

Articolo
originale

Original
article

Salute e malattie infettive nella popolazione migrante: l'esperienza della "Coorte di Lampedusa 2011"

Infectious diseases and health in the migrant people: experience from Lampedusa 2011

Tullio Prestileo^{1,2}, Giuseppina Cassarà^{1,3}, Francesco Di Lorenzo², Adriana Sanfilippo², Ernesto Renato dalle Nogare², Giuseppina Orlando⁴

¹Centro di Riferimento Siciliano dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti e per il contrasto delle malattie della Povertà (INMP), Italy;

²Unità Operativa Complessa di Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera di Riferimento Nazionale ed Alta Specializzazione (ARNAS), Ospedale Civico-Benfratelli, Palermo, Italy;

³Unità Operativa Complessa di Pronto Soccorso e Medicina d'Urgenza, Ospedale S. Raffaele-Giglio Cefalù, Palermo, Italy;

⁴Unità Operativa Complessa di Ostetricia e Ginecologia, Azienda ospedaliera di Riferimento Nazionale ed Alta Specializzazione (ARNAS), Ospedale Civico-Benfratelli, Palermo, Italy

INTRODUZIONE

Nel panorama dei flussi migratori internazionali si sono verificate, nell'ultimo ventennio, rilevanti trasformazioni direttamente correlate ad eventi sociali, politici ed economici che hanno costretto enormi quantità di Persone a lasciare, spesso brutalmente, la propria terra, la propria cultura, le proprie abitudini.

Il fenomeno della globalizzazione mondiale e alcune "vicine" modificazioni degli assetti politico-economici, come per esempio la caduta del muro di Berlino e la recentissima "caduta del muro del Maghreb" hanno determinato una inevitabile ripresa della possibilità di guardare e progettare la propria vita oltre i confini naturali e politici della realtà in cui si trovano a vivere moltitudini di persone che affrontano condizioni di grave povertà o che sono costrette a subire violenze, torture, guerre e miserie umane inaffrontabili nella propria terra.

Il bacino del Mediterraneo appare particolarmente esemplificativo per comprendere la complessità del fenomeno migratorio. L'Africa e l'Europa sono strettamente interconnesse dai flussi migratori, sia per ragioni di prossimità geografica, sia per l'enorme divario socio-economico tra i due continenti: 15 dei 20 paesi più sviluppati al mondo si trovano in Europa, mentre i 20 paesi meno sviluppati dello stesso mondo si trovano in Africa [1].

Tutto ciò fa sì che l'Europa appaia come la nuova «terra promessa», per raggiungere la quale i migranti di origine africana si sottopongono a lunghi e drammatici viaggi che li portano spesso a percorrere tutto il continente africano. La popolazione migrante è maggiormente vulnerabile e più esposta alle infezioni (particolarmente, l'infezione da HIV e le altre infezioni a trasmissione sessuale, la tubercolosi) a causa dei frequenti episodi di violenza, torture, abusi e delle deprecabili condizioni di vulnerabilità cui vengono sottoposti durante il percorso migratorio [2-7]. I migranti con più elevata marginalità sociale (immigrati irregolari, tossicodipendenti, omosessuali, *sex workers*, vittime della tratta di esseri umani, minoranze etniche, detenuti) presentano un ulteriore rischio di mor-

*Corresponding author

Tullio Prestileo

E-mail: tullioprestileo@virgilio.it

bilità, di sfruttamento ed esclusione sociale per l'elevata mobilità, lo status legale, le difficoltà economiche e linguistiche, la diversità culturale, la disinformazione, il basso livello di scolarizzazione, la mancanza di lavoro, lo scarso accesso ai servizi sanitari, di prevenzione e di riduzione del danno, l'emarginazione sociale e le problematiche di genere [8-14]. La stigmatizzazione incrementa, se possibile, la loro vulnerabilità. In questo complesso e difficilissimo contesto la Sicilia si è trovata, e ancora si trova, ad essere un crocevia obbligato, una terra di arrivo o di transito per queste popolazioni che, senza indugio, hanno il diritto di essere accolte, assistite e curate rispondendo ai più elementari diritti umani e per assicurare e garantire la tutela della salute collettiva.

