



Giovanni Baglio e Antonio Fortino

Il fenomeno dei profughi che sbarcano sulle coste italiane, attraversando poi le aree metropolitane diretti all'estero, richiama alla mente la città-ragnatela di Calvino: "C'è un precipizio in mezzo a due montagne scoscese: la città è sul vuoto, legata alle due creste con funi e catene e passerelle... Si cammina sulle traversine di legno, attenti a non mettere il piede negli intervalli, o ci si aggrappa alle maglie di canapa. Questa è la base della città: una rete che serve da passaggio e da sostegno"[1].

---

**Le cifre parlano chiaro. E raccontano che durante il 2014 sono partite dalle coste della Libia decine di migliaia di persone, in fuga da gravi situazioni di guerra e miseria: ne sono arrivati 170 mila,** secondo le stime della Croce Rossa, in prevalenza siriani, eritrei, somali e maliani; almeno 3.500 hanno perso la vita nella traversata del Mediterraneo[2].

**A fronte di tale afflusso, nello stesso anno sono state presentate in Italia circa 63 mila richieste di protezione internazionale.** La semplice differenza numerica rende evidente la consistenza del fenomeno dei transitanti: circa 100.000 uomini, donne e minori, una volta arrivati in Italia, hanno voluto rendersi invisibili, per non restare intrappolati nella condizione di "dublinanti" ed evitare quindi il rimpatrio nel primo Paese di area Schengen in cui è avvenuta l'identificazione. Roma e Milano hanno rappresentato il principale crocevia dei transiti, offrendosi come scenario per questo inedito naufragio metropolitano: città-ragnatela, sospese nel vuoto, in bilico tra lontane terre di esodo e altrettanto lontani punti

d'approdo in Paesi del Nord Europa.

Questi passaggi avvengono prevalentemente in modo carsico e inafferrabile, ma a tratti riemergono all'interno di insediamenti spontanei o edifici spesso in stato di abbandono, dove già da anni vivono gli altri immigrati, quelli cosiddetti "stanziali", la cui perdurante precarietà di vita testimonia nei fatti l'incapacità del nostro Paese di offrire prospettive concrete di integrazione.

**Si tratta di un fenomeno relativamente nuovo per l'Italia che, al tempo delle primavere arabe, era stata interessata dal transito di profughi, ma con ben altri numeri.**

E, soprattutto, oggi affiorano crescenti preoccupazioni nell'opinione pubblica in merito ai rischi di focolai epidemici pronti a esplodere: è il vecchio cliché dell'immigrato-untore che ritorna, alimentato in parte anche dalla concomitanza di Ebola.

**Tuttavia, le evidenze epidemiologiche non giustificano paure generalizzate.** Ad esempio, i dati della sorveglianza sindromica effettuata dall'Istituto Superiore di Sanità dal 1 maggio 2011 al 30 giugno 2013 su 139 centri di accoglienza in 13 regioni italiane (con un numero medio di presenze giornaliere pari a circa 5.300 persone) non hanno evidenziato alcuna emergenza sanitaria: solo 20 allerte statistiche confermate, di cui 8 infestazioni, 5 sindromi respiratorie febbrili, 6 gastroenteriti e 1 caso di sospetta tubercolosi polmonare[3]. Peraltro, a seguito delle allerte, sono state avviate indagini epidemiologiche presso i centri interessati che non hanno messo in evidenza cluster epidemici, a eccezione di tre allarmi statistici per casi di "infestazione", confermati poi come focolai di scabbia.

