

L. Siracusa, M. Magliozzo, A. Ponente, T. Prestileo, S. Corrao

Curare e prendersi cura delle popolazioni migranti affette da patologie infettive. Un modello per l'area del Mediterraneo.

Introduzione

Le donne migranti sono molto di più vulnerabili rispetto agli uomini durante tutto il percorso migratorio. Oltre a tutti i rischi comuni affrontati dai migranti, le donne sono maggiormente esposte ad una serie di altre minacce fisiche e sessuali: percosse, violenza sfruttamento, molestie sessuali, stupri, gravidanze indesiderate, aborti, alta probabilità di contrarre l'infezione da HIV (virus dell'immunodeficienza umana) e/o altre malattie sessualmente trasmissibili (1) e traumi psicologici correlati (2). Tuttavia, in Europa ed in Italia, si fa poco per affrontare questi problemi che pesano maggiormente sulle donne anche se non bisogna trascurare la popolazione maschile che, sovente, riferisce di aver sofferto simili episodi di violenza fisica e psichica. Per questa ragione, da diversi anni, all'interno dell'Ospedale Civico-Benfratelli di Palermo, abbiamo realizzato un modello organizzativo disegnato ad hoc per l'assistenza di queste popolazioni nel contesto più generale di un modello assistenziale rivolto alle popolazioni vulnerabili per le quali si rende necessaria una corretta definizione, ben descritta dall'OMS che pone grande attenzione su queste popolazioni, anche e soprattutto in ambito infettivologico. Si tratta di minoranze etniche, migranti, disabili, senza dimora, soggetti con dipendenza patologica, ristretti, che vivono in una situazione di più alto rischio di povertà, morbilità ed esclusione sociale rispetto alla popolazione generale. Rappresentano un gruppo eterogeneo, i cui membri condividono la caratteristica dell'involontarietà del proprio status (3). Accanto a questa definizione, il Bundesinstitut für Berufsbildung tedesco (4) ha posto l'accento sulla persona 'socialmente svantaggiata', caratterizzata da alcuni fattori:

1. Ambiente sociale (stigma)
2. Ambiente economico (accesso e gratuità delle cure)
3. Ambiente familiare (paura, vergogna, difficile relazione)
4. Deficit educativo (povertà educativa, mancanza di strumenti di conoscenza)
5. Sesso, gruppo etnico e cultura di appartenenza (marginalizzazione)

Dal punto di vista infettivologico, gli aspetti fisici e psicosociali correlati a patologie quali l'infezione da HIV e la tubercolosi, rappresentano, quando presenti, un ulteriore elemento di vulnerabilità (5,6) dal momento che, per questi Pazienti ricade, ancora oggi, una forte stigmatizzazione con conseguente riduzione della 'Retention in care' che, inevitabilmente, si ripercuote negativamente sia sulla prognosi del singolo che sulla trasmissione di entrambe le patologie nella comunità.

Per tal motivo abbiamo ritenuto opportuno elaborare specifici programmi di assistenza a partire dalla centralità della Persona, ponendo una forte attenzione sugli elementi di vulnerabilità sociale al fine di affrontarli e, ove possibile, risolverli o attenuarli con l'obiettivo di realizzare uno specifico programma finalizzato alla realizzazione di un'assistenza sanitaria continuativa (Continuum delle cure, Terapia Direttamente Osservata) già a partire dal primo contatto, con l'intento di seguire il paziente attraverso tutte le fasi della sua presa in carico, dal contatto con l'ambiente di cura (linkage to care) al mantenimento del progetto di cura stesso (Retention in care).

Nel sistema di accreditamento all'eccellenza proposto dalla Joint Commission International (JCI) (7) uno degli standard “centrati sulla persona” prevede che l'organizzazione del sistema sanitario metta al centro la persona, le sue “diversità” (sociali, economiche, culturali, linguistiche, relazionali), la sua vulnerabilità e coordini i propri servizi con quelli forniti da altre strutture sanitarie e dalle associazioni di settore impegnate sul territorio, al fine di assicurare una adeguata continuità assistenziale

