



Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA
SEGRETERIA DEL DIPARTIMENTO
UFFICIO PER LE RELAZIONI SINDACALI

555/RS/01/97/1/004640

Roma, data protocollo

21 OTT. 2015

OGGETTO: Rivista italiana di medicina legale e del diritto in campo sanitario.
Pubblicazione.

ALLA SEGRETERIA NAZIONALE SIULP	= ROMA =
ALLA SEGRETERIA GENERALE SAP	= ROMA =
ALLA SEGRETERIA NAZIONALE SIAP	= ROMA =
ALLA SEGRETERIA NAZIONALE SILP CGIL	= ROMA =
ALLA SEGRETERIA GENERALE UGL-POLIZIA DI STATO	= ROMA =
ALLA SEGRETERIA NAZIONALE FEDERAZIONE COISP	= ROMA =
ALLA SEGRETERIA NAZIONALE FEDERAZIONE UIL POLIZIA (UIL POLIZIA-M.P. - P.N.F.D.)	= ROMA =
ALLA SEGRETERIA GENERALE CONSAP - ADP - ANIP - ITALIA SICURA	= ROMA =

Si trasmette, per opportuna conoscenza, l'articolo pubblicato sulla Rivista in oggetto, dal titolo: "Salute del migrante e rischio di contagio negli operatori impegnati nell'emergenza immigratoria: l'esperienza della Polizia di Stato".

IL DIRETTORE DELL'UFFICIO
(Tommaso Ricciardi)

RIVISTA ITALIANA DI MEDICINA LEGALE

Anno XXXVII Fasc. 2 - 2015

ISSN: 1124-3376

C.Belfiore-V.Bruti-F.Ciprani-G.Conte-
S.Garbarino-G.Icardi-R.Santorsa

SALUTE DEL MIGRANTE E
RISCHIO DI CONTAGIO NEGLI
OPERATORI IMPEGNATI
NELL'EMERGENZA
IMMIGRATORIA: L'ESPERIENZA
DELLA POLIZIA DI STATO

Estratto



Milano • Giuffrè Editore

SALUTE DEL MIGRANTE E RISCHIO DI CONTAGIO NEGLI OPERATORI IMPEGNATI NELL'EMERGENZA IMMIGRATORIA: L'ESPERIENZA DELLA POLIZIA DI STATO

MIGRANTS' HEALTH AND RISK OF INFECTION FOR WORKERS ATTENDING MIGRATORY EMERGENCY OPERATIONS: THE EXPERIENCE OF THE ITALIAN NATIONAL POLICE

Belfiore C. *; Bruti V. **; Ciprani F. *; Conte G. *; Garbarino S. *; Icardi G. ****; Santorsa R. ***

* Ministero dell'Interno. Direzione Centrale di Sanità.

** Scuola di specializzazione Medicina Legale Università di Pavia.

*** Ministero dell'Interno. VI Reparto Mobile Genova.

**** Dipartimento Scienze della Salute - Università Genova, IRCCS San Martino - IST Genova.

RIASSUNTO

Nel 2014 170.000 migranti sono giunti nel nostro paese; un numero enorme che secondo gli esperti è destinato a salire nel 2015. Analizzando le difficili situazioni igienico sanitarie in cui versano i paesi d'origine di questi individui, sorgono una serie di domande riguardo la salute di queste persone e all'esistenza o meno di un rischio infettivo per gli operatori impegnati nell'accoglienza e in generale per la popolazione Italiana. Nonostante le premesse, diversi studi dimostrano come il migrante abbia una buona salute e che questo sia da attribuire alle difficoltà del viaggio che crea una selezione del più sano; tuttavia il rischio biologico esiste ed è massimale nelle prime fasi di accoglienza.

La Polizia di Stato (PS) è impegnata in diverse fasi dell'emergenza migratoria e per ridurre al minimo il rischio di contagio dei suoi operatori ha implementato le preesistenti iniziative: ha promosso una corretta informazione sul rischio biologico e sull'uso dei dispositivi di protezione individuale (DPI); ha incrementato la distribuzione dei DPI; ha instaurato un programma di sorveglianza sanitaria specifico per la tubercolosi (TBC) e con i dati raccolti ha valutato l'entità del rischio biologico tubercolare a cui sono esposti gli operatori di Polizia, ottenendo dei risultati rassicuranti.

