

Profili Sanitari della gestione dei flussi migratori in Sicilia La risposta della Sanità Siciliana: “Anello sanitario” e “Diagnosi in Banchina”

Di
Giorgio Giulio Santonocito
Dg Arnas Garibaldi Catania
Delega Immigrazione e Salute Federsanità ANCI

La gestione sanitaria dei flussi migratori e la risposta dei sistemi di sanità pubblica è forse una delle questioni più affascinanti del più generico tema dei “migranti”

Un tema connotato da diverse sfaccettature che può essere letto da altrettante angolazioni: ideologica, politica, economica, previdenziale, demografica, sanitaria.

Anticipando talune conclusioni, si osservi come l’impatto della gestione dei migranti sui sistemi sanitari sia estremamente rilevante e tale da connotare nei prossimi anni, inevitabilmente, il dibattito sulla allocazione delle risorse pubbliche: una questione che si intreccia strettamente con quella demografica ed, a catena, con le altre, più specificamente economiche.

La dimensione del fenomeno da un lato ed una (necessaria quanto neutra) analisi costi - benefici dall’altro, lasciano prevedere una escalation della rilevanza (e della radicalizzazione) del dibattito pubblico nei prossimi anni.

Alcuni dati statistici, offrono un quadro di insieme della rilevanza del fenomeno.

Dal “*Dossier Statistico Immigrazione 2017*”, curato dal Centro Studi e ricerche IDOS, riportiamo alcuni dati di sintesi:

“La stima della presenza straniera regolare in Italia è, all’inizio del 2017, di 5.359.000 persone mentre gli italiani all’estero sono 5.383.199 secondo le anagrafi consolari (aumentati di oltre 150mila unità rispetto al 2015). È un dato leggermente maggiore rispetto a quanto pubblicato dall’Istat che però riguarda i soli residenti (5.047.028, 20.871 in più rispetto all’inizio del 2016) non tenendo conto quindi di coloro che pur essendo regolarmente presenti ancora non hanno completato quell’iter amministrativo. Se aggiungiamo la componente irregolare (come indicata dall’Ismu in circa 400.000) si raggiunge un totale delle presenze immigrate in Italia intorno a 5.800.000 persone, circa il 9% sulla popolazione residente.

Gli stranieri hanno una distribuzione disomogenea sul territorio (57,8% nord, 25,7% centro, 16,5% sud). I cittadini non comunitari regolarmente soggiornanti rappresentano circa il 70% del totale degli stranieri residenti. I Paesi di cittadinanza più rappresentati sono Romania (1.168.552, il 23,2% di tutti gli immigrati), Albania (448.407, 8,9%), Marocco (420.651, 8,3%), Cina (281.972, 5,6%), Ucraina (234.354, 4,6%).

L’immigrazione è ben strutturata considerando che ci sono 2.470.000 famiglie con almeno un componente straniero (in 7 casi su 10 nuclei con soli stranieri), che nel 50% dei casi sono unipersonali e per un altro 30% sono coppie con figli (a loro volta, nella metà dei casi, monoreddito).

Questi immigrati mostrano una forte tendenza all’insediamento stabile, soprattutto i non comunitari, i quali per circa il 63% hanno ottenuto un permesso CE come lungo-soggiornanti, e quindi a tempo indeterminato.”

Ancor di maggior impatto è la previsione a medio termine della dinamica demografica:

“Nel 2016, tra i cittadini italiani le morti sono prevalse sulle nascite di 204.675 unità (tendenza in corso da diversi anni). Anche l’intera popolazione residente (italiani e stranieri) è diminuita (-76.106) seppure in maniera più contenuta grazie alla compensazione assicurata dai nuovi arrivi (per quanto meno numerosi rispetto al passato) e alle nascite da genitori stranieri (69.379, il 14,7% del totale).