Scenario di riferimento

L'esperienza maturata dall'Unità Operativa di Patologie Infettive nelle Popolazioni Vulnerabili e il Centro Assistenza Migranti dell'ARNAS - Ospedale Civico-Benfratelli di Palermo e nella “rete assistenziale socio-sanitaria” creata ad hoc nel territorio cittadino e della Sicilia occidentale, grazie alla costante collaborazione con alcune realtà del terzo settore (ANLAIDS, I.Ta.C.A., StopTB, Medici Senza Frontiere, Caritas, ARCIGAY, Centro Diaconale Valdese, Arci Porco Rosso Sportello Migranti Sans-papiers, Centri di prima accoglienza per i migranti, Centri del Sistema Accoglienza ed Integrazione) ha consentito di offrire una precisa risposta al bisogno di salute richiesto dalle seguenti tipologie di popolazione:

- Migranti e Persone straniere residenti nella Sicilia occidentale
- Soggetti con dipendenza patologica
- Ristretti e post-ristretti
- Popolazione LGBTQIA+
- Sex worker
- Senza dimora

Tale popolazione presenta un forte connotato di eterogeneità per il quale si rendono indispensabili modelli operativi specifici e multidisciplinari, indispensabili per il “continuum della cura”, rappresentato dalle seguenti fasi che prevedono:

- l'accoglienza iso e transculturale
- la presa in carico della Persona e della povertà educativa
- la diagnosi
- la terapia
- il follow-up delle patologie infettive e delle comorbidità
- medicina di prossimità

Accanto a queste azioni cliniche ed assistenziali, l'Unità Operativa di Patologie Infettive nelle Popolazioni Vulnerabili, unitamente al Centro per l'Assistenza alle Persone Straniere si è fatta carico, in ossequio al dettato della Joint Commission International (JCI) delle azioni finalizzate all'integrazione socio-sanitaria, “centrate sulla persona”, portatrice di bisogni specifici della propria vulnerabilità. Per tale motivo abbiamo anche realizzato un'attività di outreach attraverso la realizzazione di un “ambulatorio mobile” con l'obiettivo di raggiungere direttamente sottogruppi di popolazione che restano spesso esclusi dalle strutture sanitarie. Si tratta di interventi sociosanitari di prossimità in favore di gruppi di popolazione vulnerabile hard-to-reach, basati sull'attiva collaborazione con il territorio, le ONG presenti ed attive in questi settori e la formazione sul campo.

Le più frequenti patologie infettive sono rappresentate dalle infezioni sessualmente trasmesse (IST), con particolare riferimento all'infezione da HIV e da HPV, da virus dell'epatite (HBV, HCV, HDV), Tubercolosi, patologie tropicali con particolare riferimento alle infezioni parassitarie (malaria, giardiasi, tricomoniasi, schistosomiasi, scabbia, ...).

Pertanto, accanto al modello assistenziale attivato all'interno della struttura ospedaliera, abbiamo affiancato l'attività di outreach per quelle popolazioni più difficili da raggiungere.

Obiettivo generale

È quello di rispondere al bisogno di salute di queste popolazioni la cui vulnerabilità minaccia, come ben espresso dall'OMS, il "ben-essere" dello stesso soggetto e, in ultima analisi, della collettività che, sovente, avverte un senso di pericolo e minaccia dalla convivenza con "Persone diverse".

Da questo punto di vista, l'obiettivo generale è racchiuso nella piramide di Abraham Maslow (vedi figura 1) che già nel 1954 descriveva una "Scala dei Bisogni" che, in ultima analisi, corrisponde ai Determinanti di Salute descritti dalla stessa OMS nel 1993 (vedi figura 2), rivisti ed aggiornati nel 2013 (8).