È altresì importante però ricordare che gli operatori di Polizia sono soggetti non solo a rischi biologici ma anche ad altri rischi, tra cui quello da stress lavoro correlato, che devono essere valutati e prevenuti e che, laddove le misure di prevenzione non riescano a evitare l'insorgenza di quadri patologici, sono previste forme di ristoro economico attraverso le procedure di riconoscimento della causa di servizio.

ABSTRACT

In 2014 170.000 migrants have arrived in Italy; an exceptional number that for the experts will rise in 2015. Considering the extremely poor health and sanitary conditions that the country of origin of those individuals have, a series of questions arise regarding the health of those persons and the possible risk of infection for the workers attending the migratory emergency and, more in general, for the Italian population. Despite the preconditions, different studies show that migrants are often healthy as a consequence of the journey that, for its nature, tend to select the healthiest, nonetheless biohazard exist and is greater during the first phases of the migrants reception.

The Italian Police is called to perform different tasks during the migratory emergency and to reduce to a minimum the biological hazard for its agents it has increased the already existing measures: it has promoted a correct information regarding biohazard and the use of personal protective equipment (PPE); it has increased the distribution of PPE; it has started a tubercular health surveillance and with the

information collected it has evaluated the tubercular biohazard among Police operators, obtaining comforting data.

It is important though to remember that Police operators are exposed not only to biological hazard but many others risks, among which work related stress, that have to be evaluated and prevented and that, in case a disease does develop in a Police operator despite all the measures taken, a series of economic benefits are acknowledged when the ill is recognized as a consequence of the working activity.

Parole chiave: polizia, migranti, tubercolosi, rischio biologico, DPI, sorveglianza sanitaria.

Keywords: police, migrants, tuberculosis, biological hazard, PPE, health surveillance.

Il fenomeno migratorio, dai territori del Nord Africa verso l'Italia, ha mostrato negli ultimi anni una crescita esponenziale: nel 2014 sono stati registrati più di 170.000 arrivi di migranti, quattro volte quelli avvenuti nel 2013 e dodici volte quelli del 2012 ¹⁾. Il numero degli sbarchi è peraltro destinato a crescere: l'affluenza al marzo 2015 risulta già superiore ai 9.000 soggetti ²⁾, numero di gran lunga più elevato di quello del primo trimestre dello scorso anno.

Sulla scorta di questi dati, gli esperti del settore pronosticano, per l'anno in corso, l'arrivo sulle nostre coste di un numero di migranti compreso fra i cinquecentomila ed un milione, prospettando un impegno quanto mai gravoso nell'organizzazione dei servizi di accoglienza e di gestione dei profughi, che, considerando le difficoltà già evidenziate nel corso del 2014, potrà assumere il carattere di una vera e propria emergenza.

Questo incessante flusso, al di là delle implicazioni di ordine politico, economico, sociale, delle questioni di ordine pubblico e di sicurezza, anche in rapporto a possibili infiltrazioni di appartenenti ad organizzazioni terroristiche, ha generato un non trascurabile allarme per la possibile importazione e diffusione, nel nostro Paese, di malattie infettive contagiose endemiche nelle aree di provenienza dei migranti.

La criticità delle condizioni igienico-sanitarie della maggior parte dei paesi di provenienza dei soggetti, sembrerebbe inoltre avvalorare tale ipotesi. Si consideri, in proposito, come circa la metà dei migranti giunga, attualmente, dall'Eritrea e dalla Siria ³⁾, aree da tempo martorate da conflitti interni, nelle quali la generale disgregazione del tessuto socio-economico ha prodotto inevitabili gravi carenze igienico sanitarie ⁴⁾.

In realtà, occorre premettere come, in tutti i paesi occidentali, le malattie infettive continuino a rappresentare, a tutt'oggi, indipendentemente dal fenomeno migratorio, un pericolo concretamente presente, nonostante l'elevato sviluppo assistenziale e benessere sanitario raggiunti.

