformare il servizio di prevenzione e cura di tale popolazione all'interno del territorio veronese, con l'intento di fornire uno strumento utile anche in un eventuale trasferimento della persona presso altre strutture nazionali o dopo una fuga della stessa. Ogni struttura presente sul territorio detiene un proprio database, utile alla raccolta e alla ricerca delle informazioni cliniche e socio-anagrafiche; il problema riscontrato è stato di un mancato collegamento tra le varie banche dati: risultava così frequente una prescrizione doppia se non tripla di esami (esempio tipico la radiografia del torace), che portava ad allungamento dei tempi di conclusione dello screening, un maggior carico per le strutture deputate, oltre che a un maggior rischio di dispersione e perdita al follow-up.

Partendo dall'esperienza maturata in Grecia, attraverso l'analisi delle informazioni sanitarie più importanti da raccogliere su ogni migrante, è stato perfezionato il modello greco, anche grazie al confronto con altre realtà ospedaliere, aziende sanitarie locali e organismi internazionali; queste informazioni sono state poi confrontate con quanto suggerito da varie linee guida nazionali ed europee (163,169). In letteratura e in diversi contesti internazionali inoltre esistono già altri esempi di "medical booklet": il libretto di certificazione vaccinale per viaggiatori internazionali dell'OMS, alcuni modelli prodotti e diffusi da organizzazioni internazionali (OIM) e infine alcuni esempi forniti da organizzazioni non governative (ONG), come Medecins du Monde ed Emergency^{jj}. Il lavoro è stato da me coordinato e si è svolto tra Medici Specialisti Ospedalieri (Specialisti in Malattie Infettive e Sanità Pubblica), Medici Volontari e Infermieri presso CE-SAIM, Medici Specialisti presso il Dipartimento di Prevenzione nel Servizio di Igiene e Sanità Pubblica territoriale e Stakeholders locali. Il lavoro di revisione e stesura è stato effettuato prevalentemente tramite strumenti informatici e riunioni locali avvenute tra luglio 2017 e dicembre 2017.

Abbiamo redatto così un libretto di 12 pagine, in lingua italiana ed inglese, strutturato in macro-capitoli (Figura 16):

- scheda anamnestica: cognome, nome, data di nascita, nazionalità, sesso, arrivo in Europa, telefono e compagnia nel viaggio (figli/genitori/amici/solitario);
- vaccinazioni indicando per ognuna se effettuata e in quale data: poliomielite, difterite, rabbia, pertosse, tetano, parotite, morbillo, varicella, rosolia, epatite A, epatite B, Bacillo di Calmette-Guérin (BCG), meningococco, pneumococco; eventuali allergie;

^{jj} Alcuni Modelli sono accessibili presso:

- http://www.who.int/ihr/IVC200_06_26.pdf?ua=1
- <https://www.behance.net/gallery/49457859/Medical-Booklet>
- https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/migrants/docs/personal_health_record_en.pdf

- screening generale per patologie, attraverso sierologie ed esami strumentali/ematici: emocromo, ECG, PAP-test, sierologie per HIV, HBV, HCV, lue e indagini per *Schistosoma* e *Strongyloides*); eventuale presenza di disabilità;
- screening per TB, indicando data ed esito delle indagini effettuate: RX del torace, test Mantoux/IGRA; eventuale terapia per LTBI con relative tempistiche;
- storia clinica per patologie croniche e interventi chirurgici;
- uno spazio per eventuali ricoveri e/o visite mediche in cui indicare le eventuali diagnosi e le terapie effettuate;
- storia ginecologica comprendente: gravidanze, aborti, figli-e viventi ed eventuale uso di contraccettivi; terapie in atto e le relative diagnosi.

SCHEDA SANITARIA
PERSONAL HEALTH RECORD

السجل الصحي الشخ يص



Scheda Anamnestica
Anamnesic Schedule

COGNOME:
FAMILY NAME: _____

NOME:
FIRST NAME: _____

DATA NASCITA:
DATE OF BIRTH: _____

NAZIONALITÀ:
NATIONALITY: _____

SESSO:
GENDER: _____

ARRIVO IN EUROPA:
ARRIVAL IN EUROPE: _____

TELEFONO:
MOBILE: _____

VIAGGIO CON:
TRAVEL WITH : FIGLI / **CHILDREN**

GENITORI / **PARENTS**

AMICI / **FRIENDS**

DA SOLO/ **ALONE**

Vaccinazioni Vaccinations

Polio:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Difterite: Diphtheriae:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Rabbia: Rabies:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Pertosse: Pertussis:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Tetano: Tetanus:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Parafite: Mumps:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Morbillo: Measles:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Varicella: Chickenpox	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Rosolia: Rubella:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Epatite A: Hepatitis A:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Epatite B: Hepatitis B:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
BCG:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Meningo:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Pneumococco: Pneumococcal:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	Date
Allergie Allergies:	<input type="checkbox"/> Si/ Yes	<input type="checkbox"/> No

General Screening

TEST	DATA DATE	ESITO RESULT	TERAPIA TREATMENT
ECG			
PAP-Test			
HIV Test			
HBV Test			
HCV Test			
Sifilide Syphilis			
Emocromo			
Schistosoma			
Strongyloides			

Disabilità Physical impairment-disability

Screening TB

TEST	DATA DATE	ESITO RESULT
Mantoux		
Quantiferon-TB		
Rx torace X-ray chest		

Profilassi TB latente Latent TB treatment

FARMACI DRUGS	INIZIO START	FINE STOP
Rifampicina + isoniazide Rifampicin + isoniazid		
Isoniazide/ isoniazid		

Storia clinica Medical History

PATOLOGIA DISEASE	DATA DATE

Patologie croniche Chronic diseases

Interventi chirurgici Surgical interventions

TERZA PARTE

Questa terza parte riguarda il periodo dopo il mio spostamento in Lombardia e la necessità di trovare delle possibili soluzioni ai problemi riscontrati in un Ospedale pubblico. La mia esperienza presso un Centro di riferimento internazionale, come quello di Negrar, mi ha fatto sentire un privilegiato: avevo trovato percorsi già avviati e consolidati da anni se non decenni, metodi diagnostici multipli con un Laboratorio di Microbiologia in crescita, operatori sanitari dedicati e dediti alla causa e un tessuto sociale molto presente e radicato. Ora mi stavo trasferendo in “terra insubre”, politicamente e culturalmente molto distante dal mio progetto di ricerca. Al mio arrivo però ho trovato un’Unità Operativa molto preparata, disponibile ma soprattutto sensibile alla tematica. Non è mancato inoltre il supporto della Dr.ssa Barbara Menzaghi (Facente Funzione durante un primo periodo) e successivamente del nuovo Responsabile, Dr. Fabio Franzetti: entrambi hanno condiviso gli obiettivi miei e della Dr.ssa Pizzi (colei che aveva inaugurato l’Ambulatorio migranti), sostenendoci e promuovendo la nostra attività. Partendo da questo gruppo è stato possibile lavorare sul miglioramento della gestione dei RPI e sulla possibile creazione di strumenti atti a migliorarne l’accesso al SSN. Infine, come strumento di advocacy, è stato organizzato anche un evento formativo e di sensibilizzazione riguardo alla medicina delle migrazioni, in concertazione delle principali realtà territoriali dedicate alla tematica.

CREAZIONE DI UN AMBULATORIO MIGRANTI

Al di là della fame e della rabbia, il motore della nostra spedizione sarà la dignità ritrovata di chi prende in mano il proprio destino.

MAHMOUD TRAORE', *Partire*.

In Lombardia l'andamento della malattia tubercolare indica un'incidenza bassa e stabile negli ultimi anni; rispecchiando quanto avviene a livello nazionale, questo tipo di infezione interessa in prevalenza la popolazione straniera di età giovane-adulta e, in minor numero, italiani nell'età anziana (Grafico 20).

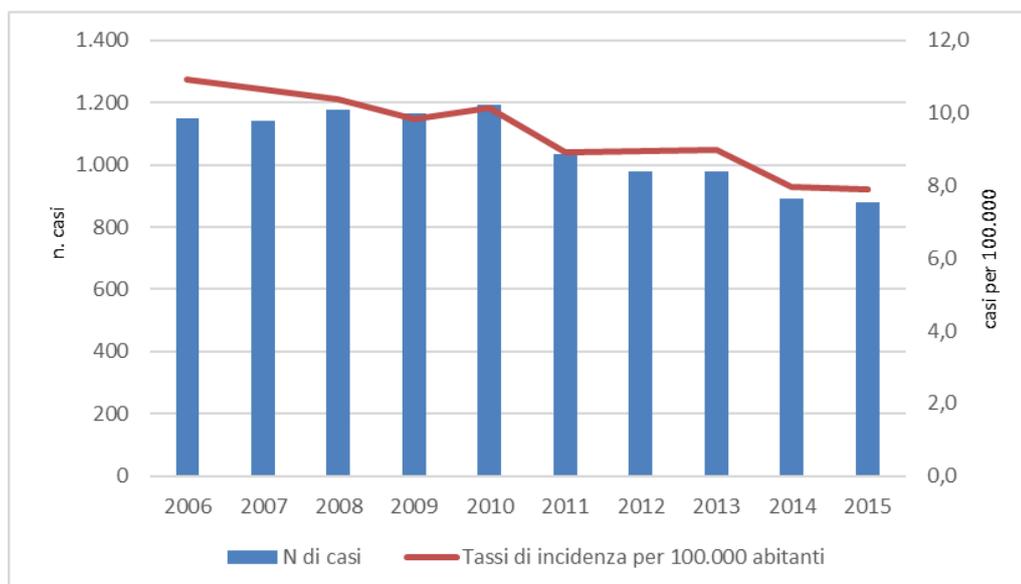


Grafico 20: Numero di casi e tassi di incidenza di TB in Lombardia dal 2006 al 2015 (320).

La riforma sanitaria regionale, ha creato le Agenzie di Tutela della Salute (ATS), che sostituiscono le Aziende Sanitarie Locali (ASL), e le Aziende Socio Sanitarie Territoriali (ASST), evoluzione delle Aziende Ospedaliere, definendone funzioni e competenze: a queste due strutture è dato il compito del controllo della sorveglianza per TB (321). L'ultimo aggiornamento in materia è il documento "Aggiornamenti su prevenzione dell'infezione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare in Regione Lombardia" che indica la sorveglianza attiva come principale strategia di controllo della TB in Lombardia (320). La presa in carico è garantita sia per gli stranieri iscritti al SSN sia per gli irregolari, raccomandando nei confronti di tutti i migranti al primo accesso nei Centri/punti di accoglienza:

- esecuzione di visite mediche e sorveglianza sindromica, con particolare riferimento a scabbia e tubercolosi;
- sorveglianza e controllo della TB;
- offerta delle vaccinazioni.

Ad ogni primo accesso dovrà essere pertanto compilata una scheda al fine di raccogliere dati socio-demografici e informazioni cliniche (Figura 17).

B.3 SCHEDA SORVEGLIANZA ANTITUBERCOLARE SOGGETTI A RISCHIO

Cognome _____ Nome _____

Sesso M F Nato/a il _____

Paese di provenienza _____

Domiciliato a : _____

TST Mantoux: data effettuazione _____ lettura _____

Score di rischio Tubercolosi = _____

A Dati socio-demografici e anamnestici	Score A	B Sorveglianza sindromica	Score B	Totale A +B
Incidenza Paese $\geq 50 \times 100.000$	2	Tosse ≥ 3 settimane	2	
Da meno di 5 anni in Italia	1	Sudorazione notturna	2	
Senza fissa dimora	1	Calo ponderale negli ultimi 3 mesi	2	
Casi di TBC tra i familiari/conviventi	4	Febbre	2	
Curato per TBC in passato	4	Dolore toracico	2	
Totale		Totale		

Inviare ad approfondimenti di 2° livello se score ≥ 5 anche con Mantoux negativa

Accertamenti già eseguiti: _____

Data _____ Operatore Sanitario _____

Figura 17: Scheda di sorveglianza per malattia tubercolare da sottoporre a soggetti a rischio.

Attraverso il calcolo dello score, se positivo e/o con sintomi sospetti, il paziente deve essere sottoposto a RX del torace: in caso di negatività, il soggetto, se destinato a una permanenza prolungata, verrà sottoposto a TST con possibile invio ad uno Medico Specialista per la presa in carico per proseguire iter diagnostico-terapeutico; in caso di

positività o di segni/sintomi compatibili per patologia attiva, la persona dovrà essere destinata il prima possibile verso un punto di Pronto soccorso. In caso di conferma di TB attiva, le ATS, in collaborazione con i vari Centri, dovranno garantire la corretta assunzione della terapia antitubercolare nonché il suo completamento.

Nei casi di screening di ITL, si deve seguire uno schema che comporta una valutazione iniziale sulla durata della permanenza del soggetto riservando l'effettuazione del TST ai soli RPI o comunque alle persone destinate a rimanere sul territorio per un periodo più o meno prolungato (Figura 18).

Figura 16. Diagramma di flusso dello screening tubercolare nei migranti richiedenti asilo politico o transittanti

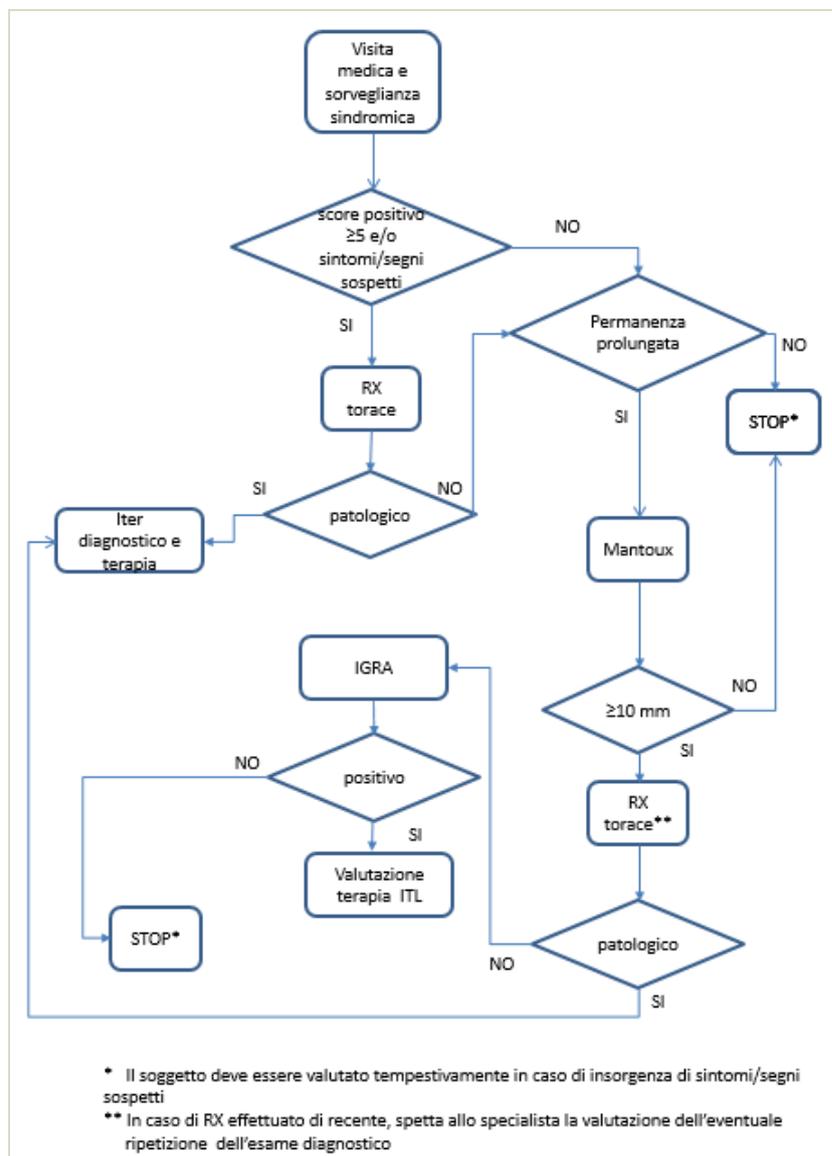


Figura 18: Diagramma di flusso per la presa in carico di RPI o migranti transittanti.

Il soggetto con TST positivo ($\geq 10\text{mm}$) deve essere sottoposto a RX del torace e, in caso di quadro patologico dello stesso, ad esami di approfondimento. Qualora il quadro radiografico fosse negativo per TB attiva, allora la persona verrà destinata a uno Specialista ospedaliero per la presa in carico: viene infatti proposto lo screening sequenziale (TST ed IGRA) per ITL per tutti i soggetti che rimangono sul territorio per un periodo di lunghezza utile al completamento delle procedure di screening e un trattamento di scelta con l'associazione di rifampicina e isoniazide per 3 mesi.

Da marzo 2017, in considerazione dell'aumentata richiesta da parte di ATS Insubria di screening di II livello per infezione tubercolare, è stato inaugurato un ambulatorio per RPI presso il Reparto di Malattie Infettive di Busto Arsizio. In questo setting il paziente accedeva dopo l'esecuzione di RX del torace e la positività riscontrata al TST e veniva quindi sottoposto ad esami ematici comprendenti emocromo con formula, funzionalità epato-renale, sierologia per HIV e test IGRA, seguendo le indicazioni regionali; in caso di riscontro di ITL, veniva proposto trattamento mirato privilegiando regimi farmacologici di breve durata (rifampicina-isoniazide per 3 mesi).

Da agosto 2018, dopo il mio arrivo come Dirigente Medico, si è voluto ampliare l'offerta di servizi. Sulla base di quanto svolto in precedenza presso l'IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria, seguendo le linee guida nazionali e regionali, è stata trasformata tale Struttura in un vero e proprio Ambulatorio per migranti, focalizzato su RPI, ma accessibile anche a irregolari e titolari di qualsiasi permesso.

L'obiettivo è stato quello di organizzare il percorso sanitario, la gestione clinica e la promozione di salute all'interno della popolazione migrante presente nel territorio di Busto Arsizio, Gallarate e Saronno. ASST-Valleolona è formata infatti dai Presidi Ospedalieri di Busto Arsizio, Gallarate, Somma Lombardo e Saronno. A partire dalla gestione di questo Ambulatorio, l'intento è stato quello di favorire percorsi di cura e diagnosi per il migrante tramite la costituzione di un possibile network interdisciplinare, in caso di bisogno, che ottimizzi la prevenzione e il trattamento delle eventuali patologie riscontrate; una delle ripercussioni è quella di evitare inappropriati accessi presso i Pronto soccorso del territorio e garantire un controllo sanitario mirato per questo tipo di popolazione.

All'interno di tale Struttura vengono svolte attività di prevenzione primaria e secondaria rivolte alla suddetta popolazione nonché proposte attività di formazione al personale sanitario e non e sensibilizzazione alla cittadinanza in un'ottica di Salute Pubblica.

Attualmente vengono presi in carico:

- Pazienti "immigrati regolarmente residenti": indichiamo con questa definizione operativa i cittadini stranieri stabilmente soggiornanti in Italia, occupati e assimilabili alla popolazione nazionale, salvo per la cittadinanza;

- Pazienti “immigrati in condizione di particolare vulnerabilità”: rientrano in questa ampia definizione tutti gli altri cittadini stranieri presenti nel territorio: RPI e cittadini stranieri privi di regolare permesso di soggiorno.

Questo Ambulatorio garantisce la presa in carico dei pazienti migranti attraverso percorsi di diagnosi e cura organizzati per specifiche patologie, specialmente se collegate a problematiche di origine infettiva o tropicale (esempio: infezione da micobatteri tubercolari e atipici, strongiloidiasi, schistosomiasi; infezione cronica da HIV ed epatiti croniche HBV- e HCV-relate; malattie tropicali e parassitarie), secondo le linee guida nazionali e regionali (99,137,163,210,320).

I pazienti possono accedere attraverso le seguenti modalità:

- attraverso segnalazione da parte di ATS Insubria nell’ambito dello screening per infezione tubercolare;
- prenotazione diretta da parte di CAS/SPRAR in caso di pazienti sintomatici o asintomatici, previa valutazione da parte del Medico del Centro o del MMG del paziente;
- segnalazione da parte del nostro Reparto dopo ricovero ospedaliero o da altri Reparti, Servizi od Ospedali in caso di consulenza;
- in modalità diretta, il paziente può prenotare direttamente il proprio appuntamento.

All’interno della nostra Struttura è presente anche una Farmacia gestita dal Personale Infermieristico, che, come altre Unità Operative di Malattie Infettive, dispensa farmaci anti-retrovirali e quelli per epatite cronica HBV- e HCV-relata. A differenza di altre strutture, è possibile anche dispensare la terapia antitubercolare e pertanto anche solo isoniazide o l’associazione isoniazide/rifampicina; in questo modo è possibile anche effettuare una Directly Observed Therapy (DOT), in casi selezionati. Da pochi anni inoltre è stato introdotto un Ambulatorio vaccinale per pazienti “fragili” affetti da cronicità seguiti in un reparto del nostro Nosocomio: questo permette ai migranti che lo necessitano, di poter essere presi in carico direttamente.

