

✘ Salvatore Geraci, Francesco Castelli, Stella Egidi

Le recenti iniziative amministrative di alcuni sindaci del litorale ligure offrono l'ennesima occasione per riflettere una volta di più su quanta poca conoscenza vi sia degli aspetti sanitari del fenomeno migratorio, e quanto invece si tenda a farne una lettura strumentale e imperniata su luoghi comuni e paranoie, piuttosto che sulle evidenze scientifiche e sullo stato dei fatti. Il vero problema non sembra dunque essere rappresentato dal rischio sanitario, ma dal modo in cui il fenomeno migratorio viene affrontato nel nostro paese.

Nei primi sei mesi dell'anno, circa 67.500 migranti sono sbarcati in Italia[1]: le statistiche dimostrano che gli arrivi nel nostro paese non hanno subito drastici aumenti, mentre è aumentato in modo importante il transito attraverso le isole greche e i Balcani. La maggior parte di queste persone è giunta in Sicilia con la speranza di lasciarsi alle spalle un viaggio lungo e pericoloso.

Le nazionalità rappresentate non sono dissimili da quelle evidenziate l'anno scorso: Eritrea e Sudan, accanto ai numerosi paesi dell'Africa Sub-Sahariana. C'è stata una diminuzione importante di arrivi di siriani che oggi intraprendono un percorso diverso, passando soprattutto dalla Grecia. Ciononostante, l'insofferenza verso l'atteggiamento di mancata collaborazione di molti paesi dell'Unione Europea nella gestione dei flussi in arrivo sulle nostre coste, la difficoltà del sistema di accoglienza di assorbire i numeri in arrivo, il persistere di situazioni di alloggio precarie e informali e la cui gestione è troppo spesso delegata all'associazionismo e al buon cuore della popolazione, ha inasprito i toni di un dibattito che regolarmente si riaccende intorno a paure e stereotipi con cui facciamo i conti

ormai da decenni.

Le recenti iniziative amministrative di alcuni sindaci del litorale ligure offrono l'ennesima occasione per riflettere una volta di più su quanta poca conoscenza vi sia degli aspetti sanitari del fenomeno migratorio, e quanto invece si tenda a farne una lettura strumentale e imperniata su luoghi comuni e paranoie, piuttosto che sulle evidenze scientifiche e sullo stato dei fatti.

Capofila di queste iniziative è stato il sindaco di Alassio, Enzo Canepa, che in data 1 luglio ha emesso un'ordinanza nella quale si esige l'esibizione di un certificato medico attestante la negatività da malattie infettive e trasmissibili a tutti gli stranieri senza fissa dimora che vogliono soggiornare nel territorio del comune[2]. L'ordinanza è stata ripresa, e riproposta con toni e dettagli poco dissimili, da altri comuni della zona, con il benestare della presidenza della regione.

L'ordinanza di Alassio è valsa al sindaco Enzo Canepa una segnalazione all'UNAR (Ufficio Nazionale Antidiscriminazioni Razziali) e una denuncia alla Procura (quest'ultima estesa anche al presidente della regione Toti, all'assessore alla regione Stefano Mai e agli altri sindaci della provincia di Savona che hanno seguito l'esempio di Canepa)[3].

Ricordiamo come questa non sia la prima occasione in cui dichiarazioni politiche e giornalistiche estemporanee e decisioni amministrative creative abbiano richiesto smentite e condotto gli organi giurisdizionali a pronunciarsi in materia. Tra le più recenti, ricordiamo non più di un anno e mezzo fa le dichiarazioni del sindaco di Modica su presunti casi di tubercolosi diagnosticati agli sbarchi, smentite dal Ministero della Salute[4], il caso della cosiddetta "epidemia" di tubercolosi tra i poliziotti sottoposti a screening tramite Mantoux a Pozzallo (si trattava in realtà di pochi casi di cutireattività)[5], la polemica innescata dalle dichiarazioni del leader 5 Stelle Beppe Grillo circa un presunto allarme tubercolosi, che portò alla pubblicazione di una lettera aperta firmata da illustri esponenti del mondo medico-scientifico (tra cui Mario Raviglione, direttore del Programma di lotta alla Tubercolosi in seno all'organizzazione Mondiale della Sanità)[6], e non ultima l'ordinanza "anti Ebola" del Comune di Padova, che proprio in questi giorni è stata annullata dal TAR del Veneto che ha accolto il ricorso presentato da alcune associazioni[7].

Non siamo nuovi a questi dibattiti. Da sempre la paura del diverso tende ad attribuire un ruolo di "untore" allo straniero, ritenuto responsabile di introdurre o reintrodurre malattie da noi scomparse. In particolare, alcune ricorrono come malattie "emblema": dalle più svariate malattie esotiche (a cui si è recentemente aggiunta l'Ebola, a seguito della devastante epidemia che ha colpito alcuni paesi dell'Africa occidentale),

all'HIV, alla tubercolosi, alle malattie della povertà come la scabbia e la pediculosi. Di contro, vi è un'ampia letteratura scientifica cresciuta nel corso degli anni attorno all'argomento e volta a riflettere in maniera costruttiva, smantellando falsi miti ed allarmismi, su problematiche e soluzioni del fenomeno migratorio in Italia[8].