Va inoltre considerato come lo stato di salute dei cittadini stranieri "irregolari" non possa essere automaticamente desunto dalla semplice conoscenza del dato epidemiologico relativo alla popolazione generale dei paesi di provenienza. A tale riguardo, nel 2006, è stata definita la "teoria del migrante sano" ⁵⁾, in analogia a quella più nota, in medicina occupazionale, del "lavoratore sano". Questa teoria parte dalla condivisibile osservazione che i migranti, che decidono di affrontare le incertezze ed i pericoli di un viaggio gravoso, sia via terra sia via mare, hanno di fatto superato un processo di selezione naturale, che li ha scelti tra i più forti escludendo quelli che, al contrario, presentavano condizioni di svantaggio e malattie di base. Tale teoria, inoltre, si presta a una lettura anche in chiave psicologico-motivazionale, rappresentando, quelli che decidono di migrare e di provare a cambiare il loro destino, i soggetti più ambiziosi; con una scolarità elevata e più propositivi in termini di iniziativa. Spesso si tratta di persone su cui un'intera famiglia ha investito tutte le proprie risorse economiche con la speranza che, una volta arrivati in Europa, possano rappresentare un punto di riferimento per un ricongiungimento in terra straniera o una fonte di sostentamento.

Tuttavia le precarie condizioni in cui poi tali soggetti si trovano a vivere nei paesi di accoglienza, le difficoltà di sostentamento, l'emarginazione, la ridotta possibilità di accesso a strutture sociali e sanitarie causano l'esaurimento di questo "patrimonio di salute" di cui l'immigrato è portatore.

Nel breve periodo sono infatti individuabili malattie non specifiche dell'immigrato ma dovute ad uno stato di estrema emarginazione, vere e proprie malattie da "povertà", come la tubercolosi, la scabbia, la pediculosi, le affezioni micotiche, virali e veneree.

Nel lungo periodo compaiono poi le malattie da degrado, quelle da raffreddamento, che recidivano sempre più frequentemente, quelle da cattiva alimentazione e affezioni che non risparmiano nessun organo o apparato 6).

La "teoria del migrante sano" trova conferma nei dati ufficiali che indicano come la stragrande maggioranza di coloro che giungono in Italia, al di là dei disagi psico-fisici cui sono stati esposti durante la traversata, è sostanzialmente in buona salute 7). Vengono frequentemente osservate patologie connesse alle condizioni proibitive di svolgimento dei viaggi, quali colpi di sole, di calore, assideramento, lesioni da decubito dovute alla posizione forzata sui barconi e disidratazione che può causare gravi insufficienze renali. Fra le malattie infettive diffuse, quelle maggiormente riscontrate sono scabbia, pediculosi, infezioni gastro-intestinali, tubercolosi e casi sporadici di meningite (prevalentemente forme virali).

Il tentativo di definire il profilo di rischio biologico degli operatori impiegati nell'assistenza, sorveglianza, identificazione e smistamento di quanti giunti sulle nostre coste non può prescindere dalla conoscenza degli attuali protocolli di controllo sanitario sui migranti. Questi prevedono una valutazione iniziale dei soggetti approdati da parte dei medici della Marina Militare, del Ministero della Salute (USMAF) e delle ASL territorialmente competenti e l'adozione, da subito, delle specifiche misure di profilassi richieste in caso di malattia infettiva e contagiosa, prima tra tutte l'isolamento 8). Gli ulteriori approfondimenti diagnostici, possibili durante la permanenza dei migranti nei centri, consentono poi di identificare i casi eventualmente sfuggiti al primo filtro sanitario. In caso di documentato contatto con malati in fase contagiosa, le autorità sanitarie preposte, provvedono, attraverso adeguati canali di comunicazione istituzionale, a segnalare tempestivamente il caso a tutti i soggetti interessati (soccorritori volontari, personale militare e delle forze di polizia, delle ASL, della Croce Rossa, dei centri di accoglienza) al fine di attivare con rapidità le specifiche misure di *profilassi post-esposizione*, consistenti nell'identificazione dei contatti (depistage) e nell'esecuzione di accertamenti clinici mirati per il tipo di patologia infettiva segnalata (inclusi eventuali rilievi laboratoristici e strumentali) e di eventuale terapia medica 9).