Viene qui di seguito descritto la procedura riguardante la presa in carico delle persone segnalate direttamente da ATS o dai centri di accoglienza: alla prima visita (screening) il paziente viene valutato clinicamente e sottoposto a visita medica con eventuale approfondimento ecografico, in caso di riscontri patologici o di sintomi, di eventuali distretti corporei: linfonodale, addominale, toracico.

Qualora non fossero stati ancora eseguiti, vengono prescritti ed eseguiti presso il nostro Punto prelievi, i seguenti esami ematici di approfondimento a seconda delle necessità cliniche:

1. Emocromo con formula, glicemia, AST, ALT, bilirubina totale e frazionata, creatinina, azotemia, LDH, CPK.

2. Markers per epatite B con ricerca di HBsAg, HBcAb e HBsAb.
3. Sierologia per HIV, lue e HCV.
4. Sierologia per *Schistosoma* spp se proveniente da zona endemica.
5. Quantiferon-TB (IGRA).
6. Se paziente sintomatico, esame coproparassitologico e uroparassitologico.
7. In casi sintomatici, eventuale aggiunta di INR, PCR, VES ed esami mirati a seconda delle necessità.

Al momento non siamo dotati della possibilità di far eseguire a paziente ambulatoriali la sierologia per *Strongyloides stercoralis*. Se non ancora eseguita in precedenza, viene prescritta l'effettuazione di una RX del torace in 2 proiezioni.

Nel caso in cui si verifichi che il paziente risulti sintomatico o asintomatico ma con fattori di rischio (partner multipli, nuovi partner, recente storia di MST, violenza sessuale) viene offerta la possibilità attraverso l'invio al Laboratorio dedicato di test diagnostici per infezione da *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae* e *Mycoplasma*.

Nelle pazienti di sesso femminile tra i 25 e i 64 anni è offerta la possibilità di prenotare all'ambulatorio ginecologico per eseguire prima visita e screening per carcinoma della cervice uterina (PAP-test).

Una volta avuti i risultati, si effettua la seconda visita medica e colloquio, con visione degli esami richiesti precedentemente. Vengono in seguito descritti i possibili scenari:

- Trattamento schistosomiasi

Consegna degli esami eseguiti durante screening, somministrazione della terapia e consegna della lettera della visita con indicazione a eseguire esami di follow-up ed eventuale prenotazione della successiva rivalutazione.

- Trattamento sifilide

Consegna degli esami eseguiti durante screening, somministrazione della prima dose di terapia e consegna della lettera della visita con indicazione a eseguire successive somministrazioni della terapia ed esami di follow-up. Qualora il paziente presentasse una sintomatologia indicativa di una forma avanzata (interessamento del sistema nervoso centrale), può essere ricoverato o essere sottoposto ad approfondimenti.

- Terapia ITL

Consegna degli esami eseguiti durante screening, colloquio clinico e programmazione della terapia mirata con fornitura direttamente in loco dei farmaci, prescrizione degli esami ematici di controllo e prossimi appuntamenti.

- Riscontro di HBsAg positività, HIV- o HCV-positività

Consegna degli esami eseguiti durante screening, programmazione degli esami di II livello, consegna della lettera della visita con prenotazione della III visita ove verrà

verificato lo status epatologico con eventuale compilazione della relativa esenzione e programmazione tramite agenda dei successivi controlli viro-ematici.

- Qualora dal colloquio, anamnesi o documentazione clinica venisse evidenziata una mancanza nell'aspetto della prevenzione, il paziente viene destinato all'ambulatorio vaccino del nostro Reparto, garantendo l'accesso alle vaccinazioni indicate.
- Varie ed eventuali

Consegna degli esami eseguiti durante screening, colloquio clinico con eventuali indicazioni specialistiche e prenotazione delle visite con lo Specialista dedicato.

Abbiamo condotto un'osservazione pilota retrospettiva su un limitato numero di casi per verificare la presenza di patologie acute e croniche diagnosticate dalla creazione di questo ambulatorio, ovvero da marzo 2017 fino ad agosto 2020. Come in tutta Italia, nel 2020 abbiamo destinato le nostre energie all'epidemia da SARS-CoV-2 in corso, pertanto si è registrato una marcata diminuzione nell'affluenza.

Verranno di seguito descritti i dati preliminari finora raccolti, già presentati in parte sia in campo europeo che italiano (322,323).

POPOLAZIONE

Hanno avuto accesso presso il nostro Ambulatorio 214 pazienti, di cui 190 (88.8%) di sesso maschile e 24 (11.2%) di quello femminile. L'età media di arrivo in Italia è stata di 24.6 anni (minimo 10, massimo 47 anni). In 57 hanno dichiarato di aver soggiornato in Libia (26.6%), per una durata media di poco meno di 20 mesi. I pazienti sono stati valutati mediamente a circa 26.4 mesi dall'ingresso in Italia.

La nazione di provenienza più rappresentata è stata la Nigeria (49 persone, pari al 22.9%), seguita dal Senegal con 27 (12.6%) e Pakistan con 20 (9.3%) (Tabella 65).

PAESE DI ORIGINE		
	N°	%
BANGLADESH	6	2,8
BURKINA FASO	1	0,5
CAMERUN	3	1,4
CIAD	1	0,5
COSTA D'AVORIO	13	6,1
ERITREA	6	2,8
ETIOPIA	1	0,5
GAMBIA	4	1,8
GHANA	7	3,2
GUINEA BISSAU	1	0,5
GUINEA CONAKRY	12	5,6
LIBERIA	1	0,5

MALI	16	7,5
NIGERIA	49	22,9
NIGER	1	0,5
PAKISTAN	20	9,3
SENEGAL	27	12,6
SIERRA LEONE	5	2,3
SIRIA	4	1,8
SOMALIA	4	1,8
SUDAN	2	0,9
TOGO	4	1,8
ALBANIA	1	0,5
ARMENIA	1	0,5
BURUNDI	1	0,5
CINA	1	0,5
COLOMBIA	1	0,5
ECUADOR	2	0,9
FILIPPINE	1	0,5
IRAN	4	1,8
IRAQ	3	1,4
LIBANO	1	0,5
MAROCCO	5	2,3
REPUBBLICA CONGO (Brazeville)	1	0,5
REPUBBLICA POPOLARE DEL CONGO	1	0,5
ROMANIA	1	0,5
SRI LANKA	1	0,5
TUNISIA	1	0,5
Totale	214	100

Tabella 65: Popolazione presentatasi presso l'Ambulatorio Migranti divisa per nazionalità.

Come nella casistica veneta, è stata replicata la suddivisione dei paesi per regioni mondiali, basandosi sul geoschema realizzato dalla Commissione statistica delle Nazioni Unite^{kk}: Africa occidentale è quella più rappresentata con 141 persone (65.9%), seguita dall'Sud Asia con 31 (14.4%) e dall'Africa orientale con 14 (6.5%) (Grafico 21). Interessante notare come le nazionalità di provenienza abbiano coperto quasi tutto il globo, escludendo unicamente l'Oceania.

^{kk} Disponibile a <https://unstats.un.org/unsd/methodology/m49>. (ultimo accesso il 10 gennaio 2021)

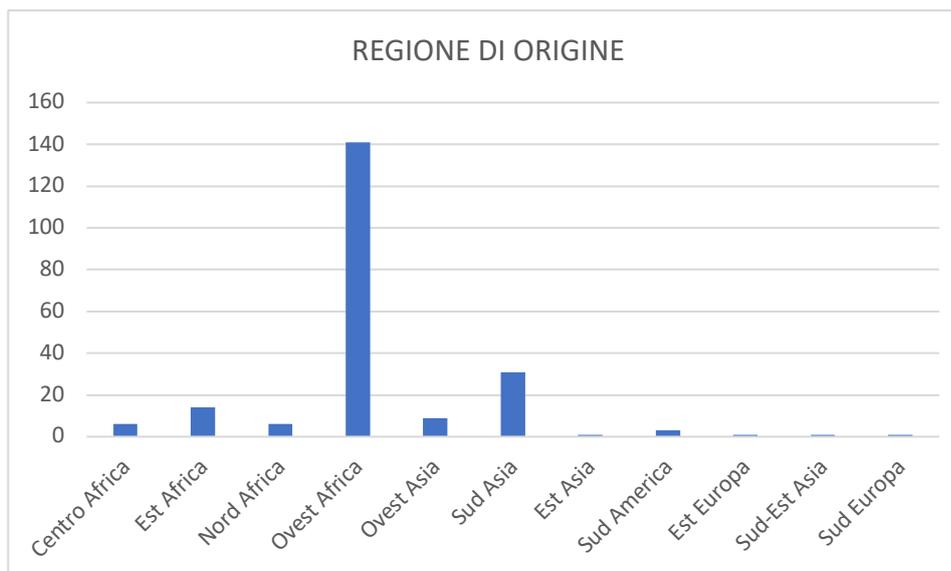


Grafico 21: Suddivisione della popolazione afferente all'Ambulatorio Migranti per regione di appartenenza secondo il geoschema della Commissione statistica delle Nazioni Unite.

L'accesso presso il nostro Ambulatorio è stato con codice fiscale alfa-numerico nella maggior parte dei casi (67.3%), mentre nel 26.2% delle persone si riscontrava un codice numerico (ovvero quello presente sui primi documenti rilasciati dalla Questura nel momento dell'inizio del processo di richiesta di protezione internazionale). Solo 12 pazienti si sono presentati con codice STP e unicamente in due casi le persone erano senza documenti e pertanto hanno dovuto effettuarli in quel momento. Abbiamo valutato 181 RPI (84.6%), una persona già in possesso di permesso come rifugiato politico, 29 residenti regolari (13.6%) (di cui un minorenne RPI) e due irregolari (0.9%) (Tabella 66).

STATUS LEGALE	N°	%	CODICE FISCALE	N°	%
irregolare	2	0,9	fiscale	144	67,3
non disponibile	1	0,5	nessuno	2	0,9
stranieri residenti	29	13,6	numerico	56	26,2
rifugiato politico	1	0,4	STP	12	5,6
RPI	181	84,6			

Tabella 66: Status giuridico e tipologia di codice fiscale all'accesso dell'Ambulatorio migranti.

In 8 casi il percorso migratorio per arrivare in Italia è avvenuto attraverso la cosiddetta "rotta balcanica", mentre nel 2.8% i migranti sono giunti attraverso corridoi umanitari (quasi tutti di nazionalità somala o eritrea) (Tabella 67). Si segnala inoltre che 16 persone (7.5%) sono giunte direttamente con volo aereo.

PECULIARITA' DEL PERCORSO MIGRATORIO	N°	%
rotta balcanica	8	3,7
corridoio umanitario	6	2,8
arrivo in aereo	16	7,5
ricongiungimento familiare	1	0,5
soggiorno in campo rifugiati in Africa	8	3,7
prigione	5	2,3
lavoro come badante	2	0,9
lavoro come professionista sanitaria	1	0,5

Tabella 67: Peculiarità riscontrate nel percorso migratorio.

Sono stati inviati da ATS Insubria per lo screening in merito alla TB 167 persone; i rimanenti sono pervenuti come accesso diretto all'ambulatorio (24, pari al 11.2%), come proseguimento di trattamento dopo un ricovero ospedaliero (21, corrispondente al 9.8%) e infine in 2 casi direttamente dal Pronto soccorso. Tra il primo accesso e l'ultimo sono passati in media 125 giorni e sono state effettuate mediamente 3.4 visite per persona (con un massimo di 18 visite) e 1,8 prelievi ematici per approfondimenti o controlli (10 è stato il numero massimo). La distanza media tra il primo e l'ultimo accesso è risultato di 125,9 giorni, con un massimo di 934 giorni.

Le città di provenienza coprono più o meno il territorio di riferimento per ASST-Valleolona (di cui l'Ospedale di Busto Arsizio rappresenta la struttura più importante), includendo anche qualche città fuori provincia, ma comunque limitrofa (Grafico 22).

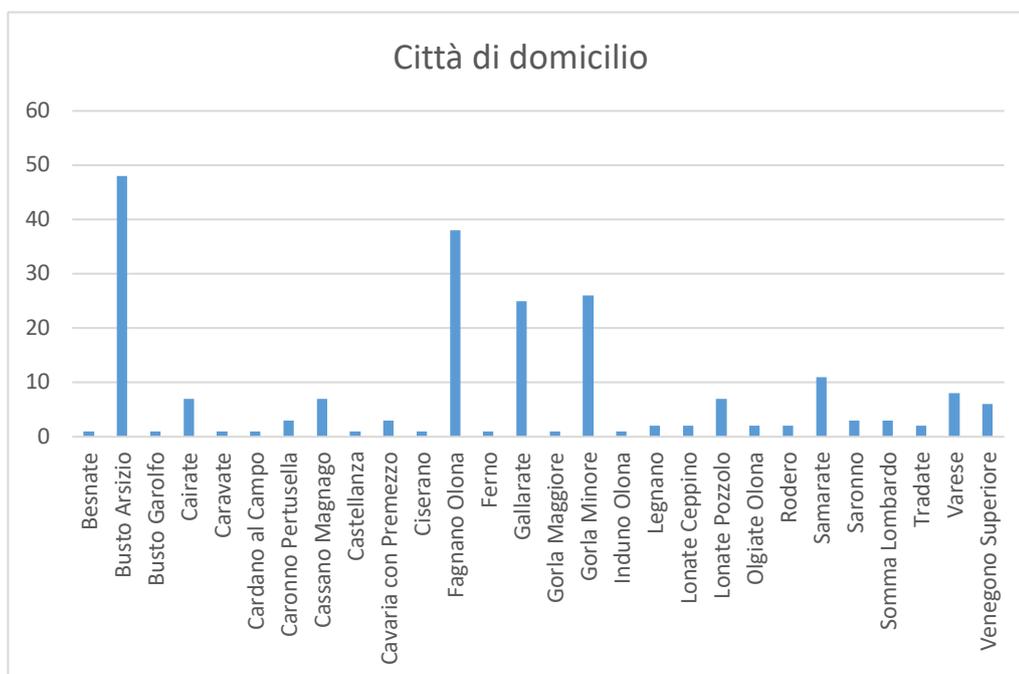


Grafico 22: Città di provenienza della popolazione afferente all'Ambulatorio Migranti (espressa in unità).

DATI ANAMNESTICI

All'anamnesi in 25 hanno riferito pregresse patologie infettive (11.7%) o altre comorbidità in 49 casi (22.9%). Le esperienze traumatiche riferite sono state unicamente 14 e solo 7 persone stavano assumendo qualche farmaco alla prima visita (Tabella 68).

PREGRESSE PATOLOGIE INFETTIVE	N°	%	COMORBIDITA'	N°	%
Si	25	11,7	Si	49	22,9
No	189	88,3	No	165	77,1
FARMACI ASSUNTI	N°	%	TRAUMI	N°	%
Si	7	3,3	Si	14	6,5
No	204	95,3	No	200	93,5
Non noto	3	1,4			

Tabella 68: Pregresse patologie infettive, eventuali farmaci assunti in precedenza, co-morbidity presenti alla prima valutazione ed eventuali pregressi eventi traumatici.

Tra le patologie infettive pregresse sono state riscontrate: epatite cronica HBV-relata, febbre tifoide, follicolite, gastrite da *Helicobacter pylori*, infezione da *B.hominis*, malaria, pancreatite acuta, pielonefrite, scabbia, TB a localizzazione linfonodale e pericardica, TB a manifestazione polmonare, vaginite da *Gardnerella* e *Ureaplasma*. Le comorbidità riferite sono molteplici e riguardano diversi campi: anemia, alcolismo, appendicectomia, artrite gottosa, asma, calcagno di Haglund, cefalea, cheratocono all'occhio sinistro, cisti parete addominale, congiuntivite, contatto con scabbia, contatto con TB polmonare, depressione maggiore con psicosi, DM, dolore testicolare, emicrania, emorroidectomia, emorroidi, epilessia, epistassi, ernioplastica inguinale, esofagite, fibroma uterino, gastrectomia sec.Sleeve, gastrite, gravidanza, incontinenza urinaria, intervento ginecologico, ipertensione arteriosa, iperuricemia, lombosciatalgia pregressa, poliallergia a farmaci, PTSD, ragade anale, tentato suicidio. I principali esiti e traumi riferiti sono stati: esiti di trauma ai piedi, frattura tibiale e bacino, lussazione della spalla, trauma auricolare da percosse in Nigeria, trauma da caduta, trauma della gamba destra, trauma oculare e auricolare da percosse, trauma rachide, trauma stradale. Infine i farmaci in corso al momento della visita erano: amlodipina, beta-bloccante, entecavir, insulina, isoniazide, lansoprazolo, olanzapina, sartanico, terapia antitubercolare, venlafaxina.

DATI CLINICI

Alla valutazione clinica 102 pazienti presentavano un'obiettività clinica patologica (47.7%), principalmente rappresentata da problemi cardiovascolari e gastroenterologici (rispettivamente nel 15.4% e 15%). Riferivano alla visita una

sintomatologia in atto nel 47.2% dei casi, principalmente ascrivibile al campo polmonare (12.1%) e gastroenterologico (10.7%) (Tabella 69).

OBIETTIVITA'				SINTOMATOLOGIA			
	N°	% sul totale	% sui positivi		N°	% sul totale	% sui sintomatici
Presente	102	47,7		Presente	101	47,2	
Febbre	2	0,9	2	Salute mentale	2	0,9	2
Gastroenterologica	32	15	31,4	Gastroenterologica	23	10,7	22,7
Dermatologica	15	7	14,7	Dermatologica	17	7,9	16,8
Genito-urinaria	5	2,3	4,9	Genito-urinaria	11	5,1	11
Polmonare	5	2,3	4,9	Polmonare	26	12,1	25,7
Cardiovascolare	33	15,4	32,4	Cardiovascolare	0	0	0
Neurologica	2	0,9	2	Neurologica	12	5,6	11,9
Osteoarticolare	4	1,9	3,9	Osteoarticolare	15	7	14,9
Linfadenomegalie	21	9,8	20,6	Altra	35	16,3	34,7
Altra	0						
Nessuna	112	52,3		Nessuna	113	52,8	

Tabella 69: Obiettività e sintomatologia di presentazione alla prima valutazione, espressa in numeri assoluti, % sul totale della popolazione e % sui positivi o sintomatici.

Verranno di seguito elencati i reperti alterati riscontrati alla valutazione clinica, divisi a seconda dell'obiettività degli organi rappresentati:

- gastroenterologica: carie dentarie, dolenzia addominale, epato-splenomegalia, epatomegalia, ernia inguinale sinistra, ipertrofia tonsillare, massa ipogastrica, rettoraggia;
- dermatologica: acne al volto, lesioni cutanee alle mani, lesioni cutanee papulari ad avambracci, lesioni discromiche alla cute, lesioni papulari diffuse, lesioni pustolose diffuse, micosi cutanea;
- genito-urinaria: gravidanza, lesioni tonde discromiche peniene, polipo vescicale, tumefazione scrotale;
- polmonare: dispnea, MV aspro diffuso, rantoli fini alle basi bilateralmente, ronchi diffusi;
- cardiologica: bradicardia, ipertensione arteriosa, soffio sistolico I/VI, soffio sistolico II/VI;
- neurologica e degli organi di senso: ipertrofia parotidea, ptosi palpebrale monolaterale, secrezione purulenta da orecchio destro;

- osteoarticolare: limitazione articolare del ginocchio, scoliosi, tumefazione caviglia, tumefazione ginocchio;
- linfadenomegalie con localizzazione: ascellare, laterocervicale, sottomandibolare, sovraclaveare, sovraclaveari bilateralmente e generalizzate.

Si riportano inoltre i sintomi più frequentemente riferiti, suddivisi per ambito di pertinenza:

- salute mentale: insonnia;
- gastrointestinali: diarrea, dolore, dolore anale, gonfiore addominale, epigastralgia, faringodinia;
- cutanei: dolore emitorace con rash vescicolare, lesioni cutanee alle mani, prurito avambracci, prurito diffuso;
- genitourinari: dismenorrea, disuria, dolore testicolare, ematuria;
- polmonari: dispnea, dispnea da sforzo, dolore toracico, emoftoe, emottisi, tosse;
- neurologici e organi di senso: algie oculari, calo visus, cefalea, difficoltà visive da lontano, dolore auricolare monolaterale, dolore oculare, epistassi, fotofobia, ipovisus, otalgia, scotomi, vertigini ricorrenti;
- osteoarticolari: artralgie diffuse, artro-mialgie diffuse, dolore articolare/infezione di mezzi di sintesi, dolore arto inferiore sinistro, dolore lombare, dolore rachideo, gonalgia, lombalgia;
- altri: astenia, calo ponderale, dolori diffusi, febbre, febbricola, linfadenomegalie a localizzazione ascellare, laterocervicale, sottomandibolare, sudorazioni notturne.

