

La prevalenza di causticazioni in un centro di prima accoglienza per richiedenti asilo come esempio di valutazione sanitaria in una popolazione fragile

Prevalence of acid burns among asylum seekers hosted in an initial reception centre as an example of health assessment in a fragile population

Fulvio Ricceri,^{1,2} Veronica Sciannameo,^{2,3} Federico De Michelis,⁴ Lucia Perucca,⁴ Luisa Mondo,² Roberto Raffaele Pepe,⁵ Carlotta Sacerdote⁶

¹ Dipartimento di scienze cliniche e biologiche, Università degli Studi di Torino

² Servizio sovrazonale di epidemiologia, ASL TO3, Grugliasco (TO)

³ Dipartimento di scienze della sanità pubblica e pediatriche, Università degli Studi di Torino

⁴ Corso di laurea triennale interdipartimentale in scienze strategiche, Università degli Studi di Torino

⁵ Centro polifunzionale "Teobaldo Fenoglio", Croce rossa italiana, Settimo Torinese (TO)

⁶ Azienda ospedaliera universitaria Città della salute e della scienza di Torino e Centro di riferimento per l'epidemiologia e la prevenzione oncologica in Piemonte, Torino

Corrispondenza: Fulvio Ricceri; fulvio.ricceri@unito.it

RIASSUNTO

OBIETTIVI: valutare la prevalenza di causticazioni tra gli ospiti di un centro di prima accoglienza per richiedenti asilo e valutare se essa si sia ridotta in seguito all'introduzione del regolamento n. 29 del 14.09.2016 dell'Unione europea (UE), che ha indirettamente accorciato il tempo di permanenza dei soggetti sulle imbarcazioni.

DISEGNO: studio di prevalenza. **SETTING E PARTECIPANTI:** 10.627 soggetti richiedenti asilo arrivati alla struttura di prima accoglienza di Piemonte e Valle d'Aosta tra giugno 2016 e maggio 2017.

PRINCIPALI MISURE DI OUTCOME: frequenza di problemi di salute e prevalenza di causticazioni di grado due o tre riscontrate all'arrivo.

RISULTATI: circa il 25% dei soggetti soffriva almeno di una patologia non grave, principalmente disturbi cutanei, digestivi e respiratori. Sono state riscontrate 69 causticazioni (prevalenza: 6,7‰; IC95% 5,2-8,3) localizzate prevalentemente agli arti inferiori o ai glutei. Il tempo mediano intercorso tra lo sbarco e la cura è stato di 2 giorni. La prevalenza è significativamente maggiore nelle donne rispetto agli uomini e si osserva una riduzione non significativa del 20% tra prima e dopo l'applicazione del regolamento n. 29 dell'UE. **CONCLUSIONE:** una valutazione dello stato di salute della popolazione dei richiedenti asilo, volta non solo all'identificazione di patologie gravi o infettive, permette di intervenire tempestivamente e investire le risorse economiche laddove sono più utili. Ciò consente un'adeguata attività di cura nei primi mesi di permanenza dei richiedenti asilo, che è alla base del buon funzionamento dei servizi per l'integrazione.

Parole chiave: richiedenti asilo, salute dei migranti, causticazioni, ustioni, centro di prima accoglienza

ABSTRACT

OBJECTIVES: to evaluate the prevalence of acid burns among asylum seekers hosted in an initial reception centre and to evaluate if the prevalence is reduced after the introduction of the European Union (EU) regulation No. 29 (14th September 2016) that indirectly reduced the permanence time of the subjects on board of boats. **DESIGN:** cross-sectional study. **SETTING AND PARTICIPANTS:** 10,627 asylum seekers hosted in the centre for initial reception of Piedmont and Valle d'Aosta Regions (Northern Italy) between June 2016 and May 2017. **MAIN OUTCOME MEASURES:** frequencies of health problems and prevalence of second and third grade acid burns identified on

arrival. **RESULTS:** among the asylum seekers coming to the centre, about 25% suffered at least from a mild disease, mainly cutaneous, respiratory, or digestive; 69 acid burns were identified (prevalence: 6.7‰, 95%CI 5.2-8.3), mainly located in the lower limbs and in the glutes. Median time between disembarkation and treatment is 2 days. Prevalence is significantly higher in women compared to men and a not-significant 20% reduction was observed comparing the situation before and after the introduction of the EU regulation No. 29. **CONCLUSION:** an assessment of the health status of asylum seekers that takes into account more than the identification of the rare life-threatening or infective diseases allows to take prompt action and to invest economical resources in the fields where they are more useful. This would facilitate a good health care for asylum seekers, that is the basis of an efficient functioning of services for integration.

Keywords: asylum seekers, migrants' health, acid burns, burns, initial reception centre

Cosa si sapeva già

- Nell'ultimo decennio è aumentato il numero di persone migrate verso l'Italia per richiedere lo status di rifugiato.
- Il viaggio per raggiungere l'Italia, soprattutto quello via mare, non solo mette a rischio la vita di chi lo compie, ma può anche portare danni di salute meno noti, tra cui le causticazioni da contatto con il carburante delle imbarcazioni mescolato con la salsedine.
- La maggior parte degli studi sui richiedenti asilo finora effettuati riguardano solamente patologie che mettono a rischio la vita o che, in quanto infettive, mettono a rischio la salute delle popolazioni ospitanti.

Cosa si aggiunge di nuovo

- Per la prima volta viene presentato lo stato di salute di una popolazione di richiedenti asilo in un centro di prima accoglienza italiano.
- La prevalenza delle causticazioni non identificate al momento dello sbarco è pari al 6,7‰ ed è più elevata nelle donne rispetto agli uomini.
- Dopo l'applicazione del regolamento dell'Unione europea n. 29 del 14.09.2016 il numero delle causticazioni si è in parte ridotto, grazie presumibilmente alla diminuzione del tempo di permanenza dei soggetti sulle imbarcazioni.