Con riferimento ai compiti degli operatori di polizia, l'analisi delle descritte procedure di controllo ha evidenziato alcune criticità in relazione alla possibilità di contatti con soggetti affetti da malattie infettive diffuse nelle fasi della prima accoglienza, precedenti all'iniziale valutazione sanitaria, ed ancora all'eventualità che, in presenza di una massiva affluenza di migranti, le valutazioni possano risultare inadeguate e taluni soggetti affetti da malattie infettive diffuse sfuggano ai filtri di controllo.

È stato dunque ipotizzato un rischio biologico potenziale per gli operatori impiegati in servizi con migranti soprattutto se effettuati nell'immediatezza degli sbarchi ed in presenza di significativi afflussi di soggetti.

Rispetto alle possibili patologie infettive diffuse, sono state considerate principalmente pediculosi, dermatosi parassitarie (scabbia), tubercolosi e malattie infettive intestinali 10). Non è stata ritenuta verosimile l'ipotesi di contatti con soggetti affetti da infezione da *virus ebola*, infatti le caratteristiche epidemiologiche della malattia (periodo di incubazione breve, compreso fra 2 e 21 giorni) e le modalità di effettuazione dei viaggi da parte dei migranti (con riferimento alla notevole durata complessiva dei viaggi dai paesi di iniziale provenienza dei soggetti ed all'assenza di focolai infettivi nei paesi di partenza degli scafi), rendono estremamente improbabile l'eventualità di casi di febbri emorragiche virali in soggetti approdati sul territorio nazionale e comunque giunti ad imbarcarsi, anche nel caso di migranti provenienti da aree in cui siano stati segnalati focolai della malattia 11). Va tuttavia precisato come la sostanziale imprevedibilità dei rischi, nel contesto operativo considerato, non consenta la definizione di protocolli standardizzati di prevenzione primaria né l'adozione di specifiche misure di sorveglianza sui favoratori esposti, diversamente, ad esempio, da quanto si verifica usualmente in ambito ospedaliero, laddove l'esatta conoscenza della natura dei rischi consente il ricorso a specifici interventi di prevenzione, con un significativo contenimento dei rischi fino al loro quasi abbattimento, e a rigidi protocolli di sorveglianza sanitaria degli operatori, capaci di identificare precocemente lo sviluppo di quelle patologie infettive intrinsecamente correlate ai rischi noti.

In relazione alle possibili misure volte al contenimento del rischio ed alla tutela della salute degli operatori impiegati in servizi con migranti, si è ritenuto prioritario curare adeguatamente la formazione e l'informazione dei lavoratori. A tal fine sono state implementate le preesistenti linee guida in materia di prevenzione del rischio biologico 12), descrivendo, in aggiunta alle generiche misure igienico-comportamentali cui attenersi nell'espletamento dei servizi, le corrette modalità di utilizzo dei dispositivi di protezione individuale, considerando un vario spettro di possibili contesti operativi 13). Particolare attenzione è stata quindi data alla

divulgazione delle informazioni, sia attraverso incontri didattici promossi dai responsabili degli uffici sanitari nelle diverse realtà territoriali, sia attraverso la diffusione a mezzo internet di un vademecum fotografico illustrativo destinato agli operatori.

Si è provveduto alla definizione delle reali esigenze dei dispositivi di protezione individuale, in relazione alle caratteristiche dei servizi svolti nelle diverse realtà territoriali. Sono stati curati l'acquisto e la razionale distribuzione degli stessi. In particolare, nel corso dell'anno 2014 sono stati complessivamente assegnati 23.900 camici monouso, 1.117.300 guanti in lattice monouso, 294.000 maschere chirurgiche a tre volti, 7.500 maschere chirurgiche con visiera, 30.040 facciali filtranti P3, 7.080 occhiali con protezioni laterali, 14.400 flaconi di disinfettante pronto uso per le mani.