PAZIENTI E METODI

Nell'intervallo temporale compreso tra l'11 aprile e il 7 settembre 2011, sono approdate a Lampedusa circa 60.000 persone provenienti dalla gran parte del continente africano [15]. Nelle figure 1 e 2 sono indicati gli Stati di provenienza e le principali rotte seguite da questa popolazione.

Per fronteggiare questa fortissima ed imprevista emergenza socio-sanitaria, l'Assessorato Regionale per la Salute della Regione Siciliana ha predisposto un dettagliato ed articolato piano di interventi sanitari per lo studio e la verifica delle problematiche igienico-sanitarie e per l'assistenza di queste popolazioni giunte a Lampedusa, attraverso il coinvolgimento dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo, delle più im-

portanti organizzazioni umanitarie che avevano già operato a Lampedusa negli anni precedenti sull'isola e dell'Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni Migranti ed il contrasto delle malattie della Povertà (INMP) che dispone di un centro regionale di riferimento ubicato presso l'ARNAS "Ospedale Civico-Benfratelli" di Palermo.

Il percorso socio-sanitario adottato dal tavolo tecnico multidisciplinare sull'Emergenza Migranti istituito dall'Assessorato regionale Siciliano per la Salute, ha previsto un primo intervento di accoglienza e triage al molo, collocato direttamente all'arrivo delle imbarcazioni, ed una successiva attività di assistenza socio-sanitaria transculturale svolto presso l'ambulatorio INMP appositamente attrezzato e funzionalmente collegato alle Strutture Sanitarie dell'ASP di Palermo.

Le fasi del progetto di intervento hanno previsto le seguenti attività:

- l'allestimento dei percorsi di accoglienza e clinico-diagnostici. In particolare, è stato necessario tracciare percorsi di collegamento tra il sito di accoglienza e triage presso il molo e le strutture di destinazione della popolazione accolta ed assistita: il poliambulatorio, per un primo approccio diagnostico e/o terapeutico da offrire alla popolazione che presentava sintomi e/o segni di malattia; il centro di accoglienza, nel caso di popolazione che allo sbarco non presentava alcuna patologia; il trasferimento presso ospedali siciliani appositamente individuati nel caso di necessità di ricovero.
- La presenza e l'intervento dei mediatori culturali è stata fondamentale per favorire ed attivare tutte le competenze comunicative e in-

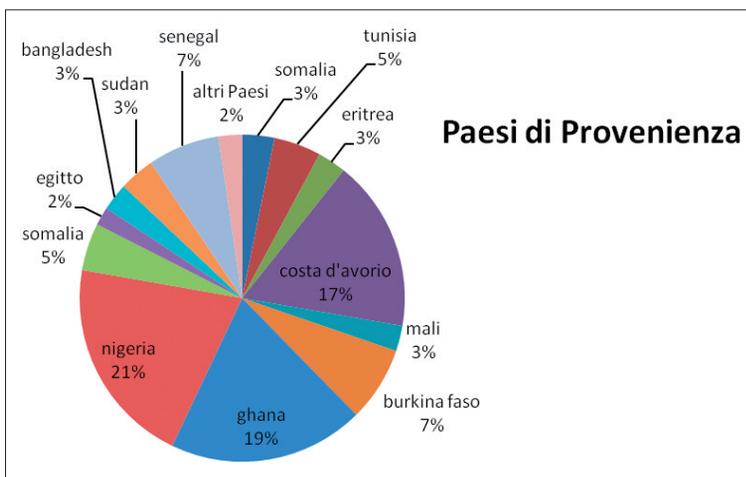


Figura 1 - Stati di provenienza della popolazione approdata a Lampedusa nel corso del 2011.



Figura 2 - Le principali rotte afro-mediterranee

terpretative attraverso interventi di mediazione linguistico-culturale diretti o di sistema. I mediatori hanno utilizzato una scheda triage appositamente predisposta e validata per la raccolta dei dati anagrafici, anamnestici e sintomatologici. Risultato del triage è stato l'accoglienza del migrante e l'attribuzione di un codice di valutazione delle condizioni socio-sanitarie e di assegnazione, necessario per il successivo percorso in territorio italiano. In tutte le fasi successive, la presenza dei mediatori è stata di grande supporto per tutte le attività del personale sanitario impegnato.