INTRODUZIONE

La gestione del flusso migratorio non è un'operazione semplice per i Paesi riceventi, sia nelle fasi iniziali dell'accoglienza (che spesso richiedono operazioni di recupero e salvataggio, specialmente via mare) sia in quelle logistiche di ospitalità.

Per quanto riguarda le fasi iniziali, la data emblematica è il 03.10.2013, quando al largo delle coste di Lampedusa si è consumata una tragedia che ha causato la morte di 366 persone in seguito al naufragio del barcone che le stava portando in Italia. Da quel momento, la pressione internazionale si è alzata notevolmente e ha portato al varo prima dell'operazione italiana "Mare Nostrum", sostituita poi – a partire dal 01.11.2014 – dall'operazione "Triton", coordinata direttamente dall'Unione europea (UE), con lo scopo di prevenire o ridurre l'immigrazione clandestina. In seguito al successivo naufragio avvenuto la notte

del 18.04.2015 con 52 morti accertati e oltre 700 dispersi, l'UE ha spostato l'attenzione maggiormente sul salvataggio delle persone in mare e, con il regolamento n. 29 del 14.09.2016, entrato in vigore il 6 ottobre di quello stesso anno, ha sostituito l'Agenzia Frontex con la guardia costiera e di frontiera, che ha il mandato di cooperare con le autorità degli Stati membri per svolgere l'attività di vigilanza, ricerca e salvataggio (*search and rescue*, SAR) fino al confine con le acque territoriali africane.¹

Il sistema di accoglienza dei migranti una volta che questi sbarcano sulle coste italiane, è stato definito dall'intesa 77/CU del 10.07.2014 tra Governo, Regioni ed enti locali che ha adottato il "Piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati".² Esso prevede una strutturazione in due fasi: la prima accoglienza gestita dal ministero dell'Interno attraverso le prefetture locali,

DEFINIZIONI

■ **MIGRANTE:** persona che vive temporaneamente o permanentemente in una nazione diversa da quella in cui è nata (ONU, Organizzazione delle nazioni unite).

■ **MIGRANTE ECONOMICO:** persona che è stata, è oppure sarà impiegata in un'attività remunerativa in uno stato diverso dalla propria nazionalità (ONU). In particolare, l'articolo 1.1 della **Convenzione ONU sui diritti dei migranti**^a sottolinea che il termine 'migrante' deve essere utilizzato nei casi in cui la decisione di migrare sia presa liberamente dal soggetto, per ragioni di convenienza personale e senza che sia intervenuto un fattore esterno pressante.

■ **RIFUGIATO:** migrante che esce dal suo Paese d'origine per ragioni di persecuzioni, conflitti, violenze o altri motivi che richiedano la protezione internazionale. È tutelato specificamente dalla Convenzione di Ginevra del 1951,^b in particolare dall'articolo 33, che contiene la disposizione del non respingimento (*non-refoulement*).

Nel 1951 la **Convenzione di Ginevra** descrive il rifugiato come colui che, «*nel giustificato timore d'essere perseguitato per la sua razza, la sua religione, la sua cittadinanza, la sua appartenenza a un determinato gruppo sociale o le sue opinioni politiche, si trova fuori dallo Stato di cui possiede la cittadinanza e non può e, per tale timore, non vuole domandare*

la protezione di detto Stato» (art. 1). Nel 1969, la Convenzione sui rifugiati dell'Organizzazione dell'unità africana, adottata dai capi di Stato riuniti ad Addis Abeba, amplia la nozione di rifugiato fino a comprendere «*le persone costrette ad abbandonare la propria residenza abituale per cercare rifugio fuori dal Paese di origine in seguito ad aggressione, occupazione, dominazione straniera o eventi che turbino seriamente l'ordine pubblico*».c Nel 1984, la **Dichiarazione o Carta di Cartagena**, assunta dai Paesi latino-americani nel contesto del colloquio sulla protezione internazionale dei rifugiati, raccomanda che la definizione di rifugiato contenuta nella Convenzione di Ginevra del 1951 venga estesa fino a includere *le persone fuggite dal loro Paese quando la loro vita, sicurezza, libertà siano state minacciate da violenza generalizzata, aggressione esterna, conflitti interni, violazione massiccia dei diritti umani o altre circostanze che abbiano turbato seriamente l'ordine pubblico*.d

Riassumendo: la condizione di rifugiato è quella che ha come comune denominatore l'atto di oltrepassare una frontiera tra Stati sovrani: **rifugiato è chi cerca «rifugio in un altro Stato»**.e

Le procedure per la richiesta dello status di rifugiato sono inserite nei decreti legislativi n. 18 del 21.02.2014 e n. 142 del 18.08.2015, come ben descritto nel documento del ministero della Salute

"Linee guida per l'assistenza ai rifugiati vittime di tortura, stupri o altre forme gravi di violenza".f

■ **RICHIEDENTE ASILO:** un migrante che abbia fatto richiesta dello status di rifugiato, ma per il quale non sia ancora stato determinato se ne abbia diritto.

RIFERIMENTI

- United Nations Human Rights. International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families. Adopted by General Assembly resolution 45/158 of 18 December 1990 (ICPMW). Art 1.1. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CMW.aspx>
- Convention Relating to the Status of Refugees. UN General Assembly 1951. Art 33. Disponibile all'indirizzo: <http://www.refworld.org/docid/3be01b964.html>
- OAU Convention Governing the Specific Aspects of Refugee Problems in Africa. Adopted on 10 September 1969 by the Assembly of Heads of State and Government. Art. 1. Disponibile all'indirizzo: http://www.achpr.org/files/instruments/refugee-convention/achpr_instr_conv_refug_eng.pdf
- Cartagena Declaration on Refugees. Adopted by the Colloquium on the International Protection of Refugees in Latin America, Mexico and Panama, on 19-22 November 1984. Disponibile all'indirizzo: <http://www.refugeelegalaidinformation.org/cartagena-declaration-refugees>
- Chiara Marchetti. Un mondo di rifugiati. Migrazioni forzate e campi profughi. Bologna, EMI, 2006.
- Ministero della Salute. Linee guida per la programmazione degli interventi di assistenza e riabilitazione nonché per il trattamento dei disturbi psichici dei titolari dello status di rifugiato e dello status di protezione sussidiaria che hanno subito torture, stupri o altre forme gravi di violenza psicologica, fisica o sessuale. Disponibile all'indirizzo: www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2599_allegato.pdf

la seconda accoglienza garantita dal Sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati (SPRAR), attivo su tutto il territorio nazionale attraverso 768 progetti.