Secondo le previsioni demografiche dell’Istat, tale scenario caratterizzerà l’intero periodo 2011-2065. L’ipotesi più probabile (scenariomediano) prevede 300mila ingressi netti annui dall’estero all’inizio del periodo e 175mila alla fine. Nel corso di questo mezzo secolo la dinamica naturale sarà negativa per 11,5 milioni (28,5 milioni di nascite e 40 milioni di decessi) e quella migratoria sarà positiva per 12 milioni (17,9 milioni di ingressi e 5,9 milioni di uscite). Il margine d’incertezza finale è tutto sommato contenuto: le entrate si collocano tra i 16,7 milioni nell’ipotesi bassa e i 19,3 milioni nell’ipotesi alta, mentre le uscite tra i 5 e i 7 milioni.

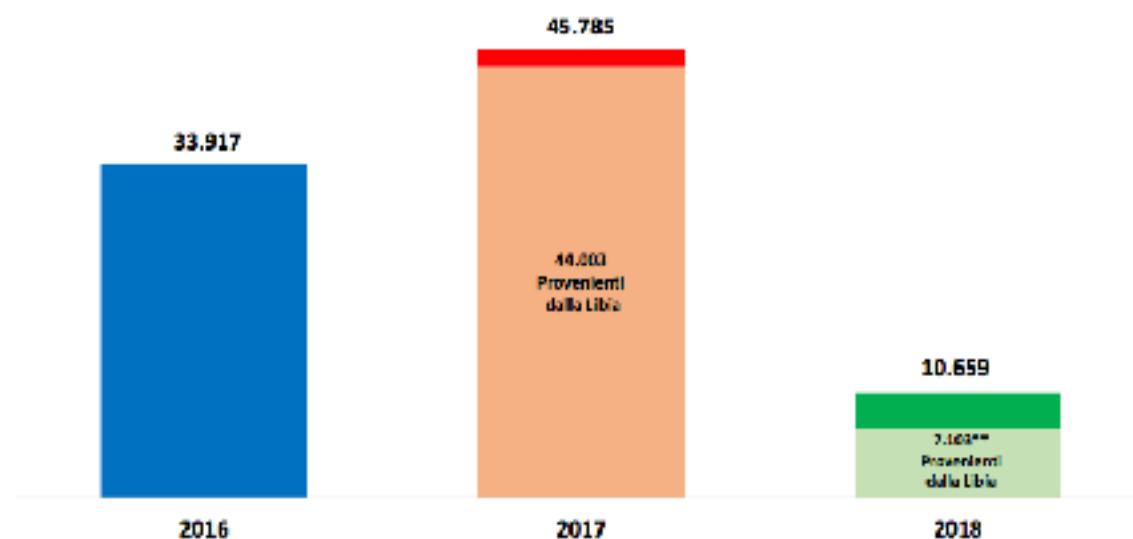
Complessivamente, la popolazione residente non diminuirà e si assesterà sui 61,3 milioni, ma sarà molto diversa la sua composizione: l’incidenza degli ultra 65enni sfiorerà il 33%, si ridurranno i minori e le classi di popolazione in età lavorativa, aumenterà l’incidenza degli stranieri.

Alla fine del periodo potranno essere 14,1 milioni i residenti stranieri e 7,6 milioni i cittadini italiani di origine straniera: nell’insieme più di un terzo della popolazione”.

Il quadro d'insieme, che emerge dal Rapporto IDOS, è caratterizzato da due determinanti. un trend demografico autoctono in forte decrescita, solo in parte compensato dai fenomeni immigratori che arriveranno a pesare per un terzo della popolazione residente; un sensibile e progressivo tasso di invecchiamento della popolazione.

Di immediata rilevanza appare subito il riflesso sul Sistema Sanitario Nazionale di questi trend e, ancora più sensibile, il riflesso sui singoli Sistemi Sanitari Regionali degli stessi.