Figura 1: scala di Maslow

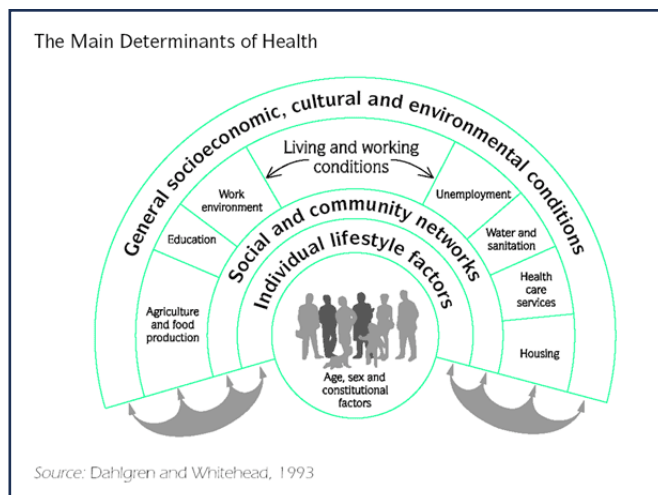


Figura 2: Determinanti di Salute OMS

Metodologia

Punti cruciali di partenza nella progettazione di questa Unità Operativa sono stati rappresentati da due criticità frequentemente osservate e descritte nell'ambito dell'assistenza alle Persone migranti/straniere: fruibilità delle strutture e barriera linguistica e culturale (9). Accanto a queste due problematiche, riteniamo utile sottolineare che sono indispensabili programmi di screening per la diagnosi precoce e l'avvio della terapia delle patologie infettive al fine di evitare pericolose progressioni di malattia e tutelare la salute dell'individuo e della collettività.

Fruibilità delle Strutture.

L'accesso al servizio è libero, non vincolato da prenotazione e/o da prescrizione medica. Pertanto tutte le Persone possono accedere liberamente e senza liste d'attesa. Un sistema di triage, supportato da una mediatrice o un mediatore culturale, presenti tutti i giorni, valuterà la richiesta di salute della persona, l'eventuale disagio socio-relazione ed economico ed il grado di urgenza della richiesta. Successivamente la Persona verrà presa in carico, attivando, ove necessario, il Servizio sociale ospedaliero. La popolazione afferente sarà messa al corrente dei principi basilari sul diritto alla salute ed alle cure e sulla eventuale possibilità di supporto legale, fornito da due realtà presenti ed attive nella rete cittadina.

Accanto all'accesso spontaneo, sin dal 2015, abbiamo previsto l'offerta di presa in carico e screening delle principali infezioni sessualmente trasmissibili e della tubercolosi attraverso un sistema HUB e Spoke che prevede un collegamento funzionale tra 41 centri di accoglienza per migranti che insistono sul territorio della Sicilia occidentale ed il nostro servizio (vedi figura 3)

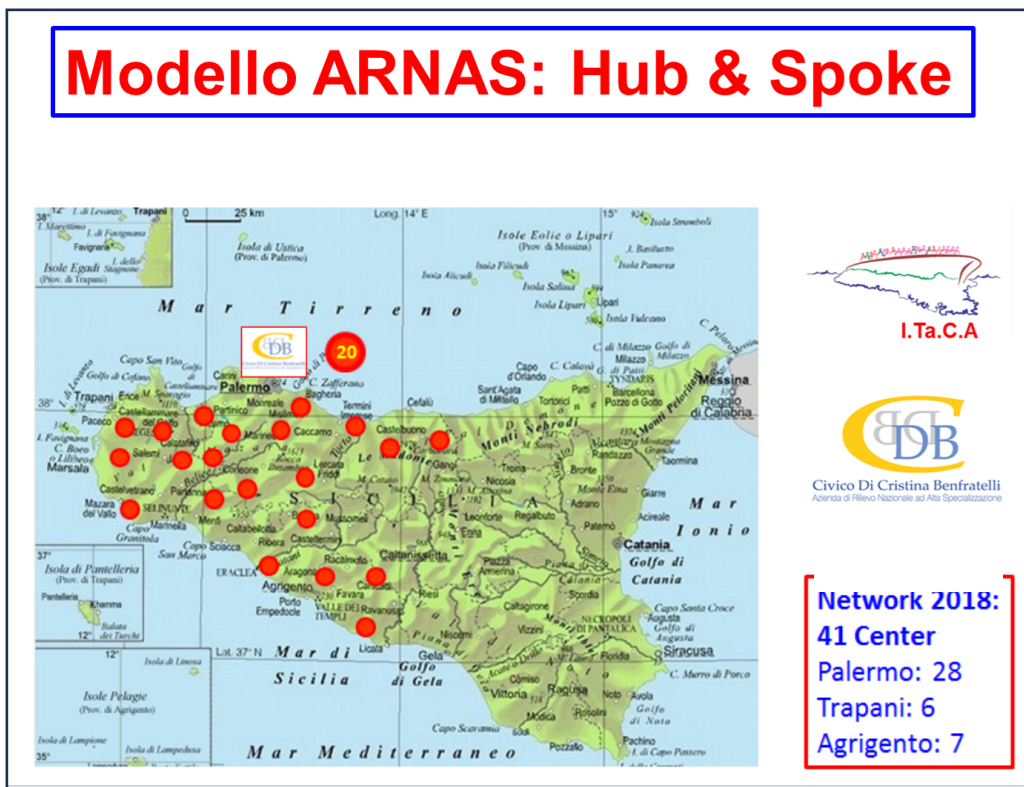


Figura 3: organizzazione ARNAS: modello HUB e spoke

La terza ed ultima modalità assistenziale è quella dell'outreach, ovvero dell'azione di sensibilizzazione, offerta di screening e presa in carico, attraverso un camper mobile che agisce al di fuori dell'ospedale per raggiungere le popolazioni restie alla fruizione dei servizi sanitari. Questa attività, supportata e realizzata grazie alla collaborazione con ARCIGAY, ANLAIDS e la Croce Rossa Italiana, consente, giornalmente, un'offerta assistenziale rivolta, principalmente, a sex worker e a senza dimora.

Presa in carico e follow-up.

L'offerta di screening è sempre preceduta da un'attività di counselling transculturale finalizzato a comprendere e condividere l'offerta di salute, non solo centrata sulla diagnosi delle patologie infettive ma anche su problematiche internistiche, come ad esempio il diabete e le sindromi metaboliche che, sempre più spesso vengono riscontrate in questa popolazione, soprattutto se stabilmente residenti in Italia. Accanto a queste problematiche, abbiamo imparato a doverci prendere cura di altre due specifiche situazioni: le lesioni visibili e invisibili, correlate alle violenze psico-fisiche subite nel percorso migratorio e all'interno dei lager libici e le problematiche relative alla salute sessuale delle donne migranti che hanno subito violenza sessuale e stupri, soprattutto in Libia (10).

Nella successiva figura 4 sono indicate le principali caratteristiche demografiche della popolazione osservata nel corso del primo semestre 2023.

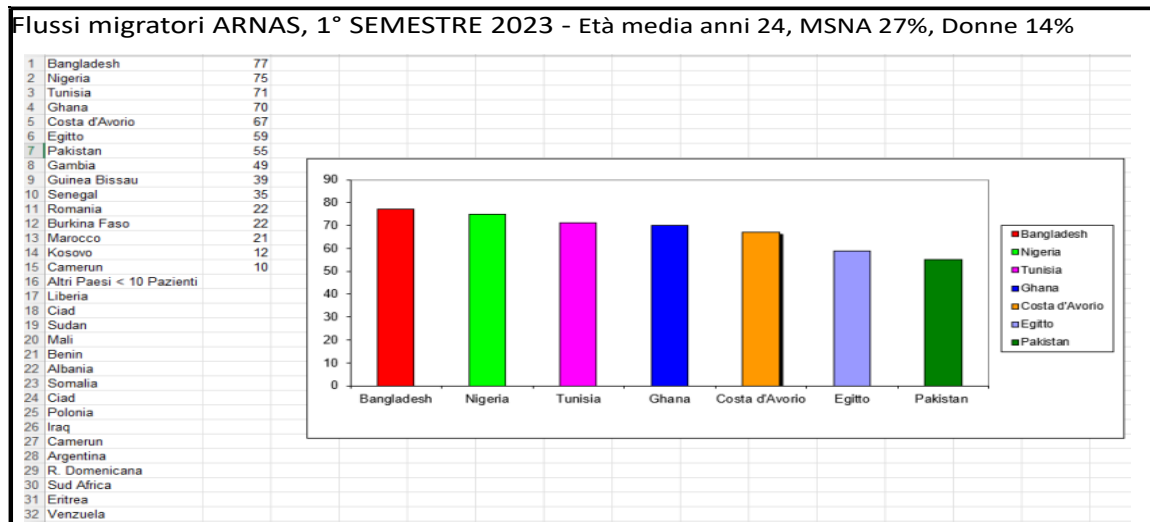


Figura 4: caratteristiche socio demografiche della popolazione migrante osservata nel primo semestre 2023

Nella nostra esperienza, le principali patologie infettive osservate sono state le seguenti: infezione da HIV nell'1,4%, da virus dell'epatite B (HBV) nel 9,4%, da virus dell'epatite Delta (HBV) nell' 1,5% e da virus dell'epatite C (HCV) nello 0,8%; infezione tubercolare latente nell'11,8%, tubercolosi attiva nell'1,6% (1,12).