Secondo questa *road map* del Ministero degli interni, la prima fase è costituita da due livelli: gli *hotspot* e gli *hub* regionali. All'arrivo "via costa", tutti i soggetti vengono convogliati in aree (gli *hotspot*, appunto, che al momento in Italia sono quattro: Pozzallo, Trapani, Lampedusa e Taranto) in cui vengono identificati e foto-segnalati, viene valutato il possibile percorso (richiesta di asilo, eventuale respingimento) e, in seguito a una prima valutazione sanitaria volta a far emergere la presenza di segni e sintomi di patologie in atto (*triage* clinico), vengono fornite le prime cure.³ Da qui, coloro che non fanno richiesta di asilo dovrebbero essere trasferiti nei centri di identificazione ed espulsione in cui ricevono un decreto di respingimento entro 7 giorni. Gli altri vengono ricollocati nei diversi *hub* regionali (18 sul territorio nazionale), in cui rimangono temporaneamente in attesa di concludere le operazioni di ricollocazione sul territorio europeo o di perfezionare la richiesta di protezione internazionale oppure di essere trasferiti nelle strutture di seconda accoglienza. Negli *hub* regionali, la permanenza teorica è tra i 7 e i 30 giorni (sebbene spesso sia maggiore) e qui, a opera del personale della Croce rossa o delle altre associazioni incaricate, i soggetti ricevono una visita medica completa, durante la quale possono essere identificate le patologie, come per esempio la tubercolosi, che erano sfuggite al *triage* e ricevono le cure necessarie. Inoltre, in questa fase è possibile supportare i soggetti che hanno subito violenze o torture.

La seconda fase riguarda i richiedenti asilo che dovrebbero essere inseriti negli SPRAR, in attesa che la commissione territoriale preposta valuti la loro richiesta di protezione internazionale. Nel frattempo, dovrebbero essere loro assicurati interventi di accoglienza attraverso la costruzione di percorsi individuali di inserimento socioeconomico. La salute dei richiedenti asilo è un argomento sul quale viene posta sempre più attenzione tramite lettere e commenti nelle principali riviste scientifiche internazionali,⁴⁻⁹ ma in questo ambito viene fatta poca ricerca, soprattutto perché l'agenda degli operatori sanitari che vi lavorano è dettata dall'emergenza della situazione e dalle difficoltà di gestione, lasciando poco spazio per le attività non prettamente cliniche. Inoltre, finora l'attenzione si è concentrata solamente sulle patologie che mettono a rischio la vita dei migranti/richiedenti asilo o su quelle che, data la loro natura infettiva, mettono a rischio la salute delle popolazioni ospitanti.

I problemi di salute più frequenti che si riscontrano nei richiedenti asilo al momento del loro arrivo nel Paese ospite sono la scabbia, le patologie gastroenteriche e la malnutrizione.¹⁰ Inoltre, tra le patologie che causano un'alta pro-

porzione di ospedalizzazioni, vi sono i traumi e le patologie dermatologiche, tra cui le ustioni e le causticazioni di alto grado. Le causticazioni nella popolazione migrante verso le coste italiane sono ustioni causate da fuoriuscite di carburante nelle imbarcazioni utilizzate per attraversare il mar Mediterraneo: il carburante mescolato alla salsedine crea una miscela altamente causticante al solo contattato con la cute. Più il viaggio in mare è lungo, più il mare è mosso, più l'imbarcazione è sovraffollata, più è probabile che i soggetti si ritrovino a contatto con le sostanze caustiche che imprecgnano gli abiti e restano a contatto con la cute.

Obiettivo principale di questa ricerca è di studiare una malattia patognomica della popolazione dei richiedenti asilo (le causticazioni di grado due e tre) valutandone la prevalenza tra gli ospiti dell'*hub* regionale piemontese. Obiettivo secondario è valutare se la prevalenza di causticazioni si sia ridotta in seguito all'introduzione del regolamento n. 29 del 14.09.2016, che ha spostato l'attività di SAR sempre più vicino ai luoghi di partenza delle imbarcazioni e ha, quindi, ridotto il tempo di permanenza sui barconi dei richiedenti asilo.

MATERIALI E METODI

Lo studio è stato condotto nel Centro polifunzionale di accoglienza di secondo livello (*hub*) "Teobaldo Fenoglio" di Settimo Torinese gestito dalla Croce rossa italiana in cui vengono inviati i richiedenti asilo che, dopo l'arrivo in Italia, sono destinati alle regioni Piemonte e Valle d'Aosta. Il centro accoglie solo soggetti maggiorenni o genitori con figli minorenni, mentre i minori non accompagnati seguono un percorso differente. Al momento del loro arrivo, tutti i soggetti vengono sottoposti a una visita medica durante la quale vengono valutate le condizioni generali di salute e, se necessario, vengono somministrate le prime cure. Per ogni soggetto viene compilata una cartella clinica nella quale vengono registrati i dati anagrafici, i risultati dell'esame obiettivo, i parametri vitali (frequenza cardiaca, pressione arteriosa, saturazione dell'ossigeno), lo stato nutrizionale valutato attraverso l'indice di massa corporea, l'anamnesi patologica prossima, gli eventuali farmaci e/o medicazioni somministrate e l'eventuale necessità di ricovero in ospedale con le relative motivazioni. Se necessario, a oggi è possibile effettuare anche una radiografia al torace all'interno del campo per verificare la presenza di focolai tubercolari.

