

Stranieri e salute

Luisa Mondo, Maria Elena Coffano

Il 27 e 28 settembre 2007 si è svolta, a Lisbona, la conferenza: “Health and Migration in the European Union (UE): better health of all in an inclusive society” promossa dalla presidenza portoghese del Consiglio dell’UE. Nell’ambito dell’incontro si è ribadito che, per ragioni demografiche ed economiche, l’UE ha bisogno e continuerà ad aver bisogno degli immigrati e, proprio per questa ragione, le politiche europee per l’immigrazione devono tener conto dell’importanza dell’accesso all’assistenza sanitaria da parte di tutti. Nelle conclusioni della conferenza sono riconfermate le aree critiche già osservate da più studi nel corso del tempo: salute delle donne e dei minori, tutela sul lavoro, sorveglianza malattie infettive, malattie cronico-degenerative (malattie cardiovascolari, diabete), salute mentale.

Sempre nel settembre 2007 l’associazione Medici del Mondo (1) ha presentato i risultati di una ricerca effettuata in sette Paesi (Italia, Francia, Gran Bretagna, Spagna, Portogallo, Belgio e Grecia), sull’accessibilità ai servizi socio-sanitari da parte di immigrati non in regola con le norme di soggiorno: il 32% degli intervistati ha dichiarato di non conoscere la possibilità di assistenza nelle strutture sanitarie ed il 25% sapeva di poter accedere, ma non ne ha usufruito per paura di denuncia da parte degli operatori socio-sanitari. L’indagine ha rilevato ampie differenze di normativa nei paesi oggetto dello studio passando da minima inclusione in Grecia a massima inclusione in Italia, dove, così come previsto dall’articolo 32 della Costituzione: “La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti” ed il sostantivo *individuo* è inteso a prescindere da nazionalità, età genere, lingua, religione od altro.

Negli ultimi anni la popolazione italiana è incrementata numericamente attraverso il saldo migratorio positivo; la popolazione immigrata ha anche modificato la struttura della popolazione stessa portando ad una riduzione dell’età media e, di conseguenza, minor mortalità e maggior natalità.

Il profilo della salute straniera che risulta da questo aggiornamento non mostra significativi cambiamenti rispetto a quanto descritto nel rapporto dello scorso anno: l’analisi dei ricoveri effettuata tenendo conto delle differenze per età (gli immigrati sono mediamente più giovani), mostra una probabilità di ricovero simile tra italiani e stranieri (rispettivamente 1 e 0.97), ma, escludendo dall’analisi le degenze relative all’area materno infantile, tale rischio risulta nettamente inferiore tra gli stranieri rispetto alla popolazione locale.

I ricoveri a carico di stranieri, nel 2006, sono stati 16.672 ossia il 4.23% del totale.

Tra gli uomini stranieri le cause di ricovero sono principalmente legate a malattie d’importazione (malattie infettive e parassitarie, patologie ematologiche) e a problemi di sicurezza (lesioni traumatiche).

Infatti, la particolare concentrazione di domanda di manodopera immigrata per “lavori delle 5P” (pesanti, precari, pericolosi, poco pagati, penalizzati socialmente) (2) spiega il maggior ricorso ai ricoveri in seguito a traumatismi (fratture, distorsioni, contusioni, schiacciamenti...) tra gli stranieri.

Analizzando il percorso nascita si osserva come le donne immigrate mostrino un modello di fecondità più intenso ed anticipato rispetto alle italiane con età media al parto di 28,3 anni, rispetto ai 32,1 delle italiane. Tra le gestanti immigrate e le italiane si mantiene costante nel tempo la notevole differenza rispetto all'epoca in cui le donne straniere prime si sottopongono alla prima visita: solo il 79% (contro il 94% delle italiane) la effettua entro il primo trimestre, così come raccomandato nelle linee guida per l'assistenza alla gravidanza. Di anno in anno, invece, si riduce la differenza tra numero medio di visite e di ecografie effettuate durante la gestazione, ma resta sempre molto bassa la partecipazione ai corsi di accompagnamento alla nascita. Si osservano anche alcune differenze rispetto alla modalità del parto: mentre il ricorso al parto operativo ed al cesareo programmato sono molto simili, si osserva una maggior percentuale di parti spontanei tra le straniere (70% contro il 64% delle italiane) le quali vengono anche sottoposte ad un minor numero di cesarei in travaglio (15.8% contro il 22% tra le italiane). Si conferma tra le donne straniere il lieve eccesso di esiti sfavorevoli: parti gravemente prematuri (prima della 32ª settimana di gestazione) (1.2% contro lo 0.8% tra le italiane), un maggior ricorso alla rianimazione in sala parto (4,1 rispetto al 3,7 tra le italiane) ed una natimortalità doppia (0,4 rispetto allo 0,2 tra le italiane) (figura 1)