- Creazione di un database centralizzato per la raccolta e l'analisi dati relativi alle condizioni psico-fisiche delle Persone appena giunte a Lampedusa e nel successivo *follow-up*.
- Assistenza psicologica e giuridica attraverso l'attivazione di specifici sportelli specialistici rispondenti al bisogno direttamente espresso o alle indicazioni degli operatori INMP.
- Gestione del rischio clinico e riallineamento dei processi: l'intero progetto è stato sottoposto ad attività di controllo di gestione, fondata anche sulla produzione di un manuale delle procedure assistenziali. Grazie alla individuazione puntuale dei processi, è stato anche possibile gestire il rischio clinico intervenendo, puntualmente, sui punti deboli o criticità evidenziate nel corso delle attività.

Complessivamente, sempre nello stesso semestre, il gruppo di lavoro INMP Sicilia ha assistito e supportato il personale Sanitario dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Palermo in 106 sbarchi per complessive 24.861 persone approdate sull'isola. Le principali caratteristiche demografiche sono indicate in tabella 1.

L'identificazione e la diagnosi di quadri clinici presentati dalla popolazione sbarcata a Lampedusa sono state effettuate attraverso la presentazione clinica riscontrata nel corso delle diverse fasi assistenziali già descritte nel progetto o, in una limitata percentuale di soggetti, attraverso programmi di *screening* resi necessari da specifiche situazioni correlate all'anamnesi personale o alla diagnosi di patologie infettive ad elevata potenzialità diffusiva. I quadri clinici principali, raggruppati per tipologia, sono indicati in tabella 2.

Tabella 1 - Caratteristiche demografiche della popolazione approdata a Lampedusa ed assistita dal team INMP Sicilia.

Periodo attività	11 aprile - 7 settembre 2011		
N. sbarchi	106		
N. soggetti	24.861		
Maschi:	90%		
Età media (anni)	24	range 18-30: minori:	85% 2,1%

Tabella 2 - Principali raggruppamenti dei quadri clinici osservati.

Nessun problema attivo	75%
Patologie correlate al percorso migratorio	23%
Patologie sfera riproduttiva, gravidanze, parti	<1%
Patologie infettive	<1%
Altre patologie	<1%

Tabella 3 - Quadri clinici richiedenti trasporto urgente in elisoccorso

Femmine (n=88)		Maschi (n=96)	
Patologie sfera riproduttiva/gravidanze	80	Patologie infettive	23
Gravidanze a termine o parti prematuri	63	Tubercolosi	10
Aborti	11	Polmonite o broncopolmonite batterica	5
Algie pelviche n.d.d.	5	Gastroenteriti acute	3
Bartolinite	1	Scabbia	2
		Endocardite batterica	1
		Meningite purulenta	1
		Stomatite erpetica	1
Altre patologie	8	Patologie neuropsichiatriche	29
Appendicite acuta	4	Tentato suicidio	23
Infezione da HIV	1	Crisi epilettiche	5
TBC polmonare	1	Sindrome da astinenza	1
Leishmaniosi viscerale	1		
Gastroenterite acuta	1		
		Patologie traumatiche	14
		Fratture traumatiche degli arti	11
		Trauma cerebrale con frattura	3
		Altre patologie	30
		Dolore addominale acuto	7
		Disidratazione severa (shock)	7
		Ritenzione urinaria acuta	5
		Appendicite acuta	4
		Ulcerazioni cutanee/ustioni	4
		Accidenti cerebro-vascolari	3

In 184 casi sul totale complessivo della popolazione approdata sull'isola, pari quindi allo 0,3%, è stato necessario ricorrere al trasferimento in elisoccorso presso la rete ospedaliera siciliana identificata dal tavolo tecnico regionale sull'Emergenza Migranti. I quadri clinici che hanno richiesto il trasferimento in ospedale sono indicati in tabella 3, nella quale si evidenzia che le patologie della sfera riproduttiva hanno rappresentato la fetta più consistente tra le donne; negli uomini, le patologie che hanno maggiormente richiesto il trasporto urgente sono state quelle infettive e neuropsichiatriche.

