

con il 42,6% -; al terzo posto vi è il gruppo Altre cause (21%) - in realtà al secondo posto con il 24% per i principali paesi di emigrazione -; seguono i Tumori (12,6%), con circa lo stesso peso relativo nel caso si disaggreghino i paesi a forte pressione migratoria (12%); il peso percentuale meno rilevante è quello delle Malattie infettive e parassitarie (0,9%) - che sale all'1,7% per i paesi a maggiore caratterizzazione emigratoria, essendo maggiormente rappresentate tra gli stranieri provenienti dall'Africa e da alcune regioni dell'Asia -. Tra i soggetti di sesso maschile la causa principale di decesso è quella legata essenzialmente a circostanze di morte violenta e accidentale (incidenti, infortuni sul lavoro, suicidi ed omicidi), che tendono a perdere di importanza con l'aumentare dell'età al decesso. Le donne muoiono più frequentemente per tumori.

Il quadro fin qui delineato presenta grandi affinità con i dati di mortalità emersi da alcuni studi sull'immigrazione interna italiana, dal sud verso il nord, di una quarantina di anni fa, da cui si è rilevato come negli anni immediatamente successivi all'immigrazione, il rischio di morire fosse di molto inferiore a quello dei cittadini autoctoni di pari età e sesso e come, con il passare degli anni, il rischio (di morte ma anche di malattia) andasse progressivamente aumentando, avvicinandosi sempre di più a quello della popolazione locale.

Uno studio, pubblicato nel 1998, è stato condotto in un ospedale di Roma (DEA di I livello) su 3.480 pazienti stranieri ricoverati tra il 1990 ed il 1995. I dati anagrafici e clinici della popolazione studiata sono stati acquisiti dal sistema informativo ospedaliero - che utilizza un programma di gestione delle degenze - e approfonditi, quando ritenuto necessario, attraverso la consultazione diretta delle cartelle cliniche (Dall'estrapolazione effettuata sul totale dei ricoveri sulla base della nazionalità di appartenenza degli assistiti, non sono risultati 551 neonati figli di straniere, ma registrati con nazionalità italiana e quindi non reperibili nella consultazione informatica).

Si riportano alcuni risultati: nell'arco temporale considerato, si è registrato un incremento del 13% del numero delle ospedalizzazioni; ciononostante, la quota annuale di pazienti stranieri è rimasta stabilmente intorno al 4% del totale dei ricoveri; tra i ricoverati, si è riscontrata una netta prevalenza (66,5%) del sesso femminile; l'età media dei pazienti è risultata di 32 anni (range 0-95); oltre il 60% degli assistiti era concentrato nella fascia d'età 21-40 anni; rispetto al paese di provenienza, il gruppo maggiormente rappresentato è risultato quello asiatico (33,5%), ed in particolare filippino (questa comunità è notevolmente rappresentata a Roma ed in particolare nell'area ove è situato l'ospedale in oggetto, dove vi è una forte richiesta di collaboratori domestici), seguito da quello est-europeo (28,4%), da quello

Ospedalizzazione

africano (27,3%) e latino-americano (7%). Il 64% dei pazienti è risultato non occupato né stabilmente né temporaneamente. Circa la metà dei ricoverati era coniugata. Esaminando la tipologia del ricovero sotto il profilo della disciplina clinica o chirurgica di afferenza, è risultato che le divisioni più utilizzate sono state quelle ostetrico-ginecologiche (37%), mentre la chirurgia generale, endoscopica e d'urgenza è stata utilizzata nel 18% dei ricoveri, la medicina generale nel 16%, l'area pediatrico/neonatologica in circa il 12% e quella ortopedica intorno al 9%.

Degenza media

La degenza media è risultata di 7,8 giorni (per complessive 27.282 giornate di degenza); in circa la metà dei casi, si è trattato di ricoveri da 1 a 5 giorni, tra cui prevalgono i ricoveri per parto; i ricoveri cumulativi da 1 a 10 giorni hanno rappresentato circa l'80% dei casi. Con riferimento alle diagnosi di dimissione, codificate secondo la classificazione ISTAT ICD9CM, e accorpendo i dati per gruppi di categorie diagnostiche, è emerso che: il 31% del totale dei ricoveri è stato motivato da gravidanza, parto e puerperio (dei 733 parti, il 30% sono stati distocici - il 25% effettuati con taglio cesareo); tale percentuale sale al 47% se si esaminano le sole pazienti di sesso femminile. I traumatismi, avvelenamenti e stati morbosi mal definiti costituiscono il 24% della casistica (di cui le fratture ed i traumi cranici rappresentano ciascuno circa un quarto). In ordine di frequenza sono poi da segnalare: l'8% di malattie dell'apparato digerente ed il 7% di malattie dell'apparato respiratorio. Sono stati rilevati 31 decessi (lo 0,9% sul totale dei ricoveri). Il 79% dei pazienti era iscritto al Ssn; il 17% dei ricoverati è risultato solvente, il 4% a carico dell'amministrazione ospedaliera. La tipologia di ricovero è risultata ordinaria nel 38% dei casi, urgente nel 62%. La tipologia di dimissione è risultata ordinaria nell'80% dei ricoveri; con dimissione volontaria nel 17%.

