

Le malattie sessualmente trasmesse tra gli immigrati in Italia

Salvatore GERACI

Poliambulatorio Caritas Diocesana, Roma

Riassunto. - La maggior parte degli stranieri presenti sul nostro territorio ha una età tra i 19 e i 40 anni ed è sessualmente attiva. Le malattie sessualmente trasmesse (MST) rappresentano un'area critica della loro salute anche considerato che la diffusione di queste malattie è sempre più condizionata dalla mobilità delle popolazioni. I dati del sistema nazionale di sorveglianza delle MST mostrano che oltre il 10% dei casi è stato registrato in stranieri, e data la maggiore difficoltà degli stranieri nell'accesso alle strutture del Servizio Sanitario Nazionale e la loro diminuita capacità di garantirsi cure privatamente, il problema delle MST assume tra questi una rilevanza spesso diversa da quella di altre malattie. Vengono presentati dati sugli oltre 4000 pazienti con MST e sui 1103 con AIDS tra stranieri nel nostro paese e discusse strategie operative per una adeguata risposta assistenziale e di prevenzione.

Parole chiave: immigrati, stranieri, malattie sessualmente trasmesse, Italia.

Summary (*Sexually transmitted diseases among foreign residents in Italy*). - In Italy, most foreign residents are between the ages of 19 and 40 years and are sexually active. Data from the Italian national STD surveillance system, a nationwide network of public STD clinics, show that over 10% of the reported cases of STD are diagnosed among these individuals. Furthermore, the mobility of foreign populations and problems with access to health care facilities can contribute to the spread of these diseases. This report presents data on over 4000 STD patients and on 1103 AIDS patients among foreign residents in Italy and includes a discussion of strategies for providing adequate STD care and for promoting prevention.

Key words: migrants, sexually transmitted disease, Italy.

Introduzione

I cittadini stranieri presenti regolarmente nel nostro paese all'inizio del 1999 erano 1 250 214 di cui il 13,7% provenienti dall'Unione Europea, il 7,6% da altri paesi a sviluppo avanzato mentre dall'Europa dell'est il 22,5% e dai paesi poveri del sud del mondo il 56,2% (Tab. 1). E' questa una stima che la Caritas di Roma ha ricavato da un incrocio tra diverse fonti. Alla stessa data (inizio 1999) il centro elaborazione dati del Ministero dell'Interno ha comunicato che i titolari di permesso di soggiorno sono risultati complessivamente 1 033 000. A questa cifra vanno poi aggiunti i minori, che non sono titolari di personale permesso di soggiorno (almeno 100 000 individui), e coloro con permessi di rinnovo in corso di rilascio (almeno altri 100 000 individui).

In Italia la percentuale degli stranieri sulla popolazione residente è del 2,2% (la media europea è intorno al 5%) e è più alta al Centro (3,3%) rispetto al Nord (2,6%) ed al Sud (1,0%). La distribuzione delle presenze è rappresentata soprattutto al Nord (53,9%), più che al Centro (29,4%), al Sud (11,2%) o nelle Isole (5,5%). Le grandi aree metropolitane concentrano il numero più alto di stranieri; tra le regioni: la Lombardia, il Lazio ed il Veneto.

Il 65% circa degli stranieri ha una età compresa tra 19 e 40 anni, mentre gli ultrasessantenni sono il 6,4%. Circa il 47% degli stranieri sono donne, con percentuali più elevate tra gli europei e i latino-americani.

Solo il 12,3% degli stranieri è sposato con prole, mentre i celibi/nubili sono il 46,5%. Dal 1990 al 1998 si è avuto un incremento della popolazione immigrata del 60%; e sono aumentati di circa tre volte soprattutto coloro che hanno un lavoro stabile (Tab. 2) [1, 2].

Il profilo di salute degli immigrati in Italia

Fino ad oggi, le informazioni più complete e diffuse sullo stato di salute degli immigrati, provengono da alcune strutture di volontariato sanitario che si sono occupate prevalentemente di coloro che non hanno potuto accedere al Servizio Sanitario Nazionale (SSN) e che si sono collegate in una rete nazionale assistenziale coordinata dalla Società Italiana di Medicina delle Migrazioni (SIMM). I dati riguardano essenzialmente ambulatori "ad accesso facilitato" sovrapponibili a quelli di medicina generale del SSN.

Nella Tab. 3 sono mostrati i dati sulle diagnosi riscontrate in una popolazione di complessivamente circa 50 000 immigrati, affluita ad alcuni tra i maggiori centri di volontariato sanitario italiani [3].