Ai fini dello studio, sono state esaminate retrospettivamente le cartelle cliniche di tutti i soggetti con età maggiore di 15 anni arrivati al centro "T. Fenoglio" da giugno 2016 a maggio 2017, tramite le quali sono stati identificati i soggetti con ustioni o causticazioni. I dati sono stati registrati in maniera anonima e sono state rese disponibili, oltre alle informazioni sanitarie, solamente le informazioni su sesso, età,

Paese di provenienza e data e luogo di arrivo in Italia. Le patologie riscontrate sono state codificate utilizzando la Classificazione internazionale delle cure primarie ICPC-2R.¹¹

I dati sono stati descritti con frequenze e percentuali. La provenienza dei richiedenti asilo è stata descritta attraverso un cartogramma. Le causticazioni sono state descritte come prevalenza ogni 1.000 soggetti e il corrispondente intervallo di confidenza al 95% (IC95%). Le prevalenze sono state calcolate separatamente per genere, fascia di età, zona di provenienza e arrivo del soggetto prima o dopo l'applicazione del regolamento n. 29 dell'UE sulle attività di SAR.¹ Le differenze di genere e tra prevalenze sono state valutate con il test del chi quadrato.

Tutte le analisi sono state eseguite con il software SAS v.9.2, a eccezione del cartogramma che è stato eseguito con Excel 2016; la significatività statistica è stata posta a 0,05.

RISULTATI

Nel periodo in studio sono arrivati al Centro "T. Fenoglio" di Settimo Torinese 10.654 soggetti, per 10.627 dei quali erano disponibili le informazioni anagrafiche di base, presentate in tabella 1. I maschi sono circa quattro volte in più rispetto alle femmine e circa il 60% dei soggetti è di età compresa tra i 18 e i 24 anni. La zona di provenienza principale è l'Africa subsahariana, in particolar modo Nigeria, Costa d'Avorio, Senegal e Guinea (figura 1). Per oltre il 60% dei soggetti, il punto di arrivo in Italia è la Sicilia, seguito da Calabria (intorno al 20%) e Puglia (meno del 10%); in minima parte è presente anche la rotta caucasica, con arrivi in Friuli Venezia Giulia.

In tabella 2 sono mostrate le informazioni sullo stato di salute dei soggetti. Circa il 6%-7% dei soggetti arriva in Italia malnutrito e quasi il 25% ha almeno una patologia minore in corso. Le patologie maggiormente presenti sono quelle cutanee (il 13,9% negli uomini, l'11,4% nelle donne), in particolar modo la scabbia, che è presente in quasi il 10% dei soggetti. Frequenti sono anche le patologie digestive e gastroenteriche, presenti in circa il 5% dei soggetti. Tra i dati osservati, è interessante notare che quasi il 2% dei soggetti soffre di *body pain*, un termine generico che spesso nasconde una sensazione di malessere generale, legato più a condizioni psicologiche che fisiche. Più di 60 persone, inoltre, presentano esiti di traumatismi dovuti a eventi violenti subiti nel corso del viaggio. Circa il 30% dei soggetti ha ricevuto un trattamento farmaceutico o una medicazione (principalmente antibiotici, antipiretici, antidolorifici e trattamenti per la scabbia) e 90 soggetti sono stati ricoverati in ospedale per motivi che riguardano malattie respiratorie (polmoniti e tubercolosi polmonare), malattie ginecologiche o ricoveri legati alla gravidanza (aborti, parti) e problemi ortopedici (esiti di traumatismi).

Nel corso dell'indagine, sono state riscontrate 69 ustioni e causticazioni di grado due o tre (a spessore parziale),¹² che corrispondono a una prevalenza del 6,7‰ (IC95% 5,2-8,3) e sono localizzate prevalentemente agli arti inferiori (47%) o ai glutei (37%). Le ustioni sono state curate in ambulatorio e solo 2 hanno richiesto il ricovero in ospedale (per presenza di comorbidità). Il tempo mediano intercorso tra lo sbarco e la prima visita nel centro dove hanno ricevuto i primi interventi curativi è stato di 2 giorni, con un *range* che va da 1 a 10 giorni. La prevalenza è significativamente differente per genere, quasi 4 volte maggiore nelle donne (16,3‰; IC95% 10,7-21,8) rispetto agli uomini (4,5‰; IC95% 3,0-5,9). Non vi sono differenze significative per età e zona di provenienza. Si osserva una riduzione del 20% tra prima e dopo l'applicazione del regolamento n. 29 dell'UE (tabella 3), con 37 casi (7,2‰; IC95% 5,9-9,3) di causticazione prima del 06.11.2016 e 34 casi (5,8‰; IC95% 3,3-8,3) dopo questa data, ma tale riduzione non risulta statisticamente significativa.

DISCUSSIONE

Il mar Mediterraneo è stato attraversato per decenni da persone in fuga dalla povertà o dalle guerre, ma dal 2011, in seguito alla cosiddetta "primavera araba", migliaia di tunisini arrivarono sulle coste di Lampedusa, seguiti da africani delle zone subsahariane che fino a quel momento erano rimasti bloccati in Libia. Il numero delle persone in fuga è velocemente aumentato, fino a diventare per i suoi numeri, nel 2015, una vera e propria crisi umanitaria globale.

Le statistiche più recenti dell'Alto commissariato delle nazioni unite per i rifugiati (UNHCR) mostrano nell'ultimo decennio un notevole incremento (stabilizzato a partire dal 2014) del numero di migranti e rifugiati in Europa. Analogo andamento si è registrato in Italia, dove gli arrivi attraverso il mar Mediterraneo sono stati 170.100 nel 2014 (di cui si stimano circa 3.500 morti o dispersi),¹³ 153.850 nel 2015 (di cui stimati 3.700 morti o dispersi),¹³ 181.486 nel 2016 (di cui stimati oltre 5.000 morti o dispersi)¹⁴ e 116.513 fino a novembre 2017 (di cui quasi 3.000 morti o dispersi stimati).¹⁵

I mesi estivi e l'inizio dell'autunno sono i periodi in cui vi sono maggiori arrivi sulle coste italiane. I Paesi da cui provengono la maggior parte dei soggetti sono la Nigeria, la Guinea, la Costa d'Avorio e, in generale, tutto il corno d'Africa e l'Africa subsahariana e questo fa supporre che la principale rotta di arrivo sia attraverso la Libia.