■ RISULTATI

La diagnosi di infezione o di malattie infettive è stata posta sulla scorta delle presentazioni cliniche osservate o nell'ambito di specifiche attività di *screening* motivate dalla storia clinica, dall'identificazione di comportamenti a rischio o dalla presenza di quadri clinici correlati a patologia infettiva e diffusiva.

La presenza di patologia infettiva è stata riscontrata, prevalentemente, nella popolazione maschile; la diagnosi è stata posta, complessivamente, in 66 soggetti che presentavano sintomi e/o segni riconducibili a quadri clinici infettivologici (Tabella 4). Le diagnosi sono state poste nel corso delle attività assistenziali svolte dagli operatori sanitari a Lampedusa o nel corso del ricovero ospedaliero richiesto dagli stessi operatori. Infezione da HIV è stata riscontrata in 2 soggetti, un uomo e una donna, entrambi giovani. La diagnosi era già nota per il paziente di sesso maschile; conosceva, infatti, la propria condizione da circa 2 anni; era in *follow-up* presso un ospedale di Tripoli e assumeva una combinazione di 3 farmaci "fixed-dose" (Triomune: lamivudina, stavudina e nevirapina) con buona efficacia clinica e immunovirologica. Il paziente presentava, infatti, una conta dei linfociti T-Helper CD4+ pari a 599/mm³ (23%); ratio CD4+/CD8+ pari a 0,8; HIV-RNA <20 copie genomiche/ml. Clinicamente, nessun sintomo e/o segno di malattia.

Nel secondo caso, si è trattato di una giovane

Tabella 4 - Diagnosi di malattie infettive riscontrate.

Diagnosi	N. casi
Infezione tubercolare	21
Infezione da HBV	13
Scabbia	8
Polmonite/broncopolmonite batterica	5
Malaria	5
Infezione da HCV	4
Gastroenterite acuta	4
Infezione da HIV	2
Stomatite erpetica	1
Meningite purulenta	1
Endocardite batterica	1
Leishmaniosi viscerale	1
Totale	66

donna in gravidanza avanzata che ha partorito sul barcone, a circa 2 miglia marine da Lampedusa. La donna, subito dopo il parto, ha richiesto di effettuare il test a causa di una serie drammatica di violenze sessuali subite nel corso del percorso migratorio. Posta la diagnosi, si è intervenuti tempestivamente trattando con terapia anti-retrovirale la neonata nel tentativo di bloccare la possibile trasmissione verticale di HIV. La piccola è stata alimentata con latte artificiale, particolare non trascurabile a causa di una iniziale e forte resistenza da parte della madre, risolta grazie all'intervento delle mediatrici culturali e di una etno-psicologa che hanno affrontato ed esposto il problema puntando, soprattutto, sulla salvaguardia della salute della piccola. Da un punto di vista clinico, la giovane paziente era asintomatica. Presentava un lieve deficit immunologico con conta dei linfociti T-Helper CD4+ pari a 406/mmc (18%) ed una carica virale pari a 8.860 copie genomiche/ml. La paziente, pertanto, non è stata trattata. Il successivo *follow-up* ha evidenziato l'assenza di infezione nella bambina e una stabile condizione clinica della signora che ha presentato una conta dei linfociti T-Helper CD4+ compresa tra 390 e 600/mmc e valori di HIV-RNA sempre al di sotto delle 10.000 copie/ml. Pertanto, non ha cominciato alcun trattamento. La diagnosi di infezione tubercolare è stata posta in 21 casi che presentavano un quadro clinico fortemente evocativo e caratterizzato dalla

