

L'attività di gestione della salute in un campo di accoglienza richiedenti asilo e profughi.

Un'indagine retrospettiva

Health management in an acceptance's camp for asylum seekers and refugees. A retrospective study

Nicola Ceinar¹

Rossano Fornaciari²

Cinzia Gradellini³

RIASSUNTO

1 Dottore in Infermieristica, Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova di Reggio Emilia. Via Leonardo Da Vinci, 9, 42028 Poggio (RE); nicola.ceinar@gmail.com.

2. Coordinatore Infermiere, Centro per la Salute della Famiglia Straniera, AUSL di Reggio Emilia. Centro per la Salute della Famiglia Straniera, V.le Monte San Michele, 8, 42123 Reggio Emilia; fornaciari.rossano@asul.re.it

3 Dottore magistrale in Scienze Infermieristiche e Ostetriche, tutor e docente del CdL in Infermieristica di Reggio Emilia, Università di Modena e Reggio Emilia/Azienda Ospedaliera Santa Maria Nuova. CdL Infermieristica, Pad. De Sanctis, via Amendola, 2, 42122 Reggio Emilia; cinzia.gradellini@unimore.it

Per corrispondenza:
Cinzia Gradellini, Pad. De Sanctis, via Amendola 2, Reggio Emilia,
Tel. 0522 522514,
gradellini.cinzia@asmn.re.it.

INTRODUZIONE: La primavera araba ha portato a un primo incremento del flusso migratorio verso l'Italia; gli anni successivi hanno visto l'ulteriore crescita di un fenomeno che ha portato alla proclamazione dello stato di emergenza in molti stati europei. Nella gestione delle tante problematiche emerse, non sempre è stata garantita una piena tutela del diritto alla salute.

SCOPO: Valutare l'attività svolta, a tutela della salute, per un gruppo di richiedenti asili e profughi, ospitati in un Centro di Accoglienza.

METODO: L'indagine è di tipo retrospettivo di osservazione documentaria su cartelle clinico-infermieristiche, con valutazione numero di accessi, qualitativa e quantitativa dei dati raccolti, problemi di salute prevalenti, trattamento erogato, esito dell'accesso.

RISULTATI: I dati complessivi sugli accessi evidenziano più di una visita al mese per ogni persona. I problemi principali dimostrano una popolazione prevalentemente sana, ma con una fragilità elevata, legata alla complessità del percorso migratorio.

CONCLUSIONI: La tutela del diritto alla salute del campione è andata ben oltre quanto previsto dalla normativa, con garanzia di una presa in carico globale, dal punto vista sanitario e sociale.

PAROLE CHIAVE: Richiedente asilo, Rifugiato, Diritto, Salute

ABSTRACT

INTRODUCTION: Arab spring has been created a first increase of the migration toward Italy. Following years saw a further growth of this phenomenal, till the declaration of an emergency status in several European countries. Not always, a full respect of the health right has been guarantee, during the management of the numerous related problems.

AIM: To evaluate activity of health protection, for a group of asylum seekers and refugees, hosted in a reception centre.

METHOD: Retrospective and observational study of clinical reports, regarding access' number, qualitative and quantitative registered data, prevalent health problems, treatments, outcomes.

RESULTS: Data regarding access' number show more then one control a month, per person. Principal health problems underline a population mainly healthy, but really fragile, connecting with complexity of migration trek.

CONCLUSION: Regarding sample, defence of health right has been greater then what law asked for, with a really global care, in health and social terms.

KEY WORDS: Asylum seeker, Refugee, Right, Health.

INTRODUZIONE

Lo scoppio della Primavera Araba nel Nord Africa, del Gennaio 2011, oltre a ridisegnare l'assetto politico degli stati interessati, ha provocato un primo aumento del flusso migratorio verso l'Italia: circa cinquantottomila persone in poco più di un anno (Forti, 2012). A partire dall'aprile dello stesso anno, a causa del sovrappollamento dei centri di prima accoglienza, è stato dichiarato lo stato di emergenza nazionale, con decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri (febbraio e aprile 2011). A seguire è stato definito il Piano per la gestione dell'accoglienza dei migranti che, con l'intesa Stato/Regioni/Enti Locali, ha assegnato all'Emilia Romagna tremilacinquecento potenziali profughi, secondo una distribuzione definita sulla base del numero di abitanti (Ibidem).