L'Organizzazione internazionale per le migrazioni definisce l'Europa come la più pericolosa destinazione delle migrazioni illegali al mondo e il Mediterraneo come l'attraversamento di frontiera più pericoloso al mondo.¹⁶ Dalle precedenti indagini effettuate nelle zone principali di sbar-

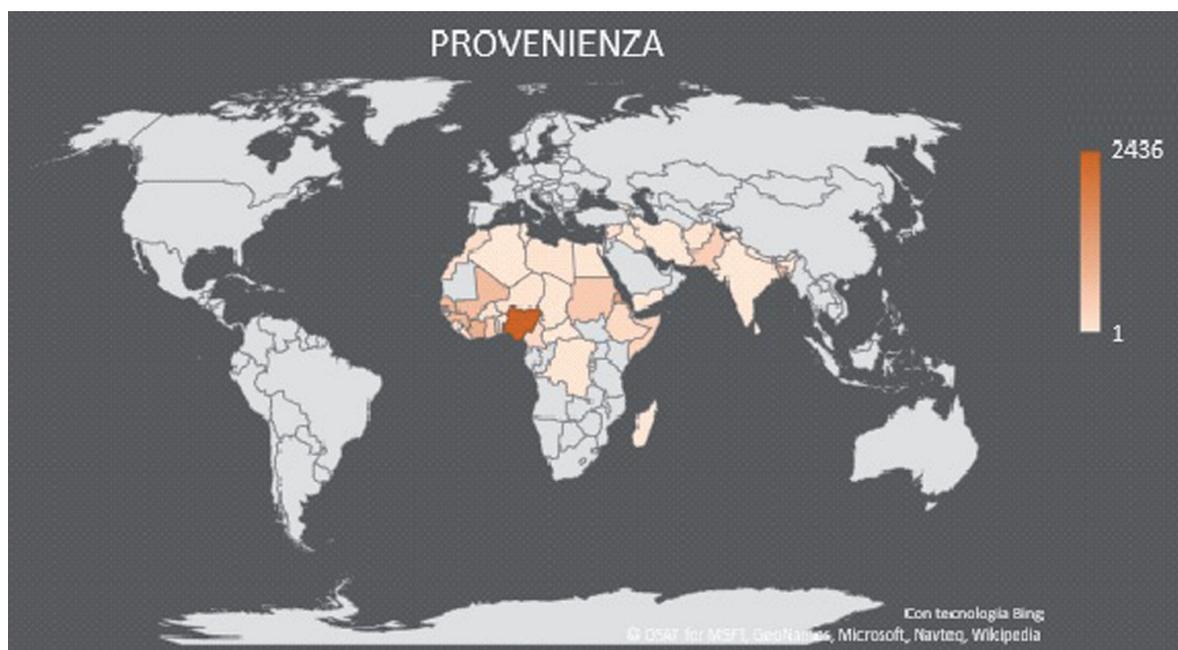


Figura 1. Cartogramma dei Paesi di provenienza dei migranti e richiedenti asilo presenti nel centro "T. Fenoglio" da giugno 2016 a maggio 2017.
Figure 1. Cartogram of the Countries of origins of the migrants and asylum seekers hosted at the initial reception centre "T. Fenoglio" between June 2016 and May 2017.

RICHIEDENTI ASILO	MASCHI n. 8.487 79,9%	FEMMINE n. 2.140 20,1%	P-VALUE
	n. (%)	n. (%)	
Fasce di età (anni)			
<5	137 (1,6)	109 (5,1)	<0,0001
5-13	79 (0,9)	62 (2,9)	
14-17	82 (1,0)	23 (1,1)	
18-24	5.135 (60,5)	1.242 (58,0)	
25-34	2.518 (29,7)	586 (27,4)	
35+	536 (6,3)	118 (5,5)	
Zona di provenienza			
Nord Africa	240 (2,8)	43 (2,0)	<0,0001
Africa subsahariana	5.370 (63,3)	1.397 (65,3)	
Corno d'Africa	1.414 (16,7)	425 (19,9)	
Africa Centro-meridionale	79 (0,9)	22 (1,0)	
Medio Oriente	564 (6,7)	80 (3,7)	
Oriente	817 (9,6)	173 (8,1)	
Punti di arrivo			
Sicilia	5.805 (68,6)	1.307 (61,2)	<0,0001
Calabria	1.414 (16,7)	460 (21,5)	
Puglia	607 (7,2)	234 (11,0)	
Friuli Venezia Giulia	130 (1,5)	23 (1,1)	
Altre regioni	507 (6,0)	112 (5,2)	

Tabella 1. Caratteristiche sociodemografiche dei richiedenti asilo presenti nel centro "T. Fenoglio" da giugno 2016 a maggio 2017.

Table 1. Sociodemographic characteristics of asylum seekers hosted at the initial reception centre "T. Fenoglio" between June 2016 and May 2017.