**Gravidanza,
parto,
puerperio**

In molti paesi di emigrazione la gravidanza, il parto ed il puerperio rappresentano a tutt'oggi uno dei momenti di maggiore pericolo per la salute e la vita della donna. Anche tra gli immigrati, laddove agiscano fattori di rischio socioeconomici, si registra un più alto rischio di esiti negativi per la salute della donna in gravidanza, rispetto alla popolazione ospitante.

Una recente pubblicazione della divisione di Ostetricia e Ginecologia di una Azienda ospedaliera emiliana ha analizzato 15 anni di attività assistenziale, condotta dal 1980 al 1995 nei confronti di donne immigrate ed italiane (i ricoveri di donne straniere sono stati 2.325 su 56.934, pari al 4%, con un incremento dall'1,6% del 1980 al 9,3% del 1995). Della grande mole di dati esposti, alcuni sono particolarmente significativi, anche perché trovano conforto in altre ricerche, purtroppo ancora scarse e concentrate per lo più nelle regioni del centro e nord Italia, e ci danno occasione per alcune considerazioni. Tra le donne immigrate quasi l'85% dei

ricoveri è stato causato da motivi ostetrici (nel 1995 hanno costituito il 13,4% di tutti i ricoveri ostetrici): il 40,6% per espletamento del parto, il 28,4% per patologia gravidica, il 31% per interruzione volontaria di gravidanza.

Una ricerca relativa agli ospedali della Regione Lombardia sui ricoveri relativi al 1992, mostra una percentuale maggiore di complicanze durante la gravidanza di oltre 6 punti percentuali (18% contro 11,9%) rispetto alle gestanti italiane.⁴

Nello studio emiliano citato scomponendo il sottogruppo delle patologie della gravidanza nelle varie forme nosologiche, si osserva come la maggiore incidenza riguarda l'aborto spontaneo (37%), seguito dal gruppo ricovero per accertamenti (36,2%).

Se tra gli aborti spontanei il dato è decisamente sbilanciato verso le italiane (37% contro il 51,3%), per le gravidanze extrauterine si passa dal 2% della popolazione locale al 2,9% delle immigrate.

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.

Un'ampia ricerca retrospettiva negli ospedali romani (1982-1992), condotta dall'Osservatorio Epidemiologico del Lazio, conferma tali evidenze: le comparazioni effettuate sulle caratteristiche legate alla salute riproduttiva in gruppi etnici diversi hanno fatto emergere 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 dello 0,8% nelle romane; ed ancora, 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; a 20,8 per i neonati di madre nomade; a 19,7 per il Nord Africa

4 La ricerca è stata effettuata da una associazione di medici ed operatori sanitari volontari impegnata a Milano nella promozione della salute di immigrati e nomadi. I dati forniti dall'Osservatorio Epidemiologico, Settore Igiene e Sanità della Regione Lombardia, per quanto riguarda i ricoveri ospedalieri per stranieri nel 1992, sono stati comparati con quelli della popolazione generale riferita al 1990; le due popolazioni sono state considerate per la fascia d'età 14-44 anni.

e Medio Oriente (il tasso nei residenti è risultato pari a 8,3 ‰).

L'osservazione sui parametri perinatali riportati dalla ricerca emiliana confermano quanto esposto dai dati romani e completano il quadro: i parti pretermine (prima della 37a 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.) è dell'11,5% contro il 7,4% della popolazione locale. Ancora più significativi sono i dati se si prendono in considerazione solo gli *small for date*, ossia i piccoli per età gestazionale: 10,6% delle immigrate contro il 4,6% della popolazione locale. Diversi studi internazionali sono stati condotti per valutare l'eventuale ruolo dell'etnia in rapporto al peso dei neonati, ma certamente c'è concordanza nel ruolo dello stato di nutrizione materna e dello stato sociale della donna. Altro dato interessante è quello relativo alla mortalità perinatale, che era del 16% per gli immigrati (ma che saliva al 42,8‰ considerando l'anamnesi precedente all'osservazione ospedaliera) contro l'8,3‰ delle autoctone. Gli autori enfatizzano anche la differenza tra mortalità fetale tardiva (ossia prima della nascita) e la mortalità neonatale precoce (ossia dopo la nascita): nelle immigrate la mortalità fetale tardiva rappresenta il 70,7% della mortalità perinatale contro il 29,3 della mortalità neonatale precoce. Nella popolazione locale abbiamo il 47,3% contro il 52,7% (dati allineati alle statistiche dei Paesi sviluppati). Appare evidente come nelle immigrate sia notevolmente superiore il numero dei nati morti rispetto ai neonati morti nella prima settimana di vita. Quanto detto evidenzia l'esigenza di 'spostare' l'attenzione sanitaria rivolta a questa popolazione, dedicando maggiori sforzi di intervento al periodo della gravidanza piuttosto che al momento della nascita.