Negli anni successivi, il numero dei migranti è vertiginosamente aumentato in tutto il territorio europeo, arrivando a cifre record che hanno portato alla dichiarazione dello stato di emergenza in molti stati (Weaver, 2015). L'Italia ha contato novantamila sbarchi dall'inizio del 2015 con raggiungimento di cifre mai registrate precedentemente (Frontex, 2015).

Secondo quanto previsto dalla normativa italiana, la tutela della salute dei migranti viene garantita da un sistema di sorveglianza sindromica per prevenzione e gestione delle patologie trasmissibili (Bella, 2012), normato dall'Istituto Superiore di Sanità, su mandato del Ministero della Salute. L'obiettivo è quello di rilevare precocemente qualsiasi evento che possa rappresentare un problema di salute pubblica, ma esclude la presa in carico di altri problemi/patologie, elemento che ha portato a diverse segnalazioni di mancata tutela del diritto alla salute (Barbieri et al., 2012; Cassarà, 2012; Diodati et al., 2012).

Per la gestione delle problematiche di salute dei migranti, resta tuttora in vigore il protocollo operativo standardizzato (Ministero della Salute, 2012), applicato su tutti i centri di accoglienza del territorio nazionale, che prevede la rilevazione di segni/sintomi relativi a infezione respiratoria, TBC, diarrea con presenza di sangue, gastroenterite, malattia febbrile con rash cutaneo, meningite/encefalite, linfadenite con febbre, sindrome botulino-simile, sepsi o shock, febbre ed emorragie che interessano almeno un organo o apparato, ittero acuto, infestazioni, morte da cause non determinate. In aggiornamento a tale normativa, si segnala, nel 2014, un provvedimento della Regione Emilia Romagna, che individua il Dipartimento di Sanità Pubblica e di Cure Primarie, per l'attivazione e la gestione dei percorsi terapeutico-assistenziali atti a garantire l'assistenza sanitaria ai richiedenti asilo politico e/o protezione internazionale, per tutto il periodo della loro permanenza (Morini, 2015), aprendo a una logica di continuità assistenziale.

L'obiettivo dello studio è valutare, con indagine retrospettiva, l'attività svolta a tutela del diritto alla salute per un gruppo di richiedenti asilo e profughi, ospitati presso un centro di accoglienza di Reggio Emilia. Tale attività è stata gestita dal Centro per la Salute della Famiglia Straniera (CSFS) dell'Azienda Sanitaria Locale, con un programma di visite settimanali al campo e presso il Centro stesso, in applicazione del protocollo di sorveglianza sindromica.

METODO

Gli obiettivi specifici dello studio fanno riferimento a: stima del numero di visite effettuate sulla popolazione residente al Centro di Accoglienza (CdA); valutazione del numero di accessi realizzati al CSFS della stessa popolazione; valutazione qualitativa e quantitativa dei dati registrati in cartella clinico-infermieristica; valutazione di patologie e problemi di salute prevalenti; valutazione della tipologia di trattamento socio-sanitario erogato; valutazione dell'esito della visita/accesso in termini di soluzione del problema di salute.

Dopo valutazione e approvazione del progetto di ricerca, da parte del Comitato Etico Provinciale, è stata svolta un'indagine retrospettiva osservazionale documentaria. I dati, precedentemente raccolti, provenivano da cartelle integrate clinico/infermieristiche informatizzate e dal documento cartaceo denominato cartella accoglienza. La ricerca si è concentrata su un gruppo di cinquanta profughi, rappresentanti tutta la popolazione del campo di accoglienza.

L'uso delle informazioni presenti in cartella è stata fatta dopo richiesta del consenso al trattamento dei dati personali alle persone ancora ospiti del CdA o in accesso agli ambulatori del CSFS; per i profughi non più rintracciabili, dopo la chiusura dell'emergenza non è stato possibile richiedere alcun consenso.

Gli indicatori presi in considerazione nell'indagine sono stati:

dati anagrafici: data di accoglienza, età, sesso, stato giuridico, paese di provenienza, tempo di permanenza in Italia e a Reggio Emilia, anni di scolarità, conoscenza della lingua italiana, occupazione lavorativa;

dati sanitari: motivo di accesso al CSFS: patologie in atto, patologie pregresse, anamnesi famigliare; terapia in corso; parametri vitali, peso/altezza, condizione di mucose e cavo orale, caratteristiche della cute, Mantoux (esito, radiografia torace, visita pneumologica, inizio chemioprolassi, terapia specifica), vaccinazioni (antidifterite, antitetano, antipertosse, antimorbillo, antiparotite, antirosolia, antiepatite B, antipapilloma virus, antipneumococco, antimeningococco, antipoliomelite, altre vaccinazioni); dati di sorveglianza sindromica basati sul protocollo operativo; esito sul problema di

salute alla dimissione: soluzione del problema, pianificazione di successivi follow up, invio ad altro servizio socio-sanitario.

RISULTATI

Complessivamente sono state consultate quarantotto cartelle cliniche presenti al CSFS. L'elevato numero di persone non reperibili è correlato al fatto che la popolazione di riferimento non ha dimora stabile e non è facilmente rintracciabile.

Le visite effettuate sulla popolazione campione sono state complessivamente quattrocentocinquantasei. Di queste, quattrocentoventinove sono state eseguite dall'ASL, con duecentotrenta accessi all'ambulatorio settimanale del CdA (50,43%) e centonovantanove accessi al CSFS (43,64%). Altri venticinque accessi risultano presso l'ambulatorio Caritas (5,48%) che collabora con il centro salute, due accessi non sono stati specificati. Ogni migrante si è sottoposto a più di una visita.

Relativamente ai dati anagrafici, risulta che, in linea con la normativa italiana, la popolazione presa in esame richiedeva asilo. L'età media della popolazione, tutta maschile, era di 27 anni. Quarantadue persone un'età compresa tra i 18 e i 34 anni (87%), sei persone tra 35 e 49 anni (pari a 12%).

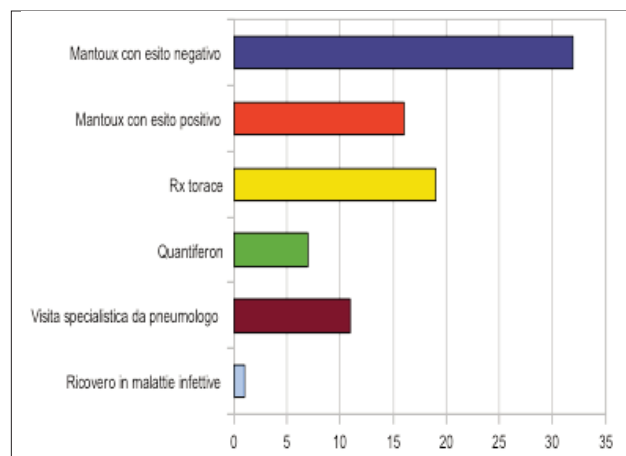
I paesi di provenienza erano quattro, anche se in realtà risultano tre macro aree prevalenti: Nigeria, Bangladesh e Mali. Le persone di origine nigeriana sono diciannove (40%), dodici i bengalesi (25%) e sedici i maliani (33%), un libico (2%).

Tutti i migranti risultavano in Italia e a Reggio Emilia da pochi mesi, senza occupazione lavorativa e con nessuna conoscenza della lingua italiana. Ventidue persone riferivano di avere cinque anni di scolarità (46%), dieci una scolarità di otto anni (21%), sedici di quattordici (33%).

Relativamente ai dati sanitari, è necessario segnalare che il primo accesso ai servizi non è avvenuto per volontà della persona, ma che è stato sollecitato dall'ente accogliente, in linea con le direttive nazionali, con le indicazioni delle Aziende Sanitarie e dell'Assessorato Politiche per la Salute dalla Regione Emilia Romagna (Regione Emilia Romagna, 2012).

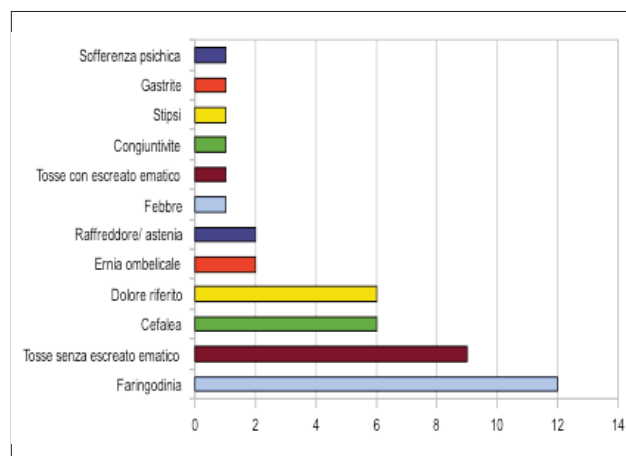
Nella prima visita tutti i migranti hanno eseguito la mantoux, con programmazione di un successivo follow up per lettura del risultato. A fronte delle quarantotto mantoux eseguite, trentadue hanno avuto esito negativo e sedici positivo. Sulle positività sono state eseguite diciannove radiografie torace e sette quantiferon test; undici persone hanno effettuato visita pneumologica, per un solo caso si è reso necessario il ricovero ospedaliero (Grafico 1).

Grafico 1. Esiti accertamento malattia tubercolare.



Utilizzando il sistema internazionale di classificazione delle diagnosi ICD-9, si nota come la diagnosi individuazione della tubercolosi polmonare compare quarantate volte su quarantotto nei primi accessi, con una percentuale dell'89,5%. Tra i principali problemi di salute sono emersi faringodinia (12 casi), tosse senza escreato di sangue (9 casi), dolore riferito e cefalea (6 casi), ernia ombelicale e raffreddore/astenia (2), febbre, congiuntivite, stipsi, gastrite, tosse con escreato ematico e sofferenza psichica (un caso) (Grafico 2)

Grafico 2. Ragioni di accesso al Centro Salute.



In relazione ai problemi di salute sopra esplicitati, sono stati prescritti diciassette FANS, due antinfiammatori a uso locale, un gastroprotettore, un antipertensivo, un farmaco per stipsi, un farmaco per il trattamento delle emorroidi, un antimicotico, un antistaminico, un farmaco per il trattamento della scabbia e un integratore salino.

Trentatre, delle persone immigrate, non avevano informazioni sulle proprie patologie pregresse e dieci associavano la fuga dalla guerra in Libia a problemi di salute. Tre persone segnalavano interventi chirurgici, quattro negavano patologie. La mancanza di conoscenze sul proprio quadro di salute emerge anche dall'anam-

Grafico 3. Risultati osservazione cute e mucose.

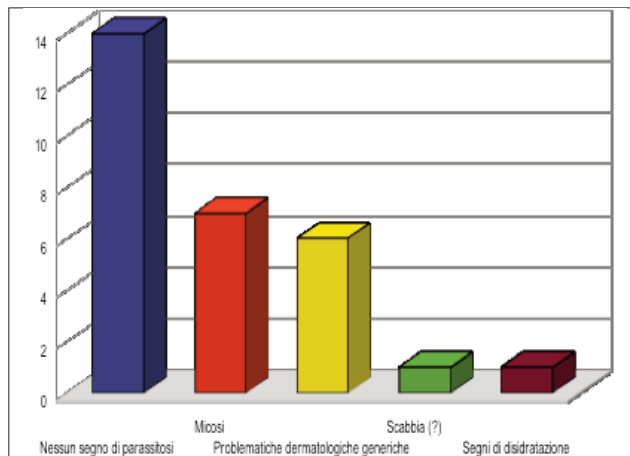
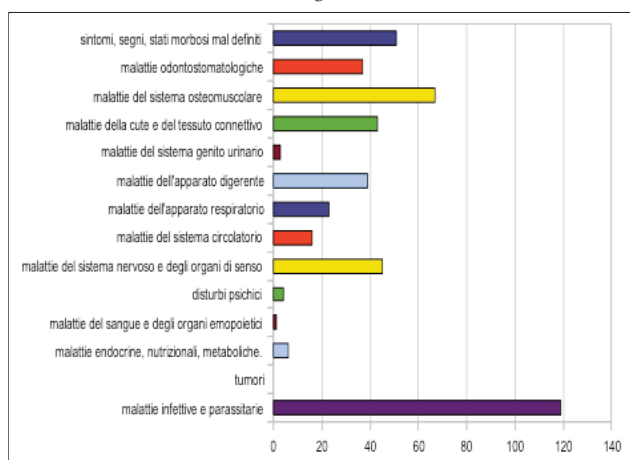


Grafico 4. Diagnosi di accesso.



nesi familiare: ventotto migranti hanno riferito di non sapere se i famigliari avessero patologie importanti, nove hanno riprotato genitori deceduti per cause ignote, quattro avevano genitori vivi e in buona salute, tre persone genitori vivi, ma con patologie croniche (Grafico 3).