Il grafico illustra la situazione relativa al numero dei migranti sbarcati a decorrere dal 1 gennaio 2018 fino al 18 maggio 2018* comparati con i dati riferiti allo stesso periodo degli anni 2016 (-68,57%) e 2017 (-76,72%)



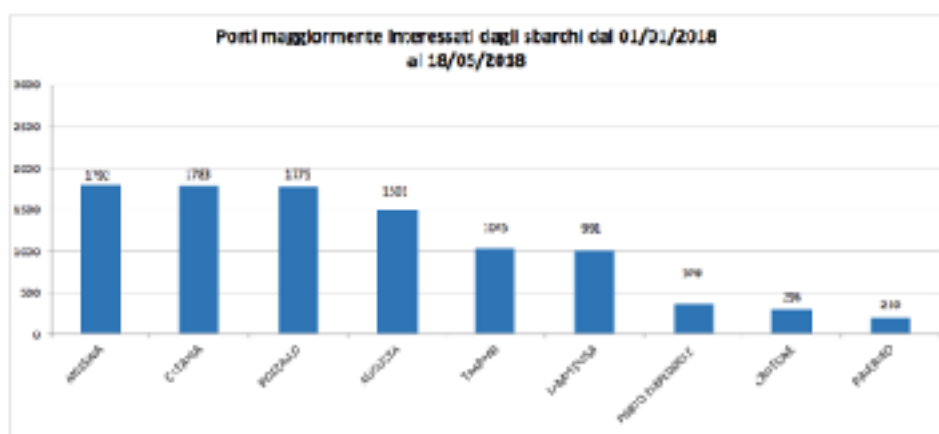
*I dati si riferiscono agli eventi di sbarco rilevati entro le ore 8:00 del giorno di riferimento

Fonte: Dipartimento della Pubblica sicurezza

** -83,86% rispetto al 2017 e -79,06% rispetto al 2016

Il successivo quesito è quale sia il *gate* di accesso per l'Italia di questi flussi: il “*Cruscotto statistico giornaliero*”, a cura del Dipartimento per le Libertà civili e l’Immigrazione del Ministero dell’Interno, ci riferisce una situazione per cui in due giorni, tra il 21 e il 22 aprile 2018, sono sbarcati in Italia un quarto dei migranti totali del 2018, nonostante il flusso complessivo appaia in costante riduzione per il concomitante effetto delle politiche adottate dal governo italiano, del ruolo della Guardia Costiera libica e in parte a causa del fatto che i paesi attraverso cui i migranti transitano per raggiungere la Libia hanno chiuso le loro frontiere.

Le “porte” di accesso sono, ad evidenza, i Porti siciliani



Il fenomeno migratorio rappresenta, per tanto, per il sistema sanitario una duplice sfida:

- da un lato la sfida sta nella capacità di qualificazione del Sistema in termini di risposta ai bisogni di una popolazione che nel corso di questo decennio e del successivo cambierà la propria stratificazione demografica sia in termini di classi di età (invecchiamento progressivo della popolazione) sia in termini di etnia.

- dall'altro, la sfida risiede nella capacità di far fronte con un'adeguata organizzazione dei servizi alla fase storica contingente caratterizzata da pesanti flussi migratori, la cui temporanea riduzione (derivante dal mutevole quadrante geopolitico e dalle politiche pro tempore attuate) non deve far dimenticare la cronicizzazione di un fenomeno, quello migratorio, appunto, che è assolutamente riduttivo e quasi irresponsabile qualificare come "eccezionale" o "emergenziale" essendosi ormai trasformato in un fenomeno di sistema, che va affrontato superando *"la parcellizzazione e l'estemporaneità delle soluzioni adottate nei diversi contesti regionali e locali, per approdare a pratiche di sanità pubblica e a modalità assistenziali basate sulle migliori evidenze scientifiche e improntate all'appropriatezza, all'efficienza e all'equità."* (cfr "Dossier Statistico Immigrazione 2017, curato dal Centro Studi e ricerche Idos" cit.)

In questo panorama il legislatore nazionale e quello sovranazionale si sono mossi con una iperproduzione di norme che hanno fotografato lo scacchiere dei diritti e delle procedure.