La realtà: l'analisi dei fatti

Preme in primo luogo sottolineare come il ricorrente appellarsi ad una presunta situazione di emergenza sanitaria correlata alla presenza di stranieri immigrati sul territorio italiano, non trovi nessuna giustificazione oggettiva. Nei fatti, il fenomeno migratorio in Italia ha sì impattato sui numeri di alcune patologie - come d'altronde sta succedendo in ogni parte del mondo con l'aumento della mobilità globale -, ma in nessun caso ha comportato una situazione emergenziale.

Il protocollo stabilito dal Ministero della Salute nel 2011, anno della cosiddetta "emergenza sbarchi", volto a stabilire misure di sorveglianza sindromica allo scopo di consentire un allarme precoce in caso di situazione potenzialmente emergenziali, ha di fatto dimostrato la non sussistenza di questo rischio. Dalla sua implementazione, il sistema ha prodotto soltanto 260 allerte e 20 allarmi, ascrivibili peraltro a situazioni patologiche che si sono rapidamente esaurite nelle ore successive[9]. Ad analoghe conclusioni giunge l'Istituto Nazionale per la Medicina delle Migrazioni e della Povertà (INMP) che sconfessa l'esistenza di un'emergenza sanitaria, confermando al contrario una situazione sostanzialmente immodificata che vede semmai un crescente deterioramento delle condizioni di salute della popolazione immigrata nel periodo post-migratorio, a seguito dell'esposizione continua e reiterata a fattori di rischio connessi ad una situazione di povertà e disagio sociale (effetto migrante esausto)[10,11]. Stesse evidenze derivano da altre fonti: dei dati raccolti nel corso delle attività cliniche condotte dall'inizio dell'anno da Medici Senza Frontiere nel CPSA di Pozzallo, risulta che su oltre 7.200 arrivi ci sono stati 24 casi sospetti per tubercolosi, di cui solo 3 confermati[12]. Questa presunta invasione di problematiche sanitarie, quindi, sembra esistere solo nelle chiacchiere da bar o nelle astruse dichiarazioni di qualche esponente politico particolarmente creativo.

La vera emergenza: diffusa ignoranza, malafede e improvvisazione

Il vero problema non sembra dunque essere rappresentato dal rischio sanitario, ma dal modo in cui il fenomeno migratorio viene affrontato nel nostro paese. Dal 1973 c'è un saldo migratorio positivo (numero di immigrati che supera quello degli emigrati)[13]; dagli inizi degli anni '80 c'è una visibilità "fisiologica" degli immigrati che ha sostenuto la demografia[14] ed in parte l'economia[15]; dal 1986 si sono succedute 5 normative

specifiche sull'immigrazione con un Testo unico del 1998 (a partire dalla legge cosiddetta Turco-Napolitano), in parte modificato nel 2002 dalla cosiddetta Legge Bossi-Fini (attualmente ancora in vigore) e tanti altri interventi normativi spot mischiando il tema dell'immigrazione a quello della sicurezza (vedi il cosiddetto pacchetto sicurezza tra il 2008 e 2010). L'Italia è l'unico paese Europeo senza una specifica normativa sui richiedenti protezione internazionale e sui rifugiati, ma ultimamente produce tanti atti giuridici, in genere obbligati da procedure e tutele internazionali. Pur conoscendo il tema dell'asilo dagli anni '70 (missione navale per salvare i vietnamiti dei *boat people* nel mare indocinese) e rivisitandolo periodicamente (gli albanesi negli anni '90; l'accoglienza legata alla crisi balcanica prima, e poi al conflitto in Kosovo; la lunga storia dei profughi somali; gli sbarchi del 2011 a seguito della "primavera araba"), l'Italia ha sempre "ricominciato da capo" in termini di approccio normativo ed organizzativo[16].

Per tale motivo avevamo salutato come un segno positivo di discontinuità, l'Accordo a Conferenza Unificata delle Conferenze Stato-Regioni e Stato-Città ed autonomie locali del luglio 2014[17] in cui finalmente si cercava di superare un approccio improntato alla gestione emergenziale, come se l'arrivo di migranti sulle nostre coste rappresentasse un fenomeno dell'ultim'ora, del tutto inaspettato, a cui trovare una soluzione temporanea in attesa che passi la tempesta. Nonostante ciò, nei primi mesi di quest'anno abbiamo prima assistito ad una inutile e dannosa *pantomima* internazionale che ha prodotto morti evitabili e tragedie annunciate, poi contrasti e ripicche Europee per poche migliaia di profughi da "distribuire" (bada bene non da "proteggere e accogliere") nei vari paesi, mentre in Italia, a distanza di un anno da quell'Accordo che faceva ben sperare, sembra ancora protagonista un'improvvisazione gestionale e di *governance* sia in ambito di accoglienza che di tutele sanitarie che lascia spazio ad iniziative estemporanee come quella menzionata all'inizio di questo articolo. Come scrivevamo un anno fa <http://saluteinternazionale.test2.it/2014/07/oltre-gli-sbarchi-per-un-piano-nazionale-dellaccoglienza/>, il dibattito pubblico è ancora focalizzato sui pericoli, più che sulle tutele, del fenomeno migratorio, senza consapevolezza che solo un approccio inclusivo, che avvicini il migrante ai percorsi assistenziali, e che integri accoglienza e salute può davvero tutelare il benessere di tutti, migranti e popolazione ospitante. Tutto ciò è complicato da forze politiche ed organi d'informazione che enfatizzano criticità, tensioni e conflitti per qualche voto in più (e purtroppo non sono pochi) o per aumentare tirature o audience. Anche un'informazione distorta produce emergenza[18]!

