

Infezione da HIV e popolazione straniera: necessità di un SSN realmente inclusivo.

HIV and migrants: challenges and needs for an inclusive health system.

Jacopo Testa^{1,2}, Maria Grazia Pizzi¹, Nicola Cocco³, Valentina Marchese⁴, Francesca Sabbatini⁵

¹ Infectious Diseases Unit, Busto Arsizio Hospital, ASST Valle Olona, Busto Arsizio (VA), Italy.

² Center for Clinical Ethics, Department of Biotechnologies and Life Sciences, University of Insubria, Varese, Italy.

³ HIV/TB/Hepatitis Specialist, Médecins Sans Frontières OCBA.

⁴ Division of Infectious and Tropical Diseases, University of Brescia and ASST Spedali Civili, Brescia, Italy.

⁵ Infectious Diseases Unit, San Gerardo Hospital-University of Milano-Bicocca, ASST Monza, Monza (MB), Italy.

Riassunto

La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato nuovamente come le malattie infettive interessino l'intero tessuto sociale, colpendo maggiormente le classi più fragili, tra cui i migranti, spesso difficili da raggiungere da parte dei servizi. Le infezioni croniche virali (epatiti ed HIV) sono epidemiologicamente più rilevanti nella popolazione migrante per una maggiore incidenza nelle aree geografiche di provenienza e per la presenza di determinanti di rischio sociali, comportamentali o abitativi nei paesi d'arrivo o durante il percorso migratorio. La diagnosi precoce attraverso programmi di screening e la garanzia di trattamento sono elementi essenziali per ridurre l'impatto dell'infezione da HIV. La salute delle comunità migranti, attraverso la promozione di sistemi sanitari realmente inclusivi, è indissolubilmente legata al benessere e alla salute pubblica di tutti nei paesi d'arrivo. In Italia nonostante un miglioramento del livello di integrazione della popolazione migrante, la fruizione delle risorse sanitarie rimane spesso inadeguata, soprattutto in termini di programmi di screening e prevenzione, con conseguenti divari nell'incidenza delle patologie e loro esiti. La legge italiana garantisce inclusione, ma nella realtà si riscontrano innumerevoli criticità di applicazione, con una notevole disparità a seconda delle varie realtà locali. I decisori di politiche sanitarie dovrebbero prendere in considerazione queste problematiche, in particolare nei prossimi, delicati mesi di gestione della pandemia e di diffusione dei vaccini, per garantirne un accesso equo per le fasce più vulnerabili, inclusi i soggetti migranti affetti da HIV.

Abstract

The SARS-CoV-2 pandemic has highlighted how infectious diseases affect the entire society, above all the most vulnerable classes, including migrants, often hard to reach by the health services. Chronic viral infections (hepatitis and HIV) are epidemiologically more relevant in the migrant population due to higher incidences in the countries of origin and to the presence of social, behavioral or housing risk factors in the country of destination or during the migratory pathway. Early diagnosis through screening programs and feasible access to treatment are key points in reducing the impact of HIV infection. The health of migrant communities, through the promotion of really inclusive health systems, is therefore closely connected to welfare and public health for all in host countries. In Italy, despite an improvement in the level of integration of the migrant population, the use of health resources often remains inadequate, especially in terms of screening and prevention programs, with consequent gaps in the incidence of diseases and their outcomes. The Italian law guarantees inclusiveness, but actually many challenges persist, with considerable discrepancies according to the different local situations. Health policy makers should consider these issues, particularly in the next tricky months of pandemic management and vaccines distribution, to ensure equal access for the most vulnerable subjects, including HIV-infected migrants.

Autore per la corrispondenza:

Jacopo Testa
Unità Complessa di Malattie Infettive, Ospedale di Busto Arsizio, ASST Valle Olona, Via A. Da Brescia 1, 21052, Busto Arsizio (VA), Italia.

iltesta69@yahoo.it

Keywords:
HIV, Migrant health, Access to healthcare

Potenziali conflitti di interesse: nessuno

JHA 2021; 6(1): 7-9

DOI: 10.19198/JHA31509

La pandemia da SARS-CoV-2 ha evidenziato ancora una volta ed in modo drammatico come le malattie infettive interessino l'intero tessuto sociale, colpendo maggiormente le classi più fragili (1). Tra queste classi si annoverano i migranti, provenienti per la maggior parte da paesi a basso e medio reddito e spesso senza documenti di soggiorno, che riman-

gono "invisibili" alle amministrazioni e pertanto più difficili da raggiungere da parte dei servizi (2).

Le infezioni croniche virali (epatiti ed HIV) sono epidemiologicamente più rilevanti nella popolazione migrante per due motivi: l'incidenza nelle aree geografiche di provenienza, che ne aumenta il rischio di acquisizione pre-migrazione, e la presenza di

determinanti di rischio sociali, comportamentali o abitativi subiti o acquisiti nel paese di destinazione o durante il percorso migratorio. Aumentano infatti le evidenze di acquisizione dell'infezione dopo la migrazione, che in alcuni contesti europei è responsabile del 62% delle diagnosi totali (3).