ESAMI LABORATORISTICI

I pazienti sono stati quindi sottoposti a uno screening sierologico e laboratoristico che ha mostrato all'emocromo con formula (eseguito in 195 pazienti) un valore medio di eosinofili pari a 298 cell/mm³ (minimo valore 0, massimo 2300 cell/mm³).

L'Ambulatorio, come detto in precedenza, è stato inaugurato per permettere lo screening di secondo livello per ITL, per questo motivo i primi pazienti valutati sono stati sottoposti solo a uno screening infettivologico ridotto. Solo dall'estate del 2018, è stata ampliata l'offerta ai pazienti includendo più sierologie.

Le indagini sierologiche così condotte (Tabella 70) hanno mostrato positività per HIV in un unico caso (0.5%), in un paziente con anamnesi positiva; la positività al test di screening per sifilide è stata riscontrata in 4 casi (1.9%), di cui 3 approfonditi con indagini VDRL, risultata negativa in 2 occasioni. Non si sono riscontrati casi di positività per HCV, sui 113 test effettuati. I markers per epatite B hanno mostrato una positività per HBsAg unicamente in 11 pazienti (5%) su 117 test effettuati e in 40 una positività

per HBcAb (18.7%). Nei casi di HBsAg positività è stato eseguito approfondimento con ricerca di HBV-DNA su sangue unicamente in 8 pazienti: positivo in 6 (54.5%), negativo in 2 (18.2%). La ricerca di anticorpi anti-HBs è stata eseguita in 98 pazienti (45.8%), positivo in 39 casi. In 179 casi è stato eseguito IGRA al fine di poter verificare lo stato di ITL: 112 pazienti sono risultati positivi. Solamente 25 soggetti (16.7%) hanno rifiutato di eseguire i primi esami ematici, non proseguendo l'iter diagnostico-terapeutico.

SCREENING	ESEGUITI (n°)	POSITIVI (n°)	POSITIVI (%)
SCHISTOSOMA	70	33	15.4
SIFILIDE	86	4	1.9
HIV	168	1	0.5
HCVAb	113	0	0
HBsAg	117	11	5
HBcAb	92	40	18.7
HBsAb	98	39	18.2
Quantiferon-TB	179	112	52.3

Tabella 70: Screening infettivologico con sierologie per schistosoma, lue, HIV, HCV, HBV ed esecuzione di test IGRA per TB.

Sono state effettuate 206 radiografie del torace (96.3%), di cui solo 27 risultate patologiche (13.1%), in 6 casi hanno mostrato esiti (2.9%) e negative nella maggioranza dei casi (173, pari al 84%) (Tabella 71).

	RX TORACE		ECOGRAFIA		TC		RMN	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	206	96,3	53	24,8	14	6,5	4	1,9
Non eseguito	7	3,3	157	73,4	196	91,6	203	94,9
Non noto	1	0,4	4	1,8	4	1,9	7	3,2

Tabella 71: Indagini strumentali effettuate.

INDAGINI STRUMENTALI

Sono state eseguite 54 ecografie in 53 pazienti, riscontrando complessivamente 15 reperti patologici (27.8%); sono così suddivise:

- 45 ecografie addome (83.3%) con riscontro di anomalie in 7 casi (15.6%);
- 5 ecografie del collo, tutte patologiche;
- 2 ecocardiogrammi trans-toracici, di cui uno patologico (50%);
- una patologica di pertinenza pelvica/scrotale;
- una patologica in ambito ortopedico.

TC sono state eseguite in 14 pazienti, con un numero totale di 19 indagini e riscontri patologici in 13 di esse:

- 6 addominali (31.6%), risultate patologiche nel 66.7%;
- 13 toraciche (68.4%), in 9 casi positive per patologia (69.2%);

RMN sono state condotte in 4 pazienti, per un totale di 4 esami (un'encefalica e 3 al rachide), tutti risultati patologici:

Quando è stato necessario, i pazienti sono stati sottoposti ad altre procedure diagnostiche, come esami più invasivi (es. broncoscopie, cistoscopie, colonscopie), altre radiografie (es. distretti scheletrici) o altro (PET-TC o elastosonografia); inoltre può essere stato necessario un intervento chirurgico a scopo diagnostico o terapeutico e l'intervento di altri Specialisti in consulenza (Tabella 72).

	PROCEDURE		CHIRURGIA		CONSULENZE	
	N°	%	N°	%	N°	%
Eseguito	9	4,2	8	3,7	2	0,9
Non eseguito	197	92,1	198	92,6	204	95,4
Non noto	8	3,7	8	3,7	8	3,7

Tabella 72: Altre procedure, operazioni chirurgiche e consulenze effettuate.

DIAGNOSI RISCOstrate

E' stata posta una diagnosi nel 70.6% dei pazienti, nel 67.8% di tipo infettivologico; 63 persone pertanto sono state quindi giudicate sane.

Le diagnosi riscontrate complessivamente sono riassunte nella tabella seguente (Tabella 73):

PATOLOGIA	Casi (N°)	Casi (% su diagnosi)
Eosinofilia tropicale	2	0,9
Epatopatia cronica HBV-relata	10	4,7
HIV	1	0,5
ITL	91	42,5
Lue	1	0,5
Scabbia/Parassitosi cutanea	20	9,3
Schistosomiasi	31	14,5
Schistosomiasi urinaria	2	0,9
Schistosomiasi complessive	33	15,4
TB	30	14
Malaria	1	0,5

epatite acuta HBV-relata	1	0,5
infezione da SARS-CoV-2	1	0,5
Salmonellosi tipo A	1	0,5
Herpes Zoster toracico	1	0,5
Patologie ematologiche	1	0,5
Patologie cutanee	4	2,6
Patologie ginecologiche	1	0,5
Patologie gastroenterologiche	3	1,4
Patologie urologiche	3	1,4
Patologie cardiologiche	3	1,4
Patologie endocrinologiche	2	0,9
Patologie psichiatriche	2	0,9
Patologie otorinolaringoiatriche	2	0,9
Totale	214	

Tabella 73: Principali diagnosi riscontrate.

FOLLOW-UP

La perdita al follow-up si è registrata nel 30.8% dei pazienti, pari a 66 persone. Nel 9.4% non sono state riscontrate patologie meritevoli di sorveglianza e/o terapia, per cui effettuati approfondimenti ed eventuali terapie, sono stati affidati al territorio. All'inizio di marzo 2018 è stata aperta un'inchiesta sul principale CAS della zona, gestito da KB srl, che ne ha causato la chiusura e la dispersione delle persone che in quel momento risultavano presi in cura presso il nostro Ambulatorio (79 RPI, pari al 36.9%) (324,325). E' stato così valutato il follow-up nella casistica, escludendo questi pazienti: in questo modo le persone perse sono state unicamente 25 (18.5%), mentre quelle per cui non è stato necessario proseguire con ulteriori valutazioni 15 (11.1%).

Nell'ambito dello screening per ITL, non è stata necessaria alcuna terapia in 107 persone (50%), in 16 (7.5%) è stata intrapresa isoniazide per la durata di 6 mesi, mentre in 59 casi l'associazione tra rifampicina/isoniazide per tre mesi (27.6%). Le terapie somministrate complessivamente sono schematizzate nella tabella seguente (Tabella 74).

TERAPIE		
	N°	%
Praziquantel	33	17,4
Ivermectina	16	8,4
Terapia antitubercolare	30	15,8
Terapia antibiotica	8	4,2
Albendazolo	13	6,8
Terapia sintomatica	1	0,5
Permetrina al 5%	3	1,6
TARV	1	0,5
Terapia cardiologica	3	1,6
Rifinah/isoniazide	75	39,5
Terapia antifungina	1	0,5
Terapia topica	1	0,5
Protettori gastrici	2	1,1
Terapia antimalarica	1	0,5
Altri farmaci	2	1,1
Totale	190	
Vaccinazione	12	
Nessuna	72	

Tabella 74: Terapia somministrate durante il periodo di osservazione.

I principali schemi terapeutici impiegati sono stati:

- nel caso di schistosomiasi praziquantel al dosaggio di 40 mg/Kg per 3 giorni consecutivi suddiviso in due somministrazioni giornaliere;
- nel caso di eosinofilia tropicale l'associazione di praziquantel al dosaggio di 40 mg/Kg per 1 giorno diviso in due somministrazioni giornaliere, seguito da ivermectina 200 mcg/Kg (se paziente proveniente da aree endemiche per filaria, allora dosaggio più elevato, 400 mcg/Kg) in monosomministrazione e infine albendazolo con posologia di 400 mg ogni 12 ore per 5 giorni;
- in presenza di sospetta scabbia/parassitosi cutanea è stata usata sia la terapia topica con permetrina al 5% per 48 ore di fila, da ripetere a distanza di 7 giorni, oppure ivermectina 200 mcg/Kg in monosomministrazione, sempre da ripetere a distanza di 1 settimana; sono state rilasciate inoltre le relative informazioni di disinfestazione per vestiti e luogo di soggiorno.

In considerazione dei risultati ottenuti allo screening, 12 persone sono state avviate all'Ambulatorio vaccinale per eseguire quanto mancante.

Il completamento delle terapie prescritte si è registrato in 88 pazienti (64.2%), mentre per 6 persone era ancora in corso al momento della raccolta dati (Tabella 75). Le motivazioni che hanno portato l'eventuale interruzione, sono state prevalentemente il mancato ritorno del paziente durante il follow-up (46%) o l'eventuale rifiuto dello stesso a sottoporsi a prelievo ematico o assunzione di farmaci (23.9%).

	COMPLETAMENTO		MOTIVAZIONI		
	N°	%		N°	%
Si	88	64,2	Epidemia di Coronavirus	6	8,5
No	22	16,1	Intolleranza	1	1,4
Non noto	21	15,3	Non si presenta	46	64,8
In corso	6	4,4	Rifiuto	17	23,9
			Trasferito	1	1,4

Tabella 75: Tassi di completamento delle profilassi e delle terapie con relative motivazioni di interruzione e perdita al follow-up.

ORGANIZZAZIONE DI EVENTO FORMATIVO

Era per questo che ero lì. Per dare una lingua alla Storia. Per mettere ordine nelle parole degli eroi. Fu quello il mio giorno dell'arcobaleno, il giorno in cui compresi che forse non avrei dovuto attendere un permesso – che infatti non arrivò mai -, ma che le fondamenta di quell'arcobaleno andavano costruite prima di tutto fra gli uomini. Da allora cominciai a tornare per parlare, per costruire una lingua in cui incarnare il senso stesso di una presenza e di una lotta fatta di mani strette, di braccia aperte, di sorrisi, di parole come “welcome”.

GIAN MARIA TOSATTI, *New Men's Land. Storia e destino della Jungle di Calais.*

Il 28 ottobre 2019 ho partecipato in prima persona come Responsabile Scientifico all'organizzazione presso ASST-Valleolona, in particolare nell'Ospedale di Busto Arsizio, del congresso dal titolo “LA SALUTE DEL MIGRANTE: TRA PATOLOGIE D'IMPORTAZIONE E PAURE INGIUSTIFICATE” (evento accreditato ECM con 10.4 crediti). Sono state approfondite tante problematiche diverse, coinvolgendo giovani Colleghi/e e personale infermieristico, in modo da fornire alla platea punti di vista differenti da quello medico. Il programma ha cercato di includere i molti lati della medicina delle migrazioni e transculturale, per quanto fosse possibile in una giornata (Tabella 76). Si è assistito a una discreta partecipazione di numero, molto attiva durante l'evento. Il pomeriggio sono state presentate le realtà territoriali che operano nel settore, con la presentazione di Ambulamondo, struttura sanitaria con sede a Legnano (MI), dedicata a migranti irregolari o persone indigenti e del GrIS Lombardia, attraverso la presenza della sua Portavoce (Dr.ssa Cristina Tantardini).

ora inizio	ora fine	ARGOMENTI	DOCENTI
8.30	8.45	Registrazione partecipanti	
8.45	9.15	Presentazione del tema della giornata	Dr.ssa Barbara Menzaghi
9.15	9.45	Flussi migratori: chi è il migrante?	Dr. Jacopo Testa
9.45	10.45	Persone, viaggi, malattie	Dr.Nicola Cocco

10.45	11.30	L'approccio transculturale verso il migrante dal punto di vista medico e infermieristico	Dr. Geraldo Badona Monteiro, Beatrice Santucci
11.30	12.15	La tubercolosi è davvero un'emergenza? Prospettiva italiana ed europea	Dr.ssa Valentina Marchese
12.15	12.45	Vaccinazioni e malattie prevenibili nel migrante	Dr.ssa Gabriella Chieffo
12.45	13.45	Pausa Pranzo	
13.45	14.15	West-Nile, questo sconosciuto	Dr.ssa Anna Ferrari
14.15	14.45	Casi clinici "migranti"	Dr.ssa Silvia Staffolani
14.45	15.30	La donna migrante: difficoltà e realtà	Dr.ssa Paola Sorice
15.30	17.00	Confronto tra realtà territoriali: -Ambulamondo Legnano -Progetto Infermieristico multiculturale -Cesaim (Centro Salute Immigrati) -Gr.I.S. Lombardia	Dr. Nicola Cocco (moderatore), Dr. Davide Radrizzani (moderatore) Dr.ssa Maria Grazia Pizzi, Claudia Parisi, Dr. Geraldo Badona Monteiro, Beatrice Santucci, Dr.ssa Cristina Tantardini
17.00	17.45	Take home messages	Dr. Jacopo Testa, Dr. Nicola Cocco, Dr.ssa Valentina Marchese
17.45	18.00	Compilazione questionari di valutazione	

Tabella 76: Programma dell'evento svoltosi a Busto Arsizio il 29 ottobre 2019 dal titolo "LA SALUTE DEL MIGRANTE: TRA PATOLOGIE D'IMPORTAZIONE E PAURE INGIUSTIFICATE".

A seguito di questo evento il comitato organizzativo ha partecipato alla stesura di un contributo accettato come abstract al congresso della SIMM del 2020, rimarcando la necessità di creare un medical booklet ad uso istituzionale, non limitato al privato sociale (326).

In considerazione della pandemia da SARS-CoV-2, è stato impossibile organizzare un evento durante il 2020, ma è stato calendarizzato un momento formativo riguardante le cronicità nel migrante, con minor spazio da dedicare alle malattie infettive.

QUARTA PARTE

DISCUSSIONE

Che ognuno possa esprimere ciò che pensa del potere dello Stato e del buon Dio senza essere torturato o minacciato di morte; che divergenze di opinione siano risolte in tribunale e non attraverso la vendetta di sangue; che le donne possano muoversi liberamente e non siano costrette a farsi vendere o mutilare; che si possa attraversare la strada senza incappare nelle raffiche di mitra di una soldatesca impazzita; tutto questo non è solo gradevole, ma irrinunciabile. Ovunque al mondo esistono persone, e sono presumibilmente la maggioranza, che auspicano tali condizioni e che sono pronte a difenderle là dove esistono. Senza dare troppo spazio all'enfasi, possiamo dire che si tratta del minimo di civiltà. Nella storia dell'umanità questo minimo è stato raggiunto solo eccezionalmente e in maniera provvisoria. E' fragile e facilmente vulnerabile. Chi lo vuole proteggere da contestazioni esterne, si trova di fronte a un dilemma. Quanto più tenacemente una civiltà si difende da una minaccia esterna, quanto più si chiude in se stessa, tanto meno alla fine ha da difendere. Quanto ai barbari, non è necessario aspettarli davanti alle porte della città. Son qui da sempre.

HANS MAGNUS ENZENSBERGER, *La grande migrazione*.

Nonostante le diverse provenienze, il 99.9% del DNA di ogni essere umano è comune agli altri suoi simili: le differenze somatiche, come il colore della pelle, i capelli, le caratteristiche morfologiche, derivano unicamente dal loro adattamento a climi e contesti differenti. Come descritto da Barbujani, "facciamo parte della famiglia delle grandi scimmie, le *Hominidae*, insieme a orangutan, gorilla, scimpanzè e bonobo, nell'ordine dei Primati, classe dei Mammiferi, phylum dei Vertebrati" (327). Noi tutti apparteniamo infatti alla specie di *Homo sapiens*, con alcune caratteristiche peculiari che si mantengono da decine di migliaia di anni: "ciò che ci rende cooperativi all'interno del nostro gruppo è ciò che ci rende così aggressivi nel competere con altri gruppi. Risultato: dove passa *Homo sapiens* lascia il segno, si estinguono gli altri umani e la biodiversità ne risente" (6). Quando si discute di specie, razza, etnia, si genera sempre molta confusione, sfociando spesso in tesi politiche fino al populismo (328). La divisione dell'umanità in razze diverse trae origine molto antiche: nell'antica Grecia, madre della

democrazia, vi erano i greci, “quelli come noi”, e “quelli diversi da noi”, ovvero i barbari o *bárbaroi* (“coloro che balbettano”). In questo modo, oltre a segnalare l’estraneità alla propria comunità, si sottolineava la manchevolezza, ovvero un difetto nel parlare (329). Al contrario i Romani inizialmente definivano lo straniero come *peregrinus* (da *per-agrat*, colui “che va”) o come *externus*, quello “che sta fuori”, senza un particolare significato negativo. Solo successivamente, tramite la conoscenza della lingua e cultura greca, verrà coniato il termine *barbarus* (329).

L’utilizzo conseguente in proprio favore e la sua interpretazione in chiave politica fu usata per esempio in Spagna: nel periodo post-rinascimento, dalla nobiltà spagnola, nacque la tesi della “*limpieza de sangre*” (purezza di sangue), al fine di contrapporsi all’emancipazione di ebrei e *moriscos* convertiti al cristianesimo e ormai ben integrati nella società iberica (330). In nome di tale teoria, furono commessi anche gli stermini delle popolazioni indigene nelle Americhe di nuova scoperta. Questo rappresenta uno dei primi esempi di concezione di una cittadinanza che nega ad altri l’accesso ai vari paesi di immigrazione, pratica ora più che mai di uso diffuso. Se mai volessimo anche applicare delle tesi nazionalistiche al riguardo, è utile ricordare come agli antichi Romani piaceva immaginarsi e descriversi come origini del mito, ovvero discendenti di Enea: come ben sappiamo egli stesso era un migrante in fuga da una guerra che ha portato alla distruzione della propria casa, la perdita di familiari e dell’occupazione (331).

Il pregiudizio razziale è fondamentalmente “un atteggiamento mentale che deriva da credenza o sentimenti”, mentre il razzismo è definito da Fernando come “una dottrina, una ideologia, un dogma che può essere associato al pregiudizio ma, a differenza di questo, è connesso ad alcuni assiomi riguardo le persone, alle loro capacità e alla loro cultura e alla gestione del potere e dei sistemi istituzionali, producendo un’ineguaglianza istituzionale, basata su tali assiomi”¹¹. Tale discriminazione è ben nota, soprattutto in una società come quella americana dove tra neri e bianchi si è sempre assistito a una difficoltà di integrazione, come ben noto ultimamente tramite il movimento “Black lives matter” (332,333,334). Se nel linguaggio comune l’uso improprio del termine razza è molto diffuso (es. la razza nera/bianca, la locuzione “ultimo della mia razza” per esprimere la fine di una discendenza familiare), per fortuna in campo scientifico vi è un’unica definizione di razza biologica: insieme di individui della stessa specie (*Homo sapiens*), che sono simili tra loro e diversi da quelli degli altri insiemi, cioè di altre razze (4).

Queste sono delle premesse doverose quando si parla di esseri umani e di popoli in movimento, poiché non è possibile dividere gli aspetti sanitari da quelli legislativi/politici, sociologici e antropologici. Seppur uguali dal punto di vista della specie, le disuguaglianze nel mondo hanno creato delle differenze sostanziali tra esseri umani in

¹¹ Citazione tratta da Fernando S. The health of ethnic minorities. *International Migration* 1992; 30:87-101.

termini di accesso alla salute (125,126,335). Infatti, come ben descritto da Lemma, “in questo momento storico, si assiste in letteratura ad una pericolosa tendenza: l’attribuzione delle responsabilità del profilo epidemiologico di un gruppo di persone alla razza/etnia, piuttosto che ai processi ed alle strutture sociali che ne hanno segnato la storia nel Paese di origine prima e in quello ospite poi”^{mm}.

I flussi migratori diffusi in tutto il globo sono solo una delle conseguenze di queste disuguaglianze (336): attualmente si registrano infatti 227 milioni di migranti internazionali, di cui 80 di migranti forzati, ovvero costretti a lasciare la propria abitazione (337). Nell’era della globalizzazione e della possibilità di spostamento ubiquitaria, è interessante notare come ormai la geografia non rappresenti più una sicurezza in campo internazionale: negli USA alla domanda posta a persone di ogni estrazione sociale “Secondo Lei dove si trova l’Iran nel mondo?” Le risposte sono state le più variegate, indicando in alcuni casi la penisola iberica o l’Algeriaⁿⁿ.