Infine occorre accennare al problema dei cesarei: le poche statistiche esistenti non danno indicazioni univoche; diffusamente si è riscontrato un minor ricorso al cesareo rispetto alle italiane — l'Italia si colloca tra i primissimi posti al mondo per ricorso a tale pratica — ma con frequenza maggiore rispetto al proprio paese; certamente appaiono più frequenti le indicazioni legate all'urgenza (sofferenza fetale acuta, patologia del travaglio, complicanze legate all'infibulazione) rispetto ai cesarei programmati.

Un recente studio nell'area torinese sottolinea come i cesarei complessivi (di autoctone e immigrate) tendono a diminuire leggermente, mentre per le maghrebine sono aumentati: l'autrice parla di "cesarizzazione da gap comunicativo". Ciò implica una limitazione della maternità (numero ridotto di possibili figli), che per alcuni gruppi di immigrate può significare gravi limitazioni culturali e di accettabilità sociale nel proprio contesto.

Appare anche prezioso il contributo conoscitivo evidenziato da una ricerca condotta dall'Istituto Superiore di Sanità - Laboratorio di Epidemiologia e di Biostatistica, in collaborazione con alcune strutture di volontariato sanitario dell'area romana⁵. L'indagine si è proposta di raggiungere, tra gli altri, i seguenti obiettivi: la rilevazione delle conoscenze, delle attitudini e dei comportamenti delle donne (italiane ed immigrate, regolari ed irregolari) nell'affrontare la gravidanza; la rilevazione della disponibilità dei servizi e della loro utilizzazione da parte delle donne; la rilevazione dei fattori di carattere economico, psico-sociale e medico quali determinanti di rischio ostetrico e/o neonatale. I dati emersi evidenziano "sul piano delle conoscenze, una grave carenza informativa sia rispetto a certi comportamenti da assumere o da evitare⁶ sia rispetto alle opportunità medico-assistenziali e, più in generale, di supporto psico-sociale che le strutture sanitarie pubbliche offrono alle donne in gravidanza", e questo nonostante ci troviamo di fronte a donne con alta scolarizzazione (65% di diploma di scuola media superiore nelle immigrate contro il 46,1% delle italiane). Sul piano delle attitudini, la distanza tra le due popolazioni sembra essere meno marcata. Gli atteggiamenti più direttamente collegabili all'istinto materno o comunque al buon senso sono patrimonio comune di tutte le donne, indipendentemente dallo stato sociale e dai condizionamenti esterni. Per esempio, non vi sono differenze riguardo all'intenzione di allattare al seno o alla opportunità di far seguire il proprio bambino da un pediatra. La condizione di povertà e di emarginazione, e soprattutto le difficoltà di accesso alle strutture pubbliche sono invece fattori che incidono negativamente sui comportamenti delle donne. Basti pensare alle differenze nel follow up: i dati relativi al numero di analisi e di ecografie effettuate, al mese di gestazione in cui è stata eseguita la prima visita, alla cadenza dei

5 La ricerca si sta realizzando nell'ambito del Progetto "Prevenzione dei fattori di rischio della salute materno-infantile". Attraverso un questionario si sta conducendo una serie di indagini campionarie in tredici regioni italiane sui servizi utilizzati dalle donne italiane in gravidanza, parto e puerperio. Dati specifici sulle donne immigrate si stanno raccogliendo presso un ospedale romano tra le partorienti e presso ambulatori di ostetricia gestiti dal volontariato sanitario dedicati specificatamente a immigrate che non riescono ad accedere alle strutture pubbliche perché in condizione di irregolarità amministrativa. La ricerca, tuttora in corso per la componente immigrata, ha raccolto ed esaminato rispettivamente 2.889, 76 e 74 questionari. I dati che riferiremo sono relativi al primo e terzo campione (italiane ed immigrate prevalentemente irregolari).

6 Il 47,3% delle immigrate che sono afferite alle strutture di volontariato sanitario avevano informazioni circa la possibilità di diagnosi prenatale e solo il 54% ritenevano di avere informazioni sufficienti per affrontare le cure del bambino al momento del rientro a casa. Tra le italiane la percentuale è rispettivamente del 71,3% e del 74,3%.

controlli rivelano una grave "sottoesposizione assistenziale" delle donne immigrate rispetto a quelle italiane e ripropongono la questione della fruibilità dei servizi, ancora una volta al centro delle strategie di tutela della salute, come unica risposta possibile alla duplice esigenza di garantire un diritto individuale e di perseguire l'interesse della collettività. È emerso che il 16,9% delle donne immigrate effettuava la prima visita al secondo mese, contro il 49,5% delle italiane; considerando le medie, nelle immigrate c'è un ritardo di oltre un mese nel sottoporsi al primo controllo rispetto alle italiane; nel I trimestre della gravidanza il 42,5% delle immigrate non si è sottoposto a nessun controllo, contro il 10,7% delle italiane; nel 51,1% dei casi queste hanno avuto un controllo almeno mensile, cosa effettuata solo nell'8,2% delle straniere. Il 67,7% delle italiane ha effettuato quattro o più prelievi per analisi del sangue durante la gravidanza, contro il 10,8% delle immigrate (l'8,1% di esse non ha effettuato alcuna analisi!); le italiane hanno effettuato mediamente 4,8 ecografie a testa (con il 12,8% che ha effettuato 8 o più ecografie); la media delle ecografie effettuate dalle donne immigrate è pari a 1,7 (con il 41,7% che ha effettuato una sola ecografia e il 4,2% nessuna!). L'epoca media in cui è stata eseguita la prima ecografia mostra un ritardo di quasi due mesi rispetto alle italiane (4,4 mesi versus 2,7).