Tabella 1. - Stranieri presenti in Italia per raggruppamenti geografici 1990-1998

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1997 (%)	Var. 90/98 (%)
UE	148 611	145 426	146 918	152 954	141 577	164 003	152 092	168 125	171 601	13,73	15,47
PSA	117 961	116 516	120 395	122 567	107 696	101 594	90 972	100 134	95 000	7,60	-19,46
PVS	514 566	601 035	657 859	711 884	673 433	725 822	852 558	972 462	983 613	78,68	91,15
Tot.	781 138	862 977	925 172	987 405	922 706	991 419	1 095 622	1 240 721	1 250 214	100,00	60,05

UE: Unione Europea; PSA: paesi a sviluppo avanzato; PVS: paesi in via di sviluppo.

I dati raccolti da questi poli ambulatoriali specifici sono spesso disomogenei a causa delle diverse modalità di raccolta e classificazione, e risentono sia del tipo di prestazione sanitaria offerta, sia della tipologia d'utenza, spesso caratterizzata da una posizione giuridica irregolare e da un estremo disagio sociale.

Nonostante queste limitazioni metodologiche e strutturali, i dati raccolti confermano quello che i maggiori studiosi del settore definiscono "effetto migrante sano" e cioè una sorta di autoselezione naturale per cui decide di partire, e può partire, solo chi è in buone condizioni fisiche, ha maggiore spirito d'iniziativa, maggiore intraprendenza e stabilità emotiva. Questo comporta che, nonostante le condizioni di vita difficili, e il permanere di gravi fattori di rischio per la salute fisica e mentale, l'immigrato, almeno in questa fase della storia di immigrazione, si ammala in Italia "accidentalmente", spesso di malattie più o meno legate alle condizioni di vita condotte in Italia (da raffreddamento, da precaria igiene, da cattiva alimentazione) e che possono aggravarsi per la scarsa copertura sanitaria di cui gli stranieri beneficiano. Solo in alcuni casi le malattie sono più gravi, risentendo anche delle precarie condizioni medico-preventive dei paesi d'origine, e aggravate dall'inesistente supporto sociale e sanitario soprattutto tra gli irregolari.

Per quel che riguarda le patologie più frequentemente riscontrate, si può notare la netta prevalenza delle patologie acute, ed il ruolo limitato delle patologie infettive e parassitarie. Gli interventi assistenziali prestati a immigrati riguardano prevalentemente: l'apparato respiratorio, l'apparato digerente e quello osteo-muscolare. Tra le cause di ricovero ospedaliero assumono poi maggior peso, gli incidenti e i traumatismi, oltre che la gravidanza, il parto e le interruzioni volontarie di gravidanza [4].

Le aree critiche per la salute: il caso delle MST

Da una analisi della letteratura italiana sulle condizioni sociali e sanitarie dell'immigrato [5], si possono individuare alcune aree critiche che necessitano

di particolare attenzione soprattutto in termini di programmazione e di pianificazione di politiche socio-sanitarie (Tab. 4). Ci limiteremo in questa sede, a considerare il ruolo delle malattie sessualmente trasmissibili (MST) e dell'AIDS.

Le MST rivestono attualmente nel mondo un ruolo particolarmente significativo tra le priorità di salute pubblica, costituendo 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 causa della trasmissione verticale). Il World Health Organization (WHO) ha stimato per il 1995 oltre 330 milioni nuovi casi di MST curabili nel mondo, di cui circa il 70% diagnosticato nel sud-est asiatico ed in Africa. Parallelamente la sindrome da immunodeficienza acquisita (AIDS), fa registrare oltre 30 milioni di casi di infezione da HIV e 6 milioni di casi di AIDS, con una geografia epidemica quasi sovrapponibile a quella delle MST (maggiori incidenze nelle aree a maggiore incidenza di MST). Purtroppo i dati più completi sull'incidenza delle MST attualmente disponibili provengono da pochi paesi, perlopiù occidentali. Per molti paesi in via di sviluppo invece, non sono disponibili dati nazionali ma provenienti solo da studi condotti su ristretti gruppi di popolazione spesso poco rappresentativi della popolazione generale.