Nel campo delle migrazioni forzate, da noi approfondito, sebbene vi sia un aumento a livello internazionale delle migrazioni al femminile, in Italia gli arrivi via mare e via terra sono ancora a predominanza maschile; questo dato viene confermato anche dalla nostra casistica, rappresentata in prevalenza da giovani maschi, originari del continente africano (soprattutto da paesi dell’Ovest Africa) e in minor parte proveniente dal Sud Asia, giunti in un tempo relativamente breve presso la struttura di riferimento.

L’analisi della diffusione della patologia tubercolare può fungere da paradigma per la rappresentazione dei molti fattori che influenzano le migrazioni. Infatti la sua diffusione maggioritaria nella popolazione migrante può essere solo in parte riconducibile alla provenienza di essa da Paesi ad alta incidenza per TB (202,338). Vari studi hanno dimostrato che la presenza di altri fattori di rischio possono incrementare il rischio di acquisizione e/o di sviluppo della malattia (202,338,339):

- il peggioramento delle condizioni generali di salute, la malnutrizione/denutrizione, le precarie condizioni di vita e lo stress subiti durante tutto il percorso migratorio;
- la permanenza in luoghi affollati (come i CAS) o la prigionia (nei Paesi di transito);

^{mm} Testo tratto da Lemma P, Costa G. Stranieri immigrati: un profilo di salute. *Professione Sanità pubblica e medicina pratica*. 6:21-2. 1996.

ⁿⁿ Morning Consult/Politico survey. Disponibile a https://morningconsult.com/2020/01/08/can-you-locate-iran-few-voters-can/?fbclid=IwAR06GfdHpBObH_cqHo7EaS9vLWGwMeNHid_plsnZzdpbOwjWtsBvFzKQ4Lg (ultimo accesso 10 gennaio 2021).

- la regolamentazione di accesso ai servizi sanitari, soprattutto per i migranti irregolari, perché potrebbe determinare ritardo diagnostico e inadeguatezza/interruzione del trattamento antitubercolare.

Questi fattori di vulnerabilità per TB possono portare anche lo sviluppo di molte altre patologie e spiegano come la migrazione forzata possa incidere prepotentemente sulla salute di un essere umano, anche giovane e in ottime condizioni generali alla partenza (Figura 19).

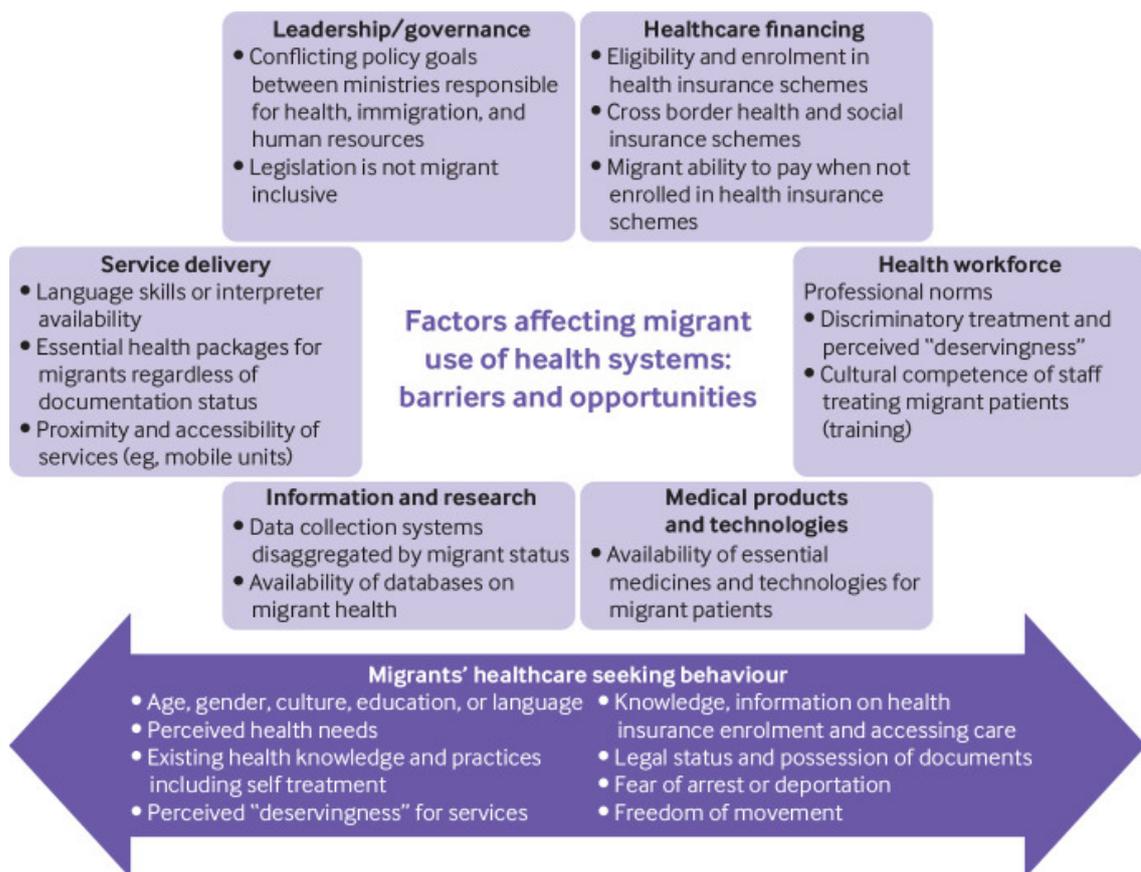


Figura 19: Condizioni che possono influire sullo stato di salute del migrante (340).

Il paradigma dell' "effetto migrante sano" attraverso le migrazioni forzate viene quindi meno (341).

Abbiamo riscontrato in giovani ragazzi pregressi traumi nel 6.6% e in percentuale anche più alta co-morbidità e pregresse malattie infettive. Nonostante la giovane età alla prima visita ambulatoriale hanno presentato un'obiettività patologica in un terzo dei casi, riferendo una sintomatologia in più della metà dei casi. Stiamo parlando principalmente di visite ambulatoriali eseguite in elezione per screening, per cui al fine di rilevare patologie misconosciute. Agli accessi successivi abbiamo riscontrato una riduzione sia della sintomatologia che dell'obiettività. Questo potrebbe essere ascrivibile

alle prime terapie effettuate, con il paziente che si è presentato successivamente: potrebbe essere quindi indicativo di un successo nel follow-up.

L'aumento del numero di ricoveri alla seconda valutazione è dovuto al fatto che dopo lo screening eseguito alla prima visita ambulatoriale o in precedenza, il paziente veniva chiamato per effettuare le relative terapie in elezione da ricoverato. Le molteplici possibilità di screening offerte dal Laboratorio di Microbiologia dell'IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria hanno permesso l'esecuzione di plurimi test: dal semplice emocromo con formula (al fine di poter evidenziare un'eventuale eosinofilia), alla glicemia, dosaggio di IgE fino agli esami più approfonditi su feci, sangue e urine. Gli esami sono stati offerti ai pazienti con criterio epidemiologico, evitando test inappropriati per assenza degli agenti infettivi/parassitologici nei paesi di origine. Va ricordato che si tratta di un Centro di riferimento per patologie tropicali e parassitarie: vi è una maggiore disponibilità di test diagnostici (es. qPCR su feci, sierologia per filaria) e una più alta sensibilità di alcuni esami rispetto alla media (es copro- e uroparassitologico). Lo screening per TB è stato eseguito in numero inferiore rispetto alle altre tipologie: nel 2017 e 2018 l'Ambulatorio migranti non eseguiva il follow-up nel caso di ITL, demandandolo alle strutture territoriali sanitarie di afferenza; anche nel caso di riscontro di epatopatia cronica HBV-relato, il follow-up veniva eseguito dall'Unità di Gastroenterologia. I nuovi riscontri di infezione cronica di HIV hanno eseguito poche visite per il medesimo motivo: hanno proseguito il follow-up di tale patologia presso l'Azienda Ospedaliero-Universitaria di Verona, eventualmente in collaborazione qualora fossero riscontrate infezioni tropicali. L'ampliamento dei metodi diagnostici per schistosomiasi e strongiloidiasi ha permesso di identificare un numero considerevole di casi (rispettivamente il 35% e il 25.7% sulle diagnosi totali), dimostrando che se cercati, sono infezioni molto diffuse nella popolazione migrante (soprattutto nei soggetti originari dell'Est Africa); stesso risultato si è avuto con le altre parassitosi, ancor più misconosciute, come filaria, amebiasi, ancilostomiasi (tutte superiori al 10% tra tutte le diagnosi). Si è registrata anche un'associazione tra schistosomiasi e il sesso femminile. Interessante notare come siano state effettuate 863 diagnosi su una popolazione in valutazione per screening, pertanto ritenuta in buona salute.

La valutazione effettuata sui CAS afferenti non ha mostrato differenze sostanziali tra le variabili: si può affermare che rispetto ai centri non è influente la grandezza, il numero delle strutture gestite e il numero di accolti, se organizzati in maniera corretta e con una struttura sanitaria che ne favorisce l'accesso. Anche in questo caso è necessario sottolineare il fatto che l'IRCCS Sacro Cuore-Don Calabria di Negrar sia un'"Istituzione" nel mondo dell'accoglienza e il Dr. Monteiro e il Professor Bisoffi siano persone molto conosciute e influenti nel campo delle migrazioni. Questo rappresenta un fattore di attrattività non trascurabile.

Per quanto riguarda differenze di genere, i dati raccolti confermano quanto segnalato in Italia: vi è un alto tasso di abortività nelle donne straniere. Le spiegazioni possono essere molteplici, ma dai racconti ascoltati non si può prescindere dalle violenze subite sia nel paese d'origine che in Libia. A conferma di ciò il sesso femminile è risultato più a rischio di contrarre MTS. Alcuni racconti descritti hanno confermato inoltre la maggior vulnerabilità della popolazione LGBTI, soprattutto in alcuni paesi africani (342). Tali descrizioni se associate a quanto raccontato dalle donne, confermano la necessità di percorsi dedicati per un aumentato bisogno di salute riguardo ad uno status di alta "vulnerabilità" e aumentato rischio di out-come ed eventi avversi perinatali negativi.

Nella nostra casistica la stragrande maggioranza delle persone ha soggiornato in Libia, per un periodo medio di circa 10 mesi. Le informazioni in questo contesto potrebbero essere anche sottostimate, in considerazione della scarsa volontà di ricordare e di far riaffiorare il ricordo di esperienze traumatiche e dolorose (343): ne è sicuramente un esempio il dato minimo di riferite detenzioni in tale paese, non sovrapponibile con quanto espresso in letteratura (344,345). Sicuramente possiamo affermare che il soggiorno in Libia possa portare a traumi che possano compromettere la salute mentale; in considerazione dei risultati ottenuti, si può sostenere che il soggiorno, soprattutto se duraturo (maggiore di 6 mesi), può compromettere anche la salute fisica delle persone, favorendo l'insorgenza di patologie infettive, con particolare riferimento a TB e infezione parassitarie.

Al fine di consolidare i dati ottenuti dalla casistica veronese, è stata fatta una selezione unicamente di RPI: unitamente a quelli soggiornanti nei CAS del territorio di Verona, sono stati aggiunti i RPI e i rifugiati afferenti all'Ospedale di Busto Arsizio. Sono state effettuate quindi le analisi multivariate su questa popolazione totale. Non sono state evidenziate correlazioni statisticamente significative con le diagnosi di strongiloidiasi e altre infezioni parassitarie (Tabella 77 e 78). È stato confermato come clinicamente rilevante la moderata associazione di protezione del sesso maschile nei confronti delle MTS, anche se poco fuori dalla significatività statistica (Tabella 79). Si è confermata l'associazione invece tra la provenienza dall'Africa dell'Est e l'età nei casi di schistosomiasi (tabella 80). Nel caso della TB si consolida il dato riguardante la durata del soggiorno in Libia e l'età, tutte e due statisticamente correlate: più alta è l'età più alta la possibilità di sviluppo di tale patologia; inoltre la durata del soggiorno inferiore a 6 mesi si è confermata protettiva (Tabella 81). Infine per quanto riguarda la possibilità di sviluppare patologie non infettive, non sono state evidenziate variabili statisticamente significative (Tabella 82).

DIAGNOSI DI STRONGILOIDIASI (COMBINATA)				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,205	0,204	0.0178867 - 2.356571
	Est Africa	0,132	0,104	0.011607 - 1.510048
	Nord Africa	1		(empty)
	Ovest Africa	0,544	0,392	0.1355193 - 2.190505
	Ovest Asia	1		(empty)
	Sud Asia	1		(omitted)
SESSO		1,275	0,519	0.6082883 - 2.67626
ETA'		1,004	0,868	0.956361 - 1.05433
SOGGIORNO IN LIBIA		1		(omitted)
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,963	0,923	0.4558566 - 2.036732
	3-6 mesi	0,599	0,259	0.2467712 - 1.456618
	6-12 mesi	0,745	0,481	0.3291566 - 1.688243
	>12 mesi	1		(omitted)
_cons		0,286	0,234	0.0366213 - 2.243904

Tabella 77: Correlazione tra diagnosi di strongiloidiasi e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

DIAGNOSI DI PARASSITOSI (COMBINATA)				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,618	0,582	0.1112026 - 3.431194
	Est Africa	0,822	0,807	0.1720365 - 3.935991
	Nord Africa	1		(empty)
	Ovest Africa	0,678	0,555	0.1863469 - 2.466622
	Ovest Asia	1		(empty)
	Sud Asia	1		(omitted)
SESSO		1,019	0,951	0.546864 - 1.900845
ETA'		1,029	0,145	0.9902766 - 1.068605
SOGGIORNO IN LIBIA		1		(omitted)
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,633	0,166	0.3323231 - 1.20833
	3-6 mesi	1,002	0,994	0.5119283 - 1.964034
	6-12 mesi	1,115	0,739	0.5864787 - 2.120886
	>12 mesi	1		(omitted)
_cons		0,326	0,216	0.0556408 - 1.919535

Tabella 78: Correlazione tra diagnosi di altre infezioni parassitarie e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

DIAGNOSI DI MTS (COMBINATA)				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,921	0,956	0.0498757 - 17.04391
	Est Africa	0,661	0,781	0.0359481 - 12.17577
	Nord Africa	1		(empty)
	Ovest Africa	2,846	0,334	0.3416605 - 23.70533
	Ovest Asia	1		(empty)
	Sud Asia	1		(omitted)
SESSO		0,410	0,072	0.1551802 - 1.081955
ETA'		1,025	0,293	0.9902766 - 1.068605
SOGGIORNO IN LIBIA		1		(omitted)
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,603	0,182	0.2877443 - 1.267273
	3-6 mesi	0,554	0,157	0.2441546 - 1.256271
	6-12 mesi	0,7	0,348	0.332116 - 1.475153
	>12 mesi	1		(omitted)
_cons		0,167	0,191	.011252 - 2.44966

Tabella 79: Correlazione tra diagnosi di MTS e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

DIAGNOSI DI SCHISTOSOMIASI (COMBINATA)				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	1,708	0,682	0.1316298 - 22.16945
	Est Africa	20,744	0,009	2.157148 - 199.4816
	Nord Africa	1		(empty)
	Ovest Africa	3,992	0,194	0.4949743 - 32.20943
	Ovest Asia	1		(empty)
	Sud Asia	1		(omitted)
SESSO		0,510	0,057	0.2562292 - 1.0189
ETA'		0,947	0,016	0.9062514 - 0.9898244
SOGGIORNO IN LIBIA		1		(omitted)
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,621	0,140	0.3298214 - 1.169073
	3-6 mesi	0,769	0,442	0.3933558 - 1.503193
	6-12 mesi	0,501	0,042	0.2576367 - 0.9745015
	>12 mesi	1		(omitted)
_cons		1,126	0,925	0.0939349 - 13.50862

Tabella 80: Correlazione tra diagnosi di schistosomiasi e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

DIAGNOSI DI TB COMBINATA				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,457	0,558	0,0334418 - 6.258402
	Est Africa	1,172	0,880	0,1484207 - 9.263585
	Nord Africa	1		(empty)
	Ovest Africa	1,185	0,842	0,2227459 - 6.310358
	Ovest Asia	3,184	0,487	0,1215427 - 83.42555
	Sud Asia	1		(omitted)
SESSO		0,375	0,074	0,1282901 - 1.097736
ETA'		1,049	0,044	1.001358 - 1.100883
SOGGIORNO IN LIBIA		1		(omitted)
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	0,449	0,041	0,2091319 - 0,9674752
	3-6 mesi	0,381	0,031	0,1585773 - 0,9169696
	6-12 mesi	0,572	0,150	0,2678623 - 1.223557
	>12 mesi	1		(omitted)
_cons		0,247	0,253	0,0226222 - 2,707012

Tabella 81: Correlazione tra diagnosi di TB e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

DIAGNOSI DI ALTRE PATOLOGIE COMBINATA				
		Odds Ratio	<i>p value</i>	C.I. 95%
REGIONE	Centro Africa	0,625	0,589	0.1136294 - 3.438231
	Est Africa	0,337	0,204	0.063149 - 1.804595
	Nord Africa	1		(empty)
	Ovest Africa	0,430	0,200	0.1183585 - 1.563856
	Ovest Asia	1		(empty)
	Sud Asia	1		(omitted)
SESSO		1,158	0,667	0.5917025 - 2.26947
ETA'		1,005	0,814	0.9631634 - 1.048956
SOGGIORNO IN LIBIA		1		(omitted)
DURATA SOGGIORNO IN LIBIA	< 3 mesi	1,823	0,124	0.8479348 - 3.923587
	3-6 mesi	1,224	0,644	0.5188835 - 2.887527
	6-12 mesi	2,016	0,082	0.9138069 - 4.448133
	>12 mesi	1		(omitted)
_cons		0,282	0,185	0.0434264 - 1.832174

Tabella 82: Correlazione tra diagnosi di altre patologie non infettive e i diversi predittori. C.I. 95%: intervallo di confidenza al 95%. (empty): dati tutti addensati in una sola categoria della variabile di outcome; (omitted): variabile o categoria omessa per multicollinearità, ovvero informazione già contenuta in altri predittori. _cons: costante di modello.

Infine è stato valutato anche in follow-up in questa casistica allargata, mettendo a confronto i due centri.

Dalle analisi multivariate di tale popolazione è emerso che, escludendo i RPI per cui non era necessario un follow-up, i due centri si equivalgono per tassi di aderenza al follow-up (*p value* 0.066); l'unica differenza riscontrata è stata inerente la tempistica di presentazione alla prima visita, risultata in media di quasi 6 mesi ritardata da parte di Busto Arsizio nei confronti di Negrar (Tabella 83 e 84). Inoltre se confrontati i dati di chi non ha proseguito il follow-up, il rischio di averlo è più basso presso il Centro di Negrar.

	Follow-up eseguito	Perso al follow-up	Totale
Busto Arsizio	105 (62,5%)	63 (37,5%)	168
Negrar	159 (53,72%)	137 (46,28%)	296
Totale	264 (56,9%)	200 (43,1%)	464

Tabella 83: Valutazione del follow-up nei centri di Busto Arsizio e di Negrar.

	RPI (N°)	Media	Std.Dev.	C.I.95%	<i>p value</i>
Busto Arsizio	183	12,328	11,445	10,65862 - 13,99712	
Negrar	480	6,633	8,262	5,892338 - 7,374329	
Totale	663	8,205	9,586	7,474118 - 8,936138	
Differenze		5,694		3,870567 - 7,518504	
					<0.001

Tabella 84: Confronto tra il follow-up eseguito presso il centro di Busto Arsizio e quello di Negrar.