A partire dalla Conferenza Permanente Stato Regioni e dall'Accordo del Dicembre 2012 che reca *"Indicazioni per la corretta applicazione della normativa per l'assistenza sanitaria alla popolazione straniera da parte delle Regioni e delle Province Autonome"*

Introduzione

Scopo del presente documento è di fornire, a legislazione vigente, indirizzi operativi per l'applicazione omogenea della normativa relativa all'assistenza sanitaria della popolazione straniera.

L'obiettivo è quello di sistematizzare le indicazioni emanate negli anni al fine di favorire la più corretta applicazione della normativa vigente per l'assistenza sanitaria alla popolazione immigrata e straniera in Italia, rendere omogenee nei vari territori regionali le modalità di erogazione della stessa, ridurre le difficoltà all'accesso alle prestazioni e la discrezionalità interpretativa delle regole per l'accesso alle cure che minano la garanzia dei livelli essenziali di assistenza e di equità, migliorare la circolazione delle corrette informazioni tra gli operatori sanitari e semplificare il lavoro degli operatori sanitari.

Il Documento è frutto di un accurato lavoro di ricognizione delle disposizioni normative vigenti in materia del Tavolo interregionale "Immigrati e servizi sanitari". Istituito nell'ambito del progetto "Promozione della salute della popolazione immigrata", promosso dal Ministero della salute, Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie, la cui realizzazione è stata affidata alla regione Marche nell'anno 2007.

Il Documento raccoglie non solo e numerose indicazioni normative italiane e regionali relative all'assistenza sanitaria agli immigrati in quanto tali, ma coglie anche i principi ispiratori di tali normative e delle direttive europee.

La risposta della Sicilia

Le Regioni, dal canto loro, hanno regolamentato i loro interventi.

La Regione Siciliana, primo attore nelle procedure di accoglienza per evidenti motivi geografici e geopolitici oltre che per la evidenza degli sbarchi, con Decreto del 6 luglio 2017, ha adottato il **“Piano di contingenza sanitario regionale migranti”**, che identifica ruoli e responsabilità di tutti i principali attori coinvolti, definendo processi e procedure.

D'altra parte, già la Legge regionale di riordino del Sistema Sanitario Regionale siciliano, nel 2009 prevedeva in esecuzione dell'articolo 35 del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, recante: *“Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero”*, che *“Nelle more dell'emanazione di una nuova disciplina regionale relativa all'assistenza sanitaria ai cittadini extracomunitari, da adottarsi nei limiti della competenza statutaria in materia di igiene e sanità pubblica, la Regione, in applicazione dei principi costituzionali di eguaglianza e di diritto alla salute, nonché di gratuità delle cure agli indigenti, garantisce a tutti coloro che si trovino sul territorio regionale, senza alcuna distinzione di sesso, razza, lingua, religione, opinioni politiche, condizioni personali e sociali, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali individuate dall'articolo 35, comma 3, del decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286, senza che ciò implichi alcun tipo di segnalazione all'autorità, salvo i casi in cui sia obbligatorio per disposizione inderogabile di legge ed a parità di condizioni con i cittadini italiani.”*

Il **“Piano di contingenza”** della Regione Sicilia fotografa in modo lucido la risposta - pronta, precisa, a volte eroica - che la Sicilia ha saputo fornire, in questi anni, ad una situazione di reale emergenza, determinata dai conflitti regionali e locali in medio-oriente, dal flusso migratorio economico che proviene principalmente dall'Asia centromeridionale, dal flusso costante dall'Africa subsahariana, attraverso il *“portale”* Libico, determinato dalla somma di fattori climatici, economici, ambientali e umanitari.

La Sicilia ha risposto per prima e meglio, in Italia ed in Europa, e lo ha fatto mobilitando tutte le proprie risorse per offrire assistenza sanitaria di alta qualità a tutti coloro che, affacciandosi alle porte d'Europa, hanno chiesto ed ottenuto un trattamento assolutamente identico a quello assicurato ai cittadini italiani ed europei, secondo i principi ispiratori dell'universalità di accesso e del rispetto del diritto alla salute.