I.V.G. Il ricorso all'interruzione volontaria della gravidanza (i.v.g.) 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 delle dinamiche antropologico-culturali cerchiamo di evidenziare alcune caratteristiche 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 i.v.g.: la donna-straniera-tipo che frequenta i consultori milanesi è prevalentemente extracomunitaria, con scolarità medio-alta, attiva al di fuori della famiglia, che ricorre strumentalmente al servizio e non intrattiene un rapporto continuativo con esso (ad esempio difficilmente ritorna per un controllo post i.v.g.) ed al servizio è arrivata su indicazione di altri utenti⁷. Sempre nell'area lombarda, 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. Anche in Veneto, in anni recenti, è stata evidenziata una *forbice* crescente tra giovani donne straniere ed italiane, che

7 Mara Tognetti Bordogna: *"Il Colore della Salute: l'uso dei consultori familiari da parte delle donne straniere"*. In *Identità cangianti. Nascita, ruoli femminili e legami familiari nella migrazione* (a cura di G. Favaro, M. Giacomini, M. Tognetti Bordogna). *Marginalità e società* n. 28, Franco Angeli editore, Milano, 1995.

ha portato la Regione ad approvare uno specifico progetto di contenimento e prevenzione del fenomeno.

Dietro tale ingente ricorso all'interruzione praticata presso strutture pubbliche, se ne può peraltro presumere uno altrettanto rilevante ad aborti clandestini, comprovato dalla periodica scoperta di abitazioni private dedicate a tale pratica illegale, in particolare nella comunità cinese.

Da questi indagini emergono alcune indicazioni di carattere sociosanitario di estremo interesse: la donna immigrata è soggetta da tutelare con attenzione, in quanto la sua stessa condizione di straniera — frequentemente associata a condizioni socioeconomiche precarie, ad una condizione di isolamento affettivo e a disagio interculturale — la espone a maggiori rischi per la propria salute anche in ambiti assolutamente fisiologici come sono la gravidanza ed il parto; se a ciò aggiungiamo possibili difficoltà di accesso alle strutture pubbliche sia per le immigrate regolari e soprattutto per le clandestine, è doveroso identificare ed avviare delle politiche adeguate di tutela sanitaria, come auspicato dalla normativa vigente.

Sono pochi gli studi condotti sullo stato di salute dei bambini stranieri in Italia, nonostante che all'interno della Società Italiana di Pediatria già da qualche anno si sia attivato un gruppo di lavoro a carattere nazionale "per il bambino immigrato", di cui si riportano alcuni dati e riflessioni. Primo obiettivo del gruppo è stato di tipo conoscitivo: è stata intrapresa una indagine multicentrica a livello nazionale, che consentisse di identificare i reali problemi sanitari dei bambini immigrati. Tale indagine si avvale di una scheda informativa a struttura modulare, che può essere utilizzata, a seconda delle esigenze, nelle sedi di pronto soccorso, nei punti nascita, negli ambulatori pediatrici e nei reparti ospedalieri.

Dall'esame delle prime 1.744 schede, è emerso come la maggioranza dei bambini stranieri che si rivolgono in ospedale siano in realtà nati in Italia (quasi l'80%) e quindi non si possono definire propriamente immigrati; le patologie ad essi riscontrate sono prevalentemente aspecifiche e sovrapponibili a quelle osservate nella popolazione residente (in buona parte dei casi sono correlabili a situazioni socio-ambientali non favorevoli); tra le malattie infettive, quelle parassitarie mostrano una certa frequenza ma spesso sono clinicamente poco rilevanti, con un ridotto rischio di diffusione e comunque curabili con terapie semplici e poco costose.

Nel 1994 la Regione Veneto ha commissionato una ricerca finalizzata sui bisogni di salute del bambino immigrato, recentemente conclusasi; dalla mole di dati raccolti, gli autori hanno elaborato una serie di 'obiettivi di salute' che sono stati sottoposti all'attenzione della loro amministrazione regionale. Da quanto esposto dalla suddetta ricerca, dalle sollecitazioni

**Il bambino
immigrato**

del Gruppo di lavoro nazionale sul bambino immigrato e da studi effettuati in ambito romano, è possibile selezionare alcune *aree critiche* su cui concentrare gli sforzi per un'adeguata politica di tutela sociosanitaria: l'habitat di vita e l'opportunità di frequenza scolastica.

