

OBIETTIVOSANITA

L'aggiornamento continuo dell'Operatore Sanitario

Medicina e assistenza sanitaria multi-etnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse

Autori: Dr **Simone Rasetti**, giornalista ed esperto in comunicazione

Dr.ssa **Eleonora Zanella**, infermiera operante nell'ambito dell'assistenza infermieristica diretta alla persona e consulente in ambito di formazione, in possesso di laurea magistrale in infermieristica e master professionale.

Per i contenuti di questo modulo si ringrazia la Dott.ssa Laura Simbari per il contributo fornito mediante uno studio da lei condotto nel 2009.

Responsabile scientifico: Dr **Andrea Vettori**, Esperto in Clinical Governance

Sanitanova è accreditato dalla Commissione Nazionale ECM (accreditamento n. 12 del 10/06/2010) a fornire programmi di formazione continua per tutte le professioni.

Sanitanova si assume la responsabilità per i contenuti, la qualità e la correttezza etica di questa attività ECM.

Inizio evento: 5/4/2012; ID evento: 12-29312

Modulo 3: Gli stranieri non sono tutti uguali

Keywords: nazionalità, comprensione interculturale, assistenza sanitaria stranieri

Obiettivi del modulo didattico

Al termine del modulo didattico, il lettore dovrebbe essere in grado di:

- **comprendere** le differenze fra stranieri di diverse nazionalità;
- **conoscere** le problematiche culturali, religiose e sociali connesse alle malattie a trasmissione sessuale;

- **stimolare** la capacità di interagire in modo flessibile con lo straniero.

Dopo aver inquadrato il tema dal punto di vista numerico e normativo, affrontiamo in questo modulo il rapporto tra cittadini stranieri e SSN dal punto di vista delle differenze di nazionalità fra gli immigrati. Analizzeremo cioè quali sono i “ceppi” maggiori, le dinamiche e le prospettive future. Poi chiuderemo con un decalogo stilato dal ministero della Salute per aiutare gli operatori sanitari nel delicato compito di approccio e cura verso gli stranieri residenti in Italia.

Affronteremo inoltre il problema delle malattie a trasmissione sessuale; si tratta infatti di un problema sanitario che presenta particolari implicazioni culturali, religiose e sociali e importanti correlazioni con il sistema salute.

Le principali cittadinanze

Prendendo sempre in prestito le parole, i numeri e le riflessioni del Rapporto sull’immigrazione stilato dal Ministero degli Interni, entriamo più nello specifico delle principali cittadinanze presenti nel nostro Paese.

In generale, i flussi migratori diretti verso l’Italia non solo sono cambiati rispetto al volume ma anche nella loro composizione interna in base alle diverse comunità che compongono l’immigrazione nel nostro Paese. È piuttosto indubitabile che si sia andato via via riducendo il livello di “frammentazione” della popolazione immigrata, dal momento che cresce il grado di concentrazione nazionale degli stranieri. Nel 1970 le prime dieci nazionalità costituivano il 13% del totale degli stranieri presenti, una quota che saliva al 19% dieci anni dopo, al 40% nel 1990, al 50% nel 2000, a quasi il 58% oggi.

Sebbene, quindi, si dica spesso che l’Italia è un Paese dove centinaia di nazionalità sono rappresentate nei flussi migratori (e questo è sicuramente vero), questo non significa che i sistemi migratori siano destrutturati, né che l’immigrazione dall’estero non abbia una sua selettività. Al contrario, si è assistito negli ultimi decenni a un processo di strutturazione e di consolidamento selettivo di alcuni flussi e alla scomparsa di altri. Nel 1970 un osservatore avrebbe facilmente predetto la presenza di una forte comunità iraniana negli anni successivi; si sarebbe senz’altro sbagliato, anche se alcuni iraniani sono ancora presenti in Italia. In sintesi, quello che appariva come un fenomeno unitario, può essere invece meglio esaminato come un arcipelago formato da isole solo in parziale contatto le une con le altre.

Inoltre, dai dati sui permessi di soggiorno notiamo che, nel 1992, la presenza straniera era caratterizzata da un numero consistente di cittadini comunitari: tedeschi, britannici e francesi figuravano tra i 10 gruppi nazionali più numerosi, mentre al primo gennaio 2007 non sono più nei primi posti della graduatoria. Si nota, altresì, il progressivo prevalere delle migrazioni est-ovest su quelle nord-sud. La percentuale di marocchini, tunisini e filippini risulta diminuita, rispetto ad altre comunità, nel corso degli ultimi anni, sebbene siano comunità cresciute numericamente; viceversa, è aumentata sensibilmente la quota percentuale degli albanesi - i cui flussi di ingresso verso l’Italia hanno assunto proporzioni consistenti proprio a partire dalla prima metà degli anni ‘90 - e dei cinesi.