Per la maggioranza delle malattie infettive diffuse segnalate (scabbia, pediculosi, infezioni gastro-intestinali, etc..) si è ritenuto sufficiente il controllo post-esposizione dei lavoratori entrati in contatto con il soggetto infetto, senza l'aggiunta di una sorveglianza sanitaria. Una maggiore attenzione è stata invece riservata all'infezione tubercolare.

La presenza di un tasso di incidenza della malattia ben dieci volte superiore negli immigrati rispetto alla popolazione generale del nostro paese (rispettivamente 50 casi su 100.000 soggetti contro 5 casi su 100.000 abitanti) ¹⁴, la natura insidiosa e progressiva della malattia, il suo elevato potenziale morbigeno, l'assenza in letteratura scientifica, di specifici studi volti a quantificare il rischio di contagio a seguito di contatti con soggetti appartenenti a popolazioni ad alta endemia dell'infezione, hanno indotto il Dipartimento della Pubblica Sicurezza ad attivare, nel luglio 2014, uno specifico programma di sorveglianza sanitaria per l'infezione tubercolare, rivolto a tutti i dipendenti esposti a rischio biologico potenziale, nel corso di servizi con migranti, indipendentemente dalla documentazione del contatto con un soggetto bacillifero e contagioso. Sono stati previsti controlli di screening di I livello (test di Mantoux e/o determinazione del Quantiferon), effettuati su tutti i soggetti esposti al rischio, ed approfondimenti diagnostici di II livello (es. radiografia del torace), riservati ai casi positivi. I medici della Polizia di Stato sono stati impegnati nella selezione iniziale dei dipendenti da ammettere allo screening; nell'attivazione presso le sedi periferiche di convenzioni con le strutture sanitarie per la realizzazione degli accertamenti previsti dal programma; in una continua attività di *counseling*, rivolta ai dipendenti, per l'interpretazione degli esiti degli esami e le valutazioni in merito ad eventuali trattamenti.

Nel settembre 2014 è stato infine realizzato, con la collaborazione dell'Università di Genova, un piano di monitoraggio sui risultati dello screening, finalizzato, attraverso l'analisi scientifica dei dati, alla definizione del reale profilo di rischio per infezione tubercolare negli operatori impiegati nei servizi con migranti ed all'individuazione dei più corretti protocolli di intervento per la massima tutela della salute del personale.

Ad oggi risultano essere stati valutati quasi 6000 dipendenti. I dati preliminari, relativi ai risultati ottenuti al primo test di screening su un campione iniziale di 4354 soggetti, mostrano un significativo aumento di frequenza della positività all'aumentare dell'età: a fronte di una bassa incidenza dei cutipositivi nelle fasce d'età più giovani (con valori pari all'1,5% fra i 21 ed i 30 ed al 3,5% fra i 31 ed i 35 anni), si apprezzano valori più elevati nelle fasce d'età più avanzata (l'11,6% fra i 46 ed i 50 anni ed il 12,3% negli ultra50enni). Sebbene il dato di positività risulti difficilmente confrontabile con quanto disponibile in letteratura scientifica internazionale e con il contesto epidemiologico italiano, l'analisi comparata dei risultati relativi alla nostra indagine con alcuni analoghi studi internazionali sembrerebbe rassicurante. In proposito, si consideri come la percentuale di positività evidenziata nel nostro campione, relativamente alle fasce d'età più giovani, sia comunque significativamente inferiore (fino ad oltre due punti percentuali) a quella rilevata in studi condotti su reclute militari di altri paesi occidentali ¹⁵ e come l'andamento della curva di distribuzione della positività per età porterebbe ad ipotizzare che il dato complessivo di proporzione dei soggetti positivi sia attribuibile ad un effetto coorte; in altri termini, la più elevata incidenza della positività, limitatamente a fasce d'età più avanzata, risulterebbe correlabile ad una maggiore esposizione "storica" dei soggetti più anziani al bacillo tubercolare, riconducibile al pregresso contesto socio-economico del Paese, più che a specifici fattori di rischio lavorativi.