presenza di uno o più sintomi associati: tosse insistente, spesso associata ad emoftoe, febbre o febricola serotina, dimagrimento, calo ponderale, sudorazioni notturne, astenia. In tutti i pazienti è stata eseguita intradermoreazione di Mantoux (10 UI) che ha dato, in tutti i casi osservati, esito positivo con diametro di reazione compreso tra 12 e 25 mm. Tutti i pazienti, ricoverati in ospedale, hanno effettuato l'esame dell'espettorato (3 campioni in 3 giorni consecutivi), il Quantiferon e la radiografia del torace. Infezione tubercolare latente (LTBI) è stata riscontrata in 11 dei 21 pazienti osservati. Nei rimanenti 10 casi è stata diagnosticata tubercolosi polmonare bacillifera. In un solo caso è stata riscontrata un'infezione da bacillo di Koch resistente all'isoniazide (MDR) che ha risposto alla terapia guidata dall'antibiogramma. Tutti i pazienti con LTBI sono stati trattati, per 6 mesi, per la profilassi della malattia con Isoniazide associata a vitamina B6. Gli altri hanno ricevuto il trattamento "classico" a quattro farmaci (isoniazide, rifampicina, etambutolo, piraldina) con buona risposta clinica e microbiologica. A questo proposito, non sembra superfluo segnalare il problema della *compliance* per il quale, non di rado, sono stati necessari interventi specifici di *counselling* transculturale, in 5 dei 10 pazienti trattati, e/o di terapia direttamente osservata (DOT), in 2 dei 10 pazienti trattati, per mantenere l'aderenza al trattamento. Infezione da virus dell'epatite B (HBV) è stata diagnosticata in 13 soggetti, tutti maschi, di età compresa tra 19 e 44 anni. In 8 dei 13 casi osservati è stata posta diagnosi di *carrier* di HBV. Nei 5 casi rimanenti la diagnosi (clinica) è stata di epatite cronica; in tre casi, HBeAg positiva. Infezione da virus dell'epatite C (HCV) è stata posta in 4 soggetti, 3 maschi e 1 femmina. In tutti è stato osservato un incremento persistente delle transaminasi associato alla presenza di HCV-RNA. L'analisi del genotipo virale ha mostrato la presenza di genotipo 1b in due pazienti, 1a in un paziente e 3a nella paziente di sesso femminile. Per quanto riguarda la scabbia, diagnosticata in 8 soggetti, i quadri clinici osservati hanno mostrato caratteristiche tipiche: prurito di intensità variabile, specialmente notturno, associato alla presenza dei caratteristici cunicoli con vesciche, papule e piccole lesioni pustolose e da grattamento estese a tutta la superficie cutanea. Gli otto casi osservati facevano parte di un unico *cluster* precocemente individuato e isolato al fine di evitare l'estrema facilità di contagio. Per

quanto riguarda, infine, le rimanenti patologie infettive diagnosticate, non si segnalano elementi clinici diagnostici o terapeutici di particolare specificità. Da un punto di vista aneddottico, appare utile segnalare che uno dei 5 casi di malaria osservati è stato diagnosticato in una donna al 5° mese di gravidanza che era già a conoscenza della malattia.

Spot Screening: sono state effettuate attività di *screening* mirate e motivate dalla storia clinica, dall'identificazione di specifici comportamenti a rischio o dalla presenza di quadri clinici correlabili a patologia infettiva e diffusiva.

Intradermoreazione di Mantoux (10 UI) è stata praticata in 401 soggetti con storia di contatti prolungati con pazienti affetti da tubercolosi o con forte sospetto diagnostico. Reazione cutanea positiva con diametro variabile, compreso tra 5 e 15 mm, è stata osservata in 36 soggetti. In 31 dei 36 soggetti cutireattivi è stata posta diagnosi di LT-BI; nei rimanenti 5 casi è stata posta diagnosi di malattia tubercolare ad interessamento polmonare per la presenza di bacilli di Koch nell'espettorato e/o di alterazioni specifiche del quadro radiologico. In 301 soggetti, individuati con le stesse caratteristiche già segnalate, è stato offerto, proattivamente, il test per lo *screening* dell'infezione da HIV e da HBV. Infezione da HIV è stata riscontrata in un caso. In un altro caso è stata posta diagnosi di co-infezione HIV/HBV; in altri 5 casi è stata posta diagnosi di infezione isolata da HBV. L'analisi preliminare dei risultati di queste indagini di *screening* mirato ha messo in evidenza una differenza significativa tra la popolazione proveniente dalla Tunisia rispetto a quella proveniente dalla Libia, con storia di prolungata permanenza forzata nei campi di concentramento. Di fatto, la popolazione tunisina sottoposta a *screening* (171 soggetti) non ha presentato alcuna patologia infettiva ad eccezione di due casi di LT-BI ed uno di infezione da virus dell'epatite B.

