

Le malattie degli immigrati*

di Salvatore Geraci e Maurizio Marceca

(Area Sanitaria Caritas Diocesana di Roma - Società Italiana di Medicina delle Migrazioni)

* questo capitolo è stato ampiamente tratto da un saggio "Migrazioni e salute in Italia" a cura di S. Geraci, M. Marceca e M. Mazzetti contenuto nella raccolta dei Dossier di ricerca del Convegno internazionale "Migrazioni. Scenari per il XXI secolo". Agenzia romana per la preparazione del Giubileo, Roma, luglio 2000.

Migrazioni e malattie: un binomio che nella storia dell'umanità è stato spesso associato. Non possiamo dimenticare come i movimenti di popolazione abbiano accompagnato la trasmissione di alcune malattie. Ricorda Giovanni Berlinguer in un editoriale di qualche anno fa (L'Unità del 26 settembre 1997: "Immigrati e malattie: facciamo chiarezza") come drammaticamente questa evenienza accadde ad esempio con la conquista dell'America, evento che implicò l'unificazione microbica del mondo. I bianchi 'esportarono' là il vaiolo, il morbillo e l'influenza: e fu subito strage per quelle popolazioni che, non conoscendo quegli agenti infettivi, erano prive di difese immunitarie specifiche. Dall'America i conquistatori 'importarono' come enormi vettori, la sifilide e questo fece divampare in Europa (in particolare in Spagna, Francia ed Italia) una epidemia per molti anni acuta e letale.

Un'altra migrazione di popoli (e di agenti infettanti) si ebbe a partire dal 1600, quando gli schiavi negri deportati nelle Americhe vi diffusero la febbre gialla. Anche in questo caso ci fu una evoluzione drammatica seppur più lenta per una ragione biologica: la malattia non si trasmette attraverso il respiro o la pelle o i rapporti sessuali, ma a mezzo di un insetto vettore, la zanzara *Aedes aegypti*. Con le navi degli schiavisti che attraversarono l'Oceano arrivarono oltre ai malati anche le zanzare che però hanno impiegato del tempo per adattarsi al nuovo mondo e riprodursi in numero sufficiente per poter raggiungere la densità adeguata per determinare la comparsa della malattia.

Un ultimo esempio cita il prof. Berlinguer: quello dell'aids. Questa malattia dai primi focolai identificati nelle grandi città degli Stati Uniti si è diffusa in tutto il mondo. Anche in questo caso il 'successo' della malattia è dovuto alla modalità di contagio per via sessuale ed all'associazione fra il virus e l'eroina, con le siringhe che fungono da moderno vettore. La diffusione è stata accelerata anche dall'intensità dei viaggi tra paesi e continenti, nonché dall'ignoranza e dalla resistenza verso i metodi preventivi. Ma questa è una malattia contemporanea e ben conosciamo le varie proposte 'difensive' basate spesso sull'identificazione e la schedatura e il divieto di ingresso ai soggetti positivi: paradossalmente proprio gli Stati Uniti si sono contraddistinti in questa politica pensando di imporre a quanti volessero varcare la loro frontiera, esami del sangue per impedire un 'contagio di ritorno'. Oggi la malattia, in occidente almeno pare in fase calante, manifestandosi in tutta la sua drammaticità nei paesi più poveri, da dove chi è malato, a differenza degli uomini d'affari americani di un decennio fa, non ha la forza per viaggiare e/o migrare.

Quanto detto può giustificare le paure o i pregiudizi sugli immigrati come rischio sanitario per la popolazione autoctona?

Certamente no, in primo luogo perchè, a differenza del passato, oggi abbiamo le conoscenze, l'organizzazione, i mezzi preventivi e di sorveglianza necessari ad affrontare eventuali situazioni critiche ed in secondo luogo per la considerazione che l'immigrato che arriva per lavorare in Italia, come riportato da un'ampia letteratura, in genere è in buone condizioni di salute per un'auto-selezione in partenza che porta a scegliere chi ha maggior *chance* di riuscita nel progetto migratorio e quindi anche chi è più sano e integro nel fisico. Un'ultima considerazione sta nel fatto che i viaggi internazionali e intercontinentali sono ormai 'routinari' e solo marginalmente per motivi di migrazione, piuttosto per turismo o affari, abbattendo di fatto barriere di spazio e di tempo che una volta potevano segregare o contenere agenti microbici più o meno infettanti.

Già da questa premessa appare evidente come l'interesse a conoscere le malattie o meglio il profilo di salute degli immigrati non dovrebbe alimentare pregiudizi o paure ma piuttosto dovrebbe convincere che la garanzia della salute di questa popolazione, attraverso l'inclusione nel 'sistema salute nazionale' favorendo l'accesso e la fruibilità dei servizi sanitari, sia garanzia di salute per tutti.

Una volta giunti in Italia sono molteplici e complessi gli aspetti che condizionano la situazione di salute degli immigrati nel nostro Paese.

La possibilità di analizzare e monitorare il bisogno di salute degli immigrati, così come di valutare le sue relazioni con la domanda di salute e l'offerta di servizi e prestazioni, appare il percorso irrinunciabile di un corretto approccio di sanità pubblica. Circa i dati, va sottolineato come sia particolarmente necessario per il futuro uno sforzo finalizzato a poter disporre di informazioni affidabili, complete, omogenee e periodiche (oggi non fruibili o per quantità, o per qualità, o per tempestività o per rappresentatività territoriale), attraverso la predisposizione e la gestione di flussi informativi adeguati. Tale disponibilità rappresenta il presupposto per tentare di bilanciare bisogno ed offerta di salute.

Malgrado la complessità e, soprattutto in Italia, l'estrema varietà del mondo dell'immigrazione, è possibile tentare di tracciare un profilo di salute dell'immigrato, basandosi sulla letteratura nazionale e sui dati disponibili - per quanto frammentari e non sempre omogenei - relativi a strutture pubbliche o a centri di volontariato sanitario operanti in Italia.

I dati relativi alle schede di dimissione ospedaliera (Sdo), forniti dal ministero della Sanità per l'anno 1997 e riferiti all'attività di degenza ordinaria, per pazienti stranieri affetti da patologia acuta, svolta in 1.443 ospedali di tutte le regioni e province autonome italiane, mostrano sostanzialmente l'inaffidabilità attuale dei sistemi di raccolta dati, con flussi informativi dalla periferia (dalle Aziende Usl alle Regioni) al centro (dalle Regioni al Ministero della Sanità) non costanti ed incompleti, e per mancanza di uniformità soprattutto nel criterio di definizione del soggetto assistito (lo straniero è definito tale in base alla cittadinanza, al paese di nascita, all'iscrizione al Ssn, ...). Tuttavia si apprezzano gli sforzi organizzativi (nel 1994 i dati raccolti provenivano da solo 14 regioni e 914 Istituti per un totale di 5.965.813 Sdo) e riteniamo che con i dovuti aggiustamenti presto potremo avere dati maggiormente attendibili.

Su 11.695.413 schede inviate, 37.149 (lo 0,32%) si riferiscono a cittadini non italiani, di cui 6.717 apolidi. Malgrado l'evidente incompletezza delle informazioni, i dati forniscono utili spunti di riflessione. Praticamente inconsistente è stata la risposta della regione Sicilia, dalla regione Basilicata sono stati segnalati solo i casi riferiti agli apolidi che invece sono completamente assenti nel Lazio, mentre il Veneto (terza regione italiana per consistenza numerica degli stranieri e caratterizzata da anni per una attenta politica sanitaria specifica) segnala un numero di casi certamente sottostimato e sbilanciato sul versante degli apolidi. A fronte di circa 2.750 Sdo segnalati per il 1997, in un convegno promosso dalla Azienda sanitaria di Treviso nel 1998, veniva fornito il dato che durante il 1995 sono stati 10.998 i ricoveri ospedalieri nel Veneto per un totale di 76.536 giornate di degenza.

A livello nazionale l'area funzionale omogenea più rappresentata (e quindi quella che ha ricevuto più prestazioni ospedaliere) è risultata quella chirurgica (36,6%), subito seguita da quella medica (34,1%); l'area materno-infantile ha rappresentato il 26,2%; molto scarsamente rappresentata l'area delle terapie intensive (1,6%). Nelle prime 3 aree funzionali omogenee citate, il contributo delle prestazioni erogate a persone provenienti da Pvs è risultato prevalente (49,6% per l'Afo chirurgica; 47,2% per l'Afo medica e ben il 57,7% per l'Afo materno-infantile, diversamente dall'Afo delle terapie intensive, dove ha giustificato meno del 29% delle prestazioni). Le aree geografiche di provenienza maggiormente rappresentate sono risultate la Germania (quasi il 13%), l'Albania (quasi 8%), il Marocco (poco meno del 7%), la ex

Jugoslavia (quasi il 5%), la Francia e la Polonia (poco più del 3% ciascuna), gli Usa (2,7%), la Tunisia (2,4%) e così via. Come si può notare, molti dei paesi più rappresentati sono all'interno dell'Unione europea.

Non sorprende lo sbilanciamento verso l'Afo materno infantile per coloro che provengono dall'Europa dell'est, dall'Africa occidentale e dall'Estremo oriente ad indicare una presenza femminile consistente ed una progressiva stabilizzazione nel nostro paese indicata da maternità e bimbi piccoli. Nonostante la significativa presenza di popolazione proveniente dall'Africa settentrionale, regione di religione musulmana, il ricorso alla ospedalizzazione in ambito materno infantile è bassa a conferma di una migrazione da queste aree ancora prevalentemente maschile.

Non molto di più è possibile dire, soprattutto non è possibile ricavare dati sulla condizione di salute dei cittadini immigrati in Italia e su eventuali fattori o ambiti di rischio.

Uno sforzo maggiore è stato fatto dall'Istat che ha analizzato le cause di morte in cittadini stranieri, dati che comunque vengono considerati statisticamente non particolarmente significativi sia per l'esiguità numerica spiegabile con la giovane struttura per età che caratterizza attualmente il flusso migratorio verso l'Italia, sia per l'impossibilità di distinguere tra stranieri presenti occasionalmente o strutturalmente in Italia. Si può comunque osservare un andamento piuttosto irregolare e caratterizzato da forti fluttuazioni: il numero di morti passa da un totale di 1.997 nell'anno 1992 a 1.953 nell'anno successivo e con rilevante incremento, a 2.246 nel 1994. Il rapporto tra decessi relativi agli stranieri e il totale di quelli avvenuti in Italia risulta sempre costante nel periodo di tempo preso in esame ed è pari allo 0,4%. Suddividendo il campione per età e per paesi di provenienza, la maggiore concentrazione di decessi si evidenzia oltre i 60 anni principalmente per il contributo dei deceduti di cittadinanza europea senza dubbio a causa della loro più vecchia struttura per età. Riguardo alla mortalità degli stranieri relativamente alle diverse cause di morte il peso percentuale meno rilevante è quello delle malattie infettive e parassitarie che sono comunque maggiormente presenti tra gli stranieri provenienti dall'Africa e da alcune regioni dell'Asia. Tra i maschi la causa principale di decesso è comunque quella legata essenzialmente a circostanze di morte violenta e accidentale e cioè incidenti, infortuni sul lavoro, suicidi ed omicidi e che tendono a perdere di importanza con l'aumentare dell'età alla morte. Le donne muoiono più frequentemente per tumori, che costituiscono una delle più diffuse cause di morte. Tra le 'altre cause di decesso' è da sottolineare come quelle da malattie dell'apparato digerente, parte significativa di tale insieme, colpiscono prevalentemente gli stranieri di paesi meno sviluppati.

