

Stranieri e salute

M.E. Coffano, L. Mondo, M. Del Savio

I Centri di Informazione Sanitaria per gli Stranieri (Centri ISI) compiono 10 anni: sono stati, infatti, istituiti con la Delibera di Giunta Regionale n. 56-10571 del 15/7/1996 che ha approvato, in maniera sperimentale, le misure organizzative e le modalità operative per l'erogazione di prestazioni di assistenza sanitaria per gli stranieri non iscritti al SSN.

I Centri ISI attualmente attivi in Piemonte, sono 12 di cui la metà in Provincia di Torino (ASL 1, ASL 2, ASL 3, ASL 4, ASL 5, con 4 sedi, e ASL 8). Dai circa 10.000 passaggi registrati nel corso del primo anno di attività si è passati, nel 2005, al seguente numero di accessi:

centro ISI	Passaggi
ASL 1	21.815
ASL 2	4.519
ASL 4	8.418
ASL 5	1.388
ASL 8	1.138
ASL 11	450
ASL 12	1.332
ASL 13	2.211
ASL 14	475
ASL 15	828
ASL 19	1.965
	44.539

Tabella 1: passaggi ai centri ISI, anno 2005

Rilevati gli esiti positivi della fase sperimentale, poiché i centri ISI hanno dimostrato di essere un accesso facilitato al Servizio Sanitario sia per gli aspetti terapeutici che per quelli preventivi (e spesso anche burocratici grazie alla presenza dei mediatori culturali), con delibera di giunta regionale, il 20/12/2004 è stata dichiarato il loro passaggio a regime.

Gli "Stranieri Temporaneamente Presenti" (STP) che vi accedono nel 92% dei casi sono privi del permesso di soggiorno, oltre l'80% di loro ha un'età compresa tra i 18 ed i 65 anni, per il resto si tratta di giovani e bambini, ma gli anziani ultra sessantacinquenni, risultano, negli ultimi anni, in costante aumento.

La distribuzione per genere ha visto aumentare nettamente la presenza di donne (62%).

Per quanto riguarda il livello di istruzione, si passa dal 3% di analfabeti al 5.3% di laureati attraverso il 28% di soggetti con diploma di scuola media inferiore ed il 36% di scuola media superiore. Tuttavia, solo in un 20% dei casi il loro titolo di studio ha valore legale anche in Italia.

I soggetti provenienti dell'Est Europa hanno ormai superato numericamente i nord africani, fenomeno in parte dovuto al fatto che questi ultimi, avendo una storia migratoria più lunga, hanno maggiormente beneficiato della regolarizzazione.

Per quanto riguarda le condizioni di salute degli immigrati, si è osservato che all'inizio del processo migratorio arrivavano persone che fondavano il progetto migratorio sul proprio patrimonio di salute (il noto effetto *migrante sano*), ma una serie di fattori descritti qui di seguito ha portato ad un depauperamento della loro salute causando un maggior ricorso all'assistenza sanitaria.

I problemi di salute di un immigrato sono di tre tipi:

1) di importazione:

- caratteristiche ereditarie (legate all'origine etnica e quindi molto variabili);
- esposizioni nel paese d'origine (malattie infettive)

2) di adattamento (problemi di salute mentali e ricadute somatiche, problemi comuni a tutti coloro che vivono una trasformazione repentina e radicale della propria storia di vita: un lutto, la perdita del lavoro...)

3) acquisiti:

- esposizione nel paese ospite

- fattori che condizionano l'accesso ai servizi (discriminazione, disuguaglianze, problemi condivisi anche dai cittadini del paese ospite che si trovano a vivere in situazione di svantaggio).

Possiamo affermare che il profilo di salute degli immigrati è fortemente condizionato dall'anzianità della sua storia migratoria così come illustrato in tabella 2:

Anzianità di storia migratoria	Bisogno	Profilo epidemiologico
breve	sopravvivenza in un ambiente nuovo ed ostile	vulnerabilità
media	interazione con la società ospite ed il suo sistema sociosanitario	accesso
lunga	integrazione o esclusione definitiva	disuguaglianze

Tabella 2: anzianità di storia migratoria, bisogno di salute, profilo epidemiologico degli immigrati

Quando l'anzianità di storia migratoria è breve, i soggetti esprimono un bisogno legato alla sopravvivenza in un ambiente nuovo ed ostile ed hanno un profilo epidemiologico che possiamo definire di "vulnerabilità" determinata da:

- clima e sfavorevoli condizioni abitative e di abbigliamento (malattie acute e recidivanti delle alte e basse vie respiratorie, artralgie);
- alimentazione povera o scorretta, dentizione scadente (disturbi digestivi, ulcera peptica);
- scarsa sicurezza sul lavoro, strada, ambiente sociale (traumatologia da incidenti);
- promiscuità abitativa (tubercolosi, malattie sessualmente trasmissibili, parassitosi);
- stress da adattamento (ulcera peptica, alcool/droghe, salute mentale)

Quando l'anzianità di storia migratoria è media, i soggetti esprimono un bisogno legato all'interazione con la società ospite ed il suo sistema sociosanitario ed hanno un profilo epidemiologico che possiamo definire di "accesso". La percezione del bisogno di salute (non avvertita o rimandata nella fase in cui tutta l'attenzione del soggetto era volta alla sopravvivenza) passa attraverso i propri modelli culturali, all'offerta da parte dei servizi ed alla possibilità di accesso agli stessi, al tipo di progetto migratorio (il bisogno è tanto più forte quanto più il lavoro si basa sulla salute e sulla forza fisica).

Una volta riconosciuta l'esistenza di questo bisogno per farvi fronte, l'immigrato si imbatte nei problemi relativi all'accesso: modelli culturali, conoscenza dei servizi, disponibilità di tempo (orari sovrapponibili a quelli in cui il soggetto lavora, distanza da percorrere), denaro (per pagare la prestazione e/o le cure), linguaggio, relazioni.

Infine, la soluzione offerta dev'essere accessibile, efficace, sicura, di qualità, tempestiva, accettata.

Quando l'anzianità di storia migratoria è lunga i soggetti esprimono un bisogno legato all'integrazione o all'esclusione ed hanno un profilo epidemiologico legato alle disuguaglianze, le quali sono:

- consistenti: interessano tutti gli indicatori di salute
- strutturali: si ripetono in qualunque punto della scala tra chi sta in basso rispetto a chi sta in alto
- persistenti: lo svantaggio tra le classi estreme è stabile o aumenta

Per quanto riguarda l'analisi delle condizioni di salute degli immigrati, nonostante la frequente mancanza di uniformità nel criterio di definizione dell'assistito (cittadinanza, paese di nascita, paese di residenza, iscrizione al SSN) sono disponibili ed analizzabili i **dati** relativi a:

- ricoveri ospedalieri (SDO),
- scheda ISTAT per aborto spontaneo e per interruzione volontaria di gravidanza (IVG),
- certificati di assistenza al parto (CEDAP)
- schede di notifica delle malattie infettive
- scheda ISTAT di rilevazione delle ammissioni di malati psichiatrici negli istituti di cura
- schede ISTAT di morte.

Bisogna comunque rilevare che quando commentiamo l'analisi dei dati sanitari correnti descriviamo **solamente** i casi in cui la domanda e l'offerta si sono incontrate, lasciando in ombra le domande insoddisfatte o

che hanno trovato risposta in reti di assistenza informali operanti all'interno della comunità o nel rimpatrio (ritorno verso il paese di origine di persone ammalate che non sono più in grado di offrire la propria forza lavoro, fenomeno che probabilmente negli anni passati ha permesso di enfatizzare ulteriormente l'effetto migrante sano poiché chi vedeva fallire il progetto tornava indietro e restavano solo i più forti ed i più sani).

I RICOVERI OSPEDALIERI

Dall'analisi delle schede di dimissione ospedaliera del 2005 in Piemonte risultano 3.899 ricoveri di STP pari allo 0.5 del totale dei ricoveri (tabella 3).

Residenza	Totale		
	n. ricoveri	giornate	importo
Piemonte	740.630	5.357.921	2.187.000.738,86
Italia	47.968	423.358	176.179.012,84
STP	3.899	13.896	5.855.591,23
Stranieri	2.378	15.237	6.348.215,34
Totale	794.875	5.810.412	2.375.383.558,27

Tabella 3: ricoveri totali 2005

Questi 3.899 ricoveri (analizzati come chirurgici e medici, ordinari e Day Hospital –DH) hanno generato 15.237 giornate di degenza con una durata media della degenza di 3.5 giorni contro i 7,2 dei residenti in Piemonte a riprova del fatto che si tratta di una popolazione generalmente sana che richiede degenze brevi (prevalentemente legati al settore materno infantile), dato che trova ulteriore conferma nel basso costo dei ricoveri degli STP, la quota ammonta appena allo 0.23% del totale annuale.