Nei 194 soggetti provenienti dal Corno d'Africa e dalla regione sub-Sahariana, che riferivano un periodo prolungato di permanenza nei campi di concentramento in Libia, sono state riscontrati i rimanenti 34 casi di infezione/malattia tubercolare, un caso di infezione da HIV, un caso di co-infezione HIV/HBV e 4 casi di infezione da HBV.

■ CONCLUSIONI

Alla luce di questa esperienza appare inconfutabile la conferma della teoria del Migrante

Sano che, nella stragrande maggioranza dei casi, parte dalla propria terra in buona salute.

Spesso, però, capita che a causa delle condizioni socio-economiche e sanitarie in cui viene a trovarsi, si ammala e perde l'elemento di maggiore forza ed investimento per la propria vita. In questi casi, questi individui, perduto il loro bene primario si trovano ad affrontare una serie di particolari criticità legate al loro *status* migratorio: barriere linguistiche, culturali, discriminazione, ostacoli all'occupazione e alla fruibilità dei servizi socio-sanitari.

Tutto ciò, spesso, trasforma il migrante "semplice e con problematiche già ben conosciute" in migrante con "*status* precario e con problematiche spesso complesse, dinamiche e di difficile soluzione".

Mantenere lo *status quo* o peggiorare lo standard assistenziale di questa popolazione potrà avere delle importanti ripercussioni sfavorevoli non solo sulla salute del singolo migrante ma anche sulle comunità, i sistemi sanitari e la società in generale [3, 4].

Per comprendere l'obiettivo principale delle attività socio-sanitarie mirate alla cura e alla salute delle popolazioni fragili, è bene ricordare ed analizzare i contesti normativi italiano ed europeo che si propongono come obiettivo il raggiungimento della salute individuale e collettiva. Un recente rapporto congiunto OMS/Commissione Salute dell'Osservatorio Europeo definisce il benessere come "stato emotivo, mentale, fisico, sociale e spirituale che consente alle persone di raggiungere e mantenere il loro potenziale personale nella società". La definizione riportata sembra coerente e in linea con quanto sancito dalla Dichiarazione Universale dei Diritti dell'Uomo che, all'articolo 25, evidenzia: "tutte le persone hanno diritto ad un livello di vita sufficiente a garantire la propria salute, il proprio benessere e quello della propria famiglia, soprattutto per quanto concerne l'alimentazione, il vestiario, l'alloggio, le cure mediche ed i servizi sociali". In questo contesto, non sembra superfluo un riferimento specifico della nostra Costituzione che, all'articolo 32, recita: "La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e della collettività ...". Per concludere questa rassegna, riportiamo gli articoli 2 e 4 attualmente in discussione per l'emanazione della Direttiva Europea per il Diritto alla Salute per tutti gli individui presenti sul territorio UE: articolo 2: "agli stranieri presenti sul territorio, non in regola con le norme relative all'ingresso ed al soggiorno, so-

no assicurate le cure ambulatoriali e ospedaliere urgenti o essenziali, (episodiche o continuative), per malattia e infortunio. Ai medesimi soggetti sono estesi i programmi di medicina preventiva, ivi comprese diagnosi e cure delle malattie infettive, a salvaguardia della salute collettiva ed individuale. Sono altresì garantite la tutela della gravidanza responsabile e della maternità, nonché la tutela della salute del minore”; articolo 4: “in nome del principio della continuità della cura, nessuna misura di allontanamento potrà essere presa nei confronti di un cittadino di un paese terzo - non in regola con le norme relative all’ingresso e al soggiorno, che si trovi sul territorio dell’Unione - che sia colpito da patologia grave; né tale misura può essere presa nei confronti dei suoi genitori o tutori se minore, o del coniuge”.