Appare comunque meritevole di ulteriori approfondimenti il dato relativo all'andamento della positività ai test per età. In particolare, si ritiene possa risultare di estrema utilità la prosecuzione del monitoraggio dei soggetti più giovani, risultati negativi agli accertamenti effettuati. La persistenza nel tempo della bassa frequenza di positività in tali operatori potrebbe infatti confermare l'ipotesi della riconducibilità ad una pregressa esposizione storica del dato di una più elevata incidenza della positività, emerso negli operatori di età più avanzata.

Un'ulteriore conferma del ridotto livello di rischio, sembrerebbe derivare dalla sporadica constatazione di casi di positivizzazione ai test di screening in operatori impiegati in servizi con migranti, risultati negativi alle prime indagini effettuate. Ulteriori conferme in tal senso potranno derivare dall'analisi dei dati relativi all'intero campione di soggetti valutati. Con riferimento alla possibilità di correlare i casi di positivizzazione ai test di screening all'eventuale esposizione lavorativa al micobatterio tubercolare, un'utile informazione potrebbe inoltre derivare, per il futuro, dall'acquisizione sistematica del dato della reattività ai test tubercolari all'atto della selezione concorsuale dei candidati ai ruoli della Polizia di Stato.

I risultati finora descritti sembrerebbero dunque evidenziare, relativamente alla malattia tubercolare, l'esistenza di un rischio biologico contenuto per gli operatori di polizia impiegati in servizi con migranti ed appare verosimile ipotizzare che la lettura più completa dei dati dell'intero campione esaminato potrà fornire ulteriori conferme in tal senso.

Fra i fattori determinanti la riduzione del rischio va certamente considerata l'efficacia delle misure di prevenzione primaria adottate, attraverso l'acquisizione consapevole e la conseguente applicazione delle generiche norme igienico comportamentali da seguire nell'espletamento dei servizi, la dotazione e l'utilizzo di dispositivi di protezione individuale adeguati ai differenti possibili scenari operativi. Interesse prioritario dell'Amministrazione dovrà essere il continuo rafforzamento degli interventi in tal senso, anche attraverso una necessaria razionalizzazione della distribuzione delle risorse economiche destinate alla medicina occupazionale.

Tali dati, che troveranno verosimilmente ulteriori conferme dagli approfondimenti in corso, porteranno inevitabilmente ad una rimodulazione del programma di screening secondo linee procedurali scientificamente validate.

Gli sbarchi di massa e la successiva gestione dei migranti avvengono quasi sempre in situazioni di emergenza ed imprevedibilità. Le operazioni di soccorso, identificazione, sorveglianza ed accoglienza, coinvolgono personale di diversa provenienza (militari delle Forze Armate, appartenenti alla Polizia di Stato, Vigili del Fuoco, operatori di Enti Locali e delle ASL, personale degli Uffici Territoriali del Governo, soccorritori volontari, etc.), con inevitabili difficoltà nel coordinamento delle diverse attività. Diversi sono anche i livelli di preparazione, competenza, capacità di individuare e risolvere situazioni emergenziali e critiche. Inoltre, le operazioni avvengono in tempi stretti e sono spesso caratterizzate da uno squilibrio tra compiti richiesti e numero limitato degli operatori che vi devono fare fronte.

In tali situazioni l'esistenza di un'adeguata rete di comunicazione inter-istituzionale oltre a migliorare gli aspetti del coordinamento fra le diverse attività, nella prospettiva della migliore riuscita complessiva delle stesse, può contribuire ad una tempestiva individuazione dei possibili rischi per gli operatori ed all'adozione di adeguate misure finalizzate alla tutela della salute degli stessi. Si consideri, ad esempio, relativamente al rischio biologico, l'inevitabile importanza dell'esistenza di una corretta comunicazione fra diversi enti ed organizzazioni che possa consentire, attraverso la tempestiva diffusione di circostanziate notizie di carattere sanitario, sia la scelta degli specifici dispositivi di protezione individuale da adottare nei diversi contesti operativi, sia l'attivazione di tempestive procedure di depistage e profilassi secondaria sugli operatori. Va inoltre particolarmente curata la professionalità della comunicazione dei dati sanitari perché se un difetto di informazione può comportare un'inadeguata adozione delle necessarie misure di tutela ed aumentare i rischi per la salute degli operatori, la diffusione incontrollata di notizie allarmistiche può provocare l'attivazione di procedure abnormi, capaci di paralizzare, di fatto, sia il complesso delle operazioni necessarie alla gestione dei flussi migratori sia le verifiche sanitarie sui migranti e sugli operatori.