A sovrapporsi sui riscontri puramente clinici, vi è l'aspetto culturale. Quaranta e Ricca definiscono gli stranieri che sviluppino una qualsiasi patologia come "malati fuori luogo": da una parte infatti sono distanti dal loro ambiente d'origine, dai propri parenti e dai punti di riferimento quotidiani; dall'altra la malattia costituisce una minaccia per le aspettative di vita e il percorso migratorio intrapreso, con ripercussione economiche, sociali e addirittura politiche (pensiamo solamente alla possibile perdita di soggiorno) (100). Nel momento di avvicinamento tra un operatore sanitario e uno straniero, sarà importante una valutazione che comprenda anche aspetti di vita non direttamente ascrivibili alla salute, ma che sono difficili da comprendere per i diversi livelli di incomprensione che vengono incontrati (88). Sappiamo come la comunicazione, l'accettazione alle cure, e l'eventuale presa in carico di un paziente di origine straniera dipenda da differenze culturali, diversità linguistiche e religiose (346). Si potranno riscontrare così alcuni ostacoli alla comunicazione transculturale:

- l'assunto di similarità: posta la necessaria definizione che tutti gli esseri viventi appartengono alla stessa specie, le forme di adattamento ai bisogni comuni di cibo, riparo e sicurezza possono essere differenti da cultura a cultura;

- le differenze linguistiche: supera la semplice incomprensione di lingua, ma riguarda gli accenti, le sfumature di significato e accorgimenti che possono facilmente sfuggire, anche nella medesima lingua. Ne sono un esempio le differenze riscontrabili negli stessi italiani tra Regioni del nord e del sud;
- fraintendimenti non verbali: Le persone provenienti da culture diverse agiscono con realtà sensorie diverse, astruendo tutto ciò che si adatta al loro personale mondo di ricognizione e lo interpretano attraverso il quadro di riferimento della loro cultura;
- preconcetti e stereotipi: questi due atteggiamenti hanno lo scopo di ridurre la minaccia di ciò che è sconosciuto rendendo il mondo prevedibile. Partire con stereotipi e preconcetti, certamente non aiuta un atteggiamento di ascolto e soprattutto non facilita un'osservazione corretta;
- tendenza a giudicare: invece di provare a capire i pensieri e i sentimenti della visione del mondo dell'altro, normalmente pensiamo che il nostro modo di vita e di agire sia il più naturale (e giusto).
- forte ansia e stress: lo stress è considerato una parte inevitabile degli scambi interculturali, di conseguenza essere interculturalmente competenti significa essere in grado di gestirlo. L'ospite si sentirà sempre a disagio quando parla con uno straniero perché non può mantenere il normale flusso d'interazione verbale e non verbale, oltre al fatto di sentirsi minacciati anche dall'esperienza e dal giudizio dell'altro.

Attraverso lo studio dell'antropologia medica e la sua applicazione si può superare la definizione di *disease*, ricercandone una motivazione e aumentando l'empatia verso l'altra persona, arrivando il più vicino possibile a rivelare l'*illness* del paziente. In questo modo sarà favorita la relazione terapeutica col paziente. Inghilleri suggerisce di diventare "esperti di Cultura", ovvero di "conoscere i fondamenti della costruzione della cultura in generale e, d'altro canto, conoscere i processi fisiologici di costruzione dell'identità in rapporto alla società e ai valori comunitari", a cui aggiunge "una competenza di tipo affettivo e relazionale, occorre cioè che l'operatore sia disponibile e capace rispetto all'ascolto, alla presa di considerazione dei punti di vista dell'altro"⁹⁹. Siamo d'accordo con la proposta di un multiculturalismo che superi l'"enigma multiculturale" e che consideri la cultura religiosa, nazionale, etnica, come "suscettibili di contaminazioni e ripensamenti nel quadro di un'evoluzione plurale della società" e non come elementi stagni e immutabili (347). Per ultimo è necessario avere anche uno sguardo che superi il paziente, indagandone il ruolo all'interno della società, in modo da valutare anche la potenziale *sickness*.

Fornendo le conoscenze adeguate e acquisendo lentamente le competenze necessarie, nell'Ambulatorio di Busto Arsizio siamo riusciti piano piano ad aumentare la complian-

⁹⁹ Inghilleri 2002. Citato in Pasini N, Picozzi M (a cura di). Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie. Milano: FrancoAngeli Editore; 2005.

ce dei pazienti, favorendo un rapporto di fiducia reciproca. I Medici che svolgono questo servizio hanno ricevuto un'adeguata formazione in ambito transculturale e riguardo alla medicina delle migrazioni, favorita in un caso da un'esperienza di 3 anni di lavoro sul campo in Uganda.

Considerando le note problematiche riguardo al follow-up di questo tipo di popolazione, sono stati forniti loro direttamente dall'Ambulatorio i farmaci necessari, compresi di tutti gli schemi terapeutici per TB. E' stato garantito inoltre l'accesso al prelievo ematico direttamente nella nostra Struttura. Le visite mediche sono state dilazionate nel tempo al fine di garantire il tempo necessario da dedicare al migrante: in questo modo è stato favorito un approccio narrativo all'incontro terapeutico; questo vuol dire "mettere il paziente in condizione di esplorare le proprie concezioni, i propri dubbi, le proprie incertezze, di istituire connessioni con altre vicende che possano aiutarlo nella produzione di una versione comunicabile della propria esperienza"(100). Fornendo questi servizi e garantendo una continua disponibilità, è stata potenziata la fiducia medico-paziente, indispensabile in questo come in tutti gli altri campi delle professioni sanitarie; i pazienti identificati inoltre, qualora necessario, sono stati avviati anche presso l'Ambulatorio vaccini del nostro Reparto (348).

Queste attitudini hanno contribuito a garantire un ottimo follow-up, anche alla variegata popolazione dei RPI. Infatti confrontato con un Centro di eccellenza come quello di Negrar, si è dimostrata la stessa continuità di cura. In considerazione del fatto di cronaca segnalato in precedenza (il fallimento di un CAS nella città di Busto Arsizio), probabilmente il follow-up dipendente dalla Struttura è ancora migliore (324,325).

Abbiamo visto come il processo migratorio possa essere considerato come un determinante sociale di salute e, di conseguenza, andando ad influire su di esso, si potrà andare ad incidere sulla *sickness*. Anche questo può essere un compito di un professionista sanitario: la promozione di interventi di promozione sanitaria e non, al fine di migliorare le condizioni di vita, come suggerito da Marceca (Figura 20).

Le misure politiche per affrontare i determinanti socioeconomici di salute per migranti

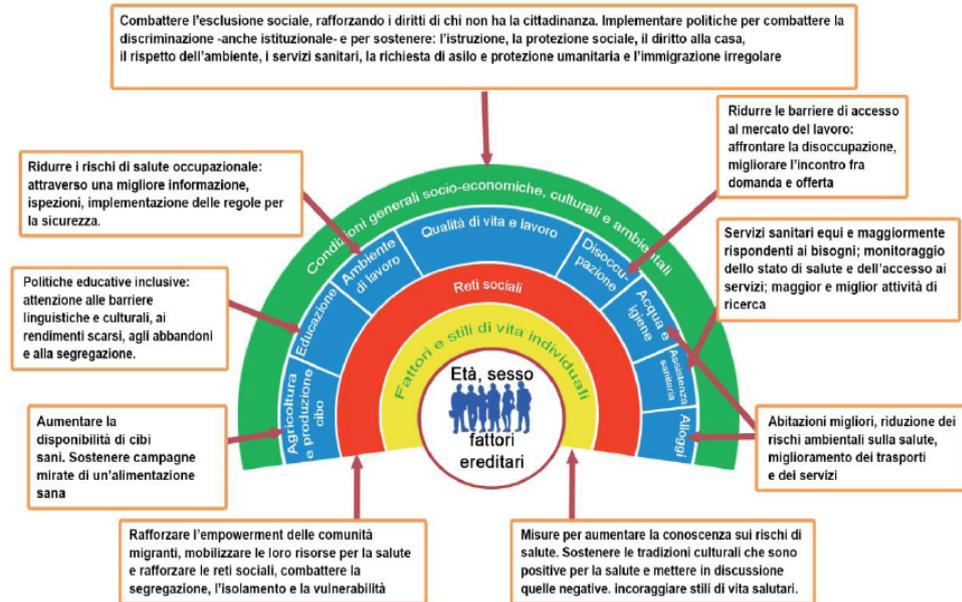


Figura 20: Interventi di promozione sanitaria al fine di migliorare le condizioni di salute della popolazione migrante. (349).

I dati riguardanti il soggiorno in Libia e il rischio aumentato di incorrere in patologie infettive e non, va proprio inquadrato in questo ambito: il nostro ruolo di operatori sanitari è rappresentato dalla denuncia e dall'attività di advocacy presso le varie Istituzioni; l'unico vero intervento necessario in questo caso è politico, sia a livello nazionale che europeo, rivisitando completamente quel Memorandum firmato nel 2017, di cui si continuano a pagare le conseguenze (64).

Dal punto di vista invece dell'accesso ai servizi, questo dipende da tanti fattori: economici, lo status giuridico con le relative documentazioni più o meno in possesso, la presenza di barriere sia fisiche che organizzative all'accesso (orari di apertura/chiusura, disponibilità di traduzioni, etc) e la presenza di un'adeguata informazione sanitaria.

Lo strumento "medical booklet" creato nella realtà veronese cerca di risolvere alcuni di questi problemi. Attraverso la diffusione e il confronto con vari operatori sanitari e dopo le due presentazioni del progetto in campo internazionale e italiano, sono state individuate alcune riflessioni:

- l'assenza di spazio per una firma con/senza timbro dell'ente che compila il libretto; tale possibilità garantirebbe una sorta di ufficialità il libretto, permettendo anche una tracciabilità e un contatto eventuale con la struttura che ha erogato il servizio.

- all'interno del sistema di accoglienza la sua distribuzione non deve avvenire allo sbarco ma in un secondo tempo, ovvero quando vengono intrapresi i primi veri controlli sanitari e la situazione legale e temporale risulta più stabile.
- in più occasioni è stato contestato il modello e la sua diffusione cartacea, poiché poco propensa all'archiviazione e al controllo su tutto il territorio: a queste critiche abbiamo sempre risposto che si tratta di uno strumento che deve essere utile principalmente al migrante, che lo deve sempre portare con sé ad ogni presidio sanitario che incontrerà. In tal modo viene anche evitato il conflitto con privacy e informazioni sensibili e la loro eventuale diffusione. In questo modo lo strumento sarebbe comunque consultabile ovunque e in qualsiasi circostanza, non necessitando di elettricità né della rete internet. Nelle città metropolitane consentirebbe a questa categoria di persone una tracciabilità nelle varie realtà del terzo settore, ognuna sì dotata del proprio schedario, ma non in comunicazione tra loro.

L'interesse creatosi in altre associazioni e realtà che si occupano di migranti è stato momento d'orgoglio per noi, ma il rischio di sovrapposizione, nel ripeterne l'esempio, potrebbe suscitare confusione nei migranti che potrebbero ritrovarsi ad avere modelli diversi, con dispersione di forze, tempo e il rischio maggiore di trascuratezza. La nostra proposta, su cui stiamo già lavorando, sarebbe la creazione di un unico modello da utilizzare almeno a livello locale. Stiamo infatti per proporre un documento da sottoporre all'avvallo di ATS Insubria, in modo da poterlo diffondere a tutta la zona di Varese e Como. Dopo il buon riscontro avuto in ottobre scorso, la nostra intenzione sarebbe quella di replicare un evento formativo focalizzandoci sulle cronicità e coinvolgendo attivamente ATS Insubria e gli operatori del territorio (es. i Centri Psico-sociali per affrontare il tema della salute mentale).

Un problema clinico e di sanità pubblica ancora aperto e di difficile soluzione è la gestione dell'epatite cronica HBV-relata. I pazienti affetti da epatopatia cronica HBV-relata rappresentano sicuramente una sfida: si tratta infatti di un'infezione difficilmente eradicabile, trasmissibile per via ematica e sessuale, il cui trattamento non è sempre indicato. Nei casi in cui la terapia non è suggerita, il paziente dovrebbe unicamente sottoporsi a follow-up ambulatoriale con esami ematici periodici ed ecografie mirate. L'*illness* scarsa percepita della patologia in questi casi porta all'abbandono del programma di sorveglianza, in seguito a un differente modello interpretativo, che fa sembrare loro "non malati", come può avvenire con altre patologie^{PP}. Dall'altra parte intraprendere sempre una terapia, con possibili effetti collaterali e un costo non trascurabile può non essere la soluzione migliore: intrapreso il trattamento mirato, questo

^{PP} Blumhagen D, Hyper-tension: A folk illness with a medical name. In Culture, Medicine and Psychiatry. 1980. Citato in Quaranta I (a cura di). Antropologia medica. I testi fondamentali. Raraello Cortina Editore. Milano, 2006

deve essere proseguito per un tempo indefinito, in considerazione della scarsa potenzialità di eliminare il virus. Deve essere pertanto garantito un follow-up da parte della struttura, ma soprattutto dal paziente; in caso di RPI questo sarà molto complesso, per tutto ciò che abbiamo descritto in precedenza. Sarà necessario studiare caso per caso, garantendo la terapia e la non diffusibilità, forse solo a soggetti con cui si è creata una vera e propria alleanza terapeutica basata sulla fiducia e responsabilità.

CONCLUSIONI

Non discuterò qui l'idea di Patria in sé. Non mi piacciono queste divisioni. Se voi però avete diritto di dividere il mondo in italiani e stranieri allora vi dirò che, nel vostro senso, io non ho Patria e reclamo il diritto di dividere il mondo in diseredati e oppressi da un lato, privilegiati e oppressori dall'altro. Gli uni son la mia Patria, gli altri i miei stranieri. E se voi avete il diritto, senza essere richiamati dalla Curia, di insegnare che italiani e stranieri possono lecitamente anzi eroicamente squartarsi a vicenda, allora io reclamo il diritto di dire che anche i poveri possono e debbono combattere i ricchi.

DON LORENZO MILANI, *L'obbedienza non è più una virtù.*

In un periodo come il nostro, nel quale vi è un continuo e ostinato richiamo alle origini e alle radici di un determinato territorio o di una specifica nazione, forse basterebbe simbolicamente osservare che in fondo alle nostre gambe non abbiamo radici ma piedi: sono stati questi che hanno determinato la nostra sopravvivenza e supremazia per il globo. Ci hanno permesso le migrazioni che da circa 100.000 anni caratterizzano la nostra specie (350). Come ci ricordano Pievani e Calzolaio: "Siamo migranti da sempre pur con modalità diverse: prima adagio e inconsapevolmente, poi più velocemente e avendo l'intenzione di farlo; prima solo al suolo, poi anche con le idee, ancora poi attraverso strade, mari, cieli; prima soprattutto son spostamenti forzati, dal clima e dal altre impellenze di sopravvivenza poi sempre più per una scelta pianificata" (6).

Le migrazioni sono un fenomeno complesso, dinamico, multisetoriale, strutturale che porta a importanti implicazioni per la programmazione sanitaria e l'organizzazione dei servizi; esse possono avere risvolti demografici e sociali, ma soprattutto influenzare le dinamiche di salute di un dato territorio.

Probabilmente basterebbe seguire quanto indicato dalla nostra Costituzione nella prima parte, ovvero che tutte le persone "hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge, senza distinzioni di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali", ed "è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana" (art.3) (16). Qualsiasi cittadino inoltre "ha il dovere di svolgere, secondo le proprie possibilità e la propria scelta, un'attività o una funzione che concorra al progresso materiale o spirituale della società" (art.4) (16); questo ha un valore sia per chi si prende cura dei RPI, offrendo

condizioni di accoglienza dignitose, cure appropriate a seconda delle loro necessità di salute, percorsi di inserimento lavorativo e formativo, ma anche per quelli che saranno i nuovi cittadini che dovranno in questo modo contribuire al bene comune, al fine di migliorare il futuro di tutti e tutte. Il diritto alla salute in Italia per i cittadini e per tutti gli stranieri presenti sul territorio è inalienabile, intrasmissibile, indisponibile e soprattutto irrinunciabile (351).

L'operatore sanitario non deve essere scoraggiato di fronte a una persona straniera e alle problematiche che si possono manifestare in tale incontro; si potrà trovare di fronte un essere umano in una condizioni di limbo, sospeso tra almeno due mondi: quello di arrivo (comprendente il relativo percorso migratorio compiuto) e quello di origine (352). La cosa fondamentale sarà di modulare l'approccio clinico-terapeutico, senza trincerarsi dietro al proprio sapere scientifico ed evitando di negare a priori ogni possibile caratterizzazione culturale della malattia e al sentirsi malato della persona; indispensabile sarà anche di evitare di pensare a una differenza culturale davanti a ogni situazione complessa o incompresa, ricadendo nell'approccio "esotico". Ad ogni incontro dovranno essere prese in considerazione non solo la patologia biologica (*disease*), ma anche il vissuto del soggetto (*illness*) e l'eventuale problematica sociale collegata (*sickness*) (353).

All'interno del nostro Ambulatorio a Busto Arsizio abbiamo cercato di fare tesoro di quanto esposto fino ad ora, cercando di limitare i disagi e i limiti che i programmi di screening possono creare. A tal proposito è fondamentale sottolineare che l'assistenza sanitaria non deve essere mai imposta, ma offerta.

Per venire incontro alla scarsità di risorse economiche, la possibile mobilità dei RPI e la difficile compliance, soprattutto in tema di aderenza al trattamento, sicuramente la fornitura diretta dei farmaci, la possibilità di vaccinare in loco e l'esecuzione di esami e visite nello stesso luogo, riesce a creare un rapporto di fiducia e pertanto buoni tassi di aderenza. I limiti evidenti sono la scarsa numerosità e sensibilità delle metodiche diagnostiche: ad esempio la scarsa affidabilità degli esami parassitologici e la mancanza della sierologia per *Strongyloides*. Abbiamo messo a confronto un Centro convenzionato di eccellenza con un Ambulatorio creato dal niente in un Ospedale pubblico di provincia, dimostrando che con le conoscenze, competenze, la voglia e la sensibilità, si possono ottenere degli ottimi risultati. E' necessario avere anche dei Responsabili che favoriscano le autorizzazioni e incoraggino i propri Collaboratori.

Rielaborando diverse proposte in letteratura, si possono riassumere infine questi suggerimenti per quando si ha di fronte un paziente straniero (116,173,354):

- conoscenza del fenomeno migratorio e dei relativi flussi; consapevolezza delle caratteristiche socio-economiche, delle religioni, delle lingue parlate e degli stili di vita della popolazione migrante;
- riconoscere la differenza, attraverso la diversa cultura, identità e principi etici, ma rifiutare la disuguaglianza, pertanto ogni persona avrà sempre pari dignità e beneficerà di un trattamento diverso tra eguali;
- miglioramento dell'empowerment e delle capacità di resilienza del migrante, attraverso campagne di informazione e formazione rivolte alla cittadinanza e lo sviluppo di una politica per le pari opportunità;
- formazione degli operatori, non limitandosi a medici e infermieri, ma coinvolgendo anche assistenti sociali e sanitari, educatori e tutte le professionalità socio-sanitarie che lavorano nel campo assistenziale;
- migliorare la valutazione dei bisogni di salute della popolazione migrante con un accurato monitoraggio e raccolta dei dati epidemiologici, rendendoli pubblici e disponibili anche alla cittadinanza;
- attenzione e valutazione dell'accessibilità e accettabilità dei servizi presenti, garantendone sempre l'accesso e l'utilizzo;
- coinvolgimento diretto di rappresentanti di comunità;
- miglioramento delle procedure di screening portando uniformità di trattamento, favorendo il dialogo con i vari laboratori, perfezionando il coordinamento tra tutte le figure coinvolte;
- cambiare la modalità di gestione clinica: non più solo comunicare ciò che si andrà a compiere, ma soprattutto spiegarne le motivazioni.

Come si sarà già potuto intuire, queste regole dovrebbero essere seguite non solo per il paziente straniero, ma nei confronti di qualsiasi persona necessiti di aiuto.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Palidda S. Mobilità umane. Introduzione alla sociologia delle migrazioni. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2008.
- 2) Pievani T. Homo sapiens e altre catastrofi -per un'archeologia della globalizzazione-. Roma: Meltemi editore; 2006.
- 3) Greenaway C, Castelli F. Migration Medicine. *Infect Dis Clin North Am.* 2019;33(1):265-287.
- 4) Barbujani G, Brunelli A. Il giro del mondo in sei milioni di anni. Bologna: Società editrice Il Mulino; 2018.
- 5) Barbujani G. Gli africani siamo noi. Alle origini dell'uomo. Bari: Edizioni Laterza; 2016.
- 6) Calzolaio V, Pievani T. Libertà di migrare. Perché ci spostiamo da sempre ed è bene così. Torino: Einaudi editore; 2016.
- 7) Darwin C. L'origine della specie. Selezione naturale e lotta per l'esistenza. Torino: La biblioteca di Repubblica-L'Espresso, Bollati Boringhieri editore; 2006.
- 8) Gatrell P. L'inquietudine dell'Europa. Come la migrazione ha rimodellato un continente. Torino: Einaudi editore; 2020.
- 9) Ballerini A. La vita ti sia lieve. Milano: Editore Melampo; 2015.
- 10) Medici per i diritti umani. Arcipelago CIE. Indagine sui centri di identificazione ed espulsione italiani. Formigine: Infinito Edizioni; 2013.
- 11) Sentenza n. 418/2020 pubbl. il 06/02/2020 RG n. 1852/2017. Accessibile presso <https://www.asgi.it/wp-content/uploads/2020/02/La-sentenza.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 12) Cherubini M, Faro S, Rinaldi M (a cura di). Glossario sull'asilo e la migrazione. Città di Castello: Tiferno Grafica; 2016.
- 13) IOM. Glossary of Migration. Ginevra, 2004.
- 14) Convenzione relativa allo status dei rifugiati, conclusa a Ginevra il 28.08.1951, entrata in vigore il 22.04.1954, UNTS vol.189, p.137.
- 15) Protocollo relativo allo status di rifugiato, concluso a New York il 31/01/1967, entrato in vigore il 04/10/1967, UNTS vol.606, p.267.
- 16) Costituzione della Repubblica Italiana del 27 dicembre 1947. GU n.298 (edizione straordinaria) del 27-12-1947.
- 17) Legge 24 Luglio 1954 n°722. Ratifica ed esecuzione della Convenzione relativa allo statuto dei rifugiati, firmata a Ginevra il 28 luglio 1951. 27 agosto 1954, GU n°196.
- 18) Rovelli M. Lager italiani. Milano: RCS Libri; 2006.