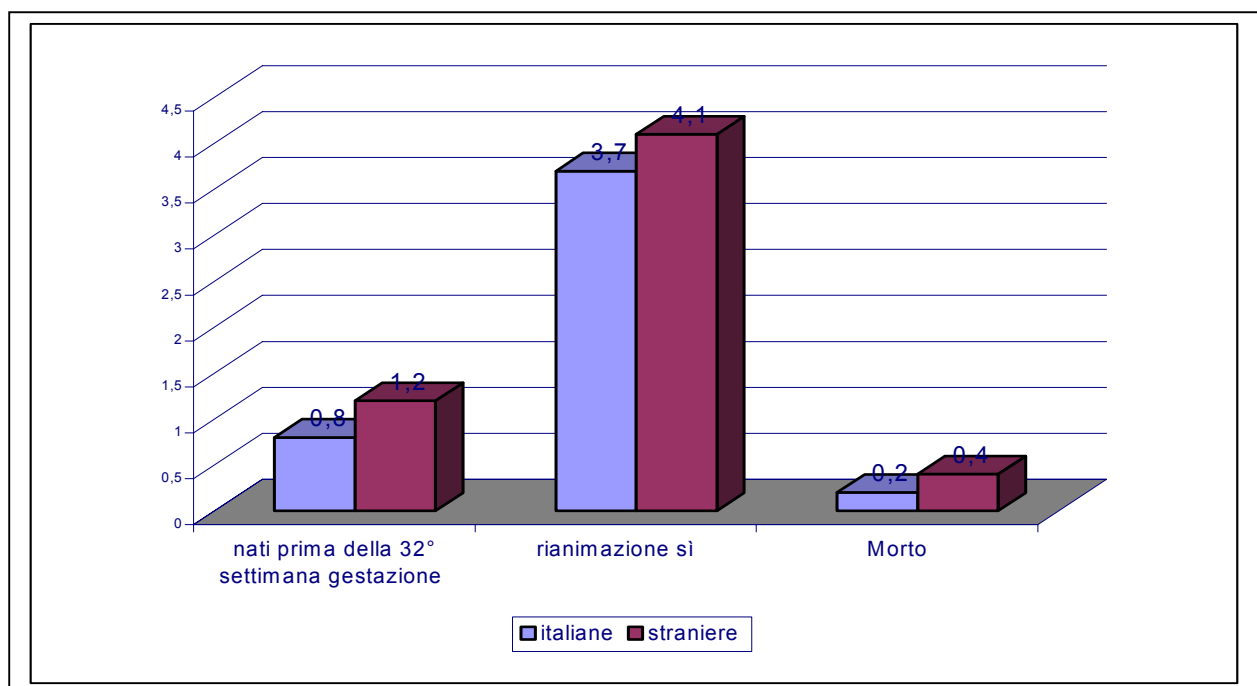


Figura 1: differenze di esiti riproduttivi, donne straniere ed italiane, Cedap 2006

Malgrado queste difficoltà iniziali nella salute dei bambini, questi mostrano, in seguito, un rischio di ospedalizzazione sovrapponibile a quello dei loro coetanei italiani.

Per quanto riguarda l'interruzione volontaria di gravidanza (IVG), come già descritto nelle precedenti edizioni, continua la tendenza al progressivo aumento della quota di straniere fra coloro che hanno fatto

ricorso all'IVG (figura 2).