Dei 3899 ricoveri 2090 sono stati chirurgici (53.6%) e 1809 medici (46.4%).

Dei ricoveri in chirurgia 516 sono in regime ordinario (24.6%) e 1574 in DH (75.4%) mentre, all'opposto, dei ricoveri in medicina 1578 (75.4%) sono in regime ordinario e 231 (24.6%) in DH.

Le giornate di ricovero ed i rispettivi costi sono descritti nelle tabelle 4 e 5.

Durante il primo anno di vita così come nel resto dell'età infantile si osservano differenze statisticamente significative nella distribuzione delle degenze per **malattie infettive**, in particolare otite e bronchite, possibili segnali di maggior esposizione a fattori di rischio ambientali e di un accesso all'assistenza primaria non tempestivo rispetto alla comparsa dei sintomi.

Nelle donne di età adulta le cause di ricovero sono prevalentemente legate alla sfera riproduttiva sia per il ricorso all'IVG (come descritto nel paragrafo successivo) che per la gravidanza, il parto ed il puerperio.

Nella popolazione maschile adulta si registra una maggior incidenza di ricoveri per traumi (infortuni sul lavoro, incidenti di trasporto, episodi di violenza) e malattie infettive.

Per i pochi anziani attualmente presenti si registrano cause di ricovero sovrapponibili a quelle dei coetanei italiani (problemi cardio-respiratori, patologie neoplastiche e vasculopatie cerebrali).

Residenza	DRG Chirurgici								
	R.O.			D.H.			Totale		
	n. ricoveri	giornate	importo	n. ricoveri	giornate	importo	n. ricoveri	giornate	importo
Piemonte	173.911	1.288.346	889.463.903,99	161.112	284.573	260.890.894,57	335.023	1.572.919	1.150.354.798,56
Italia	15.822	97.273	88.995.171,62	7.945	12.983	12.567.500,98	23.767	110.256	101.562.672,60
STP	516	2.854	1.433.930,94	1.574	2.042	1.490.757,13	2.090	4.896	2.924.688,07
Stranieri	513	4.692	2.830.434,07	359	521	439.578,67	872	5.213	3.270.012,74
Totale	190.762	1.393.165	982.723.440,62	170.990	300.119	275.388.731,35	361.752	1.693.284	1.258.112.171,97

Tabella 4: ricoveri in chirurgia, SDO 2005

Residenza	DRG Medici								
	R.O.			D.H.			Totale		
	n. ricoveri	giornate	importo	n. ricoveri	giornate	importo	n. ricoveri	giornate	importo
Piemonte	310.869	3.370.560	854.120.793,06	94.738	414.442	182.525.147,24	405.607	3.785.002	1.036.645.940,30
Italia	19.199	298.630	67.755.185,46	5.002	14.472	6.861.154,78	24.201	313.102	74.616.340,24
STP	1.578	7.993	2.589.764,90	231	1.007	341.138,26	1.809	9.000	2.930.903,16
Stranieri	1.335	8.789	2.682.081,60	171	1.235	396.121,00	1.506	10.024	3.078.202,60
Totale	332.981	3.685.972	927.147.825,02	100.142	431.156	190.123.561,28	433.123	4.117.128	1.117.271.386,30

Tabella 5: ricoveri in medicina, SDO 2005

LA SALUTE MATERNO INFANTILE

Per molte donne immigrate la gravidanza è vissuta come una malattia: parto in ospedale, controlli, esami, ecografie (mentre in alcune culture non ci si fa nemmeno fotografare). Se a questo si aggiunge che molte gestanti incontrano barriere culturali e linguistiche all'accesso alla diagnosi e all'eventuale cura si comprende come una parte non irrilevante di loro ricorra in misura insufficiente (o assente) alle metodiche di diagnosi prenatale, alle visite ostetriche, al corso di preparazione al parto.

Di seguito si riportano i dati relativi all'analisi dei certificati di assistenza al parto (CEDAP) delle donne che, in Piemonte, hanno partorito nel corso del 2004.

Le donne immigrate (così come illustrato in figura 1), sono mediamente più giovani delle italiane.

Tra loro, solo il 75% si sottopone alla prima visita, così come raccomandato nelle linee guida per l'assistenza alla gravidanza, nel corso del primo trimestre di gestazione (contro il 96% delle italiane) ragione che potrebbe spiegare un lieve eccesso di ricoveri.