Già alla chiusura del proprio Congresso nazionale[19] e con una recente lettera aperta[20], la SIMM ha proposto con forza delle azioni immediate per porre fine alle tragedie in mare, per tutelare realmente coloro che chiedono protezione in

Europa e per riappropriarsi dei valori etici dell'accoglienza, del riconoscimento di dignità, della tutela dei diritti partendo proprio dai medici e dagli operatori sanitari. La lettera indirizzata alla Federazione Nazionale degli Ordini dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri è stata valutata dalla stessa a "forte valenza politico-sociale che la FNOMCeO e gli Ordini provinciali dei Medici Chirurghi e degli Odontoiatri non possono non condividere" in quanto richiama "valori che sono alla base dell'attività del medico: la tutela dei soggetti fragili, la tutela dei diritti contro ogni forma di discriminazione e la garanzia di accessibilità alle cure. E' fondamentale quindi che gli Ordini si facciano promotori di queste istanze, diffondendo quanto più possibile questo programma. Ci vuole un impegno concreto e operativo, al di là delle difficoltà delle singole realtà territoriali"[21].

La sofferenza di alcuni territori, spesso strumentalizzata da persone senza scrupoli a fini economici e/o politici, non può e non deve trovare sponda sul versante sanitario che anzi, per proprio mandato, non discrimina nessuno, non manipola informazioni a scopo privatistico, e accoglie chiunque abbia un bisogno e, quando necessario, cura senza esclusioni e nel miglior modo possibile.

Limiti di spazio editoriale ci impediscono di entrare nel merito specifico delle singole patologie infettive richiamate dalla ordinanza del Sindaco di Alassio, che rimandiamo ad un successivo post.

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

Bibliografia

1. UNHCR: [dati](#).
2. Comune di Alassio: [Ordinanza sindacale di tutela sanitaria](#)
3. [Esposto procura contro ordinanza Alassio](#). Ansa.it, 16.07.2015
4. [Sindaco di Modica, allarme per casi tubercolosi, scabbia e Aids](#). Ansa.it, 03.05.2014
5. [Immigrati, casi tubercolosi tra polizia](#). Ansa.it, 13.07.2014
6. [Emergenza sbarchi, il mondo dei ricercatori a Grillo: "Su tubercolosi parole fuorvianti"](#). Repubblica.it, 03.09.2014
7. [Tar boccia ordinanza 'anti ebola' Padova](#). Ansa.it, 15.07.2015
8. A titolo di esempio, si consultino a questo scopo le pagine di questo stesso sito e del sito della [SIMM](#)
9. Napoli C, Riccardo F 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. Intl J Environ Res Public Health 2014; 11: 8529-8541

10. [Immigrazione. Inmp: “Negli ultimi anni numero immigrati è rimasto costante. Dal 2011 nessuna emergenza sanitaria”](#). QuotidianoSanità.it, 13.06.2015
11. Baglio G, Fortino A. [I migranti invisibili nelle città ragnatela](#). SaluteInternazionale.info, 17.06.2015
12. Analisi dati attività, non pubblicati ciò è avvenuto fino al 2013 quando il numero di cittadini italiani “costretti” ad andare all’estero ha superato, dopo 30 anni, coloro che sono “entrati” nel nostro paese.
13. [Bilancio demografico nazionale](#). Istat: 15 giugno 2015
14. [Il valore dell’immigrazione](#) [PDF: 522 Kb]. Fondazioneleonemoressa.org
15. [La ricchezza prodotta dalle imprese straniere nel Nord Est](#). Fondazioneleonemoressa.org
16. [Rapporto sulla protezione internazionale in Italia 2014](#). Viedifuga.org
17. Geraci S. [Oltre gli sbarchi, per un piano nazionale dell’accoglienza](#). SaluteInternazionale.info, 17.07.2014
18. Meli A. [Migrazioni e salute: la cattiva informazione](#). SaluteInternazionale.info, 10.06.2015
19. [Raccomandazioni finali del XIII congresso SIMM](#) [PDF: 142 Kb] (Agrigento, 14--17 maggio 2014)
20. [Lettera SIMM alla FNOMCEO. Prot. 6498 dello 07-07-2015130](#) [PDF: 272 Kb]
21. [La FNOMCeO aderisce alla richiesta della SIMM](#)