A partire dalla seconda metà degli anni ‘90 hanno iniziato a guadagnare posizioni anche i rumeni che, grazie anche all’ingresso nella comunità europea, sono oggi la comunità più numerosa (968 mila presenze, dati

ISTAT 2011), seguita dalla comunità albanese (482 mila, dati ISTAT 2011) e da quella marocchina (452 mila, dati ISTAT 2011). Grazie al consolidamento di queste comunità è oggi meno accentuata una delle caratteristiche peculiari del sistema migratorio italiano, rappresentato da una notevole dispersione delle cittadinanze degli stranieri immigrati (vedi **Tabella 1**).

Tabella 1 - Graduatoria dei primi dieci Paesi per numero di permessi di soggiorno (dati 1971 e 2007, Ministero degli Interni)

	Paesi di provenienza per numero di permessi di soggiorno nel 1971	Paesi di provenienza per numero di permessi di soggiorno nel 2007
1)	Jugoslavia	Albania
2)	Argentina	Romania
3)	Iran	Marocco
4)	Polonia	Cina
5)	Venezuela	Ucraina
6)	Brasile	Polonia
7)	India	Filippine
8)	Siria	Tunisia
9)	Turchia	India
10)	Libia	Serbia

Differenze per sesso e cittadinanza

Anche rispetto al genere emergono interessanti particolarità per alcune delle comunità più rappresentate: rispetto al 1992, tra i cittadini provenienti da Marocco, Tunisia, Cina e Albania, è notevolmente diminuito il divario numerico tra i sessi, soprattutto a seguito dei richiami familiari. Ad esempio, nel 1992 la quota di donne marocchine e tunisine era poco meno del 10% del totale degli stranieri richiedenti un permesso di soggiorno, mentre ora queste rappresentano, rispettivamente, il 37% e il 28,8% degli stranieri immigrati provenienti da questi due Paesi. È indubbio che, per tali Paesi, l'immigrazione va considerata come un fenomeno sempre meno al singolare e il maggior coinvolgimento della famiglia sta a indicare l'estendersi di progetti di lungo periodo e d'insediamento definitivo in Italia.

È possibile analizzare la presenza straniera prendendo in considerazione anche le iscrizioni anagrafiche secondo il sesso e la cittadinanza. Rispetto alla popolazione residente, gli Albanesi sono al primo posto, con il 12,8%, seguiti da Marocco (11,7%) e Romania (11,6%). Rispetto al 2001 le comunità maggiormente accresciute sono quelle provenienti dall'Europa centroorientale. Alcune comunità mostrano degli incrementi straordinari: è il caso, ad esempio, degli ucraini e dei moldavi (o sarebbe meglio dire delle ucraine e delle moldave, considerata la percentuale predominante di donne provenienti da questi paesi, che collonano

questi due paesi fra quelli a maggior discrepanza uomod/donna), passati in quattro anni, rispettivamente da 12.730 a 120.070 e da 6.974 a 55.803.

Incrementi considerevoli si registrano anche per alcuni paesi dell'Asia, in particolare per cinesi, bangladeshi e pakistani. Va segnalato, inoltre, l'incremento dei cittadini provenienti dall'America centromeridionale, specialmente ecuadoriani, che sono una delle comunità cresciute di più dal 2002 al 2006 (+ 350,8%). Più contenuto è risultato l'incremento dei cittadini provenienti dall'Africa settentrionale, marocchini e tunisini, in quanto si tratta di comunità di più antico insediamento in Italia.

Il decalogo

Il Ministero della Salute ha stilato per gli operatori sanitari le dieci regole base per l'assistenza sanitaria agli immigrati. Ecco:

- 1) Tutti gli stranieri non appartenenti all'Unione Europea presenti in Italia con regolare permesso di soggiorno per i seguenti motivi: lavoro, motivi familiari, asilo politico, asilo umanitario, richiesta di asilo, attesa adozione, affidamento, acquisto della cittadinanza, hanno l'obbligo di iscriversi al Servizio sanitario nazionale. Con l'obbligatorietà si è in effetti voluto facilitare la tutela della salute degli stranieri, che è anche a garanzia della salute di tutti.
- 2) Con l'iscrizione si acquisiscono gli stessi diritti e doveri di assistenza riconosciuti ai cittadini italiani. