AbruzzoCultura

Le malattie emergenti e riemergenti portate dalla globalizzazione

pubblicato il 18 aprile 2009 alle 17:57
scritto da Romano Maria Levante
tematiche affrontate: Scienza & cultura, Spazi per la cultura

A Roma convegno dell'**Associazione Dossetti** sulla ricomparsa di vecchie patologie e l'emergere di nuove.

Siamo tornati alla Sala Marini della **Camera dei Deputati** il 9 aprile 2009 con un certo imbarazzo. Il tema **"Patologie emergenti e riemergenti - Le nuove patologie della globalizzazione"** ci sembrava un'interessante tappa del viaggio che stiamo compiendo con l'Associazione culturale "Giuseppe Dossetti, I valori" nel lato misconosciuto della sanità, minaccia inquietante al diritto alla salute; ma con la tragedia che aveva colpito il nostro Abruzzo da pochissimi giorni rischiava di essere un diversivo inopportuno. L'imbarazzo è presto svanito. Sia perché anche questa volta ci siamo trovati dinanzi a fatti che potrebbero minacciare la salute e la vita, sia per le due sorprese che hanno aperto il Convegno nel segno di una forte vicinanza alla Regione in un momento di così grave difficoltà.

La vicinanza alla tragedia dell'Abruzzo

La prima è una vicinanza per così dire operativa, l'annuncio di Zanibelli, direttore comunicazioni dell'impresa farmaceutica Sanofi-Aventis, radicata nel territorio aquilano con uno stabilimento a Scoppito, a pochi chilometri dal capoluogo, di aver realizzato una tendopoli per le famiglie dei propri lavoratori che hanno dovuto lasciare le abitazioni, in modo da farle restare vicino alla fabbrica con una sistemazione adeguata nella quale sono compresi anche pasti e assistenza.
L'altra vicinanza, questa volta ideale, ci ha preso il cuore per la figura di chi l'ha espressa, il responsabile delle politiche della disabilità nei paesi in via di sviluppo presso il nostro Ministero degli esteri, l'abruzzese Urbano Stenta; e per il modo in cui lo ha fatto, con una poesia per l'Abruzzo, da lui scritta quarant'anni fa e recitata con trasporto al termine della propria relazione. Ci siamo precipitati a chiedergliela, ci ha autorizzato a pubblicarla. Ecco i suoi versi ispirati.

ABRUZZO

Terra bruna, sferzata
Dal vento rude. Monti
Pesanti su di noi
Più della notte,
Più del mistero,

Più del dolore.
Ad ogni passo temo un forte abbraccio
di pietra, la stretta d'amore
di questa natura feroce,
che massi, abissi partorisce al vento.

(1968, Urbano Stenta).

Le poche buone notizie

Lo spirito di questo inizio inatteso, calato sul territorio purtroppo devastato dell'Abruzzo, non è rimasto estraneo a quello del Convegno. Si è parlato di rischi che vengono da lontano, come il sisma del resto, e possono colpire all'improvviso se non si ha l'accortezza di percepirli in anticipo cogliendo i primi segnali e i piccoli indizi iniziali in modo da poterli prevenire con interventi adeguati e tempestivi. In entrambi i casi si tratta di rischi alla salute, per il sisma i rischi diventano mortali. Il terremoto non è molto dissimile nell'insorgenza e nelle conseguenze da un morbo letale che sembra scomparire, poi riappare inaspettatamente cogliendo tutti senza difese.

Ma andiamo al tema del Convegno riprendendo il filo dall'iniziativa della Sanofi-Aventis nel sisma abruzzese che ha il segno della responsabilità sociale dell'impresa. Ebbene, questa responsabilità la società - che produce farmaci contro la malaria, la tubercolosi, la malattia del sonno - l'ha dimostrata anche nella sua proiezione a livello globale rinunciando ai diritti brevettuali su un fondamentale farmaco antimalarico; in tal in modo, in particolare in Africa dove ha sedi per l'assemblaggio e la produzione in loco della medicina, possono fruirne liberamente avvalendosi anche del fatto che non si limita a fornire il prodotto ma si impegna nella formazione del personale medico locale, nell'allestimento dei presidi e nel sensibilizzare la popolazione. E queste sono soltanto alcune delle iniziative della società che rende onore al glorioso marchio della "Lepetit".

L'altro filo dell'introduzione riguarda ugualmente i paesi in fase di sviluppo, per la responsabilità relativa a tale area dell'autore del commosso omaggio poetico all'Abruzzo. Stenta non solo è responsabile della disabilità nel Ministero degli esteri per tali paesi, ma ha fatto leva su di essi per ottenere, a capo della delegazione italiana, contro le posizioni dei paesi più sviluppati compresi quelli europei, che nella Convenzione sui diritti delle persone con disabilità, approvata dalle Nazioni Unite nel 2005 e recepita nel marzo 2009, fossero riconosciuti ai disabili alcun diritti fondamentali: "La partecipazione alla vita in ogni sua manifestazione sulla stessa base di tutti gli altri", parità ribadita cinquanta volte nella Convenzione; l'abolizione di ogni barriera nell'istruzione mettendo al bando le classi differenziate, da noi eliminate da trent'anni ma presenti in molti paesi.

Abbiamo voluto aprire con queste buone notizie l'ulteriore tappa del nostro viaggio nel mondo del diritto alla salute e delle nuove minacce che incombono su di essa, perché sono le poche disponibili, insieme a quella secondo cui il nostro paese è all'avanguardia, come rigore ed efficacia, nei controlli contro il morbo della Bse, la "mucca pazza", che per questo motivo è stato debellato con cinque milioni di controlli totalitari che hanno evidenziato 121 casi dal 2001 in poi, scesi a poche unità all'anno nel periodo più recente. Lo ha illustrato la responsabile del Centro per le Tse nell'Istituto sperimentale di Piemonte, Liguria e Valle d'Aosta, Caramelli, sottolineando come il 70% delle malattie infettive emerse è una "zoonosi", cioè viene diffusa da animali o da alimenti che hanno tale origine, e la Bse è soltanto una delle tante anche se la più nota; comunque, pure per questo

morbo non bisogna abbassare la guardia essendo ancora diffuso in paesi con scarsa sorveglianza sanitaria.

Le cattive notizie delle malattie riemergenti o nuove

Le cattive notizie vengono dall'arcipelago delle malattie ricorrenti che tornano ad affacciarsi in modo sempre più minaccioso, insieme all'insorgere di nuove patologie spesso sconosciute. Le une e le altre sono le malattie della globalizzazione perché provengono da paesi nei quali sono endemiche o comunque presenti, portate nel mondo dai migranti, che sono centinaia di milioni; e anche dai viaggiatori dei paesi industrializzati, per lavoro e per turismo, che spesso omettono le dovute precauzioni allorché vanno in zone dove sono presenti le malattie infettive scomparse nei paesi ad alto tenore di vita. Le condizioni di affollamento moltiplicano il rischio di contagio, che è massimo nelle aree e nei periodi in cui si svolge l'annuale pellegrinaggio alla Mecca e anche nelle moschee e nei luoghi superaffollati dei paesi dove tali malattie esistono ancora.

L'altra constatazione fondamentale emersa dal Convegno è che tali malattie tendono a riprodursi nei paesi dove approdano i migranti quando questi sono costretti a vivere in condizioni di degrado per l'indigenza e l'emarginazione. Ciò dà luogo, infatti, a condizioni simili a quelle dei paesi di origine dove le malattie si sono sviluppate. E' un segnale d'allarme preoccupante questo, e porta l'attenzione all'accoglienza e all'integrazione dal campo umanitario, per non dire filantropico, al campo sanitario e di auto protezione delle popolazioni ospitanti. Nel senso che è interesse vitale per la sicurezza sanitaria del nostro paese individuare e combattere tali situazioni di degrado come emergenza sanitaria, oltre che dovere umanitario. Per autodifesa, non solo per altruismo.

Di queste condizioni degradate è stato fornito un quadro impressionante dall'organizzazione "Medici senza Frontiere", attraverso il vice responsabile dei progetti in Italia, Magnano, che ha anche illustrato il "Progetto Calabria" sviluppato dal novembre 2008 al febbraio 2009 d'intesa con le autorità locali, per migliorare le condizioni dei lavoratori della piana di Gioia Tauro eliminando le carenze emerse dall'indagine sulla salute dei lavoratori stagionali stranieri in cinque regioni del centro-sud d'Italia, dal Lazio alla Sicilia. Il titolo dato alla relazione sull'indagine svolta nel luglio 2007, "Una stagione all'inferno", è eloquente, ecco alcuni risultati: il 90% senza contratto, il 72% senza permesso di soggiorno, il 16% vittime di violenze.

Le loro condizioni sanitarie sono state definite "drammatiche, paragonabili a quelle degradate dei paesi di provenienza". Lavoro saltuario per 8-10 ore al giorno in 6-8 giorni al mese con un compenso da fame (4-6 euro per cassa di pomodori di 350 chili; oppure una media di 25-40 euro al giorno) al quale spesso va tolta la tangente per i "caporali"; il 38% di loro non riesce a mandare i soldi a casa, quelli che lo fanno si privano di tutto. Solo il 20% vivono sotto un tetto, il 65% in strutture abbandonate, il resto in modo precario anche d'inverno; di questi, il 62% è senza servizi igienici, il 69% senza illuminazione, il 92% senza riscaldamento, il 64% deve procurarsi l'acqua da posti lontani. La metà di loro non ha accesso alle cure mediche mancando di informazioni adeguate. Queste situazioni di degrado sono l'incubatrice delle malattie riemergenti e di quelle nuove anche per i problemi di accesso all'assistenza sanitaria che impediscono una diagnosi tempestiva e una cura adeguata e aumentano i rischi di contagio per le popolazioni.

Il nodo cruciale della libertà nell'accesso alle cure

L’accesso alle cure sta diventando un problema critico anche per situazioni non così degradate, a causa della norma che consentirebbe (e in certi casi addirittura obbligherebbe) ai medici di denunciare chi si rivolge a loro per essere visitato e curato se non ha il permesso di soggiorno. Nel Convegno si sono levate voci unanimi contro questa disposizione che, se diventasse definitiva, avrebbe l’effetto drammatico, che già si sta verificando, di evitare visita e cure con aggravamento e diffusione endemica della malattia, soprattutto se è una di quelle riemergenti o delle nuove emerse. Così diverrebbe clandestina anche la malattia con le immaginabili conseguenze per la salute pubblica quando si tratta di patologie infettive che si possono facilmente trasmettere nei luoghi frequentati dagli immigrati e dalla gente comune, mezzi pubblici di trasporto in primo luogo .

Il numero degli irregolari è così alto da rendere questa eventualità molto preoccupante anche a prescindere dai diritti violati, pur essi fondamentali trattandosi di diritti costituzionali alla salute legati all’“individuo” e alla persona umana, non al “cittadino”; per cui vanno riconosciuti a tutti, regolari e irregolari, con visto o senza visto di soggiorno, e deve trattarsi di diritti effettivamente realizzati, cosa che non avverrebbe se rimanessero sulla carta perché vanificati dal meccanismo dissuasivo della possibile denuncia, con espulsione dal paese dove con fatica sono entrati.

Questa esigenza è stata sottolineata in modo particolare da Benato, vicepresidente dell’Ordine dei medici: l’assistenza medica per tutti gli individui “è un diritto che diventa un dovere” dei medici anche per la loro deontologia professionale oltre che per la solidarietà e la sussidiarietà. “Ogni soggetto malato dovrà avere le stesse risposte senza creare disuguaglianze”. E’anche una sfida culturale nei confronti degli immigrati perché molte volte le tradizioni e la religione creano problemi per l’assistenza e la cura medica. La soluzione dovrebbe trovarsi in una integrazione che non sia né assimilazione né separatezza ma riconoscimento dei valori comuni sui quali fare leva. Si tratta, secondo la relazione della Calloni del dipartimento sociologia dell’Università di Milano, Bicocca, di assicurare l’uguaglianza rispettando le differenze ed evitando ogni discriminazione.

Una panoramica delle malattie riemergenti ed emerse

Nel Convegno è stato fatto un quadro preciso di queste patologie, con una serie di relazioni che le hanno descritte sotto l’aspetto clinico, dai sintomi al decorso alle cure, e sotto quello della diffusione nel mondo e nelle diverse aree, indicando anche quale è stato l’andamento nel tempo.

Per dare una prima idea dei rischi che si corrono, forniamo una visione d’insieme delle malattie della globalizzazione , dalla tubercolosi alla malaria, dalla meningite all’epatite virale, dall’Aids-Hiv al colera. Le nuove malattie sono quelle tropicali, alcune rare o sconosciute, come quelle insorte in alcune zone colpite dallo tsunami per lo spargimento di rifiuti tossici.

Innanzitutto la tubercolosi. Lauria, direttore malattie infettive apparato respiratorio nello Spallanzani di Roma, ne ha dato il quadro epidemiologico: ogni anno nel mondo si ammalano quasi nove milioni di persone e oltre 1,6 milioni muoiono. L’80% dei casi si concentra in ventidue paesi; in particolare il 55% in Asia e il 31% in Africa, il 6% nel mediterraneo orientale e il 5% in Europa, fino al 3% nel continente americano. Un dato positivo si rileva nella diminuzione dell’incidenza sulla popolazione (da 142 a 137 nuovi casi ogni 100.000 abitanti tra il 2004 e il 2007), che però non riguarda l’Europa dove è

rimasta invariata; un dato negativo è il crescente riscontro di ceppi resistenti ai farmaci (nel 2007 mezzo milione di casi sono risultati resistenti a isoniazide e rimpamicina) aggravato per il nostro paese dal fatto che i più alti tassi di resistenza e multiresistenza e quelli "estremamente resistenti" sono concentrati nell'Europa dell'Est dalla quale proviene un notevole flusso di immigrati in Italia. A parte questi riflessi soltanto eventuali, il quadro più recente non è tranquillizzante perché mentre da noi viene percepita come malattia del passato, nel 2007 sono stati "notificati" 4527 casi; il tasso di incidenza è sceso da 10 casi a 7,7 su 100.000 abitanti, con una diminuzione rispetto al 1995, ma con gli ultimi dati provvisori torna a salire come è salita di molto l'incidenza dei malati stranieri (oltre il 43,3% nel 2007 rispetto al 22% nel 1999).

Le cattive notizie relative ai soggetti stranieri non finiscono qui: nel periodo 1999-2007, in cui i malati stranieri hanno rappresentato un terzo del totale, soltanto per la metà di essi la diagnosi è avvenuta nei primi due anni (15% nel primo, 34% nel secondo anno), segno di un ritardo diagnostico nella popolazione immigrata per limitato accesso alla sanità unito a condizioni igieniche di degrado. E sono queste che vanno combattute anche e soprattutto tra gli immigrati che vi sono più esposti.

Il quadro della malaria è stato fatto da Nicastri, dell'unità malattie infettive e tropicali dello stesso Spallanzani, e da Ciccozzi, del dipartimento malattie infettive dell'Istituto superiore di sanità. I rischi sono molto elevati a livello globale, dato che la metà della popolazione vive in zone malariche e in 107 paesi e territori la malattia è endemica: un quinto della mortalità infantile sotto i cinque anni nell'Africa sub sahariana è dovuto a questo morbo, un decimo su scala mondiale. In Europa i casi notificati nel 2005 sono stati 4306, in Italia nel 2006 furono 630 con tre decessi. La battaglia va condotta in via preventiva contro il vettore, la zanzara del tipo "anofele", per impedire la diffusione; tra le misure ci sono insetticidi vecchi e nuovi, larvicidi, bonifica ambientale e anche zanzariere trattate con insetticidi, il cui numero è raddoppiato in tre anni, raggiungendo i 60 milioni. Per la cura va attaccato il parassita (quattro specie più una quinta, scoperta di recente), con la difficoltà dovuta al fatto che le malattie parassitarie, riguardando i paesi poveri, sono state trascurate dalla ricerca farmaceutica, tanto che di tutti i nuovi farmaci sviluppati negli ultimi trent'anni solo l'1,3% hanno riguardato queste malattie e la tubercolosi (precisamente 18 su 1556).

Qualcosa sta cambiando, .l'impegno finanziario si è decuplicato nell'ultimo decennio, e sono in sperimentazione clinica sedici vaccini, tra cui uno in fase molto avanzata. La meningite e l'epatite virale sono vecchie conoscenze delle nostre strutture sanitarie, ma c'è il rischio che la loro incidenza abbia degli inattesi ritorni di fiamma, e qualche segno si è già avuto.

Delle meningiti meningococciche, nei ceppi A, B e C, ha parlato Mele, presidente della federazione medici pediatri, ricordando che in Italia negli ultimi quattordici anni si sono avuti 3260 casi, l'ultimo dei quali in anni recenti ha diffuso molti timori, anche per il suo fulmineo esito letale. I problemi possono nascere dall'immigrazione, considerando che nell'Africa sub sahariana in venti anni si sono avuti 800.000 casi. Un rischio dal quale cautelarsi è quello del contagio dai pellegrini alla Mecca nell'Arabia Saudita, due milioni l'anno, che hanno dato luogo ad epidemie con centinaia di ricoveri negli ospedali locali. Nel 2000 in Italia non vi erano casi mentre nel Regno Unito 51, in Francia 24, in Germania 10, in Marocco 3. E' un pericolo ai nostri confini da monitorare e tenere sotto controllo. Sono inammissibili le differenze tra le regioni italiane riguardo all'obbligo di vaccinazione, e

diventano scandalose se dovute a fattori economici; le campagne di vaccinazione hanno debellato il morbo e non si può risparmiare su una misura vitale per la salute.

L'epatite virale ha caratteristiche differenti nei diversi ceppi, i più comuni di quali sono A, B, C; ne ha fatto un'ampia descrizione Antonucci, direttore malattie infettive ed epatologia allo Spallanzani. Vi sono aspetti comuni nelle vie di trasmissione, come l'ago infetto e il sangue soprattutto nei tossicodipendenti, la trasmissione per via sessuale o altri stretti contatti, e quella per alimenti inquinati, in particolare i mitili crudi. Si previene con la vaccinazione, che in Italia è obbligatoria dal 1991 per i bambini e i ragazzi riguardo al ceppo C. Nel mondo ogni anno circa un milione e mezzo di persone contraggono l'epatite A e altrettanti l'epatite C; per l'epatite B ci sono 400 milioni di portatori nel mondo, la malattia ha una letalità dello 0,5-1%, se non si risolve diventa cronica e può portare alla cirrosi, spesso silente e letale.

L'Aids, con il precursore della positività all'Hiv, non si può definire malattia della globalizzazione in senso stretto perché è radicata all'interno di ogni nazione; ma lo diventa con l'immigrazione da paesi, come quelli africani, dove è molto più diffusa. Ne ha parlato Maria Grazia Pompa, della direzione generale prevenzione sanitaria nel Ministero del lavoro e della salute, nel quadro della sorveglianza e gestione delle emergenze nelle malattie infettive. I dati più aggiornati indicano che nel 2008 i nuovi casi sono stati 1400 per l'Aids e 3500 circa per l'Hiv, mentre dieci anni prima vi erano 5000 nuovi casi l'anno per l'Aids e 16.000 circa per l'Hiv. Al dato positivo della drastica diminuzione del numero dei nuovi malati si contrappone quello negativo del crescente ritardo nella diagnosi (il 60% scopre di avere l'Aids senza sapere di essere sieropositivo all'Hiv), cosa che impedisce cure tempestive per rallentare il passaggio all'Aids conclamato, e accresce il rischio di contagio. Dall'insorgenza in Italia ci sono stati 60.000 casi di Aids con 39.000 morti e 140-180.000 casi di Hiv con 3.500-4.000 morti nel 2007. Sugli scenari e gli aspetti critici dei rapporti tra migrazione e Aids e sulla prevenzione nazionale e transnazionale, la Martini, coordinatrice per Mediterraneo e Balcani di migrazioni e Aids/Hiv ha segnalato l'aggravarsi del problema migratorio con la sosta in condizioni di estremo degrado nei paesi del Nord Africa anche per 3-5 anni prima di poter partire, accentuando i rischi di contagi ed epidemie. Ha concluso avvertendo che prima di essere un fatto clinico è un problema di disordine sociale che va combattuto su questo terreno con apposite campagne e l'organizzazione di presidi sanitari anche nei paesi di origine degli immigrati. Tra le malattie della globalizzazione ci sono anche il colera e la tripanosmiasi, la febbre chikungunya e lassa, l'ebola e la sars, il morbillo ricorrente. Pertanto si deve essere pronti a intervenire, "aspettarsi l'inaspettato!", e qui il pensiero è tornato al terremoto.

Di una di esse, il colera, molto temuto per le pandemie del passato, ha parlato Borgia, direttore dipartimento malattie infettive e professore dell'Università Federico II al policlinico di Napoli. E' rapidamente diagnosticabile, ha un breve periodo di incubazione e una sintomatologia acuta, il che riduce il rischio di importarlo. Con un intervento tempestivo la letalità è molto bassa (meno dell'1% dei colpiti). E' endemico in molti paesi dove non vi sono condizioni igieniche accettabili (acqua potabile e rete fognante): attualmente il maggiore focolaio è in Africa, nello Zimbabwe, con 91.164 casi e 4037 morti segnalati dall'inizio dell'epidemia nell'agosto 2008. Sono disponibili vaccini orali che vengono utilizzati solo in situazioni di emergenza. Il rischio, comunque, anche per i viaggiatori è basso se rispettano le norme di prevenzione, soprattutto igiene e sicurezza di acqua e cibo. Va mantenuta una sorveglianza costante perché l'aumento della temperatura delle acque, per effetto del riscaldamento terrestre, potrebbe accrescere i rischi anche per il nostro paese.

Le malattie tropicali sono di molti tipi, per lo più di origine parassitaria: tra esse la tripanosomiasi americana, o malattia di Chagas, diffusa soprattutto nel Centro e Sud America. Ne ha parlato De Angelis, dirigente del dipartimento malattie infettive e tropicali nel policlinico universitario Umberto I di Roma. Nel mondo undici milioni ne sono infetti, un terzo dei quali con malattia diagnosticabile; viene trasmessa da una puntura e ha una fase acuta, che nella maggior parte dei casi si risolve con la guarigione, e una fase cronica. La prevenzione si opera con interventi igienici e la lotta ai vettori, mediante insetticidi e zanzariere impregnate; il viaggiatore dei paesi sviluppati non è esposto a particolari rischi perché il parassita si trova solo nelle case rurali e i buoni alberghi non ne sono infestati. La cura è di tipo chemioterapico, efficace negli stadi precoci e nella fase acuta ma non nella forma cronica dove la mortalità è elevata.

In generale le malattie esotiche si sono sviluppate notevolmente negli ultimi cinquant'anni con la scoperta di cinquanta nuovi agenti infettivi, spesso mutevoli e quindi difficili da combattere, che si sono trasferiti nello spazio attraverso i contatti con gli animali che ne sono spesso i portatori, i movimenti delle merci e dei passeggeri e soprattutto con l'emigrazione. In Italia si è avuta di recente l'epidemia di febbre chikungunya, la prima in una regione non tropicale, attraverso le zanzare che fanno da vettore a queste infezioni. Cassone, direttore del dipartimento malattie infettive e parassitarie dell'Istituto superiore della sanità, ha insistito sulla necessità di difendersi da queste minacce con misure preventive e la circolazione delle informazioni a livello internazionale; nonché mediante diagnosi rapide e soprattutto mettendo un maggior impegno nella ricerca e nella produzione di vaccini, attività trascurate perché il problema è sentito nei paesi poveri che ne sono interessati direttamente e non in quelli del benessere , ma possono esserne colpiti anch'essi.

Le malattie tropicali dimenticate sono 14 secondo la lista dell'Organizzazione mondiale per la sanità, e colpiscono soprattutto i bambini e i giovani. Aggiungendo ad esse quelle note e riemergenti, dalla tubercolosi alla malaria, dalla meningite all'epatite virale, dall'Aids alle altre, si hanno 500.000 morti l'anno nel mondo. Per combatterle in modo ben più efficace di come avviene oggi, è necessaria una politica comune che mobiliti energie e risorse dei paesi ricchi per promuovere la ricerca e la produzione di farmaci per le malattie dimenticate e intervenire nei paesi poveri anche con infrastrutture sanitarie e personale adeguato. Anche nella poliomielite ci sono dei rischi per i nuovi ceppi, ne ha parlato la presidente provinciale dell'Aniep Lazio, Bellafemina, lanciando inoltre un segnale preoccupato per i portatori di postumi che sembravano stabilizzati mentre può diminuire la loro autosufficienza per la "post polio, questa sconosciuta".

Le altre relazioni

Vi sono state anche relazioni relative agli aspetti sociali e assistenziali. Sulla tutela della salute dei migranti e delle fasce più deboli ha parlato il direttore dell'Istituto nazionale medicina preventiva, migrazione e povertà, Morrone. Si è sentita la voce delle comunità di immigrati. La Hassan, presidente della comunità somala del Lazio, ha chiesto un maggiore impegno sanitario di carattere sociale e una più stretta integrazione prospettando il pericolo di malattie non diagnosticate all'ingresso in Italia che si possono diffondere con il contagio. Il responsabile politiche migratorie dell'Acai, Yepmo, a sua volta ha posto l'esigenza di migliorare le condizioni economiche dei paesi di emigrazione, ha segnalato il rischio di malattie professionali per i lavori nocivi degli immigrati e la clandestinità che interviene alla scadenza del contratto di lavoro. E non è mancata l'esperienza delle associazioni di volontariato, come l' "Aifo" con il presidente Colizzi e la fondazione '"Ivo de

Carneri” con la presidente Carozzi, nonché quella dei Medici di origine straniera il cui presidente, Aodi, ha chiesto un maggiore inserimento nelle strutture sanitarie. Non c’è stata la prevista relazione della presidente dell’ordine degli psicologi del Lazio, Zaccaria, era accorsa in Abruzzo per prestare assistenza psicologica alle famiglie colpite dal sisma; all’annuncio di questa assenza oltremodo giustificata, si è vissuto nella sala un nuovo momento di partecipazione e di solidarietà.

Le considerazioni finali dell’Associazione Dossetti

A questo punto il Segretario nazionale dell’associazione organizzatrice del Convegno, Claudio Giustozzi, ha fatto alcune considerazioni, che non sono state conclusioni, lo ha detto espressamente. Scopo del Convegno era fare una ricognizione su un fenomeno poco conosciuto e sottotraccia che rischia di esplodere se non si interviene in tempo. In Italia gli immigrati regolari hanno raggiunto i 4 milioni, ai quali vanno aggiunti gli irregolari il cui numero è indefinito; gli uni e gli altri sono in crescita, come “è notevolmente cresciuta la possibilità di ‘colonizzazione’ di virus prima inesistenti o in parte debellati” a seguito del “connubio tra le popolazioni di immigrati e le patologie che, come un fardello in spalla, si portano dai loro paesi”. Sulla base delle relazioni presentate, abbiamo descritto queste patologie che nascono dalle condizioni igienico-sanitarie dipendenti dalle condizioni socio-economiche, cioè dalla miseria endemica come lo sono le malattie.

Intanto l’emergenza immediata sottolineata da Giustozzi è data dalla norma che, se approvata in via definitiva, farebbe restare le patologie che ci minacciano ancora di più sottotraccia per l’effetto dissuasivo sull’accesso alle cure all’insorgere dei sintomi prodotto dal rischio di segnalazione dell’immigrato irregolare alle autorità e conseguente espulsione, di cui abbiamo detto. Ha ribadito che ciò urterebbe contro i diritti costituzionali dell’individuo e contro l’interesse della comunità alla tutela della salute collettiva; inoltre potrebbe far sorgere un racket di sanità clandestina e, comunque, comporterebbe i notevoli costi aggiuntivi, oltre che umani, di una patologia conclamata rispetto a quella diagnosticata al suo insorgere. Viene citato anche il giudizio del segretario della Commissione episcopale per le migrazioni della Cei, monsignor Segalini sul compito del medico: “assistere chi soffre senza guardare alla religione, al colore della pelle o se è un condannato a morte”. Un’ultima norma da contrastare è quella del pacchetto-sicurezza secondo cui per ottenere la residenza, condizione di accesso ai servizi, servirebbe il certificato di idoneità sanitaria per l’abitazione; non facile da ottenere non soltanto per gli immigrati ma anche per molti italiani che vivono in condizioni di precarietà. Cosa che allontanerebbe, per altra via, dal Servizio sanitario un numero consistente di persone, minacciando la salute pubblica per il venir meno dei relativi presidi.

A parte questi interventi d’urgenza sulle norme in discussione, come ha detto il Segretario nazionale, l’Associazione intende riflettere sugli elementi emersi nel Convegno per definire l’ulteriore percorso e le iniziative da intraprendere sul piano operativo. Queste potranno tradursi nella promozione di appositi strumenti legislativi dopo un nuovo incontro destinato a trarre le conclusioni dal materiale raccolto. Possiamo affermare, avendo seguito l’intera giornata di studio, che il Convegno, su un problema poco conosciuto e ignorato come lo erano le malattie rare e i farmaci rari e innovativi, è stato all’insegna dell’enaudiano “conoscere per deliberare”. Anzi, a voler essere precisi, per “far deliberare”.

http://www.abruzzocultura.it/abruzzo/le-malattie-emergenti-e-riemergenti-portate-dalla-globalizzazione