Le restrizioni all'accesso per i migranti privi di documenti a servizi essenziali come alloggio, occupazione, protezione e giustizia, rappresentano rischi aggiuntivi per contrarre l'HIV, minando il controllo sulla propria salute sessuale e personale con incremento del rischio di violenza sessuale e prostituzione (4). In aggiunta, a causa di numerose barriere legali e politiche locali e di difficoltose condizioni di vita e lavorative, i migranti sieropositivi in Europa sperimentano un ritardo diagnostico sproporzionato e in molti casi non sono in grado di accedere a nessun trattamento (4,5).

I dati europei relativi alle nuove diagnosi di infezione da HIV mostrano un incoraggiante trend globale in riduzione (-17% rispetto al 2009), con tuttavia percentuali considerevoli (42%) in persone originarie di un paese diverso da quello in cui è stata fatta la diagnosi (6). Questi dati sono confermati anche in Italia, dove si registra una diminuzione dell'incidenza delle nuove diagnosi dal 2012 prevalentemente negli italiani, ma con valori sostanzialmente stabili tra gli stranieri (7).

In questa prospettiva, la diagnosi precoce, attraverso programmi di *screening* specificamente mirati alle popolazioni *"hard to reach"*, e la garanzia di trattamento sono elementi critici per ridurre l'impatto dell'infezione da HIV. Essi rappresentano l'unico metodo efficace per ridurre la circolazione di persone potenzialmente contagiose, come dimostrato dai dati sulla non contagiosità dei pazienti persistentemente virosoppressi (8).

La salute delle comunità migranti, attraverso la promozione di una reale inclusività nei sistemi sanitari europei, è quindi indissolubilmente legata a quella di tutti i cittadini dell'UE. Anche le raccomandazioni dell'Agenzia Europea per i diritti fondamentali, suggeriscono l'incremento di ogni sforzo per garantire l'accesso alla terapia antiretrovirale per tutti gli stranieri, compresi i migranti privi di documenti, nel rispetto dei diritti umani e con l'obiettivo di ridurre la circolazione del virus indirettamente anche tra coloro che sono attualmente esclusi dall'assistenza sanitaria.

In Italia il livello di integrazione socioeconomica della popolazione migrante/immigrata è progressivamente migliorato, ma una parte significativa di essa fruisce delle risorse sanitarie in modo inadeguato, soprattutto in termini di programmi di screening e prevenzione, con conseguenti divari nell'incidenza delle patologie e loro esiti. L'Art. 32 della nostra Costituzione rappresenta una disposizione legislativa all'avanguardia, definendo la tutela della salute come diritto fondamentale di ogni "individuo" e come interesse condiviso: *"la Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti"*. L'utilizzo del termine "individuo", sottolinea come il diritto alla Salute non sia una prerogativa del "cittadino" italiano, ma di ogni persona presente sul territorio nazionale. Interessante notare come dopo i principi fondamentali elencati nella prima parte, questo sia il solo *"diritto fondamentale"*. L'Italia garantisce pertanto la tutela della salute delle persone non appartenenti all'Unione Europea, anche se sprovviste di titolo di soggiorno, mediante il decreto legislativo *"Testo unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero"* (DL n.286, 25/07/98; GU Serie Generale n.191, 18/08/98, Supplemento Ordinario n.139; approvato e reso applicativo dal DPR n. 394, 31/08/99; GU Serie Generale n.258 del 03/11/99, Supplemento Ordinario n.190), che disciplina l'accesso al Sistema Sanitario Nazionale (SSN) da parte degli stranieri irregolarmente presenti in Italia, garantendo:

- Cure ospedaliere urgenti ed essenziali, ancorché continuative, comprese quelle erogate in regime di day-hospital e pronto soccorso (includendo pertanto le prestazioni che non possono essere differite senza pericolo per la vita o danno per la salute della persona).
- Cure ambulatoriali urgenti ed essenziali, ancorché continuative per malattia e infortunio, i programmi di medicina preventiva (comprese le vaccinazioni previste dai piani sanitari) e di riabilitazione post-infortunistica, gli interventi di riduzione e prevenzione del danno rispetto ai comportamenti a rischio, nonché i programmi di tutela della salute mentale. Sono tutelate pertanto anche le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita

(complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti); sono considerate a carattere preventivo anche le prestazioni erogate dai Servizi per le Tossicodipendenze (SerT) e le prestazioni necessarie alla cura di soggetti affetti da infezione da HIV.

- La tutela sociale della gravidanza e maternità, a parità di condizioni con le cittadine italiane e la tutela della salute del minore.
- La profilassi, diagnosi e cura delle malattie infettive ed eventuale bonifica dei relativi focolai.

Per questi pazienti, l'erogazione di tali prestazioni è subordinata al rilascio di un codice identificativo a sigla STP (Straniero Temporaneamente Presente), riconosciuto su tutto il territorio nazionale, previa sottoscrizione della dichiarazione di indigenza.