co del Mediterraneo, come Malta e l'Italia, è emerso che i migranti e i richiedenti asilo che riescono a raggiungere le coste sono per la maggior parte soggetti giovani e in buona salute, mentre è il viaggio stesso che hanno compiuto ad avere effetti deleteri sulla salute di questi soggetti.¹⁷⁻²⁰ La maggior parte degli studi effettuati a oggi sulla salute sulle popolazioni di migranti e di richiedenti asilo, però, si sono concentrate su *survey* delle malattie trasmissibili, quali la tubercolosi, l'epatite B e C, l'HIV e le malattie sessualmente trasmesse, spesso con l'obiettivo di valutare l'efficacia di programmi di screening sistematici. A causa della bassa prevalenza delle principali patologie infettive oggetto di indagine, se non in gruppi ristretti provenienti da aree caratterizzate da elevata incidenza di patologia,^{21,22} gli screening sistematici non sono raccomandati al momento dello sbarco, confermando che le malattie trasmissibili non sono un'emergenza sanitaria della popolazione migrante e richiedente asilo.²³ Fra le malattie trasmissibili, la tubercolosi richiede una riflessione specifica, in quanto, a fronte di una prevalenza bassa di infezione sintomatica, potrebbe essere presente una prevalenza di infezione latente anche 10 volte più elevata.²² Considerando che il contesto sociale è un determinante molto forte per l'acutizzazione della patologia²¹ e che l'adesione ai protocolli terapeutici è più bassa nella popolazione straniera rispetto a quella italiana,²⁴ alcuni autori identificano nella popolazione dei richiedenti asilo un possibile *reservoir* di malattia potenzialmente pericoloso per la sanità pubblica.²²

Il presente studio si pone come obiettivo principale di stimare la prevalenza e i determinanti delle causticazioni nella popolazione di uno dei più grandi centri di accoglienza italiani, il Centro polifunzionale della Croce rossa italiana "T. Fenoglio" di Settimo Torinese. Le causticazioni sono una patologia peculiare della popolazione che migra in situazioni critiche, poiché di solito sono procurate dalla fuoriuscita di carburante nelle stive delle barche o sui gommone, il quale, mescolato all'acqua di mare, crea una miscela altamente causticante al solo contattato con la cute. Le causticazioni colpiscono prevalentemente gli arti, in par-

ticolare quelli inferiori, in quanto alcuni soggetti che viaggiano in zone della barca prossime al motore viaggiano con le gambe immerse in pozze di carburante e acqua salata.

Il presente studio non è stato effettuato al momento dello sbarco, ma in un centro di accoglienza in cui i richiedenti asilo giungono circa uno o due giorni dopo il loro arrivo in Italia. Al momento dello sbarco, viene effettuato un *triage* clinico atto a mettere in evidenza le patologie più gravi che necessitano di un ricovero e le fragilità, quali donne in gravidanza, minori, anziani. Durante il *triage* vengono individuate le causticazioni di quarto grado o di terzo grado a tutto spessore e i loro portatori sono ricoverati in ospedale in regime di urgenza. Vi sono pochi dati in letteratura riguardo alla prevalenza di ustioni gravi al momento dello sbarco. Dai dati dello studio di Firenze et al.¹⁷ sugli sbarchi a Lampedusa nel 2012 e 2013, si evince che le patologie che hanno causato un numero maggiore di ospedalizzazione nei soggetti sbarcati a Lampedusa sono state proprio quelle per diagnosi termoregatorie (in cui sono comprese le ustioni e le gravi ipotermie), con 71 ricoveri su 7.455 soggetti (9‰), seguiti dai traumi con 66 ricoveri (8‰).

I richiedenti asilo che hanno superato il *triage* clinico nel porto di sbarco vengono poi trasportati nei centri di acco-

RICHIEDENTI ASILO	MASCHI	FEMMINE
	n. (%)	n. (%)
Stato nutrizionale		
Malnutrito	561 (6,6)	146 (6,8)
Non malnutrito	7.926 (93,4)	1.994 (93,2)
Causticazioni	37 (0,44)	32 (1,5)
Altre patologie (codice ICPC-2R)*		
Sangue, organi emopoietici e sistema immunitario (B)	4 (0,0)	4 (0,0)
Digestivo (D)	428 (5,0)	126 (5,9)
<i>di cui gastroenteriche</i>	198 (2,3)	75 (3,5)
Occhio (F)	46 (0,5)	8 (0,4)
Orecchio (H)	42 (0,5)	8 (0,4)
Cardiocircolatorio (K)	7 (0,1)	4 (0,2)
Muscoloscheletrico (L)	207 (2,4)	40 (1,9)
Nerولوجico (N)	80 (0,9)	29 (1,4)
Psicologico (P)	6 (0,1)	3 (0,1)
Respiratorio (R)	636 (7,5)	143 (6,7)
<i>di cui TBC</i>	32 (0,4)	1 (0,05)
Cutaneo (S)	1.181 (13,9)	245 (11,4)
<i>di cui scabbia</i>	826 (9,7)	167 (7,8)
Endocrino/metabolico e nutrizionale (T)	29 (0,3)	5 (0,2)
Urologico (U)	30 (0,4)	9 (0,4)
Genitale femminile (X)	–	33 (1,5)
Genitale maschile (Y)	30 (0,4)	–
Generale/non specificato (A)	396 (4,7)	90 (4,2)
<i>di cui febbre</i>	161 (1,9)	32 (1,5)
<i>di cui Body Pain</i>	150 (1,8)	35 (1,6)
<i>di cui varicella</i>	30 (0,4)	14 (0,7)
<i>di cui esiti da traumi violenti</i>	55 (0,6)	9 (0,4)
Soggetti medicati e/o trattati con farmaci	2.715 (32,0)	684 (31,9)
Soggetti ricoverati in ospedale	57 (0,7)	33 (1,5)

* Classificazione internazionale delle cure primarie, seconda edizione¹¹
International Classification of Primary Care, 2nd Edition¹¹

Tabella 2. Frequenza delle principali patologie riscontrate nei richiedenti asilo presenti nel centro "T. Fenoglio" da giugno 2016 a maggio 2017, per genere.

Table 2. Frequencies of the main diseases observed in asylum seekers hosted at the initial reception centre "T. Fenoglio" between June 2016 and May 2017, by gender.