Questi dati indicano che la selezione all'origine esercitata dall'effetto "migrante sano" non si limita alla categoria dell'immigrato "economico", che viene in Italia per motivi di lavoro, ma riguarda anche i profughi in arrivo sulle nostre coste. Se volessimo sintetizzare con una battuta, potremmo dire che il loro viaggio è troppo lungo per l'Ebola (la malattia si manifesterebbe ed estinguerebbe prima che il percorso migratorio sia concluso), ma è troppo breve per la tubercolosi, che non fa in tempo a svilupparsi nonostante le condizioni di grave deprivazione che accompagnano la fuga[4]. Nessun allarmismo, dunque. **Eppure i migranti "invisibili" rappresentano, con la loro esperienza di naufragio metropolitano, un nodo irrisolto, un vulnus nel cuore delle comunità;** in quanto portatori di fragilità e bisogni impellenti, interpellano le istituzioni e in particolare la sanità pubblica, portando la sfida su un terreno assai impegnativo: quello della "prossimità".

**L'identikit è noto: si tratta di persone non inserite nei programmi di accoglienza**

**per richiedenti protezione internazionale**, in transito per brevi periodi sul territorio nazionale (da pochi giorni a qualche settimana); non godono di copertura sanitaria (in quanto popolazione non identificata) e non si rivolgono spontaneamente ai servizi sociosanitari per gli stranieri irregolari. Molti sono i minori, a volte accompagnati dalla famiglia o da adulti con cui hanno legami di parentela, altre volte non accompagnati. Negli insediamenti in cui queste persone trovano temporaneamente ricovero, abitano da tempo altri stranieri, presenti stabilmente e organizzati secondo modalità minime di autogestione. Le condizioni generali di vita già piuttosto precarie risultano così ulteriormente aggravate dall'elevata densità abitativa e dalla carenza di servizi igienici, anche in considerazione dello stato di salute dei migranti in transito, spesso compromesso dal viaggio lungo ed estenuante.

L'urgenza del bisogno di salute da un lato e la condizione di transitanti dall'altro rendono non applicabili i modelli di orientamento ai servizi e di presa in carico adottati nei confronti della popolazione immigrata stanziale, quand'anche irregolare.

**Di fronte all'emersione di questo fenomeno nuovo e difficile da gestire, la rapidità e l'efficacia delle risposte dipendono in larga misura dalla capacità di mobilitare tempestivamente risorse e competenze diversificate.** Ed è a questo punto che le città-ragnatela divengono reti territoriali di prossimità: reti intese come sistemi sinergici e dialoganti di una pluralità di attori, in grado di assicurare complessivamente copertura socio-sanitaria di base, attraverso l'offerta attiva di prestazioni mediche e il supporto di tipo sociale, ivi comprese la raccolta e la distribuzione di cibo e vestiario.

**Un'esperienza significativa in tal senso viene da Roma** dove, nel periodo tra giugno e novembre 2014, è stato realizzato un piano di interventi socio-sanitari presso due edifici occupati (via Collatina e Selam Palace sull'Anagnina) e un insediamento spontaneo (via delle Messi d'Oro, recentemente sgomberato) sul territorio della ASL RMB. La mobilitazione intorno a tale piano ha permesso di consolidare in tempi brevi una rete che ha coinvolto diverse istituzioni pubbliche (INMP, ASL RMB) e associazioni (Croce Rossa, Caritas diocesana di Roma, Cittadini del Mondo, Medici per i Diritti Umani, Medici Senza Frontiere).

**Nei cinque mesi di attività, le équipe hanno raggiunto e assistito circa 3 mila e 800 persone, garantendo visite generali e dermatologiche**, distribuzione di farmaci, medicazioni (con il supporto di mediatori linguistico-culturali e assistenti sociali), e rinviando i casi più critici alle strutture sanitarie territoriali[5]. I pazienti visitati erano in prevalenza maschi (84%) e giovani (età media 23 anni), con una quota non trascurabile di minori (14%). La grande maggioranza proveniva da Eritrea e Somalia. Il tempo di

permanenza negli insediamenti è stato di pochi giorni. Sono state riscontrate prevalentemente patologie dermatologiche (55%, soprattutto scabbia, foruncolosi e impetigine), seguite da malattie del sistema respiratorio (20%, in gran parte infezioni delle prime vie aeree, bronchiti e sindromi influenzali). I pochi casi sospetti di tubercolosi e malaria sono stati immediatamente sottoposti ad accertamenti adeguati, con esiti negativi.