Tutto ciò senza nulla togliere alla assistenza dei propri cittadini, che - da questo nuovo e significativo fardello economico ed organizzativo, di cui il sistema sanitario regionale si è fatto carico - non hanno subito alcun calo nei livelli di assistenza erogati.

Anzi, è vero il contrario.

Dall'avanzamento tecnologico ed organizzativo imposto dalla spinta emergenziale dei flussi migratori la Sanità siciliana è uscita rafforzata, riversando significativi benefici sull'assistenza ai propri cittadini.

Nel far fronte ad una crisi che si è ormai cronicizzata - assumendo le caratteristiche di ordinarietà nell'assistenza - il Sistema Sanitario Siciliano ha garantito non solo l'assistenza d'urgenza, ma anche quella elettiva, ha vaccinato ed erogato beni primari a una popolazione multietnica, multiculturale e multiconfessionale.

L'apparato messo in campo per l'accoglienza e la gestione dei migranti ha saputo mettere da parte vincoli e legami burocratici che solitamente si frappongono fra operatori della Pubblica Amministrazione e utenti, rivelando una grande umanità nella gestione dei rapporti, prima ancora che delle procedure, sviluppando una nuova professionalità costituita da mediatori linguistici, e culturali, fondamentali per comprendere bisogni e necessità dei migranti, dando ancora una volta prova della capacità di una Regione che, pur ancora sotto gli effetti di una crisi economica devastante che ancora vede - di fatto - la Regione Sicilia in Piano di Rientro sanitario, ha giocato il proprio ruolo di accoglienza e civiltà.

Lo ha fatto **“a costo zero”**, cioè senza risorse aggiuntive e senza ridurre i livelli prestazioni erogati in favore dei cittadini italiani, sfruttando sinergie fra i diversi attori della filiera dell'accoglienza e della gestione sanitaria dei migranti.

Paradigma del panorama sopra delineato è la gestione del Biocontenimento, progettata e realizzata in Sicilia.

Il Biocontenimento.

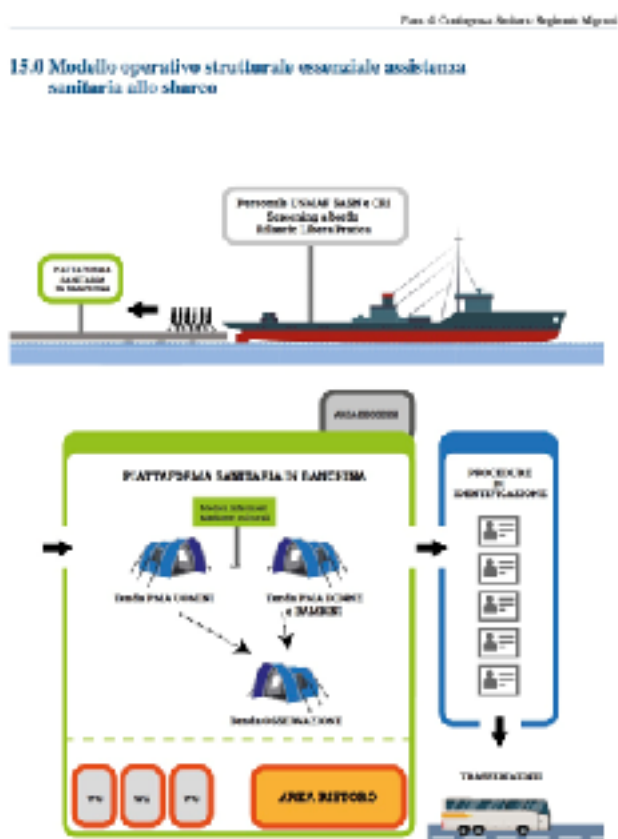
In linea con la normazione sovranazionale in materia, il “Piano di contingenza” ha previsto una serie di procedure e di asset specifici per il Biocontenimento, inteso come l’insieme di precauzioni che si concretizzano in una struttura organizzata che si avvale di unità operative calibrate a seconda del livello di biosicurezza richiesto dalla classe a cui appartiene l’agente patogeno.