Riteniamo utile per la valutazione dell'efficacia del modello segnalare che, sulla popolazione in follow-up attivo, il dato relativo alla retention in cure ed alla soppressione virale per le persone con infezione da HIV è stato, rispettivamente, dell'88 e del 91%. Pertanto consideriamo efficace il modello assistenziale adottato, non solo per la cura del Singolo ma anche per l'interruzione della catena del contagio (OMS 90-90-90) che rappresenta la migliore strategia per il contenimento della diffusione dell'infezione da HIV e il conseguente HIV Undetectable = Untransmittable (U=U).

Il dato relativo al completamento della terapia di profilassi dell'infezione tubercolare latente è stato del 79,5%, quello relativo alla guarigione dalla malattia tubercolare attiva del 90%.

Diabete e sindromi metaboliche rappresentano, nella nostra esperienza, un elemento di forte attenzione dal momento che l'osservazione di queste patologie è di sempre più sovente riscontro. Per affrontare queste problematiche ci siamo avvalsi della collaborazione delle colleghe e dei colleghi del Dipartimento di Medicina clinica che rappresenta un punto di grande importanza strategica nell'ambito di un ambizioso disegno di una rete intraospedaliera disegnata ad hoc per queste popolazioni che, soprattutto nelle Persone con HIV, richiede uno specifico intervento multidisciplinare, attualmente in studio, per la realizzazione di una clinica metabolica per la popolazione con infezione da HIV.

Le problematiche della salute sessuale delle donne migranti vittime di violenza sessuale e stupri, analogamente alle problematiche internistiche già descritte, vengono affrontate all'interno di uno specifico percorso che prevede una fattiva e concreta rete assistenziale che coinvolge l'ospedale ed il territorio. A tutte le donne migranti, indipendentemente dalla loro storia migratoria, viene effettuato anche lo screening dell'infezione da HPV. In caso evidenza di infezione da genotipi oncogeni o in presenza di disturbi o sintomi della sfera genitale, viene effettuato un controllo ginecologico di primo livello presso il consultorio familiare Parisi dell'ASP 6 Palermo, ubicato in via Roma n°519. L'eventuale presenza di quadri clinici richiedenti ulteriori interventi sanitari determina un secondo livello di

intervento che verrà effettuato all'interno della nostra struttura ospedaliera, presso l'Unità Operativa di ginecologia ed ostetricia.

La joint venture Ospedale Civico-Benfratelli Centro Diaconale “La Noce” – Istituto Valdese di Palermo: un modello da esportare per il ben-essere

Nel corso di questi ultimi anni, il Centro diaconale “La Noce” – Istituto Valdese di Palermo ha avviato una preziosa collaborazione con l'UOSD patologie infettive popolazioni vulnerabili dell'Ospedale Civico di Palermo. Una collaborazione che è consistita sia nella segnalazione e richiesta da parte della struttura ospedaliera di inserire persone con problemi di salute presso alcune strutture di accoglienza gestite dal centro diaconale sia nella presa in carico da parte dell'unità operativa degli ospiti presenti nelle diverse e specifiche strutture di accoglienza, in tutti i casi frequenti di patologie infettive.

Per quanto riguarda il Polo M. L. King per senza dimora si è trattato di prese in carico per patologie infettive e di screening effettuato anche a tutto il personale e agli ospiti a seguito di riscontrati casi di tubercolosi o epatite. Nel caso del SAI – Servizio Accoglienza Integrata “Casa dei Mirti” i cui destinatari sono minori stranieri non accompagnati dai 14 ai 18 anni fino al 21° anno di età, la presa in carico ha riguardato minori e non, affetti da patologie infettive, come ad esempio epatiti virali croniche, infezione da HIV, parassitosi intestinali e delle vie urinarie e tubercolosi, e da patologie non diffusibili come ad esempio diabete, cofosi, ustioni, denutrizione, malattie reumatologiche, calcolosi delle vie urinarie, anemia falciforme. La presa in carico si è articolata in controlli periodici, esami e monitoraggio della terapia e in invio ad altri specialisti, nei casi necessari.