Nella pratica clinica quotidiana è possibile osservare quanto emerso da un’indagine ISTAT pubblicata nel 2008: emerge, infatti, che la condizione di salute tra gli stranieri con regolare permesso di soggiorno sembra, complessiva-

mente, simile a quella degli italiani [16]. Al contrario, vengono quotidianamente osservate situazioni di particolare criticità tra gli stranieri di *status* socio-economico più svantaggiato (codici STP/ENI). È verosimile, quindi, che lo stato di salute registrato mediamente nella popolazione straniera residente possa di gran lunga assottigliarsi o annullarsi negli stranieri senza regolare permesso di soggiorno o nei richiedenti protezione internazionale. In queste persone si registra, infatti, una significativa difficoltà di accesso alle strutture sanitarie ed una limitata e difficile fruizione delle stesse. La naturale conseguenza di tali fenomeni è l’osservazione di gravi ritardi nella diagnosi e nel trattamento di diverse condizioni cliniche; un esempio su tutti è rappresentato dal grave ritardo nella diagnosi di infezione da HIV, ben documentato in letteratura e dai recenti dati forniti dal COA lo scorso 1° dicembre 2012 [17-19].

Keywords: Lampedusa, migrant boat people, health status, infectious diseases.

RIASSUNTO

I flussi migratori rappresentano uno dei possibili punti di contatto tra il mondo ricco e il mondo povero. Questo articolo vuole analizzare e quantificare la presenza di malattie infettive in una coorte di circa 25.000 migranti, proveniente dall’Africa, sbarcata a Lampedusa nel corso del 2011. Sono state osservate le principali presentazioni cliniche di una coorte di migranti, osservati consecutivamente a Lampedusa nel corso del 2011, nel corso del triage allo sbarco e, successivamente, all’interno dei centri di prima accoglienza. In oltre il 75% dei casi osservati, la popolazione è risultata sana. Nel 23% dei casi sono state osservate patologie correlate al percor-

so migratorio e in particolare alle precarie condizioni della traversata del Canale di Sicilia. Patologie infettive o della sfera genitale femminile sono state osservate in meno del 2% della popolazione osservata. L’esperienza condotta a Lampedusa nel corso del 2011 ha confermato la teoria del *Migrante Sano*, ovvero una popolazione rappresentata prevalentemente da giovani che corrono il rischio di ammalarsi nel corso del difficilissimo percorso migratorio o nel paese ospitante a causa delle scadenti condizioni di vita. Prendersi cura di queste persone rappresenta un atto di civiltà e garantisce la salute di questa popolazione e di tutta la collettività.

SUMMARY

Migration is one of the possible points of contact between the rich world and the poor world. This paper analyzes and quantifies the presence of infectious diseases in a cohort of about 25,000 immigrants from Africa who landed in Lampedusa in 2011. The main clinical presentations of a cohort of migrants in Lampedusa were observed consecutively in 2011 during landing and then within the reception centers. In over 75% of the cases observed, the population was healthy. In 23% of cases diseases were observed in relation to the migration route,

especially the precarious conditions of the crossing of the Channel of Sicily. Infectious diseases or female genital pathologies were observed in less than 2% of the population. The experience of Lampedusa in 2011 confirmed the Healthy Migrant theory, a population predominantly represented by young people who are at risk of becoming ill during the difficult migration or in the host country due to poor living conditions. Taking care of such people is an act of civilization and ensures the health of this population and of the whole community.