MIGRANTI E RICHIEDENTI ASILO	PREVALENZA DI CAUSTICAZIONI (x1.000) (IC95%)	P-VALUE
Genere		
Maschi	4,5 (3,0-5,9)	<0,0001
Femmine	16,3 (10,7-21,8)	
Fasce età (anni)		
14-17	9,5 (0,0-28,1)	0,57
18-24	6,1 (4,2-8,0)	
25-34	7,7 (1,6-10,8)	
35+	7,6 (1,0-14,3)	
Zona di provenienza		
Nord Africa	7,4 (0,0-17,6)	0,14
Africa subsahariana	6,9 (4,9-8,9)	
Corno d'Africa	9,1 (4,7-13,5)	
Africa Centro-meridionale	0,0 (NC)	
Medio Oriente	8,2 (1,0-15,4)	
Oriente	1,1 (0,0-3,1)	
Regolamento n. 29 EU		
Prima	7,2 (5,2-9,3)	0,41
Dopo	5,8 (3,3-8,3)	

NC: non calcolabile / cannot be calculated

Tabella 3. Prevalenza di ustioni e causticazioni nei migranti e richiedenti asilo presenti nel centro "T. Fenoglio" da giugno 2016 a maggio 2017, per caratteristiche sociodemografiche e di arrivo.

Table 3. Prevalence of burns and acid burns of migrants and asylum seekers hosted at the initial reception centre "T. Fenoglio" between June 2016 and May 2017, by sociodemographics characteristics and origin.

glieria, in genere in pullman. I medici della Croce rossa del centro di accoglienza "T. Fenoglio" di Settimo Torinese effettuano un esame medico accurato a tutti i nuovi ospiti ammessi al campo. Nonostante il *triage* sanitario svolto nei porti di sbarco, non è raro che al centro di Settimo Torinese arrivino soggetti con patologie anche gravi non intercettate dal primo esame medico sulle banchine dei porti. Questo accade in particolare durante sbarchi particolarmente numerosi o in cui vi sono molti soggetti bisognosi di cure.

Le causticazioni rilevate nella popolazione pervenuta al Centro di accoglienza "T. Fenoglio" sono principalmente di grado due e tre (a spessore parziale). Tutte le ustioni necessitano, però, di cure mediche efficaci e tempestive, essendo tra le lesioni peggiori che si possano verificare sia dal punto di vista psicologico sia fisico: tutte causano dolore e sono a rischio di infezione; inoltre, quelle più estese, anche se non a tutto spessore, possono causare importanti esiti funzionali ed estetici tali da compromettere seriamente la qualità di vita.

Nella popolazione in studio si è riscontrata una prevalenza di causticazioni di grado 2 e 3 del 6,7% (IC95% 5,2-8,3). È stato osservato che le donne hanno un rischio di causticazioni quattro volte superiore rispetto agli uomini. Questo dato è in linea con quanto riportato dalle associazioni non governative che si occupano di migranti e di richiedenti asilo; infatti, si è notato che durante il viaggio le donne occupano le posizioni peggiori nelle imbarcazioni ed è, quindi, più probabile che siano a contatto con gli oli minerali che portano alle causticazioni. Inoltre, per motivi culturali e religiosi, è più improbabile potersi liberare dei vestiti impregnati di sostanze ustionanti. Non sembrano, invece, esserci importanti differenze per classi di età e zona di provenienza. È stato osservato che il lag-time mediano tra lo sbarco e l'identificazione è di due giorni, con situazioni che vengono identificate anche dopo 10 giorni.

Non è possibile confrontare questo dato con altre indagini, in quanto, a conoscenza degli autori, il presente studio è l'unico effettuato su questa patologia e l'unico che non considera nello specifico le ospedalizzazioni, ma le lesioni di media gravità trattate in regime ambulatoriale.

Obiettivo secondario dello studio era di valutare se la creazione di una guardia costiera europea da parte del Consiglio dell'UE e il progressivo spostamento delle zone di ricerca e salvataggio verso le acque libiche abbia influito sulla prevalenza delle causticazioni nei richiedenti asilo. Vi è l'esigenza di effettuare una valutazione sullo stato di salute dopo l'introduzione delle nuove modalità di intervento in mare per il soccorso dei richiedenti asilo.²⁵ Il presente studio comprende un arco temporale di indagini (giugno 2016 e maggio 2017) che permette di valutare l'effetto dell'introduzione della guardia costiera e della

guardia di frontiera europea sul problema specifico delle ustioni. Si è osservato una riduzione del 20% nella prevalenza di ustioni; sebbene non significativa, questa riduzione era auspicata e attesa, dato che, grazie alla nuova modalità di intervento, le imbarcazioni vengono intercettate all'inizio del viaggio, riducendo tutti gli inconvenienti dovuti a viaggi lunghi e difficoltosi su imbarcazioni inadeguate. Per una valutazione completa, a questo dato bisognerebbe affiancare quello dei soggetti con ustioni gravi ricoverati al momento dello sbarco.

Il principale limite di questo studio risiede nella sua natura descrittiva, che rende le ipotesi eziologiche principalmente speculative. È, però, necessario ricordare che è il primo studio condotto in un centro di accoglienza di tale rilevanza e offre notevoli punti di partenza per ricerche future. Inoltre, è opportuno ricordare che il problema delle causticazioni riguarda le rotte di migrazione via mare che, sebbene siano le principali, non sono le uniche: infatti, chi proviene dall'Asia Meridionale, in particolare Pakistan, Bangladesh e Afghanistan, arriva spesso via terra attraverso il canale balcanico, giungendo in Italia dal Friuli Venezia Giulia.

Un altro limite è di aver valutato le causticazioni non al momento dello sbarco, ma all'arrivo al centro di accoglienza regionale. Ciò ha portato sicuramente a sottostimare gli eventi, poiché i soggetti più gravi sono stati ricoverati immediatamente e non sono arrivati all'*hub*. La domanda di ricerca, così circoscritta, rimane comunque interessante, perché le causticazioni considerate sono ugualmente un problema sanitario che può compromettere seriamente la qualità della vita.