Per quanto riguarda le richieste di inserimento in strutture, queste dopo un'attenta valutazione da parte delle équipe specialistiche, sono state accolte ed è stata avviata una collaborazione in un'ottica integrata socio-sanitaria, tra la struttura ospedaliera e i servizi dell'area sociale. Si fa qui riferimento, in particolare, alle collaborazioni con “Casa Vale La Pena” (servizio di accoglienza per uomini in affidamento all'UIEPE, sostenuta dalla Federazione delle Chiese Evangeliche Svizzere e dai fondi otto per mille della Chiesa Valdese e Metodista) in coprogettazione con il Ministero di Giustizia, all'Housing sociale “Hanane”, un servizio di ospitalità temporanea, i cui destinatari sono persone e nuclei familiari a rischio di esclusione sociale che vivono una situazione di momentaneo disagio abitativo, al Polo diurno e notturno per l'accoglienza di soggetti fragili in povertà socio-sanitaria “M. Luther King” per donne, nuclei con figli maggiorenni privi del tutto o quasi di reddito, privi di un valido sostegno familiare, senza dimora (ATS costituita tra Istituto Don Calabria (ente capofila), Centro Diaconale La Noce, La Panormitana Onlus, Fondazione “San Giuseppe dei falegnami” e Croce Rossa Palermo. Comune di Palermo-PON Metro.

Nello specifico, si è trattato di interventi socio-sanitari che hanno riguardato uomini e donne di diversa età e nazionalità, spesso in dimissione imminente da reparti ospedalieri e per i quali la saturazione di posti disponibili in residenze sanitarie assistite, i tempi di attesa presso i Poli diurni e notturni per senza fissa dimora, la condizione diffusa e drammatica della mancanza di una casa e di un supporto da parte di familiari, amici, vicini, rendevano difficile la dimissione stessa. Si è trattato, quindi, di persone con seri problemi di salute e con indicatori di rischio multifattoriali che sono stati accolti in luoghi di cura fuori dall'ospedale.

A titolo esemplificativo si citeranno alcuni esempi di tale collaborazione.

Nel periodo di grave emergenza Covid, un giovane uomo nigeriano con infezione da HIV e con severa miocardiopatia dilatativa che stava scontando una pena di cinque anni all'interno del carcere Pagliarelli, veniva inserito dall'UIEPE presso la struttura Casa Vale La Pena. Il giovane per tutta la durata della sua permanenza, accompagnato regolarmente dall'operatrice, sarà seguito dall'UO per tutti i controlli necessari e per la terapia. Ha condiviso, in tutto questo periodo, uno spazio vitale con altre persone, costruendo relazioni significative con il gruppo residente e grazie ai colloqui con gli operatori di

riferimento, è riuscito a dare parola alla sua sofferenza, al suo dolore psichico e al disagio vissuto durante la carcerazione. La vita quotidiana in un contesto abitativo ha probabilmente favorito un miglioramento delle condizioni di salute, rientrerà in carcere dopo sette mesi di permanenza ma solo quando le sue condizioni di salute saranno valutate compatibili con la condizione carceraria.

D. è professore universitario di origine tunisina che si trova temporaneamente a Palermo, ha un malore improvviso, viene ricoverato e necessita di un trapianto del fegato nel più breve tempo possibile. Viene richiesta un'accoglienza temporanea, la persona ha soltanto pochi euro in tasca ed è solo. Viene accolto in Housing sociale dove l'équipe operativa lo accompagnerà nelle complesse procedure relative all'acquisizione della documentazione (permesso di soggiorno, codice fiscale e iscrizione al servizio sanitario per potere avere accesso alle cure mediche presso l'ISMETI).

J., senza dimora, affetta da diverse patologie (infezione da HIV, diabete scompensato, insufficienza renale), inserita urgentemente in Housing sociale vi rimarrà il tempo necessario affinché l'équipe si adoperi per dare alla signora strumenti di conoscenza e consapevolezza della malattia e per cercare una struttura adeguata.

Il concetto di centralità dei bisogni della persona ha richiesto in tutti questi casi una gestione condivisa degli interventi sanitari e sociali, per dare unitarietà al lavoro delle équipe multi professionali (medici, mediatori, operatori sociali, psicologi, assistenti sociali) che grazie all'integrazione professionale hanno consentito un intreccio di pluricompetenze.

È stato possibile, dunque, sostenere persone con problemi di salute importanti che si trovavano in condizione di grave vulnerabilità sociale e in assenza di reti primarie informali, a condizione di avviare reti di tipo formale costituite sia da servizi pubblici, sia da servizi del terzo settore ma per potere realizzare una presa in carico globale è fondamentale la conoscenza preliminare della tipologia di rete sociale che meglio si poteva adattare al caso specifico, prendendo in considerazione la valutazione delle risorse della comunità. All'interno di questo percorso di cura appare fondamentale la preoccupazione di chi segnala, di pensare e preoccuparsi della continuità delle cure.