Le MST in stranieri in Italia

In Italia è attivo un sistema di sorveglianza delle MST che raccoglie annualmente oltre che i dati clinici e di laboratorio dei nuovi casi, anche informazioni demografiche e comportamentali che consentono di identificare anche la nazionalità dei pazienti. Da questo complesso sistema risulta che negli ultimi anni circa il 10% dei nuovi casi MST ogni anno è stato rappresentato da individui non italiani. Questo importante e inatteso rilievo, proprio a causa dell'entità della sua dimensione ha indotto ad attivare presso l'Istituto Superiore di Sanità dal luglio 1992 un progetto di "Sorveglianza delle malattie sessualmente trasmesse in soggetti stranieri in Italia". Il progetto è stato basato sulla collaborazione di 5 centri della SIMM e di 5 centri MST già facenti parte

Tabella 2. - Stranieri presenti in Italia per tipologia dei permessi di soggiorno 1990-1998

Motivo del soggiorno	Valore assoluto	1998 (%)	1990 (%)
Lavoro dipendente	572 565	55,4	46,2
Ricongiungimento familiare	251 925	24,4	12,5
Motivi religiosi	54 465	5,3	5,0
Motivi di studio	29 878	2,9	9,7
Turismo	9 465	0,9	8,8
Residenza elettiva	41 077	4,0	5,6
Lavoro autonomo	42 039	4,1	3,1
Adozione/affidamento	6 705	0,6	0,5
Asilo/riciesta d'asilo	6 155	0,6	0,6
Altri motivi	18 961	1,8	8,0
Totale	1 033 235	100	100

Tabella 3. - Gruppi di malattie più frequenti osservate presso alcuni centri di assistenza sanitaria per immigrati gestiti dal volontariato sociale a Roma (Caritas), Milano (Naga), Verona (Cesaim) e Palermo (S. Chiara)

Diagnosi	Periodo di indagine			
	1993-95 Caritas (RM) (%)	1993 Naga (MI) (%)	1993-97 Cesaim (Vr) (%)	1991-97 S. Chiara (Pa) (%)
Respiratorio	16,5	14,7	15,0	20,0
Digerente	13,7	13,4	9,0	11,0
Ortopediche	12,3	17,4	11,0	14,0
Dermatologiche	7,5	10,1	7,0	11,0
Infettive	8,1	5,9	3,0	3,0
Ostetrico	5,2	6,9	8,0	1,0
Genito-urinarie	8,7	9,1	2,0	4,0
Psicologiche/Psichiatriche	2,9	2,9	1,0	1,0

della rete nazionale di sorveglianza MST, allo scopo di creare 5 poli operativi per l'assistenza a individui con sospette MST in altrettante grandi città come Bologna, Genova, Milano, Palermo e Roma.

Quest'iniziativa di studio pur configurandosi come una rete di sorveglianza delle MST basata su centri sentinella di assistenza agli stranieri, ha già consentito di migliorare la comprensione del fenomeno MST in questa popolazione in Italia e si sta rivelando un'esperienza preziosa per completare la mappa sulle caratteristiche dei bisogni assistenziali degli stranieri nel nostro paese.

Risultati

Più precisamente, i casi di MST segnalati in pazienti di nazionalità straniera, nel periodo luglio 1992-dicembre 1995, sono stati 4262; il 71,2% dei soggetti affetti erano maschi. L'età mediana è stata di 29 anni (range 14-80

Tabella 4. - Aree critiche della salute dell'immigrato

Condizioni patologiche

tubercolosi, malattie sessualmente trasmesse
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" o "non selezionata"
irregolarità giuridica
mancanza/difficoltà accesso ordinario strutture sanitarie