Altri dati aggregati a livello nazionale non sono reperibili se non per singole patologie ricavabili dal sistema di sorveglianza nazionale per le malattie infettive di cui tratteremo parlando delle aree critiche per la salute dei cittadini stranieri. Da segnalare comunque, anche se da un recentissimo passato, sono disponibili dati locali aggregati a livello regionale che certamente potranno permettere analisi maggiormente approfondite. A titolo esemplificativo, ci riferiamo ai dati della regione Lazio e del Veneto.

Sul totale delle dimissioni ospedaliere nel Lazio per l'anno 1998, le dimissioni di stranieri sono state 60.134, pari al 5,1%. Già questo dato mostra una maggiore attendibilità rispetto all'analogo su base nazionale: la regione Lazio, per il 1997 aveva segnalato o il Ministero della Sanità aveva ricevuto, solo 4.038 schede di dimissione ospedaliera!

Le percentuali calcolate sul totale delle dimissioni per causa sono: di tutti i ricoveri per gravidanza e parto il 14,5% è riferito a stranieri, il 7,2% dei ricoveri per malattie infettive e parassitarie, il 4,5% per malattie del sistema muscolo-scheletrico, il 4,7% per disturbi psichici, il 6,9% per malattie del sistema nervoso, il 3,4%

per malattie del sistema cardio-circolatorio, il 4,3% per malattie e disordini dell'apparato respiratorio, il 4,9% per malattie e disordini dell'apparato digerente.

Tra le cause di ricovero assumono maggior peso il parto vaginale senza complicazioni (7,7%) e le esofagiti/gastroenteriti (4,0%) per i ricoveri ordinari; l'aborto (25,8%) e l'hiv associato o non ad altre patologie correlate (6,1%) per i ricoveri di day-hospital.

La regione Veneto ha fatto una revisione dei ricoveri dei cittadini stranieri nel periodo 1993-1995 e un'altra è in fase di svolgimento. Anche da questo studio emerge come i ricoveri siano sostanzialmente da imputare a situazioni indifferibili di domanda sanitaria (è il caso della gravidanza, del parto e della interruzioni volontarie della gravidanza - ivg), o situazioni di bisogno in rapporto ad una maggiore esposizione sociale e lavorativa (malattie infettive e non legate alla povertà, incidenti e traumatismi).

Motivi dei ricoveri ospedalieri di pazienti stranieri nella regione Veneto negli anni 1993-1995

Diagnosi	totale	% sul totale
Respiratorio	467	7%
Digerente	1.084	15%
Ortopediche	723	10%
Dermosifilopatiche	344	5%
Infettive	176	3%
Ostetr.-Ginecologiche	1.488	21%
Rene e vie Urinarie	260	4%
Psichiatriche e ter. dip.	452	6%
Altro	...	29%

Fonte: Geraci, 1996

Accanto ai dati appena citati, appaiono particolarmente significativi quelli raccolti da strutture di primo livello, in grado quindi di intercettare la domanda di salute di base. Di fatto in Italia in questi anni, il ruolo di erogatori di medicina di base è stato in gran parte svolto da ambulatori gestiti dal volontariato e dal privato sociale. Solo recentemente infatti si sono abbattute alcune limitazioni normative ed amministrative che concretamente nascondevano o negavano l'accesso alle cure per una buona parte di immigrati sia regolari che clandestini.

Per altro riteniamo che per far applicare a regime le nuove norme presumibilmente occorrerà ancora del tempo: l'impegno del privato sociale quindi è stato ed è determinante per l'avvio di percorsi di integrazione e cittadinanza anche in ambito sanitario.

Alcune di queste realtà gestite dal volontariato hanno così accumulato un'esperienza significativa ed anche quantitativamente rilevante su questa popolazione, come dimostra il caso dell'area sanitaria della Caritas di Roma la cui utenza degli ultimi anni è riportata nella prossima tabella.

Provenienza per area geografica e per nazionalità dei pazienti afferiti per la prima volta al Poliambulatorio della Caritas di Roma. Per anno dal 1992 al 1999¹

paese di provenienza	1992	%	1993	%	1994	%	1995	%	1996	%	1997	%	1998	%	1999	%
EUROPA, di cui:																
Albania	91	2,4	146	3,4	124	3,6	88	3,1	88	3,3	81	3,9	112	4,1	107	3,1
Yugoslavia ed ex-J.	82	2,2	94	2,2	82	2,4	96	3,3	81	3,1	56	2,2	50	1,8	41	1,2
Polonia	197	5,3	272	6,4	240	6,9	214	7,4	127	4,8	130	5,1	75	2,7	57	1,6
Romania	146	3,9	214	5,0	279	8,0	389	13,5	402	15,2	663	26,0	522	19,2	526	15,2
altri paesi Europa orient.	67	1,8	44	1,0	55	1,6	66	2,3	56	2,1	157	6,2	337	12,4	808	23,3
senza fissa dimora Italia	45	1,2	52	1,2	93	2,7	148	5,1	120	4,5	118	4,6	108	4,0	63	1,8
totale Europa	653	17,5	837	19,6	877	25,3	1.006	35,0	881	33,5	1211	47,5	1.208	44,6	1.607	46,3
AFRICA, di cui:																
Marocco	151	4,0	132	3,1	99	2,8	62	2,7	72	2,7	73	2,9	61	2,2	37	1,1
Algeria	57	1,5	51	1,2	31	0,9	32	1,1	28	1,1	29	1,1	39	1,4	17	0,5
Tunisia	34	0,9	27	0,6	16	0,5	22	0,8	19	0,7	30	1,2	19	0,7	15	0,4
Egitto	51	1,3	63	1,5	58	1,7	59	2,0	39	1,5	31	1,2	28	1,0	17	0,5
Senegal	52	1,4	59	1,4	53	1,5	38	1,3	27	1,0	31	1,2	39	1,4	47	1,3
Costa D'Avorio	65	1,7	71	1,7	22	0,6	15	0,5	7	0,3	7	0,3	11	0,4	8	0,2
Nigeria	61	1,6	58	1,4	51	1,5	52	1,8	48	1,8	70	2,7	67	2,5	43	1,2
Etiopia	400	10,7	407	9,5	282	8,1	135	4,7	116	4,4	106	4,2	115	4,2	95	2,7
Somalia	431	11,5	462	10,8	102	2,9	46	1,6	34	1,3	37	1,4	22	0,8	9	0,3
totale Africa	1.528	41,0	1.567	36,7	866	24,8	632	22,0	502	19,0	523	20,5	498	18,4	382	11,0
ASIA, di cui:																
Filippine	119	3,1	252	5,9	255	7,3	174	6,0	23	0,9	17	0,7	9	0,3	5	0,1
Sri Lanka	85	2,2	76	1,8	57	1,6	25	0,9	14	0,5	24	0,9	24	0,9	17	0,5
Bangladesh	466	12,1	380	8,9	393	11,3	274	9,5	375	14,2	275	10,8	479	17,7	610	17,6
Pakistan	66	1,7	41	1,0	31	0,9	20	0,7	280	10,6	75	2,9	39	1,4	79	2,3
India	52	1,4	53	1,2	44	1,3	34	1,9	181	6,8	37	1,4	27	1,0	95	2,7
Cina	4	0,1	13	0,3	18	0,5	13	0,4	12	0,4	8	0,3	6	0,2	6	0,2
totale Asia	839	22,5	865	20,3	837	24,1	575	20,0	897	34,0	449	17,6	609	22,5	941	27,1
AMERICA di cui:																
Perù	525	14,0	755	17,7	628	18,1	464	16,1	230	8,7	145	5,7	145	5,3	142	4,1
Brasile	21	0,5	37	0,9	42	1,2	23	0,8	11	0,4	10	0,4	14	0,5	4	0,1
Ecuador	42	1,1	46	1,1	70	2,0	86	3,0	58	2,2	125	4,9	167	6,2	301	8,7
totale America	684	18,4	946	22,2	850	24,5	643	22,3	347	13,1	338	13,3	384	14,2	509	14,7
Oceania	0	0,0	2	0,1	2	0,1	0	0,0	0	0,00	0	0,0	1	0,1	0	0,0
Non noto	22	0,6	49	1,1	38	1,1	21	0,7	14	0,5	28	1,1	11	0,4	31	0,9
TOTALE	3.726	100	4.266	100	3.470	100	2.877	100	2.641	100	2.549	100	2.711	100	3.470	100
<i>numero Paesi rappresentati</i>	95		97		102		92		84		85		80		91	
<i>% maschi/femmine</i>	57%		52%		53%		54%		70%		64%		64%		60%	

Fonte: Area sanitaria Caritas di Roma, 2000

La rete degli ambulatori che la costituiscono ha iniziato le sue attività nel 1983, ed assiste, in circa il 90% dei casi, soggetti non iscrivibili al Servizio sanitario nazionale o che, per diverse motivazioni, non possono accedervi. Le sei strutture poliambulatoriali in questi sedici anni hanno complessivamente visitato circa 60.000 pazienti, provenienti da quasi 170 nazioni, erogando annualmente circa 20.000 visite di base e specialistiche.

Sono diverse le esperienze simili in Italia da quelle 'storiche' della Croce Rossa di Genova, il Biavati di Bologna avviate alla fine degli anni '70, del Naga di Milano e del S. Chiara di Palermo sorte a metà degli

anni '80, allo Stenone di Firenze, al Chirone di Messina, al Sermig di Torino, al Cesaim di Verona, a Porta aperta di Modena, al Poliambulatorio per immigrati di Brescia, e via via con storie più recenti Città aperta di Genova, Camminare insieme di Torino, Lidlp e Aspu di Perugia, Casa verde di Morena alle porte di Roma, Medici contro di Udine, Oikos di Bergamo, molte Caritas sparse per l'Italia, solo per citarne alcuni.

L'esperienza romana si caratterizza per essere immessa in una rete naturale gestita dalla stessa Caritas che vede una prima tappa in un significativo Centro d'ascolto ed orientamento degli stranieri (con circa 10.000 nuovi utenti l'anno) e una serie di servizi di sostegno (mense, dormitori ma anche corsi di lingua, avviamenti al lavoro, case famiglie, consulenza legale, ...); attorno a questo nucleo, in ambito sanitario si è articolata una capillare organizzazione di contatti, riferimenti, canali assistenziali e non solo. Sostenuta da centinaia di volontari questo sistema permette non solo di rispondere efficacemente al bisogno, ma anche di riflettere ed analizzare il bisogno stesso.

Sono tanti i dati che emergono da questa esperienza, un vero e proprio 'osservatorio di campo', il cui monitoraggio permette di intuire cambiamenti o novità ad esempio nel mondo più o meno sommerso dell'immigrazione regolare ed irregolare: cambiamenti dei flussi per nazionalità, per stratificazione sociale, per età, per sesso a volte per bisogni anche in rapporto alle risposte istituzionali attivate da una politica più o meno attenta.

Soffermandoci sull'aspetto sanitario e pur evidenziando che generalizzazioni sono certamente rischiose e difficilmente estensibili ad un panorama nazionale ed anche locale fortemente diversificato, è interessante sottolineare come nel tempo anche la componente irregolare dell'immigrazione indichi una progressiva stabilizzazione: tra coloro che hanno chiesto di utilizzare il servizio sanitario della Caritas nel 1998 solo il 2,2% era senza fissa dimora (era il 3,3% nel 1997), il 21% era ospite da parenti o amici ed il 68% viveva in un locale preso in affitto spesso con altri connazionali; se il 36% era in cerca di occupazione ed il 39% lavorava precariamente, il 25% aveva un lavoro stabile seppure in nero e quindi a rischio di soprusi e sfruttamento (era il 12% un anno prima).