In queste esperienze, si sperimenta una dimensione sociale e comunitaria della sanità che contempla l'inclusione di servizi orientati al prendersi cura della persona e dei suoi bisogni in modo globale.

Da tempo si parla sempre più di *setting* di cura alternativi dove il territorio diventa un ambiente privilegiato dell'intervento socio-sanitario. Le esperienze citate implicano un concetto di sanità che ha valorizzato le risorse terapeutiche e comunitarie presenti sul territorio palermitano.

In questa prospettiva, la presa in carico da parte dell'intera comunità si delinea come un nuovo approccio teorico-pratico che prova a ripensare il sistema dei servizi a livello delle comunità locali, suggerendo un nuovo modo di progettarli ed attivarli come reti di intervento basate sull'incontro fra soggetti organizzazioni sanitarie pubbliche, private e non profit mediante relazioni di reciprocità sinergica. Il concetto di "presa in carico della comunità da parte della stessa comunità" rende possibile il transito da un'idea di comunità come luogo fisico destinatario di prestazioni socio-sanitarie, ad un'immagine di comunità come "rete di relazioni sociali significative".

Il diritto alla salute e alla continuità delle cure si intreccia alla luce dei casi sopracitati, con tanti altri diritti, in particolare anche con il diritto alla casa che è un diritto umano fondamentale e che deve essere considerato il punto di partenza per riacquisire autonomia, unito al supporto sociale le cui azioni giocano un ruolo importante per garantire alle persone un reale accesso a tutti i servizi, non solo sanitari. Queste esperienze confermano che un approccio di tipo relazionale, multisettoriale e di rete è fondamentale unitamente allo sviluppo di progetti abitativi alternativi che consentano esperienze di autonomia ma anche di supporto reciproco in un'ottica in cui i territori non siano destinatari dei servizi ma essi stessi promotori di soluzioni e una forma nuova di socialità.

Discussione

L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la violenza come: l'uso intenzionale della forza fisica o del potere, minacciato o reale, contro sé stessi, un'altra persona o contro un gruppo o una comunità,

che provoca o ha un'alta probabilità di provocare lesioni, morte, danni psicologici, mal sviluppo o privazione. La definizione comprende la violenza interpersonale, il comportamento suicidario e i conflitti armati. Copre anche una vasta gamma di atti, che vanno oltre gli atti fisici per includere minacce e intimidazioni. Oltre alla morte e alle lesioni, la definizione include anche la miriade, e spesso meno ovvia, di conseguenze di comportamenti violenti, come danni psicologici, privazioni e mal sviluppo che compromettono il benessere di individui, famiglie e comunità. Più specificamente, la violenza contro le donne – in particolare la violenza del partner e la violenza sessuale – è un grave problema di salute pubblica e clinica e una violazione dei diritti umani delle stesse. È profondamente radicata e perpetua le disuguaglianze di genere. Pertanto, questa constatazione giustifica la preoccupazione della Missione di sostegno delle Nazioni Unite in Libia e dell'Ufficio dell'Alto Commissario per i diritti umani, che definiscono la situazione dei diritti umani dei migranti e dei rifugiati in Libia come "disperata e pericolosa".

Se ne deduce che, i migranti sono una popolazione particolarmente vulnerabile: tra questi, le donne rappresentano la popolazione più a rischio di ammalarsi. Ne consegue la necessità prendersi cura di queste Persone, attraverso lo screening, la diagnosi e terapia, senza alcuna distinzione rispetto alla popolazione autoctona.

Negli ultimi anni, un numero senza precedenti e un flusso prolungato di migranti e rifugiati provenienti dai paesi sub-sahariani e nordafricani hanno attraversato il Mar Mediterraneo e sono arrivati in Italia, prima di proseguire verso vari paesi europei. Nel corso dell'ultimo triennio si è osservato un crescente incremento degli sbarchi in Italia, come documentato nella figura 5 (12). Le aree di provenienza geografica sono indicate nella successiva figura 6 (12).