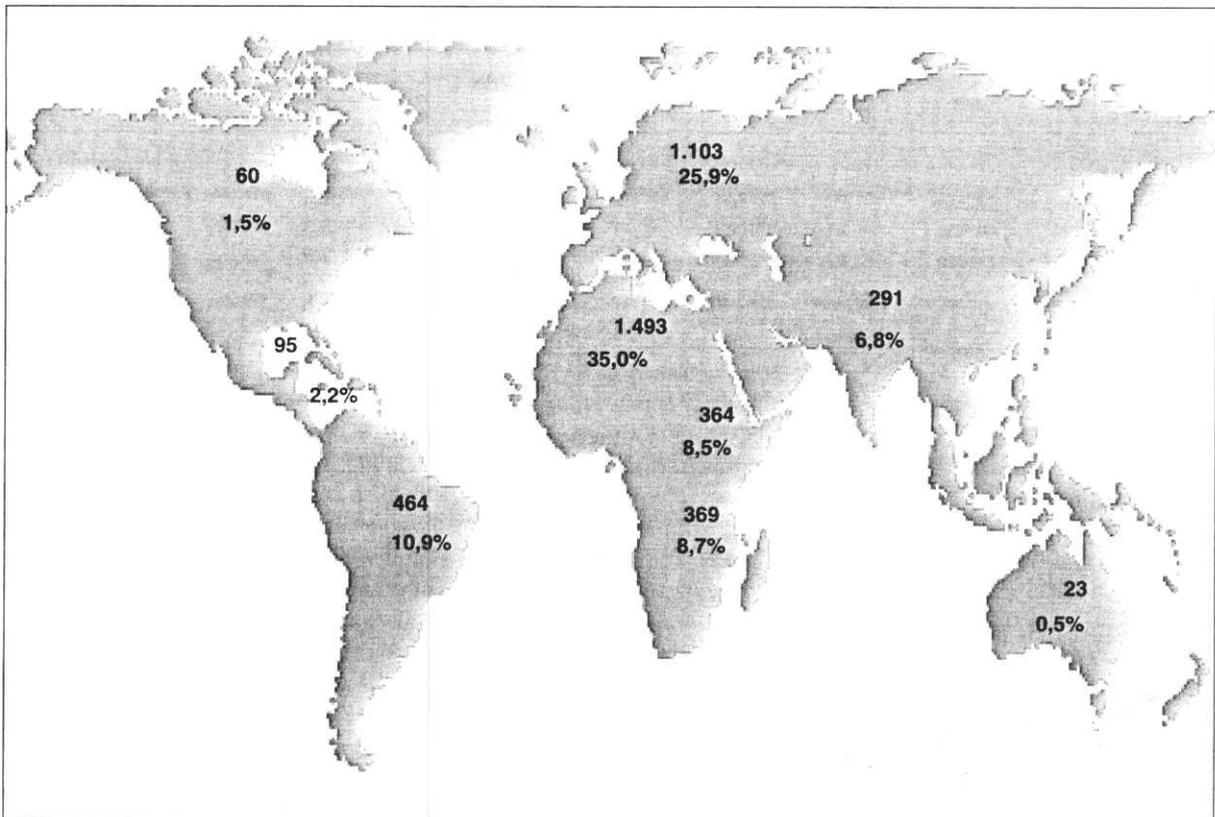


Fig. 1. - Distribuzione dei casi di malattia sessualmente trasmessa in individui stranieri per area geografica di origine (casi assoluti e percentuale sul totale). Periodo luglio 1992- dicembre 1995 (sistema di sorveglianza MST in individui stranieri 1996).

anni). I continenti d'origine sono risultati essere: l'Europa nel 25,9% dei casi; l'Africa nel 35,0%; 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% (Fig. 1). Il 54,2% dei pazienti ha un grado d'istruzione superiore, il 7,2% universitario, il 13,5% non ha ricevuto un'istruzione scolastica.

Circa il 20% ha riferito una pregressa MST; il 91,5% dei pazienti ha dichiarato di essere eterosessuale; circa il 50% ha riferito più di un partner nell'ultimo semestre e il 15% più di 3. Riguardo l'utilizzo del preservativo, 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% nel proprio paese di origine. Le MST maggiormente diagnosticate sono state l'uretrite aspecifica (non gonococcica-non clamidiale) nel 17% dei casi, la sifilide latente sieropositiva nel 16,9% e la condilomatosi genitale nel 16,2%. Circa la distribuzione delle patologie per sesso, tra gli uomini si è registrata una marcata presenza di 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, e una proporzione di un terzo di condilomatosi ano-genitali e quasi dimezzata 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 totale di infezione da HIV è risultata del 5,0%, inferiore di quella rilevata tra gli italiani affetti da MST (circa 9,0%). L'andamento della prevalenza totale è andato negli anni decrescendo lentamente, passando dal 6,4% nel 1992 al 4,1% nel 1995.

La prevalenza d'infezione da HIV tra gli stranieri che hanno acquisito una MST trasmessa all'estero è risultata più che doppia rispetto a quella degli stranieri che l'hanno acquisita in Italia (8,4% vs 3,4%). La prevalenza invece calcolata per le diverse aree di provenienza ha fatto registrare notevoli variazioni: dall'1,0% registrato tra gli asiatici, l'1,6% in nordafricani, il 4,3% in europei dell'Est, al 12,9% dei pazienti dall'Africa sub-sahariana il 37,0% dei pazienti di origine americana (14,6% dal Nord America, 8,1% dal Centro America e 14,9% dal Sud America).

Consultando il Registro nazionale AIDS aggiornato al 31 dicembre 1995 si evidenzia che poco oltre 1000 sono i casi di malattia tra soggetti non aventi nazionalità

italiana. Questi pazienti hanno mostrato un'età mediana di 32 anni; e per l'81% sono maschi. A differenza dei soggetti italiani affetti da AIDS (il 65,7% dei quali è rappresentato da tossicodipendenti), negli stranieri presenti in Italia il gruppo più rappresentato è quello degli omosessuali (38,2%), seguito dagli eterosessuali (33,3%), entrambi non tossicodipendenti.