- 19) Caritas Roma (a cura di). La povertà a Roma: un punto di vista; anno 2019. Roma, 2019.
- 20) Graetz V, Rechel B, Groot W, Norredam M, Pavlova M. Utilization of health care services by migrants in Europe-a systematic literature review. *Br Med Bull*. 2017;121(1):5-18.
- 21) Muñoz MA, Pastor E, Pujol J, Del Val JL, Cordoní S, Herмосilla E. Primary health care utilization by immigrants as compared to the native population: a multi-level analysis of a large clinical database in Catalonia. *Eur J Gen Pract*. 2012;18(2):100-106.
- 22) Legge "Istituzione del servizio sanitario nazionale" del 23 dicembre 1978 n.833. GU n. 360 del 28-12-1978 - Suppl. Ordinario.
- 23) Legge costituzionale "Modifiche al titolo V della parte seconda della Costituzione" del 18 ottobre 2001 n.3. GU Serie Generale n.248 del 24-10-2001.
- 24) Cittadinanzattiva (a cura di). Osservatorio civico sul federalismo in sanità. Rapporto 2019. Roma, 2019.
- 25) Organisation for Economic Co-operation and Development. Reviews of Health Care Quality: Italy 2014. Raising Standards. Parigi, 2015.
- 26) Decreto Legislativo "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" del 25 luglio 1998 n.286. GU Serie Generale n.191 del 18-08-1998, Supplemento Ordinario n.139).
- 27) Decreto del Presidente della Repubblica "Regolamento recante norme di attuazione del testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero, a norma dell'articolo 1, comma 6, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286" del 31 agosto 1999 n. 394. GU Serie Generale n.258 del 03-11-1999, Supplemento Ordinario n.190.
- 28) Circolare del Ministero della Sanità "Indicazioni applicative del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286 "Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero" - Disposizioni in materia di assistenza sanitaria" del 24 marzo 2000 n.5. GU Serie Generale n.126 del 01-06-2000.
- 29) IOM. World Migration Report 2020. Ginevra, 2020.
- 30) Centro studi e ricerche IDOS. Dossier statistico immigrazione del 2018. Roma, 2019.
- 31) UNHCR. Global Trends-Forced displacement in 2019. Copenhagen, 2020. Disponibile a <https://www.unhcr.org/5ee200e37.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 32) Hamadi S. Esilio dalla Siria. Una lotta contro l'indifferenza. Torino: Add editore; 2016.
- 33) Tangherlini L. Matrimonio siriano. Formigine: Infinito Edizioni; 2017.

- 34) Kingsley P. The new Odissey. The story of Europe's Refugee Crisis. Londra: Guardian Books; 2016.
- 35) Morales A. Non siamo rifugiati. Viaggio in un mondo di esodi. Torino: Einaudi editore; 2018.
- 36) Viviano F, Ziniti A. Non lasciamoli soli. Storie e testimonianze dall'inferno della Libia. Milano: Chiarelettere editore; 2018.
- 37) Albinati E, d'Aloja. Otto giorni in Niger. Un diario a due voci. Milano: Baldini&Castoldi editore; 2018.
- 38) Gatti. F. Bilal. Viaggiare, lavorare e morire da clandestini. Segrate: BUR Rizzoli; 2008.
- 39) Facchini D. Alla deriva. I migranti, le rotte del Mediterraneo, le ONG: il naufragio della politica, che nega i diritti per fabbricare consenso. Milano: Altreconomia; 2018.
- 40) Camilli A. La legge del mare. Cronache dei soccorsi nel Mediterraneo. Milano: Mondadori Libri; 2019.
- 41) Quirico D. Esodo. Storia del nuovo millennio. Padova: Neri Pozza Editore; 2016.
- 42) Simoncini S. Frontiera Sud. Marocco/Spagna: viaggio nei non-luoghi dell'immigrazione "illegale". Roma: Fandango srl; 2004.
- 43) Elia C. Oltre i muri. Storie di comunità divise. San Giuliano Milanese: Milieu edizioni; 2019.
- 44) Liberti S. A sud di Lampedusa; cinque anni di viaggi sulle rotte dei migranti. Roma: Edizioni minimum fax; 2008.
- 45) Staid A. I dannati della metropoli. San Giuliano Milanese: Milieu edizioni; 2020.
- 46) Marrone P. Io non spengo il motore. Milano: Solferino RCS; 2019.
- 47) Clementi A, Saccora D. Lungo la rotta balcanica. Viaggio nella Storia dell'Umanità del nostro tempo. Formigine: Infinito Edizioni; 2016.
- 48) Proglia G (a cura di). Bosnia: L'ultima frontiera. Racconti dalla rotta balcanica. Eris. Torino, 2020.
- 49) Dimaggio S. La riva invisibile del mare. Cinisello Balsamo: Edizioni San Paolo; 2017.
- 50) Ciabbari L. L'imbroglio mediterraneo. Le migrazioni via mare e le politiche della frontiera. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2020.
- 51) de Kerangal M. Lampedusa. Milano: Feltrinelli Editore; 2016.
- 52) Leogrande A. Il naufragio. Morte nel Mediterraneo. Milano: Feltrinelli Editore; 2011.
- 53) Truzzi M, Di Maria I. Europe around the borders. 2014-2016. Diario di viaggio sui confini dell'Europa. Modena: Franco Cosimo Panini Editore; 2016.
- 54) Kyenge C, Rumiz P. Dal libro dell'esodo. Segrate: Piemme Edizioni; 2016.

- 55) Michelon C. La fuga. Percorsi di rifugiati d'Oriente e d'Africa. Formigine: Infinito Edizioni; 2017.
- 56) Rivolti ai balcani (a cura di). La rotta balcanica. I migranti senza diritti nel cuore dell'Europa. Milano: Altreconomia; 2020.
- 57) Border Violence Monitoring Network (a cura di). Illegal push-backs and border violence reports; Balkan Region July 2020. Accessibile a https://www.borderviolence.eu/wp-content/uploads/2020_July_Report.pdf (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 58) Settembrini LO. Emergenza sbarchi: esperienze di prima accoglienza e gestione sanitaria. Relazione al X Congresso nazionale SIMEU. Napoli, novembre 2016.
- 59) Pugliese E. L'Italia tra migrazioni internazionali e migrazioni interne. Bologna: Società editrice il Mulino; 2006.
- 60) Strada G. Buskashì. Viaggio dentro la guerra. Torino: Einaudi Editore; 2002.
- 61) Dysart J, Dumont J, Ponticelli A, Masioni P. UL3. Urgenza livello 3. Bosco: Star Comics; 2019.
- 62) Maciotti M I, Pugliese E. Gli immigrati in Italia. Bari: Laterza Editore; 1992.
- 63) De Cesaris V. Il grande sbarco. L'Italia e la scoperta dell'immigrazione. Milano: Edizioni Angelo Guerini e Associati; 2018.
- 64) Memorandum d'intesa sulla cooperazione nel campo dello sviluppo, del contrasto all'immigrazione illegale, al traffico di esseri umani, al contrabbando e sul rafforzamento della sicurezza delle frontiere tra lo Stato della Libia e la Repubblica Italiana. Disponibile a <http://www.governo.it/sites/governo.it/files/Libia.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 65) Castelli F. Drivers of migration: why do people move?. *J Travel Med.* 2018;25(1):10.1093/jtm/tay040.
- 66) Lee E. A theory of migration. *Demography* 1966; 3:47-57.
- 67) Van Hear N, Bakewell O, Long K. Push-pull plus: reconsidering the drivers of migration. *J Ethn Migr Stud* 2017;44:6,927-944.
- 68) Gushulak BD, MacPherson DW. Health aspects of the pre-departure phase of migration. *PLoS Med.* 2011;8(5):e1001035.
- 69) Credit Suisse, Research Institute. Global wealth report 2019. Svizzera, 2019.
- 70) Leogrande A. La frontiera. Milano: Feltrinelli Editore; 2018.
- 71) Institute for Economics & Peace. Global Terrorism Index 2019: Measuring the Impact of Terrorism. Sydney, 2019. Disponibile a: <http://visionofhumanity.org/reports> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 72) United Nations Population Fund. Humanitarian Action 2020 Overview. New York, 2020.
- 73) United Nations Development Programme. Annual report 2018. New York, 2019.

- 74) UNICEF. The State of the World's Children 2019. Children, Food and Nutrition: Growing well in a changing world. New York, 2019.
- 75) Reach-UNICEF. Children on the Move in Italy and Greece, report 2017. New York, 2017.
- 76) Human Rights Watch. World Report 2012: Libya. Disponibile a <https://www.hrw.org/world-report/2012/country-chapters/libya> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 77) Arrighetti A per la Direzione Studi e Ricerche Intesa Sanpaolo. Imprenditoria straniera in Italia: differenze nei modelli organizzativi e nelle performance. Torino, 2017. Disponibile a <http://firstonline-data.teleborsa.it/news/1577.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 78) Mbolela E. Rifugiato. Un'odissea africana. Milano: Agenzia X; 2018.
- 79) Aragona M, Geraci S, Mazzetti M (a cura di). Quando le ferite sono invisibili, vittime di tortura e di violenza: strategia di cura. Bologna: Edizioni Pendragon; 2014.
- 80) Anagnostopoulos E, Barbuto F, Cabras V, Ginnetti G. Psicologia per Migranti. Accoglienza e sostegno per rifugiati, profughi e richiedenti asilo, dall'emergenza all'integrazione. Roma: Sovera Edizioni; 2017.
- 81) Beneduce R. Etnopsichiatria. Sofferenza mentale e alterità fra Storia, dominio e cultura. Roma: Carocci Editore; 2019.
- 82) Vercillo E, Guerra M (a cura di). Clinica del trauma nei rifugiati. Milano-Udine: Mimesis Edizioni; 2019.
- 83) Staid A. Le nostre braccia. Meticciano e antropologia delle nuove schiavitù. Milano: Agenzia X; 2011.
- 84) Giusti E, Montanari C. Trattamenti psicologici in Emergenza con EMDR per profughi, rifugiati e vittime di traumi. Roma: Sovera Edizioni; 2000.
- 85) Agamben G. Quel che resta di Auschwitz. Torino: Bollati Boringhieri; 2007.
- 86) Picozzi M, Ferrario O, Il diavolo è nei dettagli. Torino: Rosenberg & Sellier; 2016.
- 87) Garza-Guerrero AC. Culture shock: its mourning and the vicissitudes of identity. *J Am Psychoanal Assoc.* 1974;22(2):408-429.
- 88) Geraci S (a cura di). Approcci transculturali per la promozione della salute. Argomenti di medicina delle migrazioni. Roma: Edizioni Anterem; 2000.
- 89) Mazzetti M. Trauma and Migration: A Transactional Analytic Approach toward Refugees and Torture Victims. *Transactional Analysis Journal.* 2008, 38:4, 285-302.
- 90) Frankl V. Uno psicologo nei Lager. 1946/1975. Milano: Edizioni Ares; 2009.
- 91) Frankl V. Alla ricerca di un significato della vita. 1959/1975. Milano: Mursia Editore; 2012.

- 92) Teodorescu DS, Siqveland J, Heir T, Hauff E, Wentzel-Larsen T, Lien L. Posttraumatic growth, depressive symptoms, posttraumatic stress symptoms, post-migration stressors and quality of life in multi-traumatized psychiatric outpatients with a refugee background in Norway. *Health Qual Life Outcomes*. 2012;10:84.
- 93) Cyrulnik B. Strategie per superare le esperienze traumatiche. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2009.
- 94) Levi P. Se questo è un uomo. Torino: Einaudi Editore; 2005.
- 95) Leone L. Srebrenica. I giorni della vergogna. Formigine: Infinito Edizioni; 2013.
- 96) Leone L, Noury R. Srebrenica. La giustizia negata. Formigine: Infinito Edizioni; 2015.
- 97) Lallo A, Toresini L. Il tunnel di Sarajevo. Il conflitto in Bosnia-Erzegovina: una guerra psichiatrica? Portogruaro: Ediciclo Editore; 2004.
- 98) Pennac D. La Prosivendola. Milano: Feltrinelli Editore; 2004.
- 99) Decreto del Ministero della Salute "Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale" del 3 aprile 2017. GU Serie Generale n.95 del 24-04-2017.
- 100) Quaranta I, Ricca M. Malati fuori luogo. Medicina interculturale. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2012.
- 101) Stimson GV. Obeying Doctor's Orders: A View from the Other Side. *Social Science and Medicine*. 1974;8;270-83.
- 102) Mazzetti M. Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto. Roma: Carocci Editore; 2018.
- 103) Kleinman A, Eisenberg L, Good B. Culture, illness, and care: clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Ann Intern Med*. 1978;88(2):251-258.
- 104) Kleinman A. Patients and Healers in the context of culture. An exploration of the borderland between anthropology, medicine, and psychiatry. Berkeley: University of California Press; 1980.
- 105) Young A. Antropologie della "illness" e della "sickness". In Quaranta I (a cura di). Antropologia medica. I testi fondamentali. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2006.
- 106) Wikman A, Marklund S, Alexanderson K. Illness, disease, and sickness absence: an empirical test of differences between concepts of ill health. *J Epidemiol Community Health*. 2005;59(6):450-454.

- 107) Crosby L, Baker P, Hangoma P, Barasa E, Hamidi V, Chalkidou K. Dialysis in Africa: the need for evidence-informed decision making. *Lancet Glob Health*. 2020;8(4):e476-e477.
- 108) Liyanage T, Ninomiya T, Jha V, et al. Worldwide access to treatment for end-stage kidney disease: a systematic review. *Lancet*. 2015;385(9981):1975-1982.
- 109) Helman CG. Disease versus illness in general practice. *J R Coll Gen Pract*. 1981;31(230):548-552.
- 110) Dei F. *Antropologia culturale*. Bologna: Società editrice Il Mulino; 2012.
- 111) Aime M. *Eccessi di culture*. Torino: Einaudi editore; 2004.
- 112) Galissot R, Kilani M, Rivera A. *L'imbroglione etnico in quattordici parole chiave*. Bari: Edizioni Dedalo; 2012.
- 113) Jullien F. *L'identità culturale non esiste*. Torino: Einaudi editore; 2016.
- 114) Sayad A. *La doppia assenza: dalle illusioni dell'emigrato alle sofferenze dell'immigrato*. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2002.
- 115) Dal Lago A, *Esistono davvero i conflitti tra culture?* In Galli C (a cura di). *Multiculturalismo*. Bologna: Società editrice Il Mulino; 2006.
- 116) Pasini N, Picozzi M (a cura di). *Salute e immigrazione. Un modello teorico-pratico per le aziende sanitarie*. Milano: FrancoAngeli Editore; 2005.
- 117) Suphanchaimat R, Kantamaturapoj K, Putthasri W, Prakongsai P. Challenges in the provision of healthcare services for migrants: a systematic review through providers' lens. *BMC Health Serv Res*. 2015;15:390.
- 118) Ledoux C, Pilot E, Diaz E, Krafft T. Migrants' access to healthcare services within the European Union: a content analysis of policy documents in Ireland, Portugal and Spain. *Global Health*. 2018;14(1):57.
- 119) Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, et al. Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *BMJ*. 2019;366:l4160.
- 120) Fonteneau G. The rights of migrants, refugees or asylum seekers under international law. *International Migration*. 1992;30:57-68.
- 121) Institute of Medicine Board on International Health. *America's vital interest in global health: protecting our people, enhancing our economy, and advancing our international interests*. Washington DC: National Academy Press; 1997.
- 122) Koplan JP, Bond TC, Merson MH, et al. Towards a common definition of global health. *Lancet*. 2009;373(9679):1993-1995.
- 123) Leaning J, Spiegel P, Crisp J. Public health equity in refugee situations. *Confl Health*. 2011 May 16;5:6.
- 124) Rosso A, Civitelli G, Marceca M. Global health, international health and public health: which relationship? *Ann Ig*. 2012 Jul-Aug;24(4):263-7.

- 125) Marmot M. La salute disuguale. La sfida di un mondo ingiusto. Roma: Il Pensiero Scientifico Editore; 2016.
- 126) Maciocco G, Santomauro F. La salute globale. Determinanti sociali e disuguaglianze. Roma: Carocci editore; 2014.
- 127) Marceca M, Rinaldi A, Civitelli G. Elementi di salute globale in Percorsi assistenziali per cittadini stranieri: elementi teorici e metodologici di salute interculturale. Bologna: Edizioni Pendragon; 2013.
- 128) IOM. Social determinants of migrant health da IOM. Accessibile a <https://www.iom.int/social-determinants-migrant-health> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 129) Leone L (a cura di). Centri di Permanenza Temporanea e Assistenza. Anatomia di un fallimento. Rapporto di Medici Senza Frontiere. Roma: Sinnos editrice; 2005.
- 130) WHO. International Migration, Health and Human Rights. Health and Human Rights Publication Series, No. 4 Nonserial Publication. Ginevra, 2003.
- 131) Petrelli A, Di Napoli A, Rossi A, Gargiulo L, Mirisola C, Costanzo G. Capitolo 2: Lo stato di salute percepito della popolazione immigrata in Italia [Self-perceived health status among immigrants in Italy]. *Epidemiol Prev.* 2017;41(3-4 (Suppl 1)):11-17.
- 132) Malmusi D, Borrell C, Benach J. Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin. *Soc Sci Med.* 2010;71(9):1610-1619.
- 133) Gushulak BD, Pottie K, Hatcher Roberts J, Torres S, DesMeules M; Canadian Collaboration for Immigrant and Refugee Health. Migration and health in Canada: health in the global village. *CMAJ.* 2011;183(12):E952-E958.
- 134) Quadrelli E. Evasioni e rivolte. Migranti, CPT, resistenze. Milano: Agenzia X. Milano; 2007.
- 135) Rice BD, Elford J, Yin Z, Delpech VC. A new method to assign country of HIV infection among heterosexuals born abroad and diagnosed with HIV. *AIDS.* 2012;26(15):1961-1966.
- 136) Pezzoli MC, Hamad IE, Scarcella C, et al. HIV infection among illegal migrants, Italy, 2004-2007. *Emerg Infect Dis.* 2009;15(11):1802-1804.
- 137) Accordo, ai sensi dell'articolo 4 del decreto legislativo 28 agosto 1997, n. 281, tra il Governo, le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante: "Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e Province autonome" del 20 dicembre 2012. GU Serie Generale n.32 del 07-02-2013 – Suppl. Ordinario n.9.

- 138) Geraci S, El Hamad I. Migranti e accessibilità ai servizi sanitari: luci e ombre. *Ital J Public Health*. 2011;9(3,S3):14-20.
- 139) Marceca M. Immigrazione, un'occasione per riorientare i servizi. *Quaderni della Professione. Medicina, scienza, etica e società*. 2008;2:201-5.
- 140) Szajna A, Ward J. Access to health care by refugees: a dimensional analysis. *Nurs Forum*. 2015;50(2):83-89.
- 141) Parkin DM. Studies of cancer in migrant populations: methods and interpretation. *Rev Epidemiol Sante Publique*. 1992;40(6):410-424.
- 142) Rechel B, Mladovsky P, Ingleby D, Mackenbach JP, McKee M. Migration and health in an increasingly diverse Europe. *Lancet*. 2013;381(9873):1235-1245.
- 143) WHO Regional Office for Europe. Health promotion for improved refugee and migrant health (Technical guidance on refugee and migrant health). Copenhagen, 2018.
- 144) Geraci S. Il profilo di salute dell'immigrato tra aree critiche e percorsi di tutela, in *Annali italiani di medicina interna*, 16, I, 167S-71S. 2001.
- 145) Bollini P, Siem H. No real Progress toward Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000. *Social Science and Medicine*, V.41, n.6. 1995.
- 146) Osservatorio nazionale sulla salute nelle regioni italiane. Salute delle popolazioni immigrate. in *Rapporto Osservasalute 2019. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane*. Milano: Prex SpA; 2019.
- 147) WHO. Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health. Ginevra, 2018.
- 148) Geraci S (a cura di). *Immigrazione e salute: un diritto di carta?* Roma: Edizioni Anterem; 1996.
- 149) Ravenda AF. *Alì fuori dalla legge. Migrazione, biopolitica e stato di eccezione in Italia*. Verona: Ombre Corte edizioni; 2011.
- 150) Curcio R. *I dannati del lavoro. Vita e lavoro dei migranti, tra sospensione del diritto e razzismo culturale*. Acqui Terme: Edizioni Sensibili alle foglie; 2007.
- 151) WHO. *Engaging men and boys in changing gender-based inequity in health: Evidence from programme interventions*. Ginevra, 2007.
- 152) Maragnani L, Aikpitanyi I. *Le ragazze di Benin City*. Milano: Editore Melampo; 2014.
- 153) Pinelli B. *Donne come le altre. Soggettività, relazioni e vita quotidiana nelle migrazioni delle donne verso l'Italia*. Firenze: ED.IT; 2011.