Sull’onda della gestione della “*emergenza Ebola*”, alla concitazione del rapido succedersi degli eventi del 2014 è seguita una fase di studio e di progettazione.

Il Sistema Sanitario ha compreso che la gestione delle patologie infettivo diffuse non poteva ridursi ad una “gestione delle emergenze”, ma che occorre dotarsi di un sistema in grado di affrontare con professionalità e prontezza il manifestarsi sul territorio di tali patologie, tanto più probabile quanto maggiore è l’afflusso di soggetti provenienti da Regioni del Mondo dove esse sono endemiche.

L’ossatura del sistema è rappresentata da un “*Anello sanitario*” dispiegato sul territorio nazionale, che conta tre Aeroporti (Milano, Roma, Catania), tre Ospedali (l’Azienda Ospedaliera - Polo Universitario “Luigi Sacco” di Milano, l’Istituto Nazionale per le malattie infettive “Lazzaro Spallanzani” di Roma e l’ARNAS Garibaldi di Catania), l’USMAF (Uffici di sanità marittima, aerea e di frontiera del Ministero della Salute), la Croce Rossa, l’Aeronautica Militare, la Marina Militare e le Capitanerie di Porto, le Prefetture, i Vigili del Fuoco.

L’ “Anello sanitario” è frutto di un coordinamento organizzativo tanto straordinario quanto semplice e, perciò, molto efficace e tempestivo, che segue, per grandi linee il seguente schema:



I trasferimenti dei soggetti individuati come potenziali portatori di patologie infettive diffuse sono effettuati dalla Croce Rossa, con criteri di proporzionalità al rischio effettivamente percepito, con sistemi ordinari o in alto biocontenimento (con utilizzo di barelle N36) presso l'Azienda Ospedaliera di Rilievo Nazionale e di Alta Specializzazione ARNAS Garibaldi di Catania, Centro di Riferimento Regionale per il Biocontenimento, che dal 2014 si è dotata di un percorso di Biocontenimento, di un Pronto Soccorso Infettivologico e di una Camera per il Biocontenimento ISOARK, utile per i livelli da BLS 1 a BLS 3 (livello applicabile ad agenti in grado di causare nell'uomo patologie importanti o potenzialmente letali dopo inalazione (es. Tuberculosis, Yersinia Pestis, SARS, Rabbia, Encefalite, Febbre Gialla, Brucellosi, Virus del Nilo, Leishmaniosi).

Nei casi di BLS 4 (livello per patogeni pericolosi con elevato rischio di trasmissione di malattie ad agenti di grado mortale, per le quali non sono disponibili vaccini o altri trattamenti, ad es. Febbre emorragica, Vaiolo, Lassa Virus, Ebola) il trasferimento è effettuato con mezzi della Aeronautica militare presso il Sacco o lo Spallanzani.

L'esperienza del Garibaldi è nata nel 2014, sull'onda, appunto, delle procedure urgenti ed emergenziali da adottare per fronteggiare l'emergenza Ebola.

Il Progetto “Diagnosi in Banchina”

Ci si chiese, allora, se l'ebola e gli altri agenti patogeni di livello BLS 4 fossero gli unici - o i più frequenti - cui dovere far fronte o se i migranti potessero essere portatori di altre patologie, oggi rare o quasi del tutto eradicata in Occidente.

L'attenzione si focalizzò sulla TBC. Uno studio commissionato dallo scrivente all'Istituto di Malattie Tropicali dell'Università di Catania, diretto dal prof. Cacopardo mostrò come il rischio TBC fosse del tutto attuale e sensibilmente sottostimato.

Si pensò di selezionare, mediante un algoritmo appositamente predisposto, i migranti che presentavano i sintomi di tubercolosi e di trasferirli attraverso l'"anello sanitario" al Biocontenimento del Garibaldi.

Mediante l'utilizzo della metodica GeneXpert (analizzatore di biologia molecolare, di cui il Laboratorio del Garibaldi dal 2014 è dotato, in grado di individuare il bacillo della tubercolosi in solo due ore) e della più tradizionale Radiodiagnostica si iniziò a trattare i casi sospetti.