I parametri vitali raccolti al primo accesso al CSFS sono pressione arteriosa, temperatura corporea e peso. Per quel che riguarda la pressione arteriosa, in quattordici casi i valori sistolici e in cinque quelli diastolici risultavano fuori dal range fisiologico stabilito dall'OMS.

Il peso corporeo è stato rilevato in quarantadue pazienti, con un peso medio di 69 kg e con valori estremi di 49 e 98 kg; non essendo registrata l'altezza, non è stato possibile fare considerazioni sullo stato nutrizionale della persona. La temperatura corporea è stata rilevata in quaranta pazienti, con un solo caso di piressia superiore a 38° gradi.

Seguendo le indicazioni del protocollo operativo di sorveglianza sindromica, al primo accesso è stata rilevata la condizione di cute e mucose: quattordici persone non presentavano segni di parassitosi; su sette casi si è riscontrata micosi, su sei pazienti problematiche dermatologiche generiche. Si segnala un caso sospetto di scabbia e uno di disidratazione.

Grafico 5. Patologie a lungo decorso.

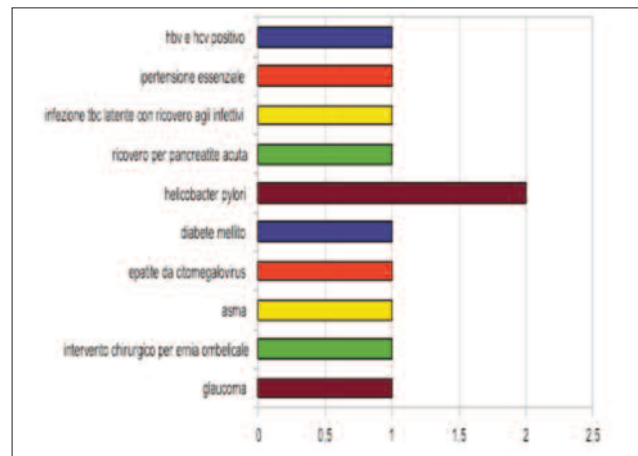
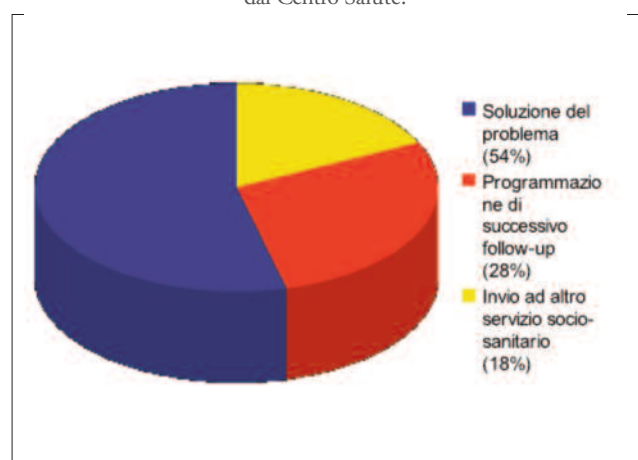


Grafico 6. Esito sul problema di salute alla dimissione dal Centro Salute.



Le diagnosi mediche più frequenti sono state le malattie infettive e parassitarie (119 visite, pari al 26%) e le malattie del sistema osteo-muscolare (67 accessi, pari al 15%); a queste seguono stati morbosi mal definiti (51 casi/11%), malattie del sistema nervoso e degli organi di senso (45 casi/10%), malattie della cute e del tessuto connettivo e malattie dell'apparato digerente con un 9%.(Grafico 4)

I principali trattamenti socio-sanitari erogati risultano la prescrizione di terapia farmacologica in 228 visite, attività di medicazione in cinque accessi, prescrizione di esami ematici (18 esami ematici, 9 su urine e feci, 32 strumentali). Sono inoltre state richieste trentasette visite specialistiche, mentre per quattro persone sono state date indicazioni su una corretta alimentazione.

Per alcuni casi sono state individuate patologie croniche, con necessità di terapia continuativa e a lungo termine: un caso di HBV e HCV, un'ipertensione essenziale, un caso di diabete mellito, uno di asma, uno di epatite da citomegalovirus, un caso di glaucoma, due infezioni da helicobacter pylori. Per due persone si è reso necessario l'intervento chirurgico: una pancreatite acuta e un'ernia ombelicale. (grafico 5).