- 154) IOM. La tratta di esseri umani attraverso la rotta del mediterraneo centrale: dati, storie e informazioni raccolte dall'organizzazione internazionale per le migrazioni. Ginevra, 2017.
- 155) United Nations Office on Drugs and Crime. Global report on trafficking in persons 2018. Vienna, 2018.
- 156) Bauer W. Le ragazze rapite. Boko Haram e il terrore nel cuore dell'Africa. Roma: La Nuova Frontiera; 2017.
- 157) WHO. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. Ginevra, 2013.
- 158) Heslehurst N, Brown H, Pemu A, Coleman H, Rankin J. Perinatal health outcomes and care among asylum seekers and refugees: a systematic review of systematic reviews. *BMC Med.* 2018;16(1):89.
- 159) Ministero della Salute. Relazione contenente i dati definitivi 2018 sull'attuazione della L.194/78 che stabilisce norme per la tutela sociale della maternità e per l'interruzione volontaria della gravidanza. Roma, 2020.
- 160) WHO. Unsafe abortion: global and regional estimates of the incidence of unsafe abortion and associated mortality in 2008, 3rd ed. Ginevra, 2011.
- 161) Shah I, Ahman E. Unsafe abortion: global and regional incidence, trends, consequences, and challenges. *J Obstet Gynaecol Can.* 2009;31(12):1149-1158.
- 162) Ortensi LE, Menonna A. Migrating with Special Needs? Projections of Flows of Migrant Women with Female Genital Mutilation/Cutting Toward Europe 2016-2030. *Eur J Popul.* 2017;33(4):559-583.
- 163) Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Istituto Superiore di Sanità (ISS), SIMM. Linea guida per la salute dei migranti. I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Roma, 2017. Accessibile a http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2624_allegato.pdf (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 164) Rezza G. Epidemie. I perché di una minaccia globale. Roma: Carocci editore; 2020.
- 165) Gallavotti B. Le grandi epidemie. Come difendersi. Roma: Donzelli editore; 2019.
- 166) Yew E. Medical inspection of immigrants at Ellis Island, 1891-1924. *Bull N Y Acad Med.* 1980;56(5):488-510.
- 167) Birn AE. Six seconds per eyelid: the medical inspection of immigrants at Ellis Island 1892-1914. *Dynamis.* 1997;17:281-316.

- 168) McCance C. Medical Screening of Migrants: Current National Requirements in the United States. *International Migration*. 1992;30:215-221.
- 169) European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on screening and vaccination for infectious diseases in newly arrived migrants within the EU/EEA. Stoccolma, 2018.
- 170) Castelli F, Sulis G. Migration and infectious diseases. *Clin Microbiol Infect*. 2017;23(5):283-289.
- 171) Sandgren A, Schepisi MS, Sotgiu G, et al. Tuberculosis transmission between foreign- and native-born populations in the EU/EEA: a systematic review. *Eur Respir J*. 2014;43(4):1159-1171.
- 172) Checkley AM, Chiodini PL, Dockrell DH, et al. Eosinophilia in returning travellers and migrants from the tropics: UK recommendations for investigation and initial management. *J Infect*. 2010;60(1):1-20.
- 173) Seedat F, Hargreaves S, Nellums LB, Ouyang J, Brown M, Friedland JS. How effective are approaches to migrant screening for infectious diseases in Europe? A systematic review. *Lancet Infect Dis*. 2018;18(9):e259-e271.
- 174) Kärki T, Napoli C, Riccardo F, et al. Screening for infectious diseases among newly arrived migrants in EU/EEA countries--varying practices but consensus on the utility of screening. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(10):11004-11014.
- 175) Kristiansen M, Thorsted BL, Krasnik A, von Euler-Chelpin M. Participation in mammography screening among migrants and non-migrants in Denmark. *Acta Oncol*. 2012;51(1):28-36.
- 176) Belkić K, Cohen M, Wilczek B, et al. Imaging surveillance programs for women at high breast cancer risk in Europe: Are women from ethnic minority groups adequately included? (Review). *Int J Oncol*. 2015;47(3):817-839.
- 177) WHO. Action plan for the health sector response to viral hepatitis in the WHO European Region. Copenhagen, 2017.
- 178) Deol AK, Fleming FM, Calvo-Urbano B, et al. Schistosomiasis - Assessing Progress toward the 2020 and 2025 Global Goals. *N Engl J Med*. 2019;381(26):2519-2528.
- 179) Decreto legislativo "Attuazione della direttiva 2013/33/UE recante norme relative all'accoglienza dei richiedenti protezione internazionale, nonché della direttiva 2013/32/UE, recante procedure comuni ai fini del riconoscimento e della revoca dello status di protezione internazionale" del 18 agosto 2015 n.142. GU n.214 del 15-9-2015.
- 180) Decreto legge "Disposizioni urgenti in materia di protezione internazionale e immigrazione, sicurezza pubblica, nonché misure per la funzionalità del Ministero dell'interno e l'organizzazione e il funzionamento dell'Agenzia nazio-

- nale per l'amministrazione e la destinazione dei beni sequestrati e confiscati alla criminalità organizzata" del 4 ottobre 2018 n.113. GU n.231 del 04-10-2018.
- 181) Legge "Conversione in legge, con modificazioni, del decreto-legge 21 ottobre 2020, n. 130, recante disposizioni urgenti in materia di immigrazione, protezione internazionale e complementare, modifiche agli articoli 131-bis, 391-bis, 391-ter e 588 del codice penale, nonché misure in materia di divieto di accesso agli esercizi pubblici ed ai locali di pubblico trattenimento, di contrasto all'utilizzo distorto del web e di disciplina del Garante nazionale dei diritti delle persone private della libertà personale" del 18 dicembre 2020 n.173. GU Serie Generale n.314 del 19-12-2020.
- 182) Krcmery V. Infectious diseases in refugees and migrants during the European Migrant Crisis. 17th International Congress on Infectious Diseases / International Journal of Infectious Diseases. 2016;45S:1–477.
- 183) Pavli A, Maltezos H. Health problems of newly arrived migrants and refugees in Europe. *J Travel Med.* 2017;24(4):10.1093/jtm/tax016.
- 184) Bartolo P, Tilotta L. Lacrime di sale. Milano: Mondadori Libri; 2016.
- 185) Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet.* 2005;365(9467):1309-1314.
- 186) Aragona M, Pucci D, Mazzetti M, Maisano B, Geraci S. Traumatic events, post-migration living difficulties and post-traumatic symptoms in first generation immigrants: a primary care study. *Ann Ist Super Sanita.* 2013;49(2):169-175.
- 187) Pfortmueller CA, Schwetlick M, Mueller T, Lehmann B, Exadaktylos AK. Adult Asylum Seekers from the Middle East Including Syria in Central Europe: What Are Their Health Care Problems?. *PLoS One.* 2016;11(2):e0148196.
- 188) Eiset AH, Wejse C. Review of infectious diseases in refugees and asylum seekers-current status and going forward. *Public Health Rev.* 2017;38:22.
- 189) Gellert GA. International migration and control of communicable diseases. *Soc Sci Med.* 1993;37(12):1489-1499.
- 190) Sonden K, Castro E, Törnberg L, Stenstrom C, Tegnell A, Farnert A. High incidence of Plasmodium vivax malaria in newly arrived Eritrean refugees in Sweden since May 2014. *Euro Surveill.* 2014;19(35):20890.
- 191) European Centre for Disease Prevention and Control. Update on autochthonous Plasmodium vivax malaria in Greece. Stoccolma, 2011.
- 192) Ministero della Salute. Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dall'Africa settentrionale. Accessibile a

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1478_listaFile_itemName_1_file.pdf. (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

- 193) Napoli C, Riccardo F, Declich S, et al. An early warning system based on syndromic surveillance to detect potential health emergencies among migrants: results of a two-year experience in Italy. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11(8):8529-8541.
- 194) Weinberg M, Waterman S, Lucas CA, et al. The U.S.-Mexico Border Infectious Disease Surveillance project: establishing bi-national border surveillance. *Emerg Infect Dis*. 2003;9(1):97-102.
- 195) Bella A, Napoli C, Declich S (a cura di). Sorveglianza sindromica per le malattie infettive rivolto alle popolazioni migranti ospitate nei Centri per immigrati. Rapporto finale Periodo: 01/03/2015 – 31/08/2015. Roma, 2015.
- 196) Kamper-Jørgensen Z, Andersen AB, Kok-Jensen A, et al. Migrant tuberculosis: the extent of transmission in a low burden country. *BMC Infect Dis*. 2012;12:60.
- 197) European Centre for Disease Prevention and Control. Assessing the burden of key infectious diseases affecting migrant populations in the EU/EEA. Stoccolma, 2014.
- 198) Pottie K, Greenaway C, Feightner J, et al. Evidence-based clinical guidelines for immigrants and refugees. *CMAJ*. 2011;183(12):E824-E925.
- 199) Besozzi G. Tubercolosi una malattia sociale. Evoluzione nel territorio. Milano, 2012.
- 200) OMS. Sixty-Seventh World Health Assembly A67/11. Ginevra, 2014. Accessibile a https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_11-en.pdf (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 201) WHO Regional Office for Europe/European Centre for Disease Prevention and Control. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2019 – 2017 data. Copenhagen, 2019.
- 202) Lönnroth K, Mor Z, Erkens C, et al. Tuberculosis in migrants in low-incidence countries: epidemiology and intervention entry points. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(6):624-637.
- 203) European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. Tuberculosis surveillance and monitoring in Europe 2018 – 2016 data. Stoccolma, 2018.
- 204) Salmaso L. La tubercolosi nell'immigrato. In *Il paziente immigrato*. Bologna: Cuamm, Gruppo editoriale Editeam; 1994.
- 205) D'Ambrosio L, Centis R, Dara M, et al. European policies in the management of tuberculosis among migrants. *Int J Infect Dis*. 2017;56:85-89.

- 206) Dara M, Solovic I, Sotgiu G, et al. Tuberculosis care among refugees arriving in Europe: a ERS/WHO Europe Region survey of current practices. *Eur Respir J*. 2016;48(3):808-817.
- 207) Greenaway C, Pareek M, Abou Chakra CN, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of screening for latent tuberculosis among migrants in the EU/EEA: a systematic review. *Euro Surveill*. 2018;23(14):17-00543.
- 208) Ministero della Salute. Linee guida per il controllo della malattia tubercolare, su proposta del Ministro della Sanità, ai sensi dell'art. 115, comma 1, lettera b), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 112. GU Serie Generale n.40 del 18-02-1999 - Suppl. Ordinario n. 35).
- 209) Ministero della Salute. Aggiornamento delle raccomandazioni per le attività di controllo della tubercolosi. Politiche efficaci a contrastare la tubercolosi nella popolazione immigrata. Roma, 2010.
- 210) Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Istituto Superiore di Sanità (ISS), SIMM. Linea guida per la salute dei migranti. Il controllo della tubercolosi tra gli immigrati in Italia. Roma, 2018. Accessibile a https://www.epicentro.iss.it/migranti/pdf/LG_tubercolosi_versione%20completa.pdf (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 211) OMS. Latent tuberculosis infection: updated and consolidated guidelines for programmatic management. Ginevra, 2018.
- 212) Rossi C, Shrier I, Marshall L, et al. Seroprevalence of chronic hepatitis B virus infection and prior immunity in immigrants and refugees: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2012;7(9):e44611.
- 213) Greenaway C, Thu Ma A, Kloda LA, et al. The Seroprevalence of Hepatitis C Antibodies in Immigrants and Refugees from Intermediate and High Endemic Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis [published correction appears in *PLoS One*. 2015;10(12):e0144567]. *PLoS One*. 2015;10(11):e0141715.
- 214) OMS. Global health sector strategy on viral hepatitis 2016-2021. Ginevra, 2016.
- 215) OMS. Hepatitis B Fact sheet. Ginevra, 2020. Accessibile a <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 216) Sharma S, Carballo M, Feld JJ, Janssen HL. Immigration and viral hepatitis. *J Hepatol*. 2015;63(2):515-522.
- 217) European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis B. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stoccolma, 2020.
- 218) ISS. Bollettino SEIEVA, epidemiologia delle epatiti virali acute in Italia. Numero 6-Aggiornamento 2019. Roma, 2020.

- 219) Polaris Observatory HCV Collaborators. Global prevalence and genotype distribution of hepatitis C virus infection in 2015: a modelling study. *Lancet Gastroenterol Hepatol*. 2017;2(3):161-176.
- 220) European Centre for Disease Prevention and Control. Hepatitis C. In: ECDC. Annual epidemiological report for 2018. Stoccolma, 2020.
- 221) European Centre for Disease Prevention and Control. Public health guidance on HIV, hepatitis B and C testing in the EU/EEA – An integrated approach. Stoccolma, 2018.
- 222) European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological assessment of hepatitis B and C among migrants in the EU/EEA. Stoccolma, 2016.
- 223) OMS. Progress report on access to hepatitis C treatment: focus on overcoming barriers in low- and middle-income countries, March 2018. Ginevra, 2018.
- 224) Frick M, Gaudino A, Harrington M, Horn T, Jefferys R, Johnson J et al. 2017 Pipeline report: HIV, TB & HCV – drugs, diagnostics, vaccines, preventive technologies, cure research, and immune-based and gene therapies in development. New York, 2017. Disponibile a <http://www.treatmentactiongroup.org/pipeline-report>. (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 225) European Centre for Disease Prevention and Control. Monitoring the responses to hepatitis B and C epidemics in EU/EEA Member States, 2019. Stoccolma, 2020.
- 226) UnAids. GLOBAL AIDS UPDATE: Seizing the moment. Svizzera, 2020.
- 227) WHO and UNAIDS. Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2016. Ginevra, 2016.
- 228) Alvarez-Del Arco D, Fakoya I, Thomadakis C, et al. High levels of post-migration HIV acquisition within nine European countries. *AIDS*. 2017;31(14):1979-1988.
- 229) Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, et al. A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: mplications for effectively managing HIV prevention programmes and policy. *BMC Public Health*. 2015;15:561.
- 230) European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data. Stoccolma, 2019.
- 231) Van Beckhoven D, Florence E, Ruelle J, et al. Good continuum of HIV care in Belgium despite weaknesses in retention and linkage to care among migrants. *BMC Infect Dis*. 2015;15:496.

- 232) Brännström J, Svedhem Johansson V, Marrone G, et al. Deficiencies in the health care system contribute to a high rate of late HIV diagnosis in Sweden. *HIV Med.* 2016;17(6):425-435.
- 233) ISS. Notiziario dell'Iss (Volume 32 - Numero 10 2019) – Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2018. Roma, 2019.
- 234) Ridolfo AL, Oreni L, Vassalini P, et al. Effect of Legal Status on the Early Treatment Outcomes of Migrants Beginning Combined Antiretroviral Therapy at an Outpatient Clinic in Milan, Italy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2017;75(3):315-321.
- 235) Rowley J, Vander Hoorn S, Korenromp E, et al. Chlamydia, gonorrhoea, trichomoniasis and syphilis: global prevalence and incidence estimates, 2016. *Bull World Health Organ.* 2019;97(8):548-562P.
- 236) OMS. Report on global sexually transmitted infection surveillance, 2018. Ginevra, 2018.
- 237) Looker KJ, Margaret AS, Turner KM, Vickerman P, Gottlieb SL, Newman LM. Global estimates of prevalent and incident herpes simplex virus type 2 infections in 2012 [published correction appears in PLoS One. 2015;10(5):e0128615]. *PLoS One.* 2015;10(1):e114989.
- 238) Vu A, Adam A, Wirtz A, et al. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. *PLoS Curr.* 2014;6:ecurrents.dis.835f10778fd80ae031aac12d3b533ca7.
- 239) Gruppo di Interesse e Studio Patologie d'Importazione (GISPI) (a cura di). Quaderni della Società Italiana di Medicina Tropicale e Salute Globale: orientamenti diagnostici e terapeutici in patologia di importazione. 3°edizione. Roma, 2017.
- 240) Lagacé-Wiens PRS, Adam HJ, Laing NM, et al. Antimicrobial susceptibility of clinical isolates of *Neisseria gonorrhoeae* to alternative antimicrobials with therapeutic potential. *J Antimicrob Chemother.* 2017;72(8):2273-2277.
- 241) Kirby T. *Mycoplasma genitalium*: a potential new superbug. *Lancet Infect Dis.* 2018;18(9):951-952.
- 242) Mipatrini D, Stefanelli P, Severoni S, Rezza G. Vaccinations in migrants and refugees: a challenge for European health systems. A systematic review of current scientific evidence. *Pathog Glob Health.* 2017;111(2):59-68.
- 243) De Vito E, Parente P, de Waure C, Poscia A, Ricciardi W. A review of evidence on equitable delivery, access and utilization of immunization services for migrants and refugees in the WHO European Region. Copenhagen, 2017.

- 244) Jones G, Haeghebaert S, Merlin B, et al. Measles outbreak in a refugee settlement in Calais, France: January to February 2016. *Euro Surveill.* 2016;21(11):30167.
- 245) Kouadio IK, Koffi AK, Attoh-Toure H, Kamigaki T, Oshitani H. Outbreak of measles and rubella in refugee transit camps. *Epidemiol Infect.* 2009;137(11):1593-1601.
- 246) Vairo F, Di Bari V, Panella V, et al. An outbreak of chickenpox in an asylum seeker centre in Italy: outbreak investigation and validity of reported chickenpox history, December 2015-May 2016. *Euro Surveill.* 2017;22(46):17-00020.
- 247) Giambi C, Del Manso M, Marchetti G, et al. Immunisation of migrants in EU/EEA countries: Policies and practices. *Vaccine.* 2019;37(36):5439-5451.
- 248) Dalla Zuanna T, Del Manso M, Giambi C, et al. Immunization Offer Targeting Migrants: Policies and Practices in Italy. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(5):968.
- 249) Intesa ai sensi dell'articolo 8, comma 6, della legge 5 giugno 2003, n. 131, tra il Governo, le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano sul documento recante -Piano nazionale prevenzione vaccinale 2017-2019-" del 19 gennaio 2017. GU Serie Generale n.41 del 18-02-2017.
- 250) PLoS Neglected Tropical Diseases. PLOS Neglected Tropical Diseases Journal Scope. Disponibile a: www.plosntds.org/static/scope.action (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 251) World Health Organization. Working to overcome the global impact of neglected tropical diseases. First WHO report on neglected tropical diseases. Ginevra, 2010.
- 252) Hotez PJ, Molyneux DH, Fenwick A, Ottesen E, Ehrlich Sachs S, Sachs JD. Incorporating a rapid-impact package for neglected tropical diseases with programs for HIV/AIDS, tuberculosis, and malaria [published correction appears in *PLoS Med.* 2007 Sep 25;4(9):e277]. *PLoS Med.* 2006;3(5):e102.
- 253) WHO. Ending the neglect to attain the Sustainable Development Goals: A road map for neglected tropical diseases 2021–2030. Ginevra, 2020.
- 254) Norman FF, Pérez de Ayala A, Pérez-Molina JA, Monge-Maillo B, Zamarrón P, López-Vélez R. Neglected tropical diseases outside the tropics. *PLoS Negl Trop Dis.* 2010;4(7):e762.
- 255) Zammarchi L, Vellere I, Stella L, Bartalesi F, Strohmeyer M, Bartoloni A. Spectrum and burden of neglected tropical diseases observed in an infectious and tropical diseases unit in Florence, Italy (2000-2015). *Intern Emerg Med.* 2017;12(4):467-477.
- 256) Tomasello D, Schlagenhauf P. Chikungunya and dengue autochthonous cases in Europe, 2007-2012. *Travel Med Infect Dis.* 2013;11(5):274-284.