Interessante è l'esperienza di una Azienda USL romana che, proprio partendo dalla medicina scolastica, sta avviando degli interventi di prevenzione e di educazione sanitaria con le famiglie dei giovani immigrati. 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 fratelli più grandi che sono costretti a fare da precoci baby-sitter. In una indagine a campione su 100 donne irregolari afferite ad un ambulatorio di volontariato sanitario, 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 tre o quattro 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 della maturazione psico-affettiva.

Sempre in una fascia di età giovanissima appare critico il settore preventivo fondato sulle vaccinazioni obbligatorie: dove sono state fatte delle verifiche sul rispetto del calendario vaccinale, è spesso risultata una insufficiente conoscenza di tale dovere/possibilità e una evasione dell'obbligo fin oltre il 50% della popolazione esaminata (nell'indagine veneta 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 è risultato carente l'intervento di pediatria di base (dall'indagine nazionale solo il 30% dei bambini esaminati aveva tale possibilità ma spesso non la utilizzava, il 27% nel Veneto). Diretta conseguenza è stata in questi anni l'impropria utilizzazione del Pronto Soccorso, rimasto 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 P.S. per i bambini seguiti dal pediatra di base (che seleziona i casi) rispetto a quelli senza assistenza.

Appare utile ricordare quanto recentemente emerso da una ricerca sui fattori di rischio psico-sociale dei minori immigrati, che prevede, qualora non si promuoveranno politiche attive di integrazione, gravi fenomeni di disadattamento nei prossimi adolescenti figli di immigrati. Questi risentiranno, da una parte, di un senso di estraneità rispetto alle tradizioni culturali proposte dai genitori e, dall'altra, di una difficoltà a sentirsi realmente accettati ed inseriti in una cultura dove sono cresciuti ma che non hanno mai potuto completamente condividere.

Per quel che riguarda le patologie più frequentemente riscontrate, molte delle informazioni disponibili provengono da ambulatori gestiti dal volontariato sociosanitario (alcuni dei quali hanno ormai accumulato un'esperienza più che decennale).

L'interesse di questi dati è che riguardano in grande prevalenza tipologie di immigrati di più basso livello socioeconomico e a minor inserimento sociale (in particolare irregolari e clandestini); gettando una luce sulle fasce più deboli all'interno della popolazione immigrata, queste indagini permettono di evidenziare le situazioni deteriori nello spettro delle possibili condizioni di salute.

Si devono però evidenziare alcune difficoltà di ordine metodologico: l'adozione di diversi sistemi di classificazione determina ad esempio l'impossibilità di confrontare correttamente i dati emergenti dalle varie fonti istituzionali e non istituzionali. Ciò malgrado, si è osservata in questi anni tra i vari centri di privato sociale una sostanziale sovrapponibilità dei dati clinici raccolti.

Le principali caratteristiche comuni riscontrate sono state:

- la netta prevalenza delle patologie acute (spiegate dalla giovane età e dalla storia immigratoria relativamente recente, insufficiente a coprire temporalmente le fasi precliniche delle patologie cronico-degenerative, cardiovascolari ed oncologiche in particolare);
- il ruolo limitato delle patologie infettive e parassitarie e la loro modesta gravità clinica (rare in particolare si sono dimostrate le patologie esotiche d'importazione).

Facendo riferimento alle diagnosi effettuate in un arco temporale che va dal 1991 al 1997 presso alcuni centri di volontariato sanitario attivi a Palermo, Roma, Verona e Milano (per una utenza complessiva di circa 50.000 immigrati), emerge che gli interventi diagnostico-terapeutici prestati a immigrati hanno riguardato prevalentemente:

- l'apparato respiratorio (in particolare nei mesi invernali) [range percentuale 15-20%];
- l'apparato digerente (per disturbi digestivi ricorrenti: gastropatie,

- disturbi della motilità intestinale ecc.) [range percentuale 9-14%];
- l'apparato osteomuscolare (patologie ortopediche di varia natura, traumatologia leggera, artropatie da postura scorretta, infiammazioni o lesioni muscolari di origine lavorativa) [range percentuale 11-17%];
 - pelle e mucose (da segnalare l'elevata frequenza di 'prurito sine materia') [range percentuale 7-11%];
 - malattie infettive (di norma banali) [range percentuale 3-8%];
 - l'apparato genito-urinario (uretriti aspecifiche e cistiti ricorrenti) [range percentuale 2-9%];
 - la sfera ostetrico-ginecologica (di rilievo crescente insieme a quella pediatrica) [range percentuale 5-8%];
 - basso, contrariamente alle attese, è stato finora il riscontro di diagnosi psichiatriche [range percentuale 1-3%].

Percentualmente rilevante nelle diverse esperienze è la classe dei 'sintomi e stati morbosi mal definiti', non tanto collegabile ad una scarsa qualità clinico-diagnostica degli operatori, quanto piuttosto alle difficoltà comunicative caratterizzanti il rapporto terapeutico e talora a vincoli economici relativi alle procedure diagnostiche e ad esami di laboratorio più sofisticati (ciò è vero soprattutto per le strutture gestite dal volontariato). Alcune differenze tra centro e centro di assistenza, nel peso relativo dei vari gruppi di patologie, possono dipendere da una maggiore offerta di prestazioni di una particolare specialità.