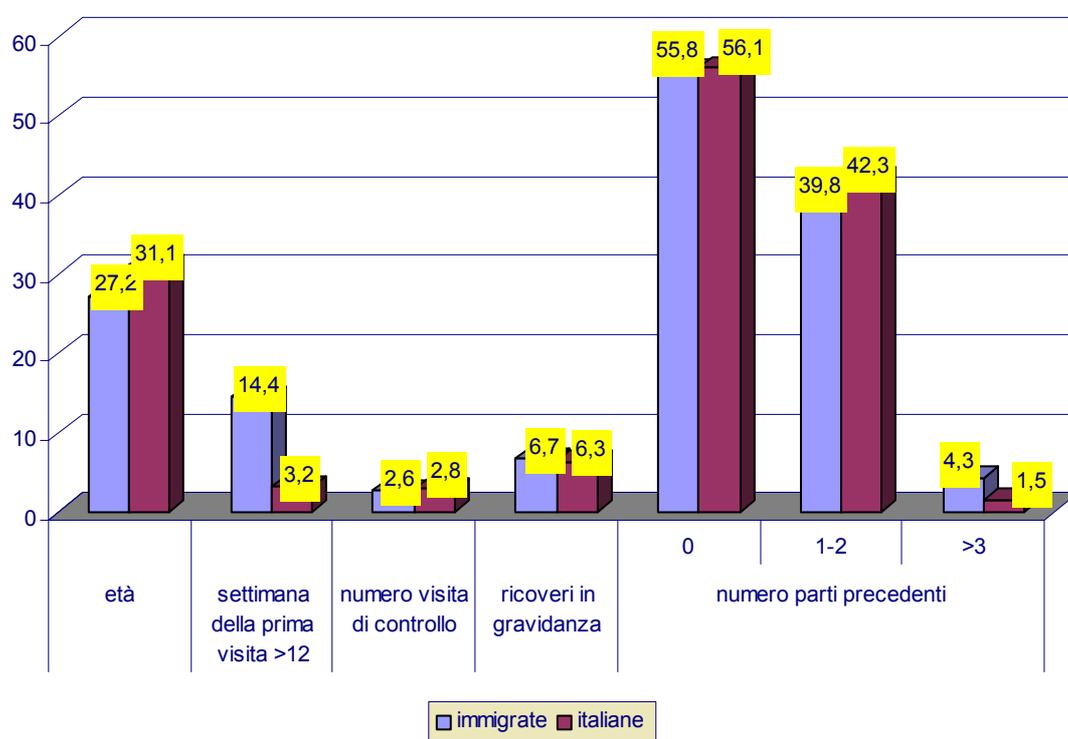


Figura 1: confronto per età, epoca prima visita, numero visite, ricoveri e numero parti precedenti

Come già osservato negli anni passati si rilevano differenze significative nelle condizioni di salute di neonati italiani e stranieri. Si registra un eccesso di parti gravemente prematuri (precedenti alla 32ª settimana di gestazione): 1.5% contro lo 0.9% tra le italiane, un maggior ricorso alla rianimazione in sala parto (2.5 rispetto al 1.7% tra le italiane) ed una natimortalità doppia (0.6 contro 0.3%).