Appare altresì riduttivo identificare nel rischio biologico l'unico rischio per gli operatori impiegati in attività su migranti. In tal senso, e con riferimento a possibili condizioni di interesse della medicina legale ed occupazionale, non si possono ad esempio trascurare i possibili effetti di carattere psicologico sugli operatori, inevitabilmente connessi alla peculiarità delle condizioni in cui si trovano ad operare. L'elevato impatto emotivo (si pensi ad esempio al recupero di salme, alla drammaticità dei primi soccorsi, alla disperazione dei superstiti specie se minori) può indubbiamente causare, specialmente per esperienze ripetute nel tempo ed in assenza di adeguati strumenti di supporto, la comparsa di condizioni di disagio nel personale impiegato, che possono sfociare in veri e propri quadri nosografici attinenti alla sfera psichica (vedasi ad esempio le sindromi post traumatiche da stress e le condizioni di *burn-out*). Si rammenta, in proposito, come la valutazione dello stress lavoro correlato sia esplicitamente prevista dal D.lgs 81/08 e come l'adozione delle misure volte alla valutazione ed al contenimento

di tale forma di rischio rientri a pieno titolo fra gli obblighi del datore di lavoro. Accanto all'adozione di specifici protocolli di valutazione del personale esposto, si è provveduto pertanto a garantire il sostegno psicologico diretto degli operatori coinvolti, anche prevedendo l'intervento degli Psicologi della Polizia di Stato, nelle situazioni più drammatiche; particolare attenzione è stata, infine, data alla preparazione psicologica del personale, sulla base dell'assunto che, l'improvvisazione e la disorganizzazione sono fattori prioritari nello sviluppo dello stress lavoro correlato 16).

Ulteriori considerazioni si rendono necessarie in relazione alla tutela medico-legale e previdenziale del personale impiegato in operazioni su migranti. Se appaiono difficilmente perseguibili ipotesi risarcitorie per danno ingiusto, data l'adozione delle necessarie misure di tutela dei lavoratori da parte dell'Amministrazione, va tuttavia rammentato come siano prospettabili, nel caso di danni alla salute riconducibili al servizio, ipotesi di ristoro principalmente attraverso le usuali procedure di riconoscimento della dipendenza da causa di servizio 17). In tal senso, lo sviluppo di condizioni invalidanti ascrivibili a categorie superiori alla tabella B 18), anche considerando l'ipotesi di un successivo aggravamento delle infermità sviluppate in conseguenza del servizio, potrebbe dar titolo alla concessione di specifici benefici in termini di equo indennizzo o anche di trattamenti pensionistici di privilegio 19). La possibile assimilazione a condizioni post-traumatiche degli infortuni biologici e delle conseguenze psicologiche dell'esposizione a specifici traumatismi psichici, potrebbero inoltre giustificare l'adozione di ulteriori misure di tutela attraverso la partecipazione dell'Amministrazione alle spese sanitarie sostenute in diretta conseguenza delle infermità sviluppate 20) e l'ammissibilità ai benefici previsti dalla normativa in materia di vittime del dovere. A quest'ultimo riguardo, e con riferimento alle disposizioni relative alle vittime del dovere equiparate, si rammenta come, indipendentemente dall'accertamento del fatto traumatico, la disposizione di impiego in missione ed il riconoscimento delle possibili particolari condizioni operative del servizio prestato, potrebbero comunque, di per sé, dar titolo al riconoscimento dello stato di vittima del dovere in relazione ad infermità che riconoscano nello specifico servizio prestato un fattore efficiente e determinante, anche sotto il profilo concausale 21).