La tubercolosi

Tra le malattie infettive la tubercolosi merita un discorso a parte. Questa patologia colpisce coloro che presentano — per cause esogene o endogene — un deficit delle difese immunitarie; è quindi storicamente considerata come una patologia della povertà e dell'emarginazione sociale, cioè una malattia che colpisce i gruppi caratterizzati da un basso livello socioeconomico. Anche considerando la situazione italiana, la tubercolosi è forse tra le malattie che meglio misurano, da una parte, la capacità di accoglienza di un paese, dall'altra, il grado di inserimento degli immigrati. Teoricamente, l'immigrazione da paesi ad alta prevalenza di infezione tubercolare verso aree a bassa prevalenza non costituisce un rischio epidemiologico rilevante per le seguenti motivazioni:

8 È definito tale il disturbo, lamentato dal paziente a carico della cute, del quale, dopo accurate indagini dermatologiche, è possibile escludere ogni eziologia organica nota; lo stesso dicasi per altre cenestopatie riferite: disturbi vaghi, pizzicori e bruciori, la cui origine viene fatta risalire dagli psichiatri ad un'autopercezione del colore della propria pelle come fonte di disturbo relazionale con gli autoctoni.

1. il processo migratorio, come già evidenziato, viene prevalentemente messo in atto da individui giovani e sani;
2. nel paese ospite esiste generalmente un sistema sanitario adeguatamente sviluppato, sia in termini di sorveglianza che di cura della tubercolosi, che annulla quasi totalmente i rischi per la popolazione residente;
3. attualmente abbiamo a disposizione presidi farmacologici adeguati per un'efficace profilassi ed un idoneo controllo della malattia.

Purtroppo le condizioni di degrado sociale ed ambientale in cui l'immigrato si viene a trovare nel paese ospite, fanno 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 aumenteranno il rischio di riattivazione endogena del microbatterio, mentre la promiscuità abitativa in ambienti malsani moltiplicherà 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). Il rischio di contrarre la malattia tubercolare nel paese di immigrazione aumenta quindi in relazione alle difficili situazioni 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, come evidenziato anche da studi britannici (frequenza di antibiotico-resistenza 5 volte superiore negli immigrati rispetto agli autoctoni) ed americani (un terzo degli Indocinesi malati di tubercolosi infettato da microrganismi resistenti ad almeno un farmaco). Nel 1995 i casi di TBC registrati in Italia in soggetti immigrati rappresentavano il 10-11% del totale dei casi. 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 caratteristiche di vita e al grado di inserimento nel tessuto sociale, con 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 perpetuare separazione ed emarginazione.

Interessante è la valutazione del fatto che il tempo intercorso tra l'arrivo in Italia e l'esordio della malattia — in una casistica di 183 pazienti immigrati irregolari trattati tra il 1990 ed il 1996 in un Poliambulatorio di

volontariato religioso — era di oltre 6 mesi in circa il 70% dei casi e di almeno un anno in circa il 53%: 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 vivono. Nella stessa casistica le forme extrapolmonari hanno inciso all'incirca per il 21% dei casi (le linfadeniti laterocervicali sono risultate le forme più frequenti), quelle polmonari per il 70% (la forma clinica più frequente è stata l'infiltrato tisiogeno; fra queste notevole è stata l'incidenza di forme escavate, indice di alta reattività), mentre le forme disseminate (cioè con plurilocalizzazioni) hanno rappresentato il 9% dei casi.

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

Le cause di una tale insufficiente compliance possono essere attribuite ad 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, a volte anche per rivalsa verso le 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 conseguenti difficoltà a reperire i farmaci prescritti e ripetute interruzioni della terapia.

Un altro fenomeno di interesse sanitario (particolarmente sentito dall'o-

pinione pubblica in questi ultimi anni), è quello della prostituzione, che ha visto una crescente implicazione di soggetti stranieri di entrambi i sessi.

Ovviamente non esistono — come non sono mai esistiti — dati attendibili sull'esercizio della prostituzione sia in Italia che all'estero⁹; sicuramente essa ha assunto una sempre più rilevante visibilità, in particolare in alcune aree geografiche (grandi città come Milano, Roma e Torino, luoghi di alta frequentazione turistica come la costiera adriatica). Per quanto riguarda le donne straniere, esse provengono per la maggior parte da paesi africani (con una rilevante presenza di nigeriane) e da paesi dell'est (soprattutto albanesi e slave) ed iniziano a prostituirsi in giovane età; il loro coinvolgimento è per lo più spiegabile come sfruttamento ad opera di organizzazioni criminali: la donna viene fatta entrare clandestinamente in Italia dietro promessa di lavoro e; dopo essere stata indotta a contrarre un debito che talora ammonta ad alcune decine di milioni, costretta a prostituirsi fino a quando non sarà in grado di affrancarsi; la soggezione della donna viene rafforzata, oltretutto con la violenza fisica, attraverso diversi espedienti quali il sequestro dei documenti di identità o — specialmente per le ragazze africane — facendo leva sulla suggestione legata a pratiche magiche. Il controllo della prostituzione sembra essere più marcato, organizzato e soffocante per le prostitute di provenienza est-europea che per le africane, le quali paiono agire in un contesto meno strutturato, ove sono possibili gestioni su piccola scala, spesso ad opera di ex prostitute; ancora poco si conosce sul controllo esercitato dalla malavita organizzata italiana. Gli alti profitti conseguibili lavorando nella cosiddetta industria del sesso, fanno però sì che si assista sempre più a casi in cui l'ingresso nel mondo della prostituzione riflette una scelta maggiormente consapevole. Differentemente che per la prostituzione extracomunitaria femminile, quella maschile è su base pressoché esclusivamente volontaria: ne sono protagonisti giovani adulti sudamericani (per lo più brasiliani e colombiani).