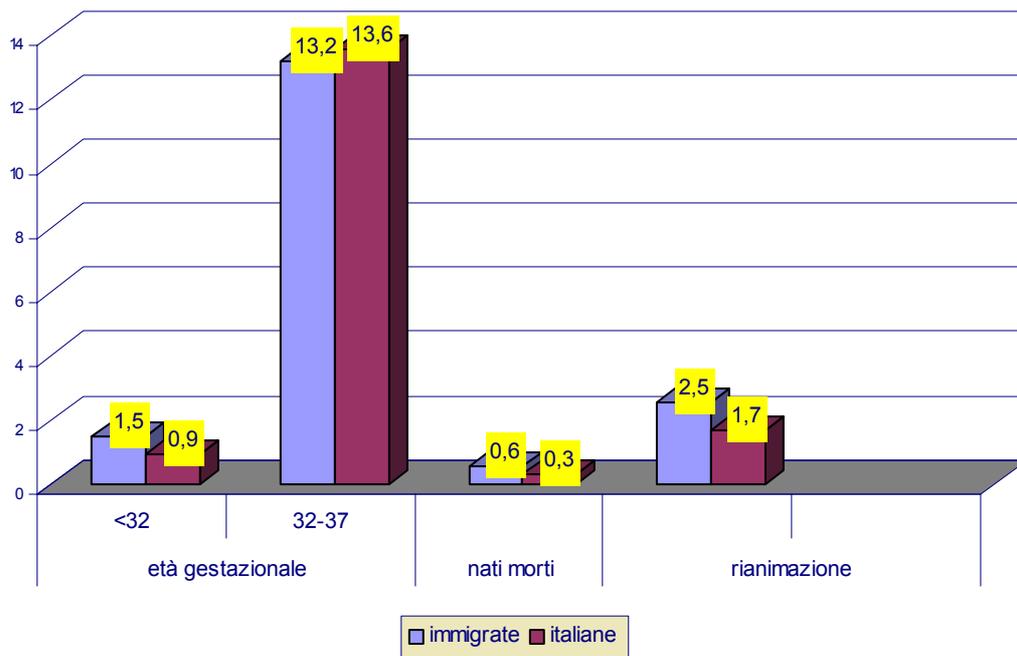


Figura 2: confronto per età gestazionale, natimortalità e rianimazione neonatale in sala parto

Le donne attualmente residenti in provincia di Torino, data la gran eterogeneità di nazionalità e le differenti storie migratorie, hanno esperienze, storie personali, origini e riferimenti culturali molto diversi tra loro, desideri e progetti del tutto personali: tra loro possono esserci donne molto ben inserite e donne che non parlano l'italiano, che sono completamente dipendenti dal marito o da un'altra parente arrivata prima e, quindi, più esperta. Proprio qui entra profondamente in gioco la capacità degli operatori di mediare sottoponendo ad analisi critica le proprie conoscenze scientifiche per evidenziare ciò che è di comprovata efficacia e quindi irrinunciabile e quello che può essere mediato e reso più accettabile (per lo svezzamento, ad esempio, se da un lato è fondamentale insegnare ad evitare l'introduzione troppo precoce di alcuni cibi, allo stesso tempo non è opportuno fornire un modello tutto italiano che finirebbe per causare un rifiuto in blocco delle prescrizioni).

LE INTERRUZIONI VOLONTARIE DI GRAVIDANZA

I dati relativi alle IVG evidenziano come, a fronte di un numero di interventi annuali sostanzialmente stabile nel tempo, aumenti la proporzione di quelli praticati da donne straniere e tra queste, pur essendo mediamente più giovani delle italiane si riscontra un maggior tasso di abortività volontaria ripetuta (il 4.3% delle immigrate e 0.8% delle italiane).

Il ricorso all'IVG è spesso in netto contrasto con la loro cultura d'appartenenza generalmente orientata verso maternità ricercate e ripetute. Tali dati sull'abortività volontaria sono attribuibili ad una scarsa conoscenza dei metodi contraccettivi, all'assenza di un nucleo familiare stabile, alla precarietà in ambito lavorativo, alla prostituzione, all'inadeguatezza delle condizioni abitative, alla mancanza di figure parentali che potrebbero supportare nell'accudimento e nella crescita dei figli.

Per poter effettuare efficaci campagne volte alla promozione di una procreazione responsabile è necessario che gli **interventi di educazione** e prevenzione siano svolti **in modo culturalmente sensibile ed accettabile** dalle dirette interessate poiché la fertilità e la maternità hanno profonde radici nelle culture di provenienza.

MEDIATORI CULTURALI

La presenza di mediatori culturali permette di migliorare la qualità delle prestazioni socio-sanitarie facilitando l'incontro tra culture che si confrontano, garantendo il rispetto di entrambe.

Oltre alla consueta attività d'accoglienza ed accompagnamento, il ruolo delle mediatrici si è rivelato utilissimo nel far emergere alcuni casi di disagio che si sono potuti conoscere solo grazie alla fiducia che esse hanno saputo conquistare.

Questo permette di avere una visione più globale delle persone, collocandole nell'ambiente dove vivono e lavorano e valutando meglio gli ostacoli che possono frapporsi, ad esempio, a una contraccezione sicura, una gravidanza serena, un allattamento soddisfacente ed un buon accudimento del proprio bambino, prevenire situazioni di depressione post-partum, di maltrattamenti in famiglia, di induzione alla prostituzione o al lavoro nero.

Il dialogo transculturale in ambito socio-sanitario, ponendo gli operatori di fronte a tante evidenti difficoltà, ha il merito di stimolare anche riflessioni sulle relazioni di cura in ambito isoculturale: nella nostra Regione non esistono dubbi sulla qualità del servizio erogato, gli sforzi da fare per il futuro saranno prevalentemente orientati sulle modalità in cui tali servizi saranno erogati alle fasce più deboli della popolazione.