Circa il 70% dei casi è originario di paesi cosiddetti in via di sviluppo: il 29,8% proveniente dal Sud America, il 25,2% dall'Africa sub-sahariana [6-8].

Accettando l'assunto dell'"effetto migrante sano", sembra assai improbabile che soggetti già affetti da malattia da HIV vengano in Italia per le comuni ragioni di immigrazione (lavoro, famiglia, studio, turismo, ecc.); non si può invece escludere che qualche individuo scelga nel nostro paese un'assistenza sanitaria più qualificata di quella del suo paese di origine.

Questi dati indicano quanto sia necessario non sottovalutare i rischi che una popolazione complessivamente sfavorita e marginale quale quella immigrata, può correre rispetto all'infezione da HIV e suggerire la promozione di interventi educativi *ad hoc*, una capillare organizzazione di assistenza a fini preventivi e la conduzione di programmi di *counselling* mirato a questa utenza.

Conclusioni

La sorveglianza ed il controllo delle MST, di per sé complessi, incontrano in tutti i continenti molte difficoltà quando sono rivolti a particolari sottopopolazioni, quali quelle delle fasce sociali più povere, dei nomadi e degli immigrati.

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, infatti, tali soggetti, pressoché "invisibili" alle strutture istituzionalmente preposte alla cura e alla sorveglianza. Ancor più difficilmente realizzabili risultano gli stessi interventi di prevenzione.

L'entità dei dati sulla diffusione delle MST tra gli stranieri nel nostro paese, indica la necessità di pianificare interventi assistenziali mirati a questa variegata popolazione, migliorando l'accessibilità di questi alle strutture preposte garantendo anche una

gratuità delle prestazioni per un più efficace controllo delle infezioni delle etnie maggiormente rappresentate [9]. Inoltre data l'enorme importanza svolta dalle culture e dalle religioni di origine nel determinare i comportamenti, e in particolar modo quelli sessuali, ogni programma preventivo dovrà tener conto di questi aspetti, mirando la sua azione all'interno dello schema valoriale e delle credenze delle etnie maggiormente rappresentate. Solo così sarà possibile aumentarne l'efficacia e minimizzarne i rischi di fallimento.

Lavoro presentato su invito.

Accettato il 23 agosto 2000.

BIBLIOGRAFIA

- CARITAS. 1998. *Dossier statistico 1998*. Anterem Edizioni, Roma.
- CARITAS. 1999. *Anticipazione dossier statistico 1999*. Caritas, Roma.
- GERACI, S. 1996. *Immigrazione e salute: un diritto di carta? Viaggio nella normativa internazionale, italiana e regionale*. Anterem Edizioni, Roma.
- GERACI, S. & MARCECA, M. 1998. Donne e bambini immigrati. In: *La salute in Italia. Rapporto 1998*. M. Geddes & M. Berlinguer (Eds). EDIESSE, Roma.
- MARCECA, M. & GERACI, S. 1997. Immigrazione e salute. In: *La salute in Italia. Rapporto 1997*. M. Geddes & M. Berlinguer (Eds). EDIESSE, Roma.
- SULIGOI, B. & GIULIANI, M. 1996. Immigrazione e malattie sessualmente trasmesse. *Dermotime* 3/4: 1-4.
- SULIGOI, B. & GIULIANI, M. 1996. Le malattie sessualmente trasmesse (MST) e l'infezione da HIV. In: *Il medico ed il paziente immigrato*. W. Pasini (Ed.). *Alfa Wasserman News & Views* 3 (Suppl.): 113-145.
- SULIGOI, B., GIULIANI, M., CAMISA, D., INNOCENTI, M., NUNZI, E., PRIANO, L., GERACI, S., CAPITANO, B., AFFRONTI, M., ARICO, M., MENEGATTI, M. & D'ANTUONO, A. 1996. HIV infection and associated risk factors among foreigners in Italy: data from STD clinics. In: *Proceedings of the 11. international conference on Aids*. Vancouver, Canada.
- MARCECA, M., BERLINGUER, G. & GERACI, S. 1995. La politica sanitaria sull'immigrazione in Italia. In: *immigrazione e salute: problematiche sanitarie in una società multiculturale*. S. Geraci & M. Marceca (Eds). *Ann. Ig. Med. Prev. Com.* 7: 225-231.