Nel 54% dei casi (245 accessi) il centro ha risolto il problema di salute; nel 28% degli accessi si è reso necessario un successivo follow up, ottantuno persone (18%) sono state inviate ad altro servizio socio-sanitario. In una prospettiva di prevenzione alla salute, il servizio ha effettuato ventisette vaccinazioni anti-influenzale (Grafico 6).

DISCUSSIONE

La Società Italiana di Medicina della Migrazioni ha sottolineato la fragilità della popolazione dell'Emergenza Nord Africa, caratterizzata da elementi in parte diversi da quelli riscontrati sulla popolazione migrante, come basso livello di istruzione, modeste competenze linguistiche e difficoltà di adattamento alla nuova situazione (SIMM, 2012), tutti elementi che caratterizzano l'incremento migratorio negli anni successivi. A conferma di questo, scolarizzazione e conoscenza/comprendimento della lingua risultano criticità importanti nel campione di riferimento, dove quasi la metà della popolazione ha una scolarizzazione massima di cinque anni e dove nessuno è in grado di comunicare e comprendere l'italiano. Anche il luogo di provenienza dei migranti merita una riflessione: quasi il totale del campione (47 persone su 48) è di origine sub-sahariana (solo una persona è di origine libica): questo significa che avevano alle spalle un precedente percorso migratorio che le ha portate a inserirsi in un nuovo paese e costrette, di nuovo, a partire con lo scoppio della guerra, situazione che ha ovvie ripercussioni sul benessere psico-fisico della persona.

Tuttavia, i dati di accesso al centro, rilevano, come problema di salute prevalente, uno stato di malessere generalizzato, seguito da tosse senza escreato ematico e cefalea, a conferma dell'effetto migrante sano caratterizzato da una popolazione giovane, sana, potenzialmente in grado di affrontare le difficoltà legate al percorso migratorio (Geraci, 2005). I parametri vitali risultano nei range nella maggior parte delle rilevazioni. Il 90% dei casi in cui si identifica la diagnosi individuazione della tubercolosi polmonare, percorso di prevenzione precoce proposto dal centro, conferma l'assenza di problematiche maggiori, così come le prescrizioni farmacologiche prevalenti (FANS). La principale diagnosi evidenziata è malattie infettive e parassitarie che include i novantasei accessi per esecuzione/controllo mantoux, dunque non presenta potenziali ripercussioni sulla salute della comunità (un solo caso di TBC, notificato come da protocollo sorveglianza sindromica). Al secondo posto compaiono malattie del sistema osteo-muscolare, senza identificazione di problemi rilevanti, ma con una prevalenza di piccoli traumi o di riacutizzazione di traumi precedenti. La diagnosi che segue,

sintomi, segni e stati morbosi mal definiti, fa ipotizzare la somatizzazione di una condizione altamente stressante che non ha prospettiva di risposte nell'immediato. A conferma di questo risultano quaranta gli accessi identificati tra le problematiche relative al sistema nervoso e agli organi di senso che includono insonnia, problemi d'umore, ansia e preoccupazione.

Lo stato di salute appare, dunque, non allarmante, presumibilmente secondario alla complessità del percorso migratorio: le condizioni alla partenza, le condizioni del viaggio, la permanenza ai Centri di Identificazione ed Espulsione. Si pensi che, a tal proposito, tra le patologie pregresse, diverse persone riferiscono la fuga dalla guerra in Libia.

Relativamente al follow up post-mantoux, si rileva negatività nel 67% del campione; del 33% di positivi, si consideri che essi includono soggetti vaccinati con bacillo di Calmette e Guèrin, senza documentazione e per cui non era visibile la cicatrice cutanea. Sul numero di radiografie torace effettuate, è necessario specificare che l'elevato numero di accessi al centro, su percorso di prevenzione precoce, ha limitato le scorte di quantiferon, con necessità di passare direttamente al controllo radiografico.

Un dato che richiama l'attenzione è relativo alla possibilità di accesso alle cure: quarantotto persone che in un periodo inferiore a otto mesi hanno realizzato quattrocentocinquantesi visite ai servizi sanitari; una media di cinquantasette visite al mese, più di una visita al mese per ogni migrante. Il lavoro svolto ha visto il coinvolgimento quotidiano di un medico e un infermiere presso il centro di accoglienza, il coinvolgimento in toto degli operatori del centro salute, insieme ai mediatori e, in rete, di tutti i servizi ASL. La presa in carico della persona è stata globale, rispondendo anche a problematiche di tipo sociale, con consulenza normativa, supporto per richiesta asilo (con sette certificazioni da allegare alla domanda), attribuzione codici, Straniero Temporaneamente Presente, di accesso ai servizi sanitari.