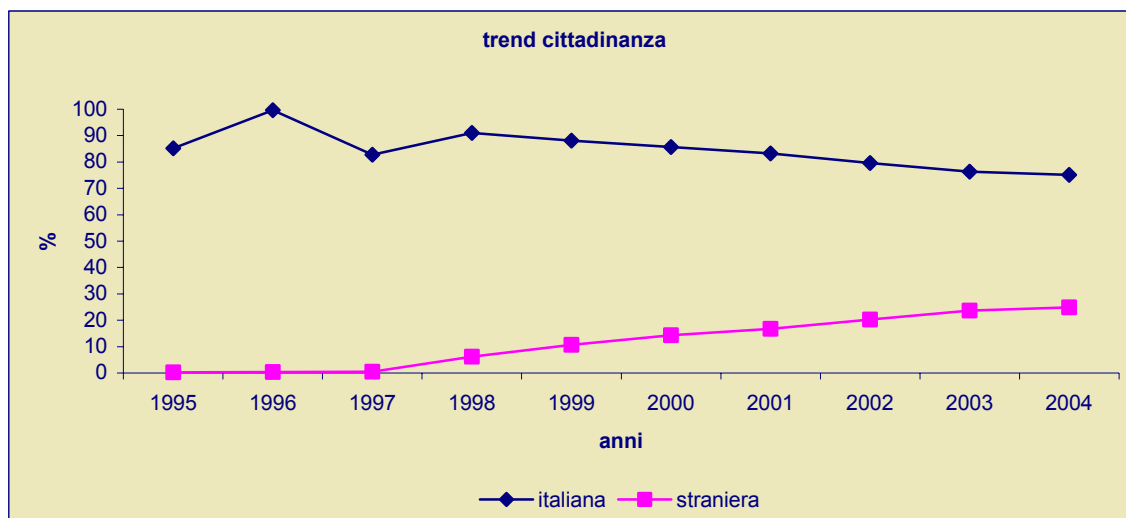


Figura 2: Andamento % della composizione per cittadinanza delle interruzioni volontarie di gravidanza IVG, Piemonte, 1994-2004 (schede D12 ISTAT)

Una delle criticità rispetto ad un efficace ricorso alla procreazione responsabile è il fenomeno dell'aborto ripetuto: in Piemonte è stabile la percentuale di donne che ricorre per la prima volta all'IVG (75% nel 1995, 76% nel 2004) ed è in riduzione quella di donne che si erano già sottoposte ad una IVG (18,6 nel 1995, 17 nel 2004) mentre risulta in leggero aumento per le donne con 2 (4,5 nel 1995, 5% nel 2004) o 3 (1,8% nel 1995 e 2% nel 2004) e più pregresse IVG. Dall'analisi per nazionalità si osserva come le IVG ripetute siano più frequenti tra le donne straniere, specie se provenienti dai paesi dell'Est.

Tra le persone che effettuano l'IVG in epoca più tardiva si osserva una prevalenza di cittadine straniere, verosimilmente proprio per un tardivo accesso ai servizi.

In Piemonte il Consultorio Familiare è la sede di scelta per quasi il 60% delle donne per la certificazione di IVG, tra queste circa il 70% sono straniere.

Lo studio multicentrico (Piemonte, Lombardia, Emilia Romagna e Lazio), condotto dall'Istituto Superiore di Sanità in collaborazione con l'Agenzia di Sanità Pubblica del Lazio, tra il 2004 e il 2005, ha mostrato che le donne straniere che fanno ricorso all'IVG sono giovani (età media 27,9 anni), coniugate e o conviventi con il partner in Italia (48%), hanno già figli (64%), un buon livello di istruzione e lavorano prevalentemente nel campo dell'assistenza familiare (44%), di recente immigrazione (50% arrivato negli ultimi 2 anni), spesso con regolare permesso di soggiorno (59%). Un terzo delle donne ha effettuato l'IVG per difficoltà economiche e timore di perdere il lavoro (4,5).

Intervistate in merito alla loro conoscenza sui sistemi di procreazione responsabile è risultato che la pillola risulta essere il metodo più citato (77%), in particolare dalle donne africane e sud americane, mentre il preservativo (67%) è citato soprattutto dalle donne cinesi e nigeriane, ed il coito interrotto (54%) dalle donne dell'Est Europa. Circa la metà delle donne è a conoscenza della spirale e del metodo Ogino-Knaus, o "calendario", ma il 40% di queste ultime non è in grado di individuare correttamente il periodo fertile. Solo il

37% delle donne straniere è a conoscenza della pillola del giorno dopo (donne provenienti dall'Ucraina e Moldavia) tra queste l'11% l'ha utilizzata in precedenza.

Per la maggior parte delle donne (64%) l'informazione sulla contraccezione è stata acquisita, nel Paese di origine, per "sentito dire" da parte dei conoscenti (parenti, amici, partner); il 32% è stato informato da personale sanitario e/o consultorio; anche la scuola (20%) sembra aver svolto un ruolo importante nella divulgazione di informazioni. Il 56% delle donne intervistate non aveva fatto alcun uso di contraccezione per evitare la gravidanza per cui è poi ricorsa all'IVG, ma il 20% aveva impiegato metodi efficaci (pillola, spirale, preservativo, iniettabili) verosimilmente in modo scorretto.

Un terzo delle donne intervistate ha dichiarato che prima di rivolgersi ai servizi per effettuare l'IVG non sapeva dell'esistenza di una legge in Italia che garantisce a tutte le donne di abortire gratuitamente, tra queste le romene e le cinesi sono quelle che conoscono meno la normativa.