Se esaminiamo dettagliatamente gli utenti degli ambulatori Caritas nei 16 anni di attività notiamo come complessivamente siano prevalentemente africani (moltissimi sono provenienti dal Corno d'Africa, comunque quasi tutti i paesi di questo continente sono presenti), seguono europei (dai paesi dell'est, in particolare dalla Polonia, ultimamente dalla Romania, Ucraina e Moldavia) ed una parte (attualmente in aumento) sono asiatici (Bangladesh, Pakistan, Filippine...) e soprattutto del sud America. È da considerare, comunque, che una caratteristica della popolazione straniera più o meno regolare, accanto ad una forte diversificazione etnica, è l'estrema dinamicità dei flussi per paese di provenienza, legata a situazioni politiche, sociali ed economiche che i singoli paesi attraversano o a catene migratorie più o meno legali che possono attivarsi.

**Provenienza per nazionalità dei pazienti afferiti al Poliambulatorio
della Caritas di Roma dal 6.1.1983 al 31.12.1999²**

Ran k	Nazione		%	Ran k	Nazione		%
1.	Etiopia	6.323	15,5	9.	Albania	976	2,4
2.	Bangladesh	3.659	9,0	10.	Ecuador	932	2,3
3.	Romania	3.478	8,5	11.	Nigeria	861	2,1
4.	Perù	3.327	8,2	12.	Pakistan	850	2,1
5.	Polonia	3.060	7,5	13.	Moldavia	719	1,8
6.	Somalia	3.037	7,4	14.	India	593	1,5
7.	Marocco	1.463	3,6	15.	Senegal	592	1,5
8.	Filippine	1.057	2,6	16.	Ucraina	529	1,3
all'undicesimo posto dovrebbe inserirsi l'Italia con 907 utenti (2,2%), fenomeno recente che certamente esprime un disagio sociale crescente.							

Fonte: Area sanitaria Caritas di Roma, 2000

Così nel 1983 le prime rilevazioni hanno mostrato una popolazione quasi esclusivamente africana, negli anni successivi è arrivata a Roma una popolazione proveniente, in misura più o meno elevata, dai paesi dell'est Europa (47% sul totale 1986, 23% nel 1987); il 1989 ha visto nuovamente prevalere gli africani ed in particolare etiopi e somali; il 1990 ha fatto notare un costante aumento degli immigrati dall'estremo Oriente, in particolare dal Bangladesh e dal Pakistan; il 1991 ha presentato l'incremento di europei (albanesi e rumeni), ancora somali, asiatici e peruviani; quindi persone provenienti dall'America latina, soprattutto donne, e dalla Romania e Bangladesh, uomini (dati 1993 - 1995), mentre la presenza degli africani ha subito un forte ridimensionamento. Dal 1994 si è registrato un preoccupante aumento degli italiani, soprattutto tra i 45 e i 55 anni ed in alcuni casi senza fissa dimora, che hanno usufruito dei servizi della Caritas poiché non riuscivano ad accedere per problemi economici alle strutture pubbliche.

Attualmente circa il 40% degli utenti è di sesso femminile e tra le donne sono significativamente presenti le ucraine e le moldave mentre tra gli uomini coloro che provengono dal Bangladesh e dalla Romania.

Sono persone giovani: tra i 16 e 45 anni sono stati l'87,5% nel 1993, l'80,5% nel 1995 e l'81,3% nel 1999; attualmente tra le donne, soprattutto tra quelle provenienti dai paesi dell'est, l'età media si è alzata con presenze significative di signore intorno ai 40 anni (il 75,7% delle ucraine, il 61,6% delle moldave ma anche il 54,8% delle peruviane). I più giovani provengono dal Corno d'Africa e dall'America latina, i più 'vecchi' sono nord africani, medio-orientali e recentemente coloro che provengono dall'Albania e dai paesi dell'est. È da notare che, lentamente ma progressivamente, aumentano i pazienti di età 'estreme': i più piccoli, spesso nati in Italia, e gli anziani.

Oltre il 60% delle persone complessivamente assistite ha riferito di avere un diploma di scuola media superiore e circa il 10% addirittura universitario; solo tra il 4 ed il 9% non ha titolo di studio. I dati complessivi maschili e femminili si sovrappongono: gli immigrati con i livelli di scolarità più alta tra gli uomini provengono dal Medio oriente, dall'America latina e dal Corno d'Africa, tra le donne dall'Europa dell'est e dall'America latina; i livelli più bassi si trovano tra coloro che provengono dal nord Africa e da alcuni paesi

dell'est (Albania, Romania). Tra i pazienti del 1999 il 41,6% aveva un diploma di scuola media superiore (il 49,9% tra le donne) e il 10% universitario (il 13% tra le donne).

Un dato interessante, e attualmente molto discusso, è il cosiddetto intervallo di benessere che proprio dall'esperienza romana era stato definito agli inizi degli anni '90 e che rappresenta il tempo intercorso dall'arrivo in Italia, a Roma in particolare, al primo utilizzo di una struttura sanitaria ed in qualche modo è misura di un patrimonio di salute che si perde. Allora si individuò in circa 1 anno tale periodo a supporto di una migrazione sostanzialmente sana sul piano fisico e psichico. Alcune osservazioni tendono oggi ad affermare che questo intervallo si sia bruscamente accorciato negli ultimi anni; l'esperienza della Caritas solo in parte conferma tale ipotesi in quanto quasi il 45% dei nuovi pazienti ha utilizzato per la prima volta un ambulatorio medico dopo un anno dall'arrivo in Italia e il 10,5% dei pazienti (8% tra le donne) è in Italia da almeno tre anni al momento dell'utilizzo della struttura sanitaria per la prima volta. Ciò è in linea con le osservazioni espresse nel primo capitolo e cioè un 'effetto migrante sano' vale ancora per molti seppur con una attenuazione per chi viene 'a seguito' di progetti migratori già percorsi da altri o è costretto a 'scappare' (profughi e rifugiati).

Certamente l'esperienza citata insieme a tante altre in varie parti d'Italia, ha permesso in oltre 15 anni di raccogliere dati, casistiche, riflessioni che possono cercare, seppur con evidenti limitazioni metodologiche, di definire ed individuare alcune condizioni particolarmente a rischio per la salute dei cittadini stranieri.

**Gruppi di malattie più frequenti diagnosticate a pazienti immigrati negli anni
1988-1998 presso alcuni centri di assistenza sanitaria gestiti dal volontariato
a Roma, Milano, Torino, Verona, Palermo e Perugia**

Periodo di indagine	1993-95	1993	1988-92	1993-97	1991-97	1995-98
Struttura	Caritas Roma	Naga Milano	Sermig Torino	Cesaim Verona	S. Chiara Palermo	Lidlp, Aspu Perugia
Diagnosi						
Respiratorio	16,5%	14,7%	19,3%	15,0%	20,0%	14,2%
Digerente	13,7%	13,4%	14,2%	9,0%	11,0%	13,5%
Ortopediche	12,3%	17,4%	13,5%	11,0%	14,0%	9,5%
Dermatologiche	7,5%	10,1%	11,9%	7,0%	11,0%	7,3%
Infettive	8,1%	5,9%	-	3,0%	3,0%	9,7%
Ostetriche	5,2%	6,9%	-	8,0%	1,0%	-
Genito-Urinarie	8,7%	9,1%	5,2%	2,0%	4,0%	13,3%
Psicol.-psichiatriche	2,9%	2,9%	-	2,0%	1,0%	2,0%
<i>Altre</i>	<i>25,1%</i>	<i>19,6%</i>	<i>35,9%</i>	<i>43,0%</i>	<i>35,0%</i>	<i>30,5%</i>

Fonte: Geraci da fonti varie, 1995-2000

Nella tabella vengono mostrate le patologie più frequenti diagnosticate negli anni 1991-1998 ai pazienti afferenti in sei centri sanitari per immigrati irregolari gestiti dal volontariato, presenti nelle città di Roma, Milano, Torino, Verona, Palermo e Perugia. Si tratta di un'ampia casistica di circa 80.000 diagnosi su una popolazione di oltre 35.000 utenti stranieri.

Questi risultati ricalcano sostanzialmente quelli emersi da una ricerca multicentrica effettuata nel 1992 su 1.614 immigrati di 6 regioni italiane (Lombardia, Emilia Romagna, Toscana, Umbria, Lazio e Sicilia) sulla base di 2.292 visite effettuate con una scheda di rilevazione comune.

Considerando che l'utenza di questi centri rappresenta la frazione di immigrati maggiormente esposti a rischi per la salute (in quanto precariamente inseriti nella società), si evidenzia, anche con il conforto di altre casistiche di centri di assistenza pubblici, che, in generale, l'individuo appartenente ad una prima generazione di immigrati arriva effettivamente in Italia con un buono stato di salute. Le condizioni di vita cui andrà soggetto potranno poi essere in grado di minare, in misura più o meno rilevante, la sua salute, prevalentemente con patologie acute a carico degli apparati respiratorio, digerente ed osteoarticolare (traumatismi); una quota notevole di domanda assistenziale è poi legata alla gravidanza e all'espletamento del parto, come già messo in luce dai dati ospedalieri precedentemente illustrati.

Da una ricerca condotta dall'Osservatorio dell'Ismu³ durante il 1998 nella'area milanese, è emerso che, anche in termini di percezione, la salute non viene avvertita come un problema prioritario da parte degli immigrati. Infatti, tra i circa 1.000 stranieri provenienti da Pvs e dall'est Europa intervistati, cui era stato chiesto di elencare, in ordine di importanza, i tre problemi maggiormente sentiti (ad eccezione del lavoro), solo il 3,6% ha indicato come prioritaria l'assistenza sanitaria (in generale, la salute occupa l'ottavo posto sui nove items previsti dal questionario somministrato). Da un'altra domanda, che indagava le variazioni di salute fisica e psicologica percepite, in positivo o in negativo, dall'arrivo in Italia, è risultato che, in relazione alla salute fisica: il 35% dei rispondenti ha indicato un suo miglioramento dall'arrivo in Italia, il 10,5% ha indicato un peggioramento, mentre il 54,5% sostiene che non vi è stato alcun sostanziale cambiamento (leggermente peggiorativa è la salute percepita dagli individui che vivono nella provincia di Milano). Relativamente ai disturbi accusati dagli immigrati, a Milano l'86,4% afferma di non soffrire di alcun disturbo (78,6% fornisce questa risposta in provincia); seguono i disturbi all'apparato digerente (2,6% tra coloro che vivono in città; 2,9% in provincia); problemi di carattere ortopedico-traumatologico (1,6% in città; 3,6% in provincia); problemi psicologici e sociali (1,2% in città; 2,7% in provincia) e così via.