I cittadini dell'Unione Europea non residenti in Italia, che non hanno i requisiti per l'iscrizione obbligatoria al SSN e non sono assistiti dagli Stati di provenienza (essenzialmente quelli privi di Tessera Europea di Assicurazione Malattia (TEAM) o modelli analoghi), sono tenuti a pagare la prestazione che viene loro erogata. Se impossibilitati a pagare la prestazione perché indigenti, hanno formalmente diritto alle medesime prestazioni di cui sopra, previa erogazione del codice ENI (Europeo Non Iscritto), analogo al codice STP (Rep. Atti n. 255/CSR del 20/12/2012. GU Serie Generale n.32 del 07/02/13 – Suppl. Ordinario n.9.).

Tuttavia, l'inclusione/inclusività che sulla carta è garantita trova nella realtà innumerevoli criticità di applicazione, con una notevole disparità a seconda delle

varie realtà locali. Il diritto all'assistenza sanitaria (*de jure*) non si riflette infatti automaticamente nella sua fruizione (*de facto*). L'accessibilità dei servizi sanitari e la loro effettiva organizzazione sono un tema molto dibattuto non solo per la popolazione straniera, ma anche per gli stessi cittadini italiani. Gli stranieri però, trovandosi con maggior frequenza in condizione di marginalità sociale e con difficoltà aggiuntive (comprensione linguistica, aspettative culturalmente determinate, frequenti complicazioni burocratiche), sono spesso ostacolati nella fruizione effettiva del diritto alla salute.

In aggiunta, la pandemia da COVID-19 pone ulteriori ostacoli per il pieno accesso alle cure per ai soggetti migranti, in particolare per gli individui affetti da HIV, che possono riscontrare barriere e difficoltà nell'esecuzione di test diagnostici e di follow-up, nonché nell'approvvigionamento dei farmaci antiretrovirali (9). Di fatto, COVID-19 rischia di rappresentare un ennesimo "double burden" per i soggetti migranti affetti da HIV (10). I decisori di politiche sanitarie dovrebbero prendere in considerazione tutte queste problematiche, in particolare nei prossimi, delicati mesi di gestione della pandemia e di diffusione dei vaccini, per garantirne un accesso equo per le fasce più vulnerabili, inclusi i soggetti migranti affetti da HIV.

Solo un Sistema Sanitario Nazionale pubblico ed inclusivo che raggiunga anche le frange di popolazione più marginalizzate può ambire quindi a raggiungere un duplice obiettivo: la tutela della salute dei più vulnerabili e il benessere di tutta la società. ■

BIBLIOGRAFIA

1. Fiorini G, Rigamonti AE, Galanopoulos C, et al. *Undocumented migrants during the COVID-19 pandemic: socio-economic determinants, clinical features, and pharmacological treatment*. J Public Health Res 2020; 9: 1852.
2. Malmusi D, Borrell C, Benach J. *Migration-related health inequalities: showing the complex interactions between gender, social class and place of origin*. Soc Sci Med 2010; 71: 1610-19.
3. Fakoya I, Álvarez-del Arco D, Woode-Owusu M, et al. *A systematic review of post-migration acquisition of HIV among migrants from countries with generalised HIV epidemics living in Europe: implications for effectively managing HIV prevention programmes and poli-cy*. BMC Public Health 2015; 15: 561.
4. Deblonde J, Sasse A, Del Amo J, et al. *Restricted access to antiretroviral treatment for undocumented migrants: a bottle neck to control the HIV epidemic in the EU/EEA*. BMC Public Health 2015; 15: 1228.
5. Ridolfo AL, Oreni L, Vassalini P, et al. *Effect of Legal Status on the Early Treatment Out-comes of Migrants Beginning Combined Antiretroviral Therapy at an Outpatient Clinic in Mi-lan, Italy*. J Acquir Immune Defic Syndr. 2017; 75: 315-21.
6. European Centre for Disease Prevention and Control/WHO Regional Office for Europe. *HIV/AIDS surveillance in Europe 2019 – 2018 data*. Stoccolma, 2019.
7. ISS. *Notiziario dell'Iss (Volume 32 - Numero 10 2019) - Aggiornamento delle nuove diagnosi di infezione da HIV e dei casi di AIDS in Italia al 31 dicembre 2018*. Roma, 2019.
8. Bavinton BR, Pinto AN, Phanuphak N, et al. *Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study [pub-lished correction appears in Lancet HIV 2018; 5: e545]*. Lancet HIV 2018; 5: e438-e447.
9. Ahmed A, Dujaili J, Sandhu AK, Hashmi FK. *Concerns of HIV-positive migrant workers in COVID-19 pandemic: A call for action*. J Glob Health 2020; 10: 020342.
10. Lodge W 2nd, Kuchukhidze S. *COVID-19, HIV, and Migrant Workers: The Double Burden of the Two Viruses*. AIDS Patient Care STDS 2020; 34: 249-50.