CONCLUSIONI

Per rispondere efficacemente all'emergenza sanitaria che insorge in situazioni di questo tipo occorre avere rapidamente un quadro generale della situazione e delle principali criticità in modo da poter intervenire tempestivamente e investire le risorse economiche laddove sono più utili. Una buona attività di cura nei primi mesi di permanenza dei richiedenti asilo nei centri di accoglienza è il primo passo verso il buon funzionamento dei servizi sociali fondamentali per l'inserimento e l'integrazione dei richiedenti asilo nei Paesi ospitanti. Se questo primo passaggio è inadeguato, si perde l'opportunità di evitare futuri problemi sanitari e sociali più gravi.⁴

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno.

Ringraziamenti: gli autori ringraziano il dottor Ignazio Schintu, comandante del Centro "T. Fenoglio" di Settimo Torinese. Ringraziano, inoltre, la professoressa Marina Marchisio, presidentessa del corso di laurea in scienze strategiche, e il Consiglio di corso di laurea per aver approvato i progetti di tesi e autorizzato il tirocinio di alcuni studenti dedicati a questo progetto di ricerca.

BIBLIOGRAFIA

1. Decisione PESC 2015/778 del Consiglio, del 18 maggio 2015, relativa a un'operazione militare dell'Unione europea nel Mediterraneo centromeridionale (EU-NAVFOR MED). Disponibile all'indirizzo: <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/IT/TXT/?uri=CELEX%3A32015D0778>
2. Ministero dell'Interno. Intesa tra il Governo, le Regioni e gli Enti locali sul piano nazionale per fronteggiare il flusso straordinario di cittadini extracomunitari, adulti, famiglie e minori stranieri non accompagnati. Disponibile all'indirizzo: http://www.interno.gov.it/sites/default/files/sub-allegato_n._25_-_intesa_conferenza_stato_regioni_del_10_luglio_2014.pdf
3. Baglio G, Marceca M, Tosti ME. I controlli alla frontiera. La frontiera dei controlli. Controlli sanitari all'arrivo e percorsi di tutela per i migranti ospiti nei centri di accoglienza. Milano, Zadig, 2017. Disponibile all'indirizzo: http://www.epicentro.iss.it/argomenti/migranti/pdf/LG_Migranti-web.pdf
4. Carballo M, Hargreaves S, Gudumac I, Maclean EC. Evolving migrant crisis in Europe: implications for health systems. *Lancet Glob Health* 2017;5(3):e252-53.
5. Hjern A, Østergaard LS, Norredam M, de Luna CM, Goldfeld S. Health policies for migrant children in Europe and Australia. *Lancet* 2017;389(10066):249.
6. Drogoul F, Hanryon S. What next for refugees after demolition of the Calais camp? *BMJ* 2016;355:i6192.
7. Lehane DB, Vedio A, Gregory A, Mitchell C. Migrant health. *Br J Gen Pract* 2016;66(649):405.
8. Forastiere F, Micheli A. Immigrati, salute e assistenza sanitaria: l'epidemiologia che manca. *Epidemiol Prev* 2018;42(1):6.
9. Marceca M, Baglio G, Geraci S. Per un'epidemiologia della migrazione in Italia: l'opportunità di nuove alleanze. *Epidemiol Prev* 2018;42(1):7-8.
10. Vineis P. Salute senza confini. Le epidemie al tempo della globalizzazione. Torino, Edizioni Codice, 2014.
11. Wonca International Classification Committee. Classificazione internazionale delle cure primarie, seconda edizione (ICPC-2R). Traduzione italiana disponibile all'indirizzo: <http://www.kith.no/upload/2705/ICPC-2-Italian.pdf>
12. Garmel M. An introduction to clinical emergency medicine. Second edition. Cambridge, Cambridge University Press, 2012.
13. UNHCR operational portal. Italy – Sea arrivals. Update #4. December 2015. Disponibile all'indirizzo: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/46819>
14. UNHCR operational portal. Italy. Update #10. December 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/53095>
15. UNHCR operational portal. Italy weekly snapshot. 26 November 2017. Disponibile all'indirizzo: <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/60919>
16. Brian T, Laczko F (eds). *Fatal journeys. Tracking Lives Lost during Migration*. Geneva, International Organization for Migration, 2014. Disponibile all'indirizzo: https://publications.iom.int/system/files/pdf/fataljourneys_countingtheunaccounted.pdf
17. Firenze A, Restivo V, Bonanno V et al. Stato di salute degli immigrati approdati sulle coste italiane. *Epidemiol Prev* 2014;38(6) Suppl 2:78-82.
18. Pasta L, Mesa Suero LA, Farinella EM et al. Cause di ospedalizzazioni dei migranti sbarcati a Lampedusa da gennaio 2011 a giugno 2014. *Epidemiol Prev* 2015;39(1):55-58.
19. Trovato A, Reid A, Takarinda KC et al. Dangerous crossing: demographic and clinical features of rescued sea migrants seen in 2014 at an outpatient clinic at Augusta Harbor, Italy. *Confl Health* 2016;10:14.
20. Padovese V, Egidi AM, Melillo TF et al. Prevalence of latent tuberculosis, syphilis, hepatitis B and C among asylum seekers in Malta. *J Public Health (Oxf)* 2014;36(1):22-27.
21. Baglio G. Tuberculosis e immigrazione: le risposte che l'epidemiologia può dare (e che la società attende). *Epidemiol Prev* 2015;39(2):73-74.
22. Baussano I, Mercadante S, Pareek M, Lalvani A, Bugiani M. High rates of Mycobacterium tuberculosis among socially marginalized immigrants in low-incidence area, 1991-2010, Italy. *Emerg Infect Dis* 2013;19(9):1437-45.
23. Napoli C, Dente MG, Kärki T et al. Screening for infectious diseases among newly arrived migrants: experiences and practices in non-EU Countries of the Mediterranean basin and Black Sea. *Int J Environ Res Public Health* 2015;12(12):15550-08.
24. Baglio G, Di Palma R, Eugeni E, Fortino A. Gli immigrati irregolari: cosa sappiamo della loro salute? *Epidemiol Prev* 2017;41 (3-4) Suppl 1:57-63.
25. Candela S. Sbarchi: pochi i malati, troppi i morti in mare. *Epidemiol Prev* 2015;39(1):6.