Anche se, come mostrato dalla tabella precedente e confermato da queste interviste, da un punto di vista epidemiologico le patologie psichiatriche non occupano attualmente un posto di rilievo, ciononostante esse sono di estremo interesse per capire di più e meglio l'area del disagio, che con l'integrazione è intimamente connessa. L'esperienza clinica diretta ha messo in luce in questi anni la rilevanza dell'impatto che la variabile culturale esercita sulla percezione della salute e sull'espressione della domanda di assistenza. Che l'integrazione sia un elemento cruciale, è dimostrato dal fatto che il principale fattore di rischio psicopatologico per il migrante è rappresentato dal fallimento o dalla minaccia di fallimento del progetto migratorio, che all'integrazione sono strettamente collegati. Non sfugga come l'esperienza del migrare, in particolare per la prima generazione, sia in grado di sovvertire completamente i ruoli all'interno della famiglia (ad esempio con una dequalificazione del ruolo maschile paterno), innescando dinamiche complesse e potenzialmente rischiose per la salute psichica.

Alcune aree critiche per la salute

Da una analisi della letteratura italiana sulle condizioni sociali e sanitarie dell'immigrato, si possono individuare alcune aree critiche che necessitano di particolare attenzione soprattutto in termini di programmazione e di pianificazione di politiche socio-sanitarie.

Come abbiamo schematicamente descritto nel primo capitolo possiamo suddividere queste aree in tre ambiti grossolanamente definiti da alcune condizioni patologiche, da condizioni fisiologiche e sociali.

Aree critiche per la salute dell'immigrato

- Condizioni Patologiche
malattie infettive (tb, mst, ...)
malattie dermatologiche
disagio/malattie psichiatriche
traumi e incidenti

- Condizioni Fisiologiche
maternità
infanzia
vecchiaia

- Condizioni Sociali
prostituzione e tratta
abuso
detenzione

- Aggravanti
disagio sociale
immigrazione 'forzata' or 'non selezionata'
irregolarità giuridica
mancanza/difficoltà accesso ordinario strutture sanitarie

Cominciamo da alcune condizioni patologiche che meritano un certo interesse soprattutto per l'impatto sociale che esse hanno; in particolare parleremo della tubercolosi e delle malattie sessualmente trasmissibili con riferimento anche all'aids.

Un improvvido calo dell'impegno organizzativo-strutturale nella sorveglianza della tubercolosi (tb), congiunto ad un aumento quali-quantitativo dei soggetti a rischio, ha determinato - a partire da circa quindici anni fa - una preoccupante recrudescenza epidemiologica di questa patologia in molte parti del mondo, compresi paesi occidentali ad elevato tenore socio-economico (quali gli Usa e la stessa Italia), che adesso si ritrovano chiamati, con diverso successo, ad un rinnovato quanto economicamente rilevante impegno. Ogni anno, stima l'Oms, si hanno nel mondo 54 milioni persone che si infettano con il micobatterio della tubercolosi e sono circa 6,8 milioni coloro che sviluppano la malattia che è responsabile del 9,6% di tutte le morti che si verificano sulla terra nella fascia di età compresa tra i 15 e i 59 anni: il 98%

dei decessi ascrivibili a questa infezione interessa i paesi poveri, dove il 75% dei malati con aids muore per tubercolosi.

Tra i soggetti a rischio, accanto a immunodebitati di diversa natura: anziani, tossicodipendenti, sieropositivi per hiv (il virus responsabile dell'aids), senza fissa dimora..., sono stati evidenziati anche gli immigrati, che, secondo recenti stime, rappresentano in Italia circa 1/5 di tutti i casi di tb polmonare e circa 1/3 dei casi contagiosi; una cospicua parte di essi proviene tra l'altro da regioni intertropicali asiatiche ed africane ove la malattia è particolarmente diffusa. Chi ha memoria storica non potrà stupirsi di quanto detto: la tubercolosi si è sempre caratterizzata come una patologia delle basse classi sociali, dei gruppi connotati da un basso livello economico e quindi da un modesto o misero tenore di vita, da condizioni igienico-sanitarie più scadenti, da una maggiore marginalità sociale, insomma, di coloro che vanno più facilmente incontro - per cause esogene o endogene - ad un abbassamento delle difese immunitarie. Come patologia della povertà e dell'emarginazione sociale potremmo provocatoriamente affermare che la tubercolosi è la malattia che meglio misura l'incapacità di un paese di accogliere degnamente gli stranieri.

Teoricamente, l'immigrazione da paesi ad alta prevalenza di infezione tubercolare verso aree a bassa prevalenza non dovrebbe costituire un rischio epidemiologico rilevante per le seguenti motivazioni come ha ben specificato Salmaso [1994]:

- 1) il processo migratorio, così come è confermato in vari studi a carattere internazionale e dalle nostre osservazioni a carattere nazionale, viene affrontato da individui giovani e sani;
- 2) nel paese ospite esiste generalmente un sistema sanitario sia di controllo, sia di cura, sufficientemente sviluppato, che annulla quasi totalmente i rischi per la popolazione residente;
- 3) attualmente abbiamo a disposizione presidi farmacologici che, quando opportunamente utilizzati, garantiscono un'efficace profilassi ed un idoneo controllo della malattia.

Le condizioni di degrado socio-ambientale in cui l'immigrato si viene a trovare nel paese 'ospitante', fanno purtroppo sì che il suo rischio globale di malattia e di contagiosità tubercolare sia addirittura superiore a quello dei suoi coetanei rimasti in patria. In particolare gli squilibri dietetici, le infezioni intercorrenti e lo stress globale aumentano il rischio di riattivazione endogena del micobatterio, mentre la promiscuità abitativa in ambienti malsani moltiplica il rischio di prima infezione e di reinfezione esogena. Si noti che i climi freddi influiscono negativamente sia sulle probabilità di contagio (lunga permanenza in luoghi chiusi) che sulla resistenza individuale alla progressione della malattia (bilancio energetico sfavorevole).

Vari studi internazionali sottolineano il maggior rischio di malattia tubercolare tra gli immigrati e tutti enfatizzano soprattutto le condizioni di marginalità sociale come cause determinanti per lo sviluppo della malattia: nell'America del nord gli aumenti di mortalità per tubercolosi sono stati associati alle ondate di immigrazione, soprattutto dei soggetti costretti a vivere in condizione di emarginazione. Le comunità di eschimesi e di indiani presenti in Canada hanno dimostrato una media annuale di incidenza della tubercolosi (168 casi per 100.000) molto più alta di quelle autoctone. In Olanda gli immigrati di sesso maschile compresi tra i 20 e i 39 anni costituiscono la fascia con il rischio maggiore di malattia. Il British Medical Research Council ha denunciato, fra gli immigrati asiatici provenienti dalla penisola Indiana e residenti in Inghilterra e nel Galles nel 1983, un'alta proporzione di varie forme di tubercolosi polmonari ed extrapolmonari. In Francia, rispetto alla popolazione locale, il rischio di infezione è 3 volte maggiore per gli stranieri europei, 6 volte maggiore per gli Algerini, 39 volte maggiore per gli immigrati provenienti dal Mali e da 20 a 50 volte per gli altri africani ed asiatici. Il rischio di contrarre la malattia tubercolare nel paese di immigrazione aumenta in relazione alle difficoltà socio-economiche e diviene particolarmente alto per coloro che provengono da zone geografiche ad alta endemia. Inoltre sono più frequenti, in queste popolazioni, i rischi di una antibiotico-resistenza dei ceppi batterici responsabili dell'infezione. In Gran Bretagna solo

nell'1,6% dei malati è possibile mettere in evidenza bacilli resistenti ad almeno un antibiotico, mentre fra gli immigrati si è dimostrata un'antibiotico-resistenza nel 7,5% dei casi di primo accertamento e nel 12,8% dei casi di recidiva. Negli Stati Uniti è stato verificato che un terzo degli Indocinesi malati di tubercolosi era stato infettato da microorganismi resistenti ad almeno un farmaco.

La tendenza all'aumento della tubercolosi in Italia, può essere spiegata anche nei termini sopra descritti. Le nuove fonti sembrano concentrarsi proprio nei gruppi di popolazione a rischio in rapporto alle proprie opportunità di vita e di inserimento nel tessuto sociale, con la possibilità di diffusione dell'infezione in maniera quasi esclusiva nel proprio gruppo, creando un circolo vizioso che - in mancanza di idonei interventi di tutela sanitaria - può ancora una volta creare separazione ed emarginazione.

Nonostante un progetto nazionale tb coordinato dall'Istituto superiore di sanità (Iss), i dati sono ancora non particolarmente significativi (si passa dai 3.799 nuovi casi notificati nel 1994, a 3.750 nel 1995, a 3.800 nel 1996 ed infine a 3.668 nel 1997) ma indicano un'aumento percentuale dei casi riferiti a stranieri: rispettivamente 10,7%, 11%, 11,3%, 13,9%.

Interessante è la valutazione del fatto che, per quanto riguarda l'immigrazione, il tempo intercorso tra l'arrivo in Italia e l'esordio della malattia, in una casistica di 267 pazienti immigrati rilevata tra il 1990 e 1997 dall'Ambulatorio Caritas di Roma, era di oltre 6 mesi in quasi il 76% dei casi e di almeno un anno in più del 56%; ciò potrebbe indicare soprattutto la concorrenza, nel favorire lo sviluppo della patologia, di fattori ambientali locali ed in particolare del degrado socio-abitativo in cui una buona parte degli immigrati si ritrovano a vivere. Nello stesso periodo i nuovi utenti Centro Stranieri Caritas sono stati 66.662 provenienti da 159 nazioni (66% uomini, 34% donne) ed i nuovi pazienti dell'Ambulatorio Caritas 28.132 provenienti da 147 Nazioni (60% uomini, 40% donne - 90% non iscrivibili al Ssn) e dei 267 pazienti affetti da tb provenienti da 38 nazioni (0,4% sul totale nuovi utenti Centro Stranieri; 0,9% sul totale nuovi pazienti Ambulatorio) il 59% erano uomini, e complessivamente avevano un'età media di 29,8 anni.

Distribuzione per tempo intercorso dall'arrivo dell'immigrato in Italia e manifestazione della tubercolosi nei pazienti Ambulatorio Caritas di Roma

	0-6 mesi	7-12 mesi	> 12 mesi
1990	2	2	10
1991	7	6	10
1992	10	6	9
1993	12	6	16
1994	11	7	27
1995	14	3	26
1996	2	13	26
1997	5	10	27
Totale	63	53	151
%	23,60	19,85	56,55
%	23,60	76,40	

fonte: Area sanitaria Caritas Roma - 1998

La precarietà del loro inserimento sociale, spesso l'irregolarità e la clandestinità, un'estrema mobilità e la scarsità di risorse economiche fanno sì che i normali schemi di controllo e di chemiopprofilassi non possano spesso essere adottati. Il problema della *compliance*, unitamente alla possibilità di accedere ai servizi sanitari di diagnosi e cura (disponibilità di farmaci) in modo gratuito, sono le reali emergenze nell'affrontare questa problematica, piuttosto che i ventilati controlli obbligatori, che potrebbero ulteriormente 'colpevolizzare' l'immigrato nei confronti dell'opinione pubblica, probabilmente ottenendo una 'fuga' dall'ufficialità dello straniero ed un aggravamento della "clandestinità sanitaria".

Le condizioni di disagio ambientale già precedentemente approfondite sembrano quindi esporre tali individui ad un più elevato rischio di malattia, che a sua volta viene mantenuto alto dal costante sovraffollamento degli alloggi (stanze spesso anguste e con scarso ricambio d'aria) di cui gli immigrati riescono ad usufruire: tale situazione sembra giustificare il fatto che la diffusione della patologia riguardi soprattutto gli stessi gruppi di immigrati o le proprie comunità, che tendono a ricostituirsi anche in terra straniera ed, in maniera assai meno rilevante, la popolazione italiana.