**L'intervento ha rappresentato un segnale importante di attenzione da parte del Sistema sanitario, ma soprattutto è stata l'occasione per sperimentare nuove modalità operative e forme integrate di collaborazione tra istituzioni.** Al di là dei risultati conseguiti in termini di attività sanitarie effettuate, l'aspetto più significativo dell'esperienza rimane il modello di sanità pubblica: un modello in cui la prossimità e la rete diventano elementi chiave per garantire percorsi di tutela della salute, anche in situazioni di particolare marginalità e distanza dai servizi. Peraltro, una recente *review* della letteratura, pubblicata sul *Journal of Community Health*, ha rilevato la potenziale efficacia della *mobile clinic* nell'ottenere significativi impatti sulla salute di migranti ad alto rischio, a condizione che sia forte la partnership tra attori sanitari, sociali e dell'intera comunità[6].

Non a caso, tale modello è stato ripreso dalla Direzione Salute e Integrazione Socio Sanitaria della Regione Lazio in una nota circolare dell'8 agosto 2014 in cui, a partire proprio dall'esperienza maturata sul territorio della ASL RMB, sono state fornite indicazioni alle Aziende sanitarie territoriali e ospedaliere per garantire assistenza ai migranti in transito[7].

**Intanto, nel 2015 il flusso non si arresta. Secondo i dati del Ministero degli Interni, i migranti sbarcati in Italia dal 1 gennaio al 19 maggio di quest'anno sono stati circa 40 mila (con un incremento del 6% rispetto allo stesso periodo del 2014).**

Non si può continuare a pensare al fenomeno in termini di emergenza transitoria e congiunturale. Conosciamo abbastanza (anche se non tutto, specialmente sulla gestione occulta dei flussi da parte delle organizzazioni di *human trafficking*), abbiamo modelli che funzionano ed esperienze pilota cui riferirsi. Occorre però sostenere una risposta più strutturale e concertata tra le diverse articolazioni dello Stato (livello centrale ed enti locali) e, a livello territoriale, tra le Istituzioni sociali e sanitarie, per affrontare più globalmente il tema dell'accoglienza, attraverso gli strumenti della programmazione sociosanitaria e il riorientamento del sistema in un'ottica di maggiore accessibilità.

**Giovanni Baglio:** Istituto Nazionale Salute, Migrazione e Povertà (INMP); Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM)

**Antonio Fortino:** Istituto Nazionale Salute, Migrazione e Povertà (INMP)

### **Bibliografia**

1. Italo Calvino. Le città invisibili. Milano: Arnoldo Mondadori Editore, 1993.
2. Geraci S. Oltre gli sbarchi. [Per un Piano nazionale dell'accoglienza](#). SaluteInternazionale.info, 17.07.2014
3. Bella A, Napoli, C, Riccardo F, et al. Immigrazione ed emergenze sanitarie: utilizzo della sorveglianza sindromica nei Centri per Immigrati in Italia negli anni 2011-2013. [Rapporto Osservasalute 2014](#). Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane. Milano: Prex, 2014: 319-20.
4. Baglio G. Tubercolosi e immigrazione: le risposte che l'epidemiologia può dare (e che la società attende). Epidemiol Prev 2015; 39 (2): 73-4.
5. Rapporto INMP/ASL Roma B. [Salute e prevenzione tra i migranti invisibili](#). Roma, 2015.
6. Luque JS, Castaneda H. Delivery of mobile clinic services to migrant and seasonal farmworkers: a review of practice models for community-academic partnerships. J Community Health, 2013; 38(2): 397-407.
7. Regione Lazio - Direzione Regionale Salute e Integrazione Socio Sanitaria. Nota Prot. n. 461128 del 8 agosto 2014, avente per oggetto: "Assistenza sanitaria ai cittadini stranieri in transito sul territorio regionale a seguito di sbarchi sulle coste italiane".