■ BIBLIOGRAFIA

- [1] United Nations Development Program, report 2010. http://hdr.undp.org/en/media/HDR_2010_EN_Complete_reprint.pdf
- [2] Manzardo C., Treviño B., Gómez i Prat J., et al. Communicable diseases in the immigrant population attended to in a tropical medicine unit: Epidemiological aspects and public health issue. *Travel Med. Infect. Dis.* 6 (1-2), 4-11, 2008.
- [3] Gushulak B.D., MacPherson D.W. Globalization of infectious diseases: the impact of migration. *Clin. Infect. Dis.* 38 (12), 1742-1748, 2004.
- [4] Khasnis A.A., Nettleman M.D. Global warming and infectious disease. *Arch. Med. Res.* 36 (6), 689-696, 2005.
- [5] Colucci A., Gallo P., Carosi G., et al. Persone straniere e accesso/fruibilità alle strutture sanitarie impegnate nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS. Università Cattolica del Sacro Cuore – A. Gemelli, Roma. Rapporto OsservaSalute. Stato di salute e qualità dell'assistenza nelle regioni italiane – FCM s.n.c., Milano, 2006, 227-229.
- [6] Prestileo T., Luzi A.M., Cassarà G., Gallo P., Colucci A. Infezione da HIV/AIDS nella popolazione migrante. Report del National Focal Point italiano. In Prestileo T., Rubino E., Guarneri, Catalano G. (a cura di) Infezione da HIV/AIDS nella popolazione femminile. Edizioni ANLAIDS Palermo 2007.
- [7] Luzi A.M., Colucci A., Gallo P., et al. I Bisogni di Salute dei Cittadini Stranieri in Merito all'Infezione da HIV. Rapporti, ISTISAN Congressi 2005/C1 pag. 308
- [8] Brabant Z., Raynault M.F. Health situation of migrants with precarious status: review of the literature and implications for the Canadian context—Part A. *Soc. Work Public Health* 27 (4), 330-344, 2012.
- [9] de la Blanchardière A., Méouchy G., Brunel P., Olivier P. Medical, psychological and social study in 350 patients in a precarious situation, undertaken by a permanently maintained health care facility in 2002. *Rev. Med. Interne* 25 (4), 264-270, 2004.
- [10] Gajic-Veljanoski O., Stewart D.E. Women trafficked into prostitution: determinants, human rights and health needs. *Transcult Psychiatry* 44 (3), 338-358, 2007.
- [11] Oxman-Martinez J., Lacroix M., Hanley J. Victims of trafficking in persons: Perspectives from the Canadian community sector. Ottawa, Canada: Department of Justice Research and Statistics Division, 2005.
- [12] Giacchino R., Di Martino L., Losurdo G., Pisanti A. Tuberculosis infection and disease in immigrant children. *Infezioni in Medicina* 2, 84-90, 2003.
- [13] Scotto G., Saracino A., El-Hamed I. Epidemiology of tuberculosis in immigrant patients hospitalised in Infectious Diseases Units in Italy: multicentric Study. *Infezioni in Medicina* 4, 245-251, 2004.
- [14] Agudelo-Suárez A.A., Gil-González D., Vives-Cases C., Love J.G., Wimpenny P., Ronda-Pérez E. A metasynthesis of qualitative studies regarding opinions and perceptions about barriers and determinants of health services' accessibility in economic migrants. *BMC Health Serv. Res.* 17, 12 (1), 461, 2012.
- [15] Ministero della Salute: Raccomandazioni per la gestione di problematiche sanitarie connesse con l'afflusso di migranti sulle piccole isole. Giugno 2012. http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1858_allegato.pdf
- [16] Istituto nazionale di Statistica: Salute e ricorso ai servizi sanitari della popolazione straniera residente in Italia. Rapporto ISTAT 2008. http://www3.istat.it/salastampa/comunicati/non_calendario/20081211_00/
- [17] Scotto G., Saracino A., Pempinello R., et al. Prevalenza delle infezioni da HIV in soggetti extracomunitari afferenti ai reparti di Malattie Infettive in Italia: studio multicentrico. *Infezioni in Medicina* 3, 147-151, 2005.
- [18] Manfredi R., Calza L., Chiodo F. Immigration, HIV infection, and antiretroviral therapy in Italy. An epidemiological and clinical survey, *Infezioni in Medicina* 4, 219-226, 2004.
- [19] Istituto superiore di sanità: sorveglianza dell'infezione da HIV/AIDS in Italia. Rapporto del Centro Operativo Aids. 1 Dicembre 2012. <http://www.epicentro.iss.it/problemi/aids/DocumentazioneItalia.asp>