Da un punto di vista sanitario, gli aspetti che destano le maggiori preoccupazioni sono schematicamente i seguenti: la tipologia delle richieste di

La prostituzione

9 Ciò è spiegato sia dal fatto che in tutta Europa la prostituzione non è considerata un reato (come lo è invece il suo sfruttamento), sia in quanto è in gran parte un fenomeno clandestino e quindi sommerso. Le stime recentemente diffuse in Italia dai mezzi di comunicazione di massa parlano di 40.000-50.000 persone dedite alla prostituzione, in grande maggioranza donne, di cui circa il 60% sarebbero di provenienza straniera (15.000-20.000 per l'Associazione PARSEC); intorno alla prostituzione vi sarebbe un giro d'affari di circa 3.200 miliardi all'anno: ma occorre ammettere che non disponiamo, a tutt'oggi, di dati realmente utilizzabili su questo fenomeno.

prestazioni da parte dei clienti italiani, che frequentemente comportano situazioni di forte rischio di contagio di malattie sessualmente trasmissibili (MST);¹⁰ la grande difficoltà delle strutture sanitarie pubbliche di attuare un'adeguata vigilanza sanitaria (difficilmente gli operatori del sesso si rivolgono spontaneamente ai servizi, in particolare ai centri per MST), nonché di promuovere interventi preventivi (alcune organizzazioni del volontariato hanno recentemente attivato a tal proposito delle Unità di strada, la cui reale efficacia non è però facilmente valutabile). Non bisogna neanche sottovalutare l'influenza di altre variabili, come quella psicologica, culturale e religiosa, nel determinare o modulare diversamente comportamenti sessuali a rischio: indagare più approfonditamente queste variabili potrebbe garantire una positiva ricaduta di eventuali interventi preventivi.

I detenuti

Particolarmente preoccupante è inoltre la situazione sanitaria dei detenuti stranieri.

Negli Istituti penitenziari italiani per adulti la popolazione straniera è, infatti, ampiamente sovrarappresentata: dei circa 48.000 detenuti (di cui oltre il 96% uomini) presenti al 31.12.1998, gli stranieri costituivano circa il 25% (circa 12.000 soggetti, di cui quasi il 96% uomini erano il 15,6% nel 1994), mentre su tutta la popolazione generale rappresentano — come detto — circa il 2%. Le aree geografiche di provenienza degli stranieri presenti alla stessa data, espresse in percentuale, sono state: 57% Africa; 32% Europa (di cui l'88% l'Europa dell'Est, compresa l'ex Jugoslavia); il 7% America (di cui quasi il 90% America del Sud); meno del 4% Asia. I detenuti provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea hanno rappresentato complessivamente oltre il 97% del totale. In alcuni istituti la componente straniera arriva a costituire il 50-60% del totale dei detenuti; questa situazione interessa particolarmente le grandi città, talora con esacerbazioni estive. La gran parte delle persone straniere recluse, come detto, sono di sesso maschile, in netta maggioranza giovani.

I fattori di rischio e le difficoltà di assistenza sanitaria già illustrati trattando dell'immigrato in generale, trovano ulteriore aggravamento nell'ambito carcerario, che storicamente soffre di pesanti condizioni di sovraffollamento e di carenza di organico. Ne risulta spesso un quadro desolante in cui, dello straniero, non si riesce a raccogliere un'adeguata

10 Ciò vale soprattutto per i transessuali latino-americani, la cui affermazione sul mercato della prostituzione è in gran parte dovuta ad una particolare disinvoltura ed 'imprudenza' nei costumi sessuali, in particolare per il fatto di accettare rapporti non protetti, cioè senza l'uso del condom.

anamnesi, né a definire un approfondito profilo di salute, né, più in generale, a stabilire una relazione significativa. Per non parlare di situazioni particolari, come quella della presenza in carcere dei transessuali, che ha 'costretto' alcune direzioni ad approntare sezioni specificamente dedicate.