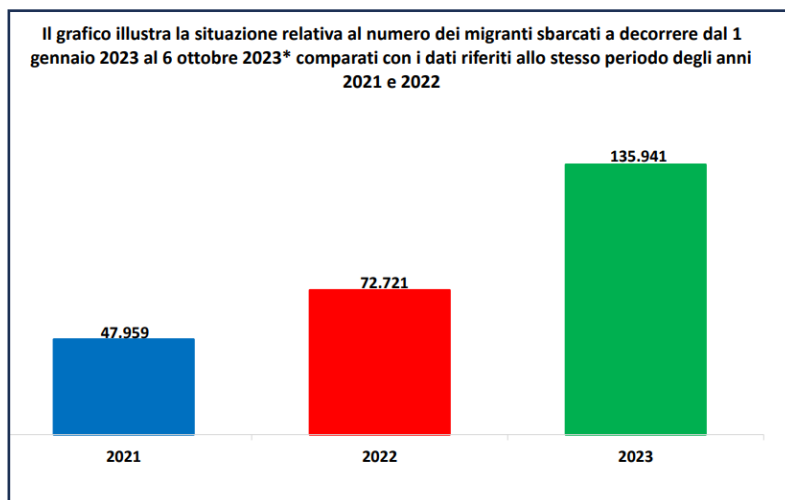


Figura 5: numero di sbarchi nell'ultimo triennio

Nazionalità dichiarate al momento dello sbarco anno 2023 (aggiornato al 6 ottobre 2023)	
Guinea	16.823
Costa d'Avorio	15.292
Tunisia	14.528
Egitto	8.698
Bangladesh	7.967
Burkina Faso	7.784
Pakistan	6.350
Siria	5.689
Mali	5.156
Camerun	4.751
altre*	42.903
Totale**	135.941

Figura 6: nazionalità dichiarata al momento dello sbarco

La Dichiarazione di New York per i rifugiati e i migranti raccomanda che i paesi di transito o di arrivo forniscano assistenza sanitaria a queste popolazioni di migranti e rifugiati e, in particolare, garantiscano l'accesso ai servizi sanitari (13). Tuttavia, la risposta degli operatori sanitari e delle organizzazioni politiche dei paesi ospitanti è stata variabile e spesso inadeguata (14).

Il fenomeno migratorio muta in relazione alle politiche dell'Unione Europea che sovente pone muri di respingimento nel tentativo di arginare la migrazione delle Persone dalle aree geografiche caratterizzate da deprivazione, guerre, povertà, ed assenza di prospettive di sopravvivenza, buona salute e qualità della vita.

Riteniamo che, indipendentemente dalla lettura politica del fenomeno, il compito dei medici è e resta quello di prendersi cura delle Persone e delle loro malattie, con l'obiettivo del ben-essere del singolo e della collettività.

NOTE:

Lucia Siracusa (1,2), Miriam Magliozzo (2), Anna Ponente (3), Tullio Prestileo (1,2),

Salvatore Corrao (4,5)

1. Unità Operativa di Patologie Infettive nelle Popolazioni Vulnerabili & Centro Assistenza Stranieri. Dipartimento di Medicina Interna. ARNAS, Ospedale Civico-Benfratelli Palermo
2. ANLAIDS Sicilia, Immigrant Take Care Advocacy (I.Ta.C.A.) network. Palermo
3. Centro Diaconale "La Noce" Istituto Valdese Palermo
4. Dipartimento di Medicina Interna. ARNAS, Ospedale Civico-Benfratelli Palermo

5. Dipartimento di Promozione della Salute, Materno Infantile, Medicina Interna e Specialistica di Eccellenza "G. D'Alessandro", PROMISE, University of Palermo, Palermo, Italy.

Ringraziamenti: il lavoro svolto è stato realizzato grazie al sostegno ed all'impegno quotidiano delle Assistenti Sociali, delle Mediatrici e dei mediatori culturali che ogni giorno, con il prezioso contributo di volontarie e volontari, supportano la nostra attività di cura e promozione della salute:

Yodit Abraha, Maria Anello, Mohammed Alshamarkha, Abdoulie Bah, Nouha Beldi, Antonio Callea, Agnese Di Pietrantonio, Mariella Egitto, Donatella Fogazza, Gabriella Guidera, Gulzar Hussain, Gabriele Iovino, Maria Teresa La Mattina, Alberto Moncada, Liliana Morana, Jumaky MD Abdur Mosamat, Rachida Najah, Maria Delfina Nunes, Gabriele Raspanti, Hamed Maruf Ripom, Maria Emanuela Sanfratello, Sonia Tazeghopnti, Giulia Urbano, Ferguson Andrew Xorse, Oksana Zhura