Per quanto riguarda gli aspetti clinici, tutti gli autori hanno riscontrato nel paziente immigrato affetto da tb un'età giovanile (20-30 anni), con una netta prevalenza del sesso maschile (75-80%). L'esordio della malattia non si differenzia da quello rilevato nei pazienti italiani: segni dell'apparato respiratorio (tosse secca o produttiva persistente, dolori toracici, emoftoe, e dispnea) e tossiemici (astenia, adinamia, anoressia, febbre persistente, sudorazioni notturne). L'associazione della tb con l'infezione da hiv (che nell'Africa sub-sahariana sfiora il 50% dei casi, coinvolgendo 2,4 milioni di individui), in Italia sembra essere piuttosto infrequente (coinfezione in meno del 4% dei pazienti). Secondo Di Pisa e colleghi [1993], le forme polmonari sono prevalenti e percentualmente superiori rispetto agli italiani; frequenti sono anche le localizzazioni multiple. Tra le forme extrapolmonari prevalgono nettamente le localizzazioni linfonodali, frequentemente adenopatie mediastiniche. Per ciò che riguarda la terapia, va segnalata un'alta incidenza di resistenze alla isoniazide, forse dovuta all'uso, nei paesi di origine, di farmaci a scarsa attività antibatterica e a basso costo; tale fenomeno giustifica - per i primi due mesi - un trattamento con quattro farmaci (isoniazide, rifampicina, pirazinamide ed etambutolo) seguita da una fase di mantenimento di quattro mesi con l'associazione isoniazide-rifampicina.

Come precedentemente accennato, il problema della collaborazione fattiva ed informata del paziente al trattamento (la cosiddetta '*compliance*') risulta essere di primaria importanza. Possono essere individuati come causa di una insufficiente *compliance* una serie di fattori:

- la sottovalutazione della malattia da parte del paziente, che tende ad interrompere la terapia dopo il miglioramento iniziale dei sintomi;
- le difficoltà relative al rapporto medico-paziente (in tale definizione sono riassunte le difficoltà di comunicazione linguistico-culturale, che ostacolano l'instaurarsi di un rapporto fiduciale tra mondi a volte così diversi; ciò si traduce spesso nella difficoltà di veder applicati i protocolli terapeutici prescritti, a volte anche per rivalsa verso figure istituzionali da parte di immigrati ai margini della società);
- problematiche legate alla sopravvivenza, come spostamenti da una città all'altra per motivi di lavoro, prematura ripresa dell'attività lavorativa (a volte di notevole impegno fisico), con susseguenti difficoltà a reperire i farmaci prescritti e ripetute interruzioni della terapia.

Altre condizioni patologiche che spesso vengono evocate come situazioni emergenti sono le malattie sessualmente trasmissibili (mst); esse rivestono attualmente nei cinque continenti un ruolo particolarmente significativo, essendo nella maggior parte dei paesi il gruppo di malattie infettive notificabili più rilevante, in particolare nella fascia di età sessualmente più attiva (15-50 anni) ed in quella infantile (a motivo della trasmissione verticale causata da madri infette).

Per il 1995 l'Oms ha stimato 12 milioni di nuovi casi di sifilide, 62 milioni di nuovi casi di gonorrea, 90 milioni di nuove infezioni da *Chlamydia trachomatis* e 170 milioni da *Trichomonas vaginalis*; poco meno del 70% di questi casi di mst sarebbe stato diagnosticato nel sud-est asiatico ed in Africa, con rispettivamente oltre 150 e 75 milioni di casi. Per quanto riguarda la Sindrome da immunodeficienza acquisita (aids), che, descritta quasi venti anni fa, ha ormai assunto caratteristiche di pandemia, delle 14 milioni di vittime fino ad oggi prodotte, più di 11 milioni sono africani, di cui quasi 3 milioni sono bambini. Nel 1998 in Africa sono morti 2 milioni di donne, uomini e bambini. Il 95% dei nuovi casi di aids è nei pvs. Ogni giorno ci sono 16.000 nuove infezioni. Oggi circa un terzo dei malati di aids muore di tubercolosi. Di tubercolosi muoiono circa 2 milioni di persone ogni anno. Solo il 16% dei pazienti affetti di tb viene sottoposto alle cure necessarie.

A corollario di tali stime, va ricordato che l'affidabilità dei dati di patologia è determinata dall'esistenza di efficienti flussi informativi (possibili in organizzazioni sanitarie avanzate), nonché dall'accuratezza e completezza dei casi riportati.

I dati più completi sull'incidenza delle mst attualmente disponibili provengono solo da pochi paesi industrializzati; per molti paesi cosiddetti in via di sviluppo invece, in cui le mst sono endemiche, sono talora disponibili (essendo quelli di incidenza inaffidabili) solo dati di prevalenza ottenuti da studi ad hoc su gruppi di popolazione, che offrono utili indicazioni, pur non essendo rappresentativi della popolazione totale e richiedendo quindi caute interpretazioni.

Sotto l'aspetto clinico-epidemiologico, va schematicamente operata una distinzione tra paesi meno sviluppati e paesi industrializzati. Per questi ultimi, la seconda metà del secolo ha visto, all'interno degli oltre 20 patogeni riconosciuti causa di mst, un progressivo declino degli agenti batterici tradizionali (in particolare *Treponema pallidum* e *Neisseria gonorrhoeae*) e l'affermarsi di una seconda generazione di patogeni sia batterici che virali (*Chlamydia trachomatis*, *Herpes virus* e Papillomavirus umani, hiv); questi sono purtroppo frequentemente più difficili da diagnosticare, trattare e controllare e spesso causa di gravi complicazioni. Anche nei paesi meno sviluppati (ove le mst rappresentano per i giovani adulti uno dei principali problemi di sanità pubblica), pur permanendo ingente la presenza delle malattie veneree classiche,

si sono ultimamente iniziati ad identificare, registrando spesso alte prevalenze, anche i patogeni sessualmente trasmessi di seconda generazione, come ad esempio la *Chlamydia*.

Fenomeno di sempre maggiore attualità e problematicità nel controllo di tali patologie è quello dell'acquisita resistenza agli antibiotici, a larga diffusione in tutti i paesi. In particolare vi è stata, nel passato decennio, una estesa diffusione di ceppi di *Neisseria gonorrhoeae* ad elevato grado di resistenza alla penicillina e ad alcuni altri antibiotici. A tal proposito un fattore ritenuto coadiuvante, oltre all'abuso di prescrizione operato dai sanitari, è rappresentato da un insufficiente controllo sulla vendita di antibiotici e dalla facilità con la quale, in alcuni paesi in via di sviluppo, operatori nel campo sessuale, prostitute e loro clienti dispongono di antibiotici senza prescrizione medica ed attuano un autotrattamento a scopo curativo e profilattico.

L'importanza delle mst non si riduce però al fatto di essere causa complessiva di una rilevante morbilità. Alla sofferenza dei malati vanno infatti aggiunti il costo economico sanitario e quello legato alla perdita di produttività, anche per le possibili compromissioni della funzione riproduttiva e le gravi sequele; assolutamente non trascurabile è infine il ruolo giocato dalle mst nell'aumentare, a causa delle lesioni di continuo provocate sulla mucosa genitale, la probabilità di trasmissione del virus dell'immunodeficienza umana (hiv); questo, a sua volta, può favorire la manifestazione di infezioni a livello genitale, con il risultato di un'amplificazione reciproca.

Oltre ai fattori succitati, la diffusione delle mst è stata in queste ultime decadi condizionata dalla maggiore mobilità delle popolazioni; ciò motiva una specifica attenzione sulle possibili implicazioni venereologiche del fenomeno migratorio.

I principali paesi fonte di emigrazione verso l'Europa appartengono, come abbiamo visto, all'Africa, all'America latina ed all'Asia sud-orientale (oltrechè all'Europa dell'est). Tutti questi paesi hanno in comune alcune caratteristiche: gli alti indici di natalità attestano ad esempio che una parte considerevole della loro popolazione è in età giovane e sessualmente attiva. Li accomuna inoltre il sempre crescente fenomeno dell'inurbamento, di cui sono prevalentemente protagonisti gli uomini, in cerca di migliori condizioni economiche e materiali. L'elevata disoccupazione propria di tali realtà urbane è però alla base di situazioni di emarginazione in cui possono avere spazio fenomeni di promiscuità e prostituzione; tale retroterra, specie in assenza di interventi sociali, può motivare almeno in parte la larga diffusione delle mst.

Per quanto riguarda alcune aree del sud-est asiatico come la Thailandia, occorre dire che il fenomeno della prostituzione è ormai divenuto motivo di attrazione e nello stesso tempo è incentivato da forme di 'turismo del sesso' di cui sono protagonisti principali i cittadini occidentali; basti pensare che il 42% degli uomini con ceppi di gonorrea penicillino-resistenti (ppng) nel Regno Unito hanno citato una fonte di contagio situata nel sud-est asiatico.

La sorveglianza ed il controllo delle mst, di per sé complessi, incontrano in tutti i continenti ulteriori e peculiari difficoltà quando rivolte a particolari sottopopolazioni, quali quelle delle fasce sociali più povere, dei nomadi e degli immigrati (ragionevolmente ipotizzabili a maggior rischio).

La difficoltà di accedere ai servizi sanitari pubblici specializzati (centri mst, ambulatori dermatovenereologici e ginecologici), unita alla difficoltà economica di garantirsi le cure privatamente, rende tali soggetti pressoché 'invisibili' alle strutture istituzionalmente preposte alla cura e alla sorveglianza. Ancor più difficilmente realizzabili, per la difficoltà di raggiungere efficacemente queste persone, risultano gli interventi di prevenzione.

Da tutto ciò ne deriva - secondo vari documenti dell'Oms - l'importanza di adottare, in tutti i continenti, adeguati programmi di controllo, che riservino un posto particolare a strategie di prevenzione primaria basate su modificazioni dei comportamenti sessuali a rischio, combinati con l'istituzione di servizi clinici

adeguati; ciò comporta un'attribuzione di priorità all'integrazione delle misure di controllo delle mst con l'assistenza sanitaria di base. Le strategie per prevenire la trasmissione dei microrganismi diffusi attraverso rapporti intimi dovranno soprattutto rimanere flessibili e sapersi adattare alle diverse realtà sociali, etniche, cliniche, finanziarie e politiche.

Preme qui sottolineare l'enorme importanza svolta dalle culture di origine nel determinare i comportamenti, in particolar modo quelli sessuali, ed i condizionamenti dettati in questo ambito dalle religioni di appartenenza. Un approccio alla problematica sanitaria (in particolar modo se con finalità preventive), che ignori questi aspetti antropologici e sociologici, è a nostro avviso destinato a fallire. Basti pensare alle differenti concezioni del proprio corpo tipiche delle diverse culture; alle diverse soglie del pudore (si prendano come estremi il comportamento estremamente pudico delle donne musulmane e l'emancipazione sessuale femminile caratteristica dei paesi scandinavi).

Di particolare interesse risulta essere la conoscenza del credo religioso e lo studio della sua influenza sui comportamenti sessuali. Sulla base dell'ipotesi che le comunità straniere in Italia abbiano - sotto il profilo dell'appartenenza religiosa - la medesima composizione statistica dei paesi di provenienza, si stima che circa il 50% degli stranieri presenti in Italia siano cristiani, di cui più del 27% costituito da cattolici (con maggiore concentrazione nella città di Roma ove ha sede il Vaticano); si valuta che più del 36% siano di fede musulmana; il restante 14% sarebbe costituito da ebrei, induisti, animisti, buddisti e scintoisti, ecc.