-
- 1) Frontex Annual Risk Analysis 2015.
 - 2) Ministero dell'Interno. Direzione Centrale dell'Immigrazione e della Polizia delle Frontiere.
 - 3) Risk Analysis Unit Frontex "Annual risk analysis 2014" 5119/2014. Warsaw, May 2014.
 - 4) Report WHO "Crisis in the Syrian Arab Republic health information". 24/02/2015.
 - 5) S. Kennedy - J. McDonald - N. Biddle, "The Healthy Immigrant Effect and Immigrant Selection: Evidence from Four Countries. Social and Economic Dimensions of an Aging Population", in SEDAP Research Papers 164, McMaster University. December 2006.
 - 6) NAGA (Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Cittadini Stranieri, Rom e Sinti). "Le malattie degli immigrati irregolari sono pericolose per gli italiani?". Monza - Ottobre 2009.
 - 7) Cnesps-Iss, reparto di Epidemiologia delle malattie infettive. "Malattie infettive e accesso alle vaccinazioni tra i migranti". 21 febbraio 2013.
 - 8) Ministero della Salute. Dipartimento della Comunicazione e Prevenzione. Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria. "Protocollo operativo per la sorveglianza sindromica e la profilassi immunitaria in relazione all'emergenza immigrati dall'Africa settentrionale".
 - 9) Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione - Ufficio V - Malattie infettive e Profilassi Internazionale - 2013 "Prevenzione della tubercolosi negli operatori sanitari e soggetti a essi equiparati".
 - 10) ASP Sicilia, "Piano di contingenza sanitaria regionale migranti", 2014
 - 11) Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute "Malattia da virus Ebola Informazioni generali", 22 gennaio 2015.
 - 12) Ministero dell'Interno. Dipartimento della P.S. Direzione Centrale di Sanità "Raccomandazioni per la tutela degli operatori delle Forze di polizia dal rischio di esposizione ad agenti biologici", dell'Ufficio per il Coordinamento e la Pianificazione delle Forze di Polizia", 03/05/2004.
 - 13) Ministero dell'Interno, Dipartimento della P.S.. Direzione Centrale di Sanità "Rischi da esposizione agli agenti biologici negli operatori di polizia", maggio 2014.
 - 14) European Center for Disease Control and Prevention, Rapporto ECDC 2013.

- 15) V. German - G. Giannakos - P. Kopterides - M.E. Falagas, "Prevalence and predictors of tuberculin skin positivity in Hellenic Army recruits", *BMC Infect Dis.* 2006 Jun 23; 6:102.
- 16) S. Garbarino - N. Magnavita - F. Ciprani - G. Cuomo, L'attività di accoglienza e sostegno nel fenomeno di immigrazione di massa in Italia: valutazione dello stress lavoro-correlato nelle Forze di Polizia, *G Ital Med Lav Erg* 2011; 33:3, Suppl., 170-174.
- 17) D.P.R. 29 ottobre 2001, n. 461, Regolamento recante semplificazione dei procedimenti per il riconoscimento della dipendenza delle infermità da causa di servizio, per la concessione della pensione privilegiata ordinaria e dell'equo indennizzo, nonché per il funzionamento e la composizione del comitato per le pensioni privilegiate.
- 18) D.P.R. 30 dicembre 1981, n. 834.
- 19) Per esempio, è previsto che sia riconosciuta una 8a categoria per gli "esiti di pleurite basale o apicale monolaterali di sospetta natura tubercolare " che corrisponde a una riduzione di capacità lavorativa generica compresa tra il 21 e il 30(DPR 3 Marzo 2009 n.37)
- 20) Art.1, comma 555, legge 27 dicembre 2006, n. 296 ("legge finanziaria 2007") - cap. 2624.
- 21) Legge 23 dicembre 2005, n 266, Disposizioni per la formazione del bilancio annuale e pluriennale dello Stato ("legge finanziaria 2006").