CONCLUSIONI

A differenza di una letteratura abbastanza critica verso la gestione dell'accoglienza e della salute erogata in Italia nell'ambito dell'Emergenza Nord Africa (Barbieri et al., 2012; Cassarà, 2012; Diodati et al., 2012), dai dati rilevati emerge una presa in carico globale dell'immigrato che è andata decisamente oltre quanto indicato dal protocollo di sorveglianza sindromica. Non si è, infatti, unicamente lavorato per la tutela della salute pubblica, ma è stato garantito il diritto alla salute, nel rispetto della dignità della persona (Regione Emilia Romagna, 2012).

In definitiva, il lavoro svolto sulla popolazione di riferimento, ha visto piena applicazione dell'articolo 32 della Costituzione, tutelando "la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività" e garantendo cure gratuite agli indigenti (Governo Italiano, 2013), su quella linea di pensiero in cui "il diritto umano non può essere un prodotto della legislazione ma al contrario deve stabilire i limiti alle leggi, alla politica e alla forza, tentando di ripensare l'idea moderna di umanesimo" (Derrida in Cassarà, 2012).

BIBLIOGRAFIA

- Barbieri, A., Bassetti, A., Castagna, G., Francini, C., Peca, M.R., Zanchetta, M. (2012). Le sbarre più alte. Indagine sul diritto alla salute e gli altri diritti fondamentali nei centri di identificazione ed espulsione. In M. Affronti, S. Geraci, M. L. Russo (a cura di), Atti del Congresso Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni. Bologna: Pendragon.
- Bella, A., De Santis, S., Declich, S., Napoli, C., Pompa, M.G., Rota, M.C., Rizzo, C., Sane Schepsi, M. (2012). Emergenza immigrazione. Risultati della sorveglianza sindromica in Italia. Rapporti Istisan, 46.
- Cassarà, G. (2012). CIE: malattia di sistema. In M. Affronti, S. Geraci, M. L. Russo (a cura di), Atti del Congresso Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni. Bologna: Pendragon.
- Diodati, A., De Cesare, G., Greco, L.M., Monastero, P. (2012). Organizzazione dell'assistenza sanitaria in CARA, CDA e CIE: indagine della Croce Rossa Italiana. In M. Affronti, S. Geraci, M. L. Russo (a cura di), Atti del Congresso Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni. Bologna: Pendragon.
- Forti, O. (2012). Profughi del Nord Africa: è stata vera emergenza? In M. Affronti, S. Geraci, M. L. Russo (a cura di), Atti del Congresso Migrazioni, salute e crisi. Coesione sociale, partecipazione e reti per una salute senza esclusioni. Bologna: Pendragon.
- Frontex. Latest Trends at external borders of the EU. Data accesso 2 settembre, 2015. da <http://frontexeuropa.eu>.
- Geraci S. (2005). La medicina delle migrazioni in Italia: un percorso di conoscenza e di diritti. Studi Emigrazione, XLII (157), 53-74.
- Ministero della Salute, Dipartimento di Comunicazione e Prevenzione (2012). Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione alla emergenza immigrati dell' Africa settentrionale. Data accesso 3 aprile, 2013. da <http://www.salute.gov.it>.
- Morini M. L'accoglienza e l'assistenza sanitaria ai migranti a Bologna. Data accesso 22 gennaio, 2016. da <http://www.ctss.bo.it>.
- Regione Emilia Romagna, Assessorato Politiche per la Salute (2012). Indicazioni alle Aziende sanitarie per l'organizzazione di modalità omogenee e adeguate di assistenza sanitaria agli immigrati destinati al soggiorno temporaneo nel territorio regionale. Data accesso 3 aprile, 2013. da <http://www.cnel.it>.
- Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (2012). Raccomandazioni finali del XII congresso SIMM 2012, Viterbo, 10-12 Ottobre 2012. Data accesso 2 ottobre, 2013. da <http://www.simmweb.it>
- Weaver M. Refugee crisis: EU plans new internment measures. Data accesso 14 settembre, 2015. da <http://theguardian.com>.