- 257) Boissier J, Grech-Angelini S, Webster BL, et al. Outbreak of urogenital schistosomiasis in Corsica (France): an epidemiological case study. *Lancet Infect Dis.* 2016;16(8):971-979.
- 258) Vairo F, Mammone A, Lanini S, et al. Local transmission of chikungunya in Rome and the Lazio region, Italy. *PLoS One.* 2018;13(12):e0208896.
- 259) Hotez PJ, Bottazzi ME, Dumonteil E, Buekens P. The Gulf of Mexico: a "hot zone" for neglected tropical diseases?. *PLoS Negl Trop Dis.* 2015;9(2):e0003481.
- 260) Martelli G, Di Girolamo C, Zammarchi L, et al. Seroprevalence of five neglected parasitic diseases among immigrants accessing five infectious and tropical diseases units in Italy: a cross-sectional study. *Clin Microbiol Infect.* 2017;23(5):335.e1-335.e5.
- 261) Bisoffi Z, Buonfrate D, Montresor A, Requena-Méndez A, Muñoz J, J. Krolewiecki A, Gotuzzo E, Mena AM, Chiodini PL, Anselmi M, Moreira J, Albonico M. *Strongyloides stercoralis*: A Plea for Action. *PLoS Negl Trop Dis.* 2013 May; 7(5): e2214.
- 262) Buonfrate D, Bisanzio D, Giorli G, et al. The Global Prevalence of *Strongyloides stercoralis* Infection. *Pathogens.* 2020;9(6):468.
- 263) Requena-Méndez A, Buonfrate D, Gomez-Junyent J, Zammarchi L, Bisoffi Z, Muñoz J. Evidence-Based Guidelines for Screening and Management of Strongyloidiasis in Non-Endemic Countries. *Am J Trop Med Hyg.* 2017 Sep;97(3):645-652.
- 264) Buonfrate D, Requena-Mendez A, Angheben A, et al. Severe strongyloidiasis: a systematic review of case reports. *BMC Infect Dis.* 2013;13:78.
- 265) Siddiqui AA, Berk SL. Diagnosis of *Strongyloides stercoralis* infection. *Clin Infect Dis.* 2001;33(7):1040-1047.
- 266) Asundi A, Beliavsky A, Liu XJ, et al. Prevalence of strongyloidiasis and schistosomiasis among migrants: a systematic review and meta-analysis [published correction appears in Lancet Glob Health. 2019 Apr;7(4):e419]. *Lancet Glob Health.* 2019;7(2):e236-e248.
- 267) Buonfrate D, Perandin F, Formenti F, Bisoffi Z. A retrospective study comparing agar plate culture, indirect immunofluorescence and real-time PCR for the diagnosis of *Strongyloides stercoralis* infection. *Parasitology.* 2017;144(6):812-816.
- 268) Verweij JJ, Canales M, Polman K, et al. Molecular diagnosis of *Strongyloides stercoralis* in faecal samples using real-time PCR [published correction appears in Trans R Soc Trop Med Hyg. 2010 May;104(5):378]. *Trans R Soc Trop Med Hyg.* 2009;103(4):342-346.

- 269) Nutman TB. Human infection with *Strongyloides stercoralis* and other related *Strongyloides* species. *Parasitology*. 2017;144(3):263-273.
- 270) Gryseels B, Polman K, Clerinx J, Kestens L. Human schistosomiasis. *Lancet*. 2006;368(9541):1106-1118.) (Colley DG, Bustinduy AL, Secor WE, King CH. Human schistosomiasis. *Lancet*. 2014;383(9936):2253-2264.
- 271) Gobbi F, Buonfrate D, Angheben A, et al. Pulmonary nodules in African migrants caused by chronic schistosomiasis. *Lancet Infect Dis*. 2017;17(5):e159-e165.
- 272) Ross AG, McManus DP, Farrar J, Hunstman RJ, Gray DJ, Li YS. Neuroschistosomiasis. *J Neurol*. 2012;259(1):22-32.
- 273) Utzinger J, Becker SL, van Lieshout L, van Dam GJ, Knopp S. New diagnostic tools in schistosomiasis. *Clin Microbiol Infect*. 2015;21(6):529-542.
- 274) Peters PA, Mahmoud AA, Warren KS, Ouma JH, Siongok TK. Field studies of a rapid, accurate means of quantifying *Schistosoma haematobium* eggs in urine samples. *Bull World Health Organ*. 1976;54(2):159-162.
- 275) Braun-Munzinger RA, Southgate BA. Repeatability and reproducibility of egg counts of *Schistosoma haematobium* in urine. *Trop Med Parasitol*. 1992;43(3):149-154.
- 276) Nausch N, Dawson EM, Midzi N, Mduluzi T, Mutapi F, Doenhoff MJ. Field evaluation of a new antibody-based diagnostic for *Schistosoma haematobium* and *S. mansoni* at the point-of-care in northeast Zimbabwe. *BMC Infect Dis*. 2014;14:165.
- 277) Nickel B, Sayasone S, Vonghachack Y, Odermatt P, Marti H. *Schistosoma mansoni* antigen detects *Schistosoma mekongi* infection. *Acta Trop*. 2015;141(Pt B):310-314.
- 278) van Etten L, Folman CC, Eggelte TA, Kreamsner PG, Deelder AM. Rapid diagnosis of schistosomiasis by antigen detection in urine with a reagent strip. *J Clin Microbiol*. 1994;32(10):2404-2406.
- 279) Pomari E, Piubelli C, Perandin F, Bisoffi Z. Digital PCR: a new technology for diagnosis of parasitic infections. *Clin Microbiol Infect*. 2019;25(12):1510-1516.
- 280) Chernet A, Kling K, Sydow V, et al. Accuracy of Diagnostic Tests for *Schistosoma mansoni* Infection in Asymptomatic Eritrean Refugees: Serology and Point-of-Care Circulating Cathodic Antigen Against Stool Microscopy. *Clin Infect Dis*. 2017;65(4):568-574.
- 281) Cucchetto G, Buonfrate D, Marchese V, et al. High-dose or multi-day praziquantel for imported schistosomiasis? A systematic review. *J Travel Med*. 2019;26(7):taz050.

- 282) Bethony J, Brooker S, Albonico M, et al. Soil-transmitted helminth infections: ascariasis, trichuriasis, and hookworm. *Lancet*. 2006;367(9521):1521-1532.
- 283) Scaglia M, Gatti S, Rondanelli E. Parassiti e Parassitosi umane dalla clinica al laboratorio. Pavia: Selecta Medica; 2012.
- 284) Boussinesq M. Loiasis. *Ann Trop Med Parasitol*. 2006;100(8):715-731.
- 285) Gobbi F, Postiglione C, Angheben A, et al. Imported loiasis in Italy: an analysis of 100 cases. *Travel Med Infect Dis*. 2014;12(6 Pt B):713-717.
- 286) Simonsen PE, Onapa AW, Asio SM. Mansonella perstans filariasis in Africa. *Acta Trop*. 2011;120 Suppl 1:S109-S120.
- 287) Bregani ER, Rovellini A, Mbaïdoum N, Magnini MG. Comparison of different anthelmintic drug regimens against Mansonella perstans filariasis. *Trans R Soc Trop Med Hyg*. 2006;100(5):458-463.
- 288) Gobbi F, Beltrame A, Buonfrate D, et al. Imported Infections with Mansonella perstans Nematodes, Italy. *Emerg Infect Dis*. 2017;23(9):1539-1542.
- 289) Escobedo AA, Hanevik K, Almirall P, Cimerman S, Alfonso M. Management of chronic Giardia infection. *Expert Rev Anti Infect Ther*. 2014;12(9):1143-1157.
- 290) Formenti F, Valerio M, Guerriero M, et al. Molecular Biology Can Change the Classic Laboratory Approach for Intestinal Protozoan Infections. *Front Microbiol*. 2017;8:2191.
- 291) Formenti F, Piubelli C, Narra R, et al. Preliminary Comparison of an in-House Real-Time PCR with the Automated BD Max Enteric Parasite Panel for the Detection of Giardia intestinalis. *J Parasitol*. 2018;104(6):702-704.
- 292) Laude A, Valot S, Desoubeaux G, et al. Is real-time PCR-based diagnosis similar in performance to routine parasitological examination for the identification of Giardia intestinalis, Cryptosporidium parvum/Cryptosporidium hominis and Entamoeba histolytica from stool samples? Evaluation of a new commercial multiplex PCR assay and literature review. *Clin Microbiol Infect*. 2016;22(2):190.e1-190.e8.
- 293) Salas-Coronas J, Cabezas-Fernández MT, Vázquez-Villegas J, et al. Evaluation of eosinophilia in immigrants in Southern Spain using tailored screening and treatment protocols: A prospective study. *Travel Med Infect Dis*. 2015;13(4):315-321.
- 294) Whetham J, Day JN, Armstrong M, Chiodini PL, Whitty CJ. Investigation of tropical eosinophilia; assessing a strategy based on geographical area. *J Infect*. 2003;46(3):180-185.
- 295) Martino A. Migranti e cronicità in Italia: quali sfide per il contrasto e la presa in carico? In Bonciani M, Geraci S, Marceca M, Rinaldi A, Russo ML (a cura

- di). Dinamiche di salute e immigrazione tra continuità e nuovi bisogni. Atti del XV Congresso Nazionale SIMM. Bologna: Edizioni Pendragon; 2018.
- 296) Davies A, Frattini C per IOM. Migration: a social determinant of the health of migrants. Ginevra, 2006.
- 297) Gushulak BD, MacPherson DW. Health aspects of the pre-departure phase of migration. *PLoS Med.* 2011;8(5):e1001035.
- 298) Krieger N. Theories for social epidemiology in the 21st century: an eco-social perspective. *Int J Epidemiol.* 2001;30(4):668-677.
- 299) OMS. Global Report on diabetes 2016. Ginevra, 2016.
- 300) Redditt VJ, Graziano D, Janakiram P, Rashid M. Health status of newly arrived refugees in Toronto, Ont: Part 2: chronic diseases. *Can Fam Physician.* 2015;61(7):e310-e315.
- 301) ISS. Progetto Cuore. Disponibile a <http://www.cuore.iss.it/indagini/migranti-glicemia> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 302) OMS. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. World Health Day. Ginevra, 2013. Disponibile a <https://www.who.int/publications/i/item/a-global-brief-on-hypertension-silent-killer-global-public-health-crisis-world-health-day-2013> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 303) Agyemang C, van den Born BJ. Non-communicable diseases in migrants: an expert review. *J Travel Med.* 2019;26(2):tay107.
- 304) de Sanjosé S, Diaz M, Castellsagué X, et al. Worldwide prevalence and genotype distribution of cervical human papillomavirus DNA in women with normal cytology: a meta-analysis. *Lancet Infect Dis.* 2007;7(7):453-459.
- 305) Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries [published correction appears in *CA Cancer J Clin.* 2020 Jul;70(4):313]. *CA Cancer J Clin.* 2018;68(6):394-424.
- 306) Campari C, Fedato C, Petrelli A, et al. HPV prevalence and risk of pre-cancer and cancer in regular immigrants in Italy: results from HPV DNA test-based screening pilot programs. *Infect Agent Cancer.* 2015;10:14.
- 307) Crepet A, Rita F, Reid A, et al. Mental health and trauma in asylum seekers landing in Sicily in 2015: a descriptive study of neglected invisible wounds. *Confl Health.* 2017;11:1.
- 308) Aragona M, Castaldo M, Cristina Tumiatì M, et al. Influence of post-migration living difficulties on post-traumatic symptoms in Chinese asylum seekers resettled in Italy. *Int J Soc Psychiatry.* 2020;66(2):129-135.

- 309) Aragona M, Salvatore MA, Mazzetti M, Burgio A, Geraci S, Baglio G. Is the mental health profile of immigrants changing? A national-level analysis based on hospital discharges in Italy. *Ann Ig.* 2020;32(2):157-165.
- 310) Cattaneo C. Naufraghi senza volto. Dare un nome alle vittime del Mediterraneo. Milano: Raffaello Cortina Editore; 2018.
- 311) Reportage CNN riguardo la vendita di migranti in Libia. Accessibile a <https://edition.cnn.com/2017/11/14/africa/libya-migrant-auctions/index.html> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 312) Mehmedović M. Tempo e sangue. Totalitarismo, genocidio e stupro in Bosnia ed Erzegovina. Udine-Milano: Mimesis Edizioni; 2019.
- 313) Rapporto Medici senza Frontiere. Accessibile a <https://www.medicisenzafrontiere.it/news-e-storie/news/bosnia-respingimenti-violenze-e-pessime-condizioni-umanitarie-alla-nuova-frontiera-della-rota-balcanica/> (ultimo accesso in data 10 gennaio 2021).
- 314) Rapporto di Are you serious? Disponibile a <https://medium.com/are-you-serious/border-violence-report-winter-in-velika-kladuša-c15423c6e4fe> (ultimo accesso in data 10 gennaio 2021).
- 315) Rapporto Border Violence Monitoring Network. Disponibile a <https://www.borderviolence.eu/wp-content/uploads/BVMN-November-Report.pdf> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 316) WHO. Sixty-First World Health Assembly. Resolutions and decisions, annexes. Health of migrants. Ginevra, 2008.
- 317) European Union Agency for Fundamental Rights. Inequalities and multiple discrimination in access to and quality of healthcare. Vienna, 2013.
- 318) Testa J, Postiglione C, Ofogwu G, Marchese V, Santucci B, Monteiro GB, Caregaro L, Rigoli G. Libretto sanitario: un utile strumento per il migrante lungo tutto il percorso migratorio. Poster. XV Congresso nazionale SIMM, 18-20 Aprile 2018, Catania.
- 319) Testa J, Postiglione C, Ofogwu G, Marchese V, Santucci B, Monteiro GB, Caregaro L, Rigoli G. Medical booklet: a useful tool for migrants along all their migration route (Oral presentation 4.01). ISTM International Conference on Migration Health, 1-3 Ottobre 2018, Roma.
- 320) Regione Lombardia, bollettino ufficiale. Aggiornamenti su prevenzione dell'infezione, sorveglianza e controllo della malattia tubercolare in Regione Lombardia - 2017. Accessibile a http://www.regione.lombardia.it/wps/wcm/connect/e8405eb0-2f52-473c-9c9e-2a565a019bae/SEO29_18-072017.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=e8405eb0-2f52-473c-9c9e-2a565a019bae. (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).

- 321) L.R. n. 23 del 11 agosto 2015 “Evoluzione del sistema sociosanitario lombardo: modifiche al Titolo I e al Titolo II della legge regionale 30 dicembre 2009, n. 33 (Testo unico delle leggi regionali in materia di sanità)”.
- 322) Testa J, Pizzi MG, Farinazzo M, Menzaghi B, Franzetti F. Screening per TB latente: un’opportunità di applicazione delle linee guida e di presa in carico per richiedenti protezione internazionale? Poster (P163). XVIII Congresso nazionale SIMIT, 24-27 Novembre 2019, Palermo.
- 323) Testa J, Pizzi MG, Farinazzo M, Menzaghi B, Franzetti F. Outpatient clinic for tuberculosis screening: an opportunity to promote healthcare access among applicants for international protection. Poster n°2398. XXX ECCMID, 18-21 Aprile 2020, Parigi.
- 324) Notizia giornalistica. Disponibile a https://www.ilmessaggero.it/primopiano/cronaca/migranti_busto_arsizio_inchiesta_centro_di_accoglienza_rimborsi-3551003.html (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 325) Notizia giornalistica. Disponibile a <https://www.prealpina.it/pages/busto-trasloco-profughi-kb-163981.html> (ultimo accesso il 10 gennaio 2021).
- 326) Testa J, Marchese V, Staffolani S, Santucci B, Monteiro GB, Ferrari A, Sorrice P, Radrizzani D, Pizzi MG, Menzaghi B, Parisi C, Cocco N. Medical booklet: uno strumento indispensabile per la popolazione migrante. XVI Congresso nazionale SIMM, 16-18 Dicembre 2020, Roma.
- 327) Barbuji G. Invece della razza. In *Contro il razzismo, quattro ragionamenti*. Torino: Einaudi editore; 2016.
- 328) Curcio R. *Razzismo e indifferenza*. Acqui Terme: Edizioni Sensibili alle foglie; 2010.
- 329) Bettini M. *Homo sum. Essere “umani” nel mondo antico*. Torino: Einaudi editore; 2019.
- 330) Botti C (a cura di). *Le etiche della diversità culturale*. Firenze: Casa Editrice Le Lettere; 2013.
- 331) Virgilio. *Eneide*. Roma: La Biblioteca di Repubblica; 2005.
- 332) Butkus DE, Meydrech EF, Raju SS. Racial differences in the survival of cadaveric renal allografts. Overriding effects of HLA matching and socioeconomic factors. *N Engl J Med*. 1992;327(12):840-845.
- 333) Chaturvedi N. Access to Health Care for People from Black Ethnic Minorities. *J R Coll Physicians Lond*. 1993;27(4):470-471.
- 334) Leitch S, Corbin JH, Boston-Fisher N, et al. Black Lives Matter in health promotion: moving from unspoken to outspoken [published online ahead of print, 2020 Dec 10]. *Health Promot Int*. 2020;daaa121.

- 335) Abubakar I, Aldridge RW, Devakumar D, et al. The UCL-Lancet Commission on Migration and Health: the health of a world on the move. *Lancet*. 2018;392(10164):2606-2654.
- 336) Kapuściński R. *L'altro*. Milano: Feltrinelli Editore; 2009.
- 337) Caritas Italiana, Fondazione Migrantes (a cura di). *XXIX Rapporto immigrazione -Conoscere per Comprendere-*. Todi: Tau Editrice; 2020.
- 338) Dhavan P, Dias HM, Creswell J, Weil D. An overview of tuberculosis and migration. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2017;21(6):610-623.
- 339) Shete PB, Boccia D, Dhavan P, et al. Defining a migrant-inclusive tuberculosis research agenda to end TB [published correction appears in *Int J Tuberc Lung Dis*. 2018 Oct 1;22(10):1244]. *Int J Tuberc Lung Dis*. 2018;22(8):835-843.
- 340) Legido-Quigley H, Pocock N, Tan ST, Pajin L, Suphanchaimat R, Wickramage K, McKee M, Pottie K. Healthcare is not universal if undocumented migrants are excluded. *BMJ*. 2019 Sep 16;366:l4160.
- 341) Angeletti S, Ceccarelli G, Bazzardi R, et al. Migrants rescued on the Mediterranean Sea route: nutritional, psychological status and infectious disease control. *J Infect Dev Ctries*. 2020;14(5):454-462.
- 342) Logie CH, Alshech J, Guta A, et al. Experiences and perceptions of social constraints and social change among lesbian, gay, bisexual and transgender persons in Lesotho. *Cult Health Sex*. 2019;21(5):559-574.
- 343) Davolo A, Mancini T. *L'intervento psicologico con i migranti*. Bologna: Società editrice Il Mulino; 2017.
- 344) Del Grande G. *Il mare di mezzo. Al tempo dei respingimenti*. Formigine: Infinito Edizioni; 2012.
- 345) De Bellis M. Rapporto Amnesty International: Europe's shameful failure to end the torture and abuse of refugees and migrants in Libya. Disponibile a <https://www.amnesty.org/en/latest/news/2019/03/europes-shameful-failure-to-end-the-torture-and-abuse-of-refugees-and-migrants-in-libya/> (ultimo accesso il 10 gennaio 2020).
- 346) De Vito E, de Waure C, Specchia ML, Ricciardi W (a cura di). Health Evidence Network Synthesis Report 42. Public health aspects of migrant health: a review of the evidence on health status for undocumented migrants in the European Region. Copenhagen, 2015.
- 347) Dubosc FO, Edres N (a cura di). *Piccolo lessico del grande esodo. Ottanta lemmi per pensare la crisi migrante*. Roma: Edizioni minimum fax; 2017.
- 348) Picozzi M, Pegoraro R, Viridis A. The Duty to Vaccinate: A Cultural Challenge. *Am J Bioeth*. 2017;17(4):52-53.

- 349) Marceca M, Russo ML adattato da: WHO Regional Office for Europe. How health systems can address health inequities linked to migration and ethnicity. Copenhagen, 2010.
- 350) Aime M. La macchia della razza. Milano: Elèuthera; 2013.
- 351) Compagnoni F, D'Agostino F. Bioetica, diritto umani e multiethnicità. Immigrazione e sistema sanitario nazionale. Cinisello Balsamo: Edizioni San Paolo; 2001.
- 352) Achotegui J. Emigrar en situación extrema. El Síndrome del inmigrante con estrés crónico y múltiple (Síndrome de Ulises) [Emigration in hard conditions: the Immigrant Syndrome with chronic and multiple stress (Ulysses' Syndrome)]. *Vertex*. 2005;16(60):105-113.
- 353) Maffettone S (a cura di). Medicina e multiculturalismo. Ozzano dell'Emilia: Alberto Perdisa Editore; 2004.
- 354) Bhopal RS, Parsons L. A draft policy for adoption by health authorities, purchasers and providers of health care. In Hopkins A, Bahl V. Access to health care for people from black and ethnic minorities. Londra: Royal College of Physicians Publications; 1993.