La struttura penitenziaria non è inoltre spesso attrezzata per venire incontro ad eventuali specifiche esigenze del detenuto straniero, come quelle alimentari, di assistenza religiosa, informativo-culturali (opportunità di leggere libri o riviste in lingua madre), etc. L'immigrato recluso non ha normalmente altre possibilità di difesa legale che quella del gratuito patrocinio, incontrando spesso per la prima volta il proprio avvocato in udienza. Tutto questo, unito alla lontananza dagli affetti, spinge frequentemente il soggetto a rinchiudersi in sé stesso ed isolarsi, andando spesso incontro a sindromi depressive, ed a volte cercando impropriamente di richiamare su di sé l'attenzione con comportamenti autolesionistici (ingestione di oggetti metallici, autoferimenti, scioperi della fame...).

I fattori di rischio per la salute fisica e psichica e l'accesso ai servizi

Quella dell'immigrazione è una delle realtà in cui il 'sociale' ed il 'sanitario' si intrecciano indissolubilmente. Infatti, da quanto fino ad oggi rilevato, nella determinazione dello stato di salute straniera i fattori ambientali (in particolare di tipo sociale) e comportamentali conseguenti, sembrano prevalere chiaramente su quelli genetici¹¹.

Per fattori di tipo sociale si fa riferimento a tutte quelle situazioni che vanno globalmente a determinare le condizioni di vita dell'immigrato: occupazione, alloggio, alimentazione, supporto psico-affettivo, accessibilità ai servizi sociosanitari, etc..

La situazione lavorativa è una variabile fondamentale per la salute dell'immigrato (come d'altronde anche per gli italiani). La mancanza di occupazione accelera lo scadimento delle condizioni di vita (esaurendo la disponibilità economica o costringendo a ridurre le spese e quindi il tenore di vita già basso); quando la disoccupazione si protrae oltre un certo limite, può favorire l'accesso ad attività illegali, talune strettamente collegate

**I fattori
di tipo sociale**

¹¹ Il ruolo dei fattori genetici (ad esempio nel determinare una maggiore predisposizione verso lo sviluppo di una data patologia) potrà forse essere rivalutato quando la presenza straniera nel nostro paese durerà un tempo sufficientemente lungo da attirare l'attenzione dei ricercatori su patologie cronico-degenerative di natura diversa, quali alcune malattie di tipo neoplastico.

alla salute (come nel caso della prostituzione) o di abitudini voluttuarie a rischio, come alcolismo, tabagismo o ricorso a sostanze psicotrope. La difficoltà di inserimento lavorativo, aggravata dall'irregolarità giuridica, espone spesso l'immigrato all'accettazione di occupazioni a rischio, mal remunerate e non tutelate (lavori in cantieri edili o in fabbriche senza adeguate misure di protezione e controllo, turni estenuanti come braccianti agricoli, ecc.). La precarietà economica o la grave indigenza ostacolano inoltre grandemente il ricorso alle strutture ed agli operatori sanitari in caso di bisogno.

La situazione alloggiativa ha sicuramente un ruolo di primo piano: per quanto possa essere infatti variabile da straniero a straniero, l'ambiente di vita rappresenta un punto critico per la sua salute. La maggior parte degli immigrati affronta il problema abitativo in modo temporalmente provvisorio e logisticamente precario; ed anche quando — per lo più in aree urbane degradate — lo straniero sia in grado di ricorrere ad appartamenti o stanze in affitto o subaffitto, ciò comporta per lo più seri problemi di sovraffollamento abitativo e carenza od inadeguatezza igienica dei servizi, con evidenti rischi di trasmissione di patologie infettive contagiose. Sia l'ospitalità presso istituzioni, sia il domicilio presso il datore di lavoro (è il caso di chi fornisce assistenza agli anziani), ostacolano inoltre il ricongiungimento familiare o inducono la separazione dei nuclei familiari stessi, con evidenti ripercussioni psicologiche.

La diversa alimentazione

Un fattore di rischio rilevante, anche se non sufficientemente indagato, riguarda l'alimentazione. Sulla dieta convergono infatti una serie di diverse problematiche: difficoltà di adattamento ad una cultura del cibo e ad una tradizione gastronomica diverse; difficoltà di reperimento di alimenti di largo consumo nel proprio paese d'origine; scarsa conoscenza dei generi alimentari disponibili in Italia; difficoltà a seguire le usuali modalità di preparazione e cottura del cibo; inadeguatezza delle proprie abitudini dietetiche al nuovo contesto (clima, livelli di attività fisica sostenuti, ecc.); mancanza di informazione su principi e nutrienti e sul loro diverso contributo energetico e metabolico; preclusione, di natura religiosa o filosofica, al consumo di determinati alimenti o bevande; vincoli economici nell'acquisto delle cibarie, ecc. Tra questi assumono particolare rilevanza l'incapacità di adattare, modificandole, le proprie abitudini alimentari al nuovo contesto, che può determinare un'alimentazione sbilanciata e carente dell'apporto di nutrienti essenziali (è frequente per esempio nei soggetti asiatici una dieta costituita pressoché totalmente da cereali, in particolar modo dal riso); parimenti critica può essere l'esigua disponibilità economica, che può costringere l'immigrato ad astenersi dal consumo di alimenti di rilevante apporto nutrizionale — quali le proteine animali e