Il punto fondamentale in merito alla prevenzione dell'IVG è legato ad interventi educativi, sociali e sanitari. Politiche sociali di sostegno alla maternità ed offerta di educazione sessuale a tutta la popolazione fin dalla scuola dell'obbligo possono essere un ottimo strumento di prevenzione primaria; strategie utili ad anticipare l'accesso all'intervento possono essere considerate un fondamentale strumento di prevenzione secondaria per ridurre le complicanze a breve termine, infine, la prevenzione terziaria delle complicanze a lungo termine dell'IVG (IVG ripetute, conseguenze psico-patologiche nelle donne a rischio) può essere realizzata attraverso la formazione professionale degli operatori coinvolti nel colloquio per l'IVG e offerta psicologica di consulenza e accompagnamento nei casi individuati come a rischio.

Nell'ambito delle politiche socio sanitarie, la regione Piemonte è un esempio di atteggiamento di inclusione, sostegno e cura delle persone immigrate.

Prosegue l'attività dei Centri ISI con 49227 passaggi nei 4 centri di Torino e provincia, dei quali 9565 nuovi passaggi (19%). Gli Stranieri Temporaneamente Presenti che accedono ai centri ISI ricevono assistenza sanitaria da parte del medico presente in ambulatorio: visita, richiesta e controllo analisi, richiesta e controllo esami, prescrizioni farmaceutiche, prescrizioni di visite specialistiche o di ricoveri.

In particolare, a partire del gennaio 2007, per venire incontro alle esigenze di assistenza sanitaria da parte di cittadini neo comunitari privi dei requisiti necessari per l'iscrizione al SSN, l'Assessorato alla Sanità della Regione Piemonte ha istituito, per i medesimi, l'assegnazione di un codice ENI (Europei Non Iscrivibili) con validità semestrale, rinnovabile, tutt'ora in vigore. Tale codice ha permesso ai suddetti cittadini neo comunitari in difficoltà di poter continuare ad accedere alle prestazioni sanitarie.

Questo è uno dei tanti esempi di come il Servizio Sanitario Regionale mostri flessibilità di fronte alle esigenze di salute e di assistenza della popolazione immigrata.

Ricordiamo infatti che nel 2004 (Circolare dell'Assessorato alla Sanità del 3/8/2004) sono state impartite le disposizioni in materia di esenzione dalla quota di partecipazione alla spesa sanitaria per questi pazienti (al pari di quanto previsto per i cittadini regolarmente iscritti al SSSN); nel 2006 (D.G.R. 6 -3264 del 27.06.2006) è stato riconosciuto agli STP il diritto all'erogazione delle necessarie prestazioni integrative e di

assistenza protesica e nel 2008 (D.G.R. del 21.1.08) è stato autorizzato, anche per gli STP, il trasporto per la terapia dialitica, l'ossigenoterapia e l'assistenza ai malati terminali.

Va ricordata ancora una volta poi l'attività delle molte associazioni di volontariato che assicurano l'assistenza sanitaria agli immigrati in difficoltà socio-economiche, lavorando in parallelo con le strutture istituzionali e con le quali, in un futuro molto prossimo, si sta lavorando per far nascere una rete di collaborazione.

Bibliografia

1. "Indagine europea sull'accesso alle cure delle persone in situazione irregolare" a cura di Medici del Mondo <http://www.medicidelmondo.it/doc/Rapport%20EU%20MDM%20ITALIEN.pdf>
2. Molina, S. (2004), *Caratteristiche sociali ed epidemiologiche dell'immigrazione a Torino*, relazione presentata al convegno "I luoghi delle cure", Torino, 18-20 giugno 2004.
3. Relazione del Ministro della Salute sull'attuazione della legge 194/78 inerente i dati definitivi dell'anno 2006 ed i dati preliminari del 2007, http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pubblicazioni_804_allegato.pdf
4. Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Baglio G, Grandolfo M, Gruppo di studio sull'interruzione volontaria di gravidanza tra le donne straniere. *Indagine sull'interruzione volontaria della gravidanza tra le donne straniere*. Rapporti ISTISAN. 2006;06(17):25-54.
5. Spinelli A, Forcella E, Di Rollo S, Baglio G, Picconi O, Guasticchi G, Grandolfo M, Colombo C, Manghi M, Serafini P. Chi sono le donne straniere che ricorrono all'IVG in Italia? In: 9. Consensus conference sulla immigrazione e 7. Congresso nazionale SIMM. Atti; 27-30 aprile 2006; Palermo. 2006. p. 166-173.