Antonietta D'Antuono e colleghi [1994] hanno ad esempio interpretato la loro mancanza di riscontro di mst tra pakistani come effetto di un'osservazione scrupolosa dei precetti religiosi, che risulterebbero avere perciò funzioni 'protettive'; nei nordafricani invece essi hanno notato comportamenti incostanti e trasgressivi vissuti con 'sensi di colpa' (alto ricorso alla prostituzione ed al non utilizzo del condom) che attesterebbero il fattore religioso come non-protettivo; stessa mancanza di protezione del fattore religioso è stata osservata dagli stessi autori nei pazienti senegalesi, non accompagnata però da sensi di colpa (forse per una maggiore integrazione sociale).

Importante sembra anche l'analisi delle modalità e delle circostanze di socializzazione degli immigrati con la popolazione residente e/o fra loro. Sembra di poter dire che le maggiori occasioni di incontro avvengano tra gli immigrati stessi (soprattutto all'interno della stessa etnia) che, soprattutto nelle grandi città, usano ad esempio frequentare gli stessi locali e ritrovi pubblici.

Cruciale risulta essere inoltre il ruolo dei mezzi di comunicazione di massa; la potenziale diffusione di malattie infettive, soprattutto della sfera sessuale, è infatti frequente oggetto di articoli con diverso indirizzo ed approfondimento.

Come in molti altri paesi, anche nel nostro è oggi da ritenere che le mst siano ampiamente sottostimate; ciò, oltre ad una mancanza di 'cultura epidemiologica' e di senso di responsabilità da parte del mondo medico, è probabilmente da attribuirsi non solo alla presenza di numerosi pazienti asintomatici o che trascurano di rivolgersi agli operatori sanitari, ma anche all'attuale organizzazione dei servizi ed alla mancanza di flussi informativi realmente efficienti.

Dopo un'indagine retrospettiva condotta in 85 centri dermatovenereologici nazionali - relativa agli anni 1986-1989 - che ha documentato la gravità della sottostima e l'incompletezza dei dati ufficiali riguardanti le mst, l'Iss ha attivato, a partire dal settembre 1990, un "*Sistema di sorveglianza nazionale delle mst*", un sistema 'sentinella' che si basa su una rete di 47 strutture cliniche pubbliche specializzate; i dati relativi ai casi segnalati da tali strutture vengono pubblicati in rapporti sintetici semestrali. Le definizioni di caso, basate su criteri clinici e laboratoristici sono state preventivamente concordate da tutti i centri partecipanti e

riguardano 23 patologie sessualmente trasmissibili. Dal 1992 sono stati inseriti in questa rete nazionale anche 5 centri della Società italiana di medicina delle migrazioni legati al mondo del volontariato gemellati a 5 centri pubblici nelle città di Genova, Milano, Bologna, Roma e Palermo. Il flusso informativo si realizza attraverso la compilazione e l'invio, da parte di ogni centro della Simm (che si avvale dei dati raccolti dal centro mst di riferimento), di una scheda di raccolta mensile al centro di coordinamento nazionale presso l'Iss.

Questa iniziativa di ricerca, pur configurandosi come una rete di sorveglianza di casi registrati e non, ovviamente, come un vero e proprio sistema capillare di raccolta di notifiche su scala nazionale, ha permesso di migliorare l'osservazione e la comprensione del fenomeno mst in Italia e si sta quindi rivelando un'esperienza preziosa. I pazienti affetti da mst, inoltre, possono essere utilizzati come popolazione sentinella per la diffusione dell'hiv.

Dal rapporto di tale Sistema di sorveglianza, relativo al periodo gennaio 1991 - giugno 1995, emerge che più del 10% dei pazienti mst è risultato essere straniero, di cui oltre il 50% proveniente dall'Africa.

Più precisamente i casi di mst segnalati in pazienti di nazionalità straniera sono stati 4.262; il 71,2% dei soggetti affetti è risultato di sesso maschile. L'età mediana rilevata è stata di 29 anni (con range 14-80 anni). I continenti di origine sono risultati essere: l'Europa nel 25,9% dei casi; l'Africa nel 52,2% (dove il solo Nord-Africa costituisce il 35%); il continente americano nel 14,6% (di cui il 75% dal Sud-America); l'Asia per il 6,8% e l'Oceania per lo 0,5%. Il 54,2% dei pazienti ha un grado di istruzione superiore, il 7,2% universitario, il 13,5% non ha un'istruzione scolastica.

Circa il 20% ha riferito una pregressa mst; il 91,5% dei pazienti ha asserito di adottare esclusivamente un comportamento eterosessuale; circa il 50% ha riferito più di un partner nell'ultimo semestre e il 15% più di 3. Riguardo l'utilizzo del condom, il 72,2% ha dichiarato di averne fatto uso mai o solo raramente negli ultimi sei mesi. Poco più del 2% ha dichiarato l'utilizzo di sostanze psicotrope assunte per via endovenosa. Circa l'80% dei pazienti stranieri ha acquisito la mst in Italia, e solo il 20% (nella quasi totalità) nel proprio paese di origine. Le mst maggiormente diagnosticate sono state l'uretrite aspecifica (non gonococcica-non chlamydiale) nel 17% dei casi, la sifilide latente sieropositiva nel 16,9% (che spesso indica una reazione antigenica crociata e non una condizione patologica o di rischio di malattia) e la condilomatosi genitale nel 16,2%. Circa la distribuzione delle patologie per sesso, tra gli uomini si è notata una preponderanza delle uretriti aspecifiche, mentre fra le donne è stata maggiormente diagnosticata la sifilide latente sieropositiva. I pazienti stranieri presentano una proporzione tripla di gonorrea e doppia di sifilide rispetto ai pazienti italiani, in cui invece si è riscontrata una frequenza relativa doppia di condilomatosi ano-genitali e quasi doppia di cervicovaginiti aspecifiche.

Il test per l'hiv, offerto a tutti i pazienti, è stato accettato (dietro consenso informato) da circa il 75% di essi: la prevalenza di hiv-positività è risultata del 5% (circa la metà di quella rilevata tra gli italiani affetti da mst). La prevalenza di infezione da hiv tra gli stranieri che hanno acquisito una mst trasmessa all'estero è più che doppia rispetto a quella degli stranieri che l'hanno acquisita in Italia (rispettivamente 8,4% e 3,4%). È importante però sottolineare la notevole asimmetria di distribuzione per aree di provenienza riscontrata in questo studio, che ha visto solo l'1,0% di sieropositività in asiatici, l'1,6% in nordafricani e il 4,3% in europei dell'est, ma ben il 37% tra pazienti americani (14,6% dal nord-America, 8,1% dal centro-America e 14,9% dal sud-America), ed il 12,9% in soggetti provenienti dall'Africa sub-sahariana.

Tale sistema di sorveglianza attualmente non è più in funzione come flusso di dati, ritenendo le informazioni avute adeguate a stimolare politiche di protezione e tutela della popolazione.

Dal 1982, anno della prima diagnosi di aids in Italia, al 31 dicembre 1999, sono stati notificati al Centro operativo aids (Coa) dell'Istituto superiore di sanità 45.605 casi cumulativi di aids, 2.124 (4,7%) erano stranieri.

Nel nostro paese, secondo i dati pubblicati dal Coa, la proporzione di casi notificati in cittadini stranieri è cresciuta dal 3,0% nel 1982-93 al 11,6% nel 1999. Questo aumento della proporzione di pazienti stranieri con aids, all'interno del generale trend discendente del numero di nuovi casi, in parte può essere spiegato dalla crescita del numero di stranieri presenti nel nostro paese (dal 1990 al 1999 c'è stato un aumento di oltre il 100%) ma è certamente da attribuire nella maggiore difficoltà a mettere in atto azioni preventive adeguate rispetto ai comportamenti a rischio ed attualmente anche nella difficoltà di accedere alle recenti terapie antiretrovirali che possono rallentare il viraggio da infezione a malattia conclamata.

Distribuzione percentuale dei casi di aids per nazionalità anagrafica

Area geografica	1982- 93	1994	1995	1996	1997	1998	1999	Total e
Italia	97,0	95,6	95,2	94,5	92,7	89,7	88,4	95,3
Africa	0,9	1,7	1,9	2,2	3,4	5,2	5,4	1,8
Asia	0,1	0,0	0,2	0,2	0,3	0,3	0,6	0,1
Europa Occidentale	0,5	0,6	0,7	1,1	0,8	0,8	0,7	0,7
Europa Est	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,7	0,7	0,2
Nord America	0,2	0,1	0,2	0,1	0,1	0,2	0,4	0,2
Sud America	0,9	1,6	1,4	1,6	2,3	2,9	3,3	1,4
Non specificata	0,3	0,3	0,3	0,1	0,3	0,2	0,5	0,3

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, 1999

Accettando l'assunto dell'effetto migrante sano prima argomentato, sembra assai improbabile che soggetti già affetti da malattia da hiv vengano in Italia per le comuni ragioni di immigrazione (lavoro, famiglia, studio, turismo...); non si può invece escludere - per quanto al momento di rara evenienza - che qualche soggetto possa cercare nel nostro paese un'assistenza sanitaria più qualificata di quella del suo paese di origine. Per quanto invece riguarda soggetti stranieri infetti ma non malati (schematicamente definibili asintomatici), i risultati emersi dal "Sistema di sorveglianza nazionale delle mst" sopra riferiti, per quanto non esattamente estrapolabili alla popolazione straniera generale, sembrano escludere ogni tono allarmistico. Ciò ovviamente non deve giustificare alcuna sottovalutazione dei rischi che una popolazione complessivamente sfavorita e marginale quale quella immigrata, può correre rispetto all'infezione da hiv e ad altre patologie a trasmissione sessuale, ma anzi suggerire la promozione di interventi educativi ad hoc, una capillare organizzazione di assistenza a fini preventivi e di *counseling* particolarmente mirato a questa utenza.

Nazionalità e fattori di rischio dei casi di aids segnalati al Coa

Nazione	Fattori o comportamenti a rischio (in %)								%
	omo sessualità	tossico dipende.	emofiliaci	Trasfusi	Etero sessualità	Trasm. verticale	Altro	Non determ	
Italiani	14,1	66,4	0,8	1,1	13,6	1,5	0,1	2,4	100
Unione Europea	36,8	42,4	1,2	1,2	14,0	1,2	0,0	3,2	100
Non Unione Europea	30,5	17,1	0,0	1,2	48,1	0,9	0,1	2,1	100
Usa	83,0	11,9	0,0	0,0	3,4	0,0	0,0	1,7	100
Non conosc.	30,1	25,8	0,0	0,0	34,4	0,0	0,0	9,7	100

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, 1997

I dati sulle condizioni patologiche sopra descritte devono certamente far pensare a politiche attive di inclusione degli stranieri nel 'sistema sanità' come forma più efficace ed efficiente di prevenzione della salute e questo emerge anche analizzando ambiti fisiologici che oggi appaiono particolarmente critici per questa popolazione e cioè quelli legati alla maternità ed all'infanzia.

Le ricerche in questo campo sottolineano con chiarezza come la maternità e il parto nel paese di origine (soprattutto per coloro che provengono dal sud del mondo) sono un evento che coinvolge tutta la famiglia allargata e le donne della comunità. Nel paese straniero la maternità e il parto, invece, sono vissuti in solitudine, diventano una malattia; si stravolgono i ritmi (nascite pre-termine con bambini di basso peso). Il parto in ospedale e l'alto numero di cesarei conferma interiormente lo stato di malattia. Il senso di inadeguatezza, insito nell'essere straniera e potenziato dal 'vissuto malato' del partorire e nascere in solitudine (senza la famiglia allargata) e in ospedale, le difficoltà di comprensione linguistiche e culturali da parte degli operatori dei reparti ostetrici, porta inoltre all'interruzione precocissima o al non stabilirsi dell'allattamento materno. Si entra spesso nella dinamica del figlio negato (contraccezione o interruzione volontaria della gravidanza) o cercato, quasi a sottolineare sincretismi o dolorose dissonanze culturali [Diasio 1995]. Il disagio interculturale, le dure condizioni di lavoro e di vita che sopportano nel paese ospitante, il sempre difficile accesso e fruibilità dei servizi socio-sanitari, sono le ragioni che stanno alla base dei problemi di salute prevalentemente espressi o rilevati da alcune indagini presso le donne straniere che vivono in Italia. Ci troviamo di fronte a gravidanze ravvicinate, nascite pre-termine, basso peso alla nascita, ricorso all'interruzione volontaria di gravidanza, ricorso a pratiche di contraccezione non conosciute e non capite,

Tutto ciò, insieme alla patologia della povertà e alla patologia da sradicamento (cambiamento dei ritmi, del clima, dell'alimentazione, sentimento di tradimento del gruppo di appartenenza e conseguente facilità all'insorgenza di malattie psicosomatiche), sono gli ambiti che si trovano ad affrontare da una parte le donne di altri paesi presenti in Italia e dall'altra gli operatori del settore sanitario sia pubblico, che privato, che del volontariato. Già diversi studi internazionali sul rischio materno infantile nella popolazione immigrata

hanno mostrato un incremento di parti prematuri, di neonati con basso peso alla nascita e di nati morti correlati alla scarsità dei controlli prenatali. Una ricerca retrospettiva negli ospedali romani (1982-1992 e recentemente aggiornata) condotta dall'Osservatorio epidemiologico laziale conferma tali evidenze.

Tassi di natimortalità, mortalità neonatale, mortalità post-neonatale (per 1.000) nei nati a Roma non residenti, per area di nascita della madre e periodo (anni 1982-1995)

Area nascita madre	natimortalità			mortalità neonatale			mortalità post-neo.		
	82-86	87-91	92-95	82-86	87-91	92-95	82-86	87-91	92-95
Europa Est	-	-	7,9	29,9	14,5	2,0	30,8	-	2,0
Nord Africa/M.O.	13,7	12,7	14,3	10,4	21,5	7,2	3,5	4,4	-
Africa centrale	9,1	6,8	8,6	12,3	20,4	13,0	3,1	2,3	8,8
Estremo Oriente	4,0	3,4	4,8	8,1	8,4	9,6	-	6,8	-
America Latina	10,9	-	13,9	33,0	6,5	14,0	-	6,5	2,8
Paesi occidentali	11,2	12,4	-	28,2	12,6	-	-	4,3	5,5
Nomadi	16,6	-	6,5	16,9	12,0	15,3	12,9	2,4	4,4
Lazio	5,6	4,6	3,5	8,8	5,6	4,4	1,4	1,0	1,3

fonte: Osservatorio Epidemiologico Regione Lazio, 1998

Sono state fatte delle comparazioni sulle caratteristiche legate alla salute riproduttiva in gruppi etnici diversi e così emerge una maggiore frequenza di gravidanze ad età giovani per le straniere rispetto alle residenti; la quota di donne con età inferiore ai 20 anni è del 28,5% per le nomadi, del 5,8% nelle Europee e del 0,8% nelle romane. Tra le immigrate si osserva una prevalenza più alta di donne con parità elevata (superiore a 3) rispetto alle residenti (14,6% contro 2,6%). In tutti i gruppi etnici è presente una maggiore incidenza di basso peso alla nascita (sotto i 2.500 gr.). La differenza è statisticamente significativa nei neonati da madre nomade (19,5%), dell'Estremo Oriente (11,8%) e dell'Africa Centrale (10,7%) rispetto ai residenti (5,2%). La mortalità nel primo anno di vita è più elevata nei figli di immigrate rispetto ai neonati romani: il tasso per 1.000 nati vivi è pari a 21,9 per i figli delle immigrate dell'Africa Centrale, 20,8 per i neonati di madre nomade, 19,7 per il Nord Africa e Medio Oriente (tasso nei residenti 8,3 per mille) [Miceli, Di Lallo 1996].

A questi si potrebbero aggiungere molte altre segnalazioni provenienti dai reparti di ostetricia degli ospedali più utilizzati dalle donne immigrate e zingare, che evidenziano la frequenza sia dei parti pre-termine che del basso peso alla nascita soprattutto dei bambini zingari; è interessante comunque segnalare che nessuno studio da noi revisionato invoca come causa di ciò fattori genetico-razziali, bensì le condizioni di vita, il cattivo stato di nutrizione delle madri e, in particolare per le zingare, il tabagismo.

Peso neonatale in figli di stranieri extracomunitari e nomadi; studio nazionale su 28 punti nascita di 24 città italiane (2.424 nati, 6,1% nomadi, anni 1996 e 1997)

Peso neonatale	< 1500	1501-2500	2501-4000	> 4001	
Controlli	1,2	5,7	88,0	5,1	%
Bimbi extracomunitari	1,9	7,8	84,2	6,1	%
Europa Est	3,1	7,5	83,0	6,4	%
Medio Oriente	1,4	4,2	84,5	9,9	%
Sub Cont. Indiano	2,9	12,4	82,4	2,3	%
Estremo Oriente	1,2	8,0	87,2	3,6	%
Africa Nord	1,3	6,8	82,9	9,0	%
Africa Sub Sahar.	1,2	8,3	85,9	4,6	%
America Latina	2,8	5,0	86,2	6,0	%
America Latina	1,3	11,6	86,4	0,7	%

Fonte: Giacomo Bona et al., dati preliminari, 1998

L'osservazione sui parametri perinatali riportati da una ampia ricerca emiliana [Zinelli 1996] confermano quanto esposto dai dati romani e completano il quadro: i parti pretermine (prima della 37^a settimana) sono per le immigrate il 10,3% contro il 4,6% delle italiane, così come la percentuale di neonati con basso peso alla nascita (sotto i 2.500 gr.) sono l'11,5% contro il 7,4% della popolazione locale.

Il ricorso all'ivg da parte di donne immigrate è estremamente frequente e spesso in netta contraddizione con culture d'appartenenza più orientate verso maternità ricercate e ripetute. Senza entrare nel merito a dinamiche antropologico-culturali cerchiamo di evidenziare la diffusione del fenomeno. Un ampio studio condotto nei consultori milanesi rileva come la prima domanda che spinge le donne all'accesso al servizio sia quella per l'ivg [Tognetti Bordogna 1995]. In una ricerca comparativa tra ricoveri di italiane e straniere, il ricorso all'aborto rappresentava il 25% tra le straniere ed il 10,5% tra le autoctone. Ulteriori indicazioni vengono fornite dalla citata ricerca emiliana su uno studio di 15 anni: il 31% delle pazienti straniere è ricoverata per ivg contro il 26,13% delle donne locali. Tuttavia un dato di notevole interesse è costituito dall'andamento nei vari anni: nelle immigrate la causa del ricovero per ivg è costante: 30,8% nel 1980 e 30,3% nel 1995, mentre nelle italiane si è passati dal 35% al 17,9%. Il rapporto parti/ivg per quanto riguarda il totale delle ricoverate negli anni dal 1980 al 1995 è di 1,9 (cioè 1,9 figli contro una ivg), con un trend significativamente positivo nel tempo: 1,3 nel 1989 e 3 nel 1995. Purtroppo questo andamento positivo riguarda solamente la popolazione locale (1,3 nel 1980 e 3,4 nel 1995).

Stesse considerazioni possono essere fatte esaminando i dati a livello nazionale: le cittadine straniere che hanno fatto ricorso all'ivg sono passate da 8.802 nel 1995 a 13.832 nel 1998 e questo aumento in qualche maniera nasconde la riduzione del fenomeno tra le donne italiane. Infatti, come si vede dalla tabella 2.15, considerando solamente le ivg effettuate da cittadine italiane si osserva una diminuzione da 130.747 nel 1995 a 123.728 nel 1998.

Complessivamente la proporzione di straniere sul totale delle donne che ha effettuato ivg in Italia è cresciuta da poco meno del 2% nel 1980 al 10% attuale.

Ivg per cittadinanza, Italia 1995-1998

Anno	Cittadinanza	
	italiana	straniera
1995	130.747	8.802
1996	130.546	9.852
1997	128.739	11.786
1998	123.728	13.832

Fonte: Istituto Superiore di Sanità, 2000

Spostando l'attenzione dalla donna al bambino emerge anche un altro punto critico e cioè quello dell'allattamento al seno: se prima ed al momento della nascita questa possibilità è accettata da tutte le donne, di fatto sono pochi i bambini che successivamente sono allattati per periodi accettabili. Spesso l'allontanamento dal seno materno è accompagnato da un altro grave allontanamento, quello dalla madre e dal nucleo familiare: la donna è costretta a riprendere subito a lavorare, il neonato dopo pochi mesi frequentemente è affidato a parenti nel proprio paese di origine o quando possibile a fratellini più grandi che sono costretti a fare da precoci baby sitter. In una nostra indagine a campione su 100 donne afferite all'ambulatorio Caritas, aventi complessivamente 215 figli (132 tra 1 e 12 anni), il 58% di essi è rimasto o è tornato nel paese d'origine, il 37% dei bambini vive lontano dalla madre da almeno 2 anni, ed il 57% di bimbi in età 2-5 anni vive lontano dalla madre; solo 26 su 100 sono nuclei familiari intatti. I bambini torneranno in Italia o si ricongiungeranno con i loro genitori dopo 3 o 4 anni ma ciò segnerà comunque profondamente quel processo di 'individuazione-separazione' che è già di per se problematico, e può portare in certi soggetti conseguenze sul piano maturativo.

Sempre in una fascia di età giovanissima appare urgente attivarsi soprattutto per garantire un calendario vaccinale adeguato: dove sono state fatte delle verifiche risulta una assente o precaria conoscenza di tale possibilità-obbligatorietà e una forte evasione dello stesso obbligo fin oltre il 50% della popolazione esaminata (una indagine veneta condotta da Donzelli e colleghi, vi era una incompleta o assente copertura nel 46,7% dei bambini ospedalizzati e del 67% di quelli afferiti al Pronto soccorso in età superiore ai sei mesi).

Sul piano assistenziale appare strategico garantire un intervento di pediatria di base, oggi fortemente disatteso (un monitoraggio nazionale, condotto dalla Società Italiana di Pediatria, evidenzia come solo il 30% dei bambini esaminati aveva tale possibilità ma spesso non la utilizzava, il 27% nel Veneto). Conseguenza di ciò è l'utilizzazione del Pronto soccorso spesso come unico riferimento per la cura del bambino (in almeno 2/3 dei bambini immigrati che vi si rivolgono): non a caso c'è un maggior tasso di ricovero tramite il Pronto soccorso per i bambini seguiti dal pediatra di base (che seleziona i casi) rispetto a quelli senza assistenza.

Un'altra area critica che interessa la componente femminile dell'immigrazione e spesso le bambine, è la pratica di mutilazioni genitali femminili (mgf). Dopo anni di informazioni circolanti soltanto tra gli addetti ai lavori, recentemente tale problematica è emersa nella sua complessità. Molte donne straniere nel nostro paese portano infatti sul proprio corpo i segni di una violenza ulteriore a quella di essere lontane dalle proprie 'radici': esse sono segnate nel fisico e nella psiche da antiche pratiche escissorie, vere e proprie mutilazioni sessuali. Vengono attualmente stimate in circa 130 milioni nel mondo le donne che hanno subito uno dei tre interventi escissori praticati: 1) la *circoncisione* propriamente detta, nota nei paesi musulmani

come *sunna* (incisione o ablazione del prepuzio del clitoride), la meno radicale delle operazioni ed anche la meno praticata non solo in Africa ma anche in Indonesia e Malesia; 2) la *escissione o clitoridectomia*, che consiste nell'asportazione del clitoride e nel taglio parziale o totale delle piccole labbra, diffusa in oltre 20 paesi africani in tutta la fascia sub-sahariana da ovest ad est, con l'estensione fin l'Africa australe (Mozambico incluso); 3) infine la mutilazione più radicale e dannosa, l'*infibulazione*, che consiste nella clitoridectomia, nel taglio delle piccole labbra e nella cruentazione delle grandi labbra, che vengono accostate e chiuse in vari modi (tipicamente con delle spine di acacia, ma anche con lembi di intestino di pecora o altri materiali), onde lasciare un piccolo orifizio per far defluire urina e mestruo, e che è praticata alla quasi totalità delle donne in Somalia, Sudan, Mali, Gibuti, Eritrea, Egitto meridionale... .

Tali pratiche, già preesistenti alla diffusione dell'Islam e adottate in paesi con tradizioni religiose diverse (a sottolineare la complessità delle origini e delle motivazioni addotte), agite in età generalmente giovanile, sono operazioni che condizionano per sempre la vita sessuale della donna e delle sue figlie. E' un vissuto che lascia profonde tracce nelle donne immigrate che lo hanno subito ed è molto difficile intraprendere un percorso educativo volto all'acquisizione di una identità femminile sessuata. Rimandiamo a testi specifici⁴ l'approfondimento antropologico, culturale e sanitario delle problematiche connesse alle mutilazioni sessuali femminili ma riteniamo opportuno ricordare come alcuni studiosi stimano la presenza in Italia di alcune migliaia di donne portatrici di mgf; ricercatori ed associazioni denunciano inoltre la presenza di 'mammane' giunte appositamente nel nostro paese dai luoghi d'origine per eseguire tali pratiche e pronte a spostarsi da una città all'altra su richiesta di uno o entrambi i genitori. C'è chi ipotizza che l'intervento venga anche eseguito in strutture sanitarie da medici più o meno esperti e che alcuni viaggi all'estero (in Francia o nei paesi d'origine) di genitori con le loro giovani figlie siano pianificati per mutilare le bambine.

In Italia tale pratica non è assolutamente consentita, in base all'art. 5 del Codice civile; l'intervento medico è regolato dall'art. 50 del Codice di deontologia medica, revisionato nel 1998, che recita: *"Il medico non deve in alcun modo o caso collaborare, partecipare o semplicemente presenziare ad atti esecutivi di pena di morte o ad atti di tortura o a trattamenti crudeli, disumani o degradanti. E' vietato al medico di praticare qualsiasi forma di mutilazione sessuale femminile"*.

Da ricordare anche un pronunciamento ufficiale del Ministro della Sanità nel 1988, che ribadisce l'illiceità dell'atto.⁵

Da tempo vari esperti, associazioni laiche e religiose che si occupano di diritti umani richiedono una legge specifica che condanni e persegua penalmente, senza ambiguità, la realizzazione di mgf, sotto qualsiasi forma, nei paesi di origine. Lo studioso Darius Atighetchi sottolinea come purtroppo *"le leggi specifiche presenti in determinati stati per perseguire la mutilazione sono state finora scarsamente utilizzate e, anche in tali casi, lo si è fatto in modo blando, non applicando le pene previste"*. Recentemente molto scalpore ha suscitato negli Stati Uniti la sentenza del tribunale amministrativo egiziano che ha consentito, *"in casi particolari"*, la pratica dell'escissione femminile in ospedali pubblici e privati. Ciò lascia ovviamente ampia discrezionalità ai medici in una nazione dove si stima che il 90% delle donne siano state sottoposte all'intervento.⁶

Appare indispensabile che gli operatori sociali e sanitari siano preparati professionalmente e psicologicamente ad affrontare tali situazioni, che spesso suscitano curiosità od orrore o, in quanto malamente conosciute, interventi impropri (ad esempio, al momento del parto, il ricorso al cesareo piuttosto che una semplice deinfibulazione).

Pur condannando fermamente tali pratiche, si sottolinea l'importanza di non colpevolizzare le donne che vi si siano sottoposte, nè stigmatizzare in modo sprezzante la loro cultura: ciò non farebbe che aumentare la distanza con gli operatori della salute, ingenerare conflittualità interpersonale ed eventualmente interiore e non favorire quel clima di aiuto reciproco che è la migliore premessa per sconfiggere tale piaga, con le

modalità che le donne immigrate saranno in grado di suggerire, attraverso i più opportuni interventi nei paesi di origine.

E la lista delle aree critiche potrebbe continuare.

Vale solo la pena ricordare come nel 1995 i detenuti stranieri sono stati 8.628 (53% al nord, 33% al centro, 14% al sud e nelle isole), di cui 8.398 (il 97,3%) ext.UE., il 17,5% di tutta la popolazione ristretta (la media europea nel 1994 è stata del 14%), con un aumento di circa il 2% rispetto all'anno precedente (15,6%). Questo trend di aumento si è mantenuto nel tempo ed attualmente la popolazione straniera reclusa è circa un quarto del totale ma a differenza di quella italiana ha un'età media più giovane (più della metà è al di sotto dei 30 anni) e raramente può contare sul sostegno familiare e sulla concessione delle misure alternative. Più del 90% delle persone straniere reclusi sono di sesso maschile.

Alle già pesanti condizioni proprie della vita carceraria (potenziate dal sovraffollamento, dalla carenza di organico e di strutture) si aggiungono, per lo straniero, aggravanti specifiche che ne aumentano i rischi di salute e ne ostacolano un'adeguata assistenza socio-sanitaria: difficoltà di comunicazione (disagi di raccolta anamnestica), relazionali in senso più ampio (diversità culturali, lontananza dagli affetti) e problemi di adattamento (diverse abitudini alimentari), con preoccupante ricorso ad atti autolesionistici.

Ed ancora consideriamo come sulle strade italiane ci siano almeno 25.000 prostitute straniere con una significativa percentuale di minorenni (spesso) ridotte in schiavitù. Secondo un recente rapporto del *Transnational aids-std prevention among migrant prostitutes in Europe project* (Progetto europeo 'Tampep') gli stranieri costituirebbero complessivamente nel nostro paese il 60% del mondo della prostituzione (cui vanno aggiunti - di nazionalità italiana - un 30% di tossicodipendenti ed un 10% di non-tossicodipendenti).

È evidente come questo fenomeno possa essere connesso a situazioni di rischio sanitario non indifferente.

Ci fermiamo qui, lasciando ad altre occasioni ulteriori approfondimenti, ma sottolineando che abbiamo scritto ciò non per esaltare aspetti problematici dell'immigrazione in Italia (che noi valutiamo in termini assoluti come una risorsa sul piano umano, sociale e culturale), ma piuttosto per evidenziare le nuove frontiere del nostro impegno sia nel definire modelli strutturali di assistenza, sia soprattutto per far emergere in termini politici e programmatici interventi sociali adeguati e percorsi di promozione della salute efficaci, che vedano in queste persone non individui da 'controllare e bonificare' ma cittadini da tutelare.

Problematiche socio-sanitarie dell'immigrazione

- Legate allo status giuridico
 - accesso ordinario al SSN (*diversificato o negato*)
 - pregiudizi e paure (*da parte dell'immigrato e da parte del sanitario*)
 - diritti nascosti
- Legate alla marginalità sociale
 - fisica-ambientale (*fattori di rischio per la salute fisica*)
 - psicologico-sociale (*fattori di rischio per la salute psichica*)
- Legate alla marginazione culturale
 - diversi sistemi biomedici di riferimento

¹ I dati riportati sono quelli inseriti nella banca dati computerizzata dell'area sanitaria (MedMig Bank, programma 4th Dimension® for Macintosh) della Caritas di Roma e sono leggermente sottostimati rispetto all'utenza reale che è stata: 1992: 4.620; 1993: 4.367; 1994: 3610; 1995: 3.059; 1996: 2.858; 1997: 2.909; 1998: 3.047; 1999: 3.668.

² I dati riportati sono quelli inseriti nella banca dati computerizzata dell'area sanitaria (MedMig Bank, programma 4th Dimension® for Macintosh) della Caritas di Roma che complessivamente al 31.12.1999 conteneva 40.699 schede contro le 48.063 cartacee (l'86,6%). A mancare sono prevalentemente quelle degli anni 1985 e 1986 in fase di inserimento. Nella banca dati non sono compresi i circa 11.000 pazienti del centro odontoiatrico (solo il 20% comuni al poliambulatorio) e gli oltre 1.500 zingari visitati direttamente nei campi alla periferia di Roma. I paesi complessivamente rappresentati sono 178.

³ Fondazione Cariplo per le iniziative e lo studio sulla multietnicità. La ricerca è citata da Nicola Pasini nell'articolo *Salute dell'immigrato: no problem!* pubblicato su *Ismoinforma* n. 23 dell'ottobre 1999.

⁴ Molto interessanti sono le ricerche e gli approfondimenti della professoressa Pia Grassivaro Gallo, dell'Università di Padova di cui ricordiamo i volumi *"Le mutilazioni sessuali femminili"*, e *"Female Genital Mutilation: a public health issue also in Italy"*, Unipress, Padova 1992 e 1995, e della dottoressa Marica Livio del Naga di Milano autrice di numerosi articoli sul tema. Materiali possono essere richiesti all'Aidos, una Ong di Roma (06-6873214) che da tempo si occupa di tale problematica. Segnaliamo anche due libri di Sirad Salad Hassan, dottoressa somala in Italia da alcuni anni: *"La donna mutilata"*, Loggia de' Lanzi, 1996 e *"Sette gocce di sangue"*, La Luna, 1996. Recentemente è stato pubblicato a cura di Marco Mazzetti il volume *"Senza le ali. Le mutilazioni genitali femminili"* che contiene dati, documenti e riflessioni aggiornate su queste pratiche (Ismu Milano per FrancoAngeli).

⁵ Era la risposta (protocollo 100/632/1395 del 1988) all'interpellanza parlamentare sull'escissione in Italia presentata dal sen. Giovanni Berlinguer anche in seguito a notizie apparse sulla stampa che riferivano l'esecuzione di tali pratiche presso un ospedale romano. Nello smentire tale notizia, il ministro affermava che "in Italia non sono presenti gruppi etnici che possono richiedere siffatte prestazioni sanitarie". Dal 1990 certamente la realtà migratoria si è modificata tanto da far ritenere che quasi 30.000 donne straniere attualmente presenti in Italia - in base alla loro appartenenza etnica -, possono essere state mutilate.

⁶ Al Majalla, Gran Bretagna, 19 luglio 1997, da *Internazionale* del 25 luglio 1997.