Il fattore tempo è essenziale, nel modello, per le difficoltà logistiche derivanti dalla tempistica dai trasferimenti dei migranti nei Centri di Accoglienza.

Il progetto fu denominato “Diagnosi in Banchina”. Consiste in una vera attività di screening della popolazione migrante all'arrivo al Porto di Catania

I risultati del progetto sono ricapitolati nello Studio del Prof. Bruno Cacopardo, Ordinario di Malattie Infettive all'Università di Catania e Primario della medesima disciplina presso il Garibaldi di Catania: un numero di casi individuati di gran lunga superiore alle attese e, forse, alle stesse statistiche, un numero di contatti e potenziali contagi evitati, enorme. Un grande beneficio per i migranti e per tutta la popolazione potenzialmente esposta a rischio contagio.

Le ricadute positive del sistema di Biocontenimento sono di gran lunga superiori ai costi che il SSR ha supportato, è il caso di ribadire, senza minimamente incidere sui livelli assistenziali assicurati alla popolazione residente: gli asset, le procedure e le metodiche sperimentate sui migranti hanno trovato una utilizzazione inattesa nella primavera del 2018 riuscendo a dare una risposta sanitaria tempestiva ed appropriata alla epidemia di morbillo che ha attanagliato la Sicilia ed in particolare Catania, dove purtroppo si sono verificati decessi.

L'esperienza maturata nella gestione del Biocontenimento e gli assetti messi in campo (percorsi, Isoark, metodiche di laboratorio) hanno consentito di gestire la “crisi morbillo” pur nella sua

complessità (circa tre casi al giorno, nella sola provincia di Catania, per tutta la primavera 2018) in maniera efficiente, sicura e senza ridurre i volumi prestazionali in favore della utenza ordinaria. Così pure è stato possibile gestire altre patologie di elevata pericolosità (meningiti) senza impattare sulle ordinarie attività di Pronto soccorso ed ospedaliero.

Il fenomeno delle migrazioni è ormai evidentemente non episodico e non può affrontarsi con logiche emergenziali e contingenti.

Le conseguenze economiche, previdenziali, culturali e demografiche sono profonde e tali da modificare nel giro dei prossimi decenni la Società italiana ed europea.

I riflessi sanitari sono altrettanto profondi e destinati ad incidere in maniera strutturale sulle dinamiche di erogazione della sanità pubblica, che è chiamata a farsi carico di nuove fasce della popolazione, di nuove patologie, di frequenti “emergenze” oramai prive, però, del carattere della eccezionalità, ma al contrario ripetitive e preventivabili se non programmabili, addirittura.

Pochi giorni fa in talune regioni Subsahariane si è registrata una recrudescenza di Ebola. Altri agenti patogeni, è presumibile, anzi probabile, che saranno portati nel nostro Paese dai flussi migratori, per tacere del rischio Bioterrorismo che incombe su tutti i Paesi Occidentali.

Capitolo a parte quello dei minori migranti: bambini spesso non accompagnati dai genitori. Oltre 25 mila nel 2016, 15 mila e settecento nel 2017, 1.556 nei primi mesi del 2018.

Bambini che presentano spesso patologie, anche infettivo diffuse, la cui gestione è resa particolarmente difficile dalle barriere culturali e linguistiche, oltre che degli aspetti psicologici ed emotivi per il bambino e per l'operatore sanitario.

Il Garibaldi di Catania, in quanto struttura ospedaliera di riferimento regionale, ha trattato nel solo biennio 2016/2017 una trentina di bambini in Biocontenimento, avvalendosi di uno staff di mediatori culturali, psicologi e, a breve, si pensa di portare a compimento una collaborazione con Save The Children.

“Il senso morale di una società, si misura su ciò che fa per i suoi bambini” diceva il teologo tedesco, martire, Dietrich Bonhoeffer: oggi la sfida sociale, deontologica e politica sta, forse, nella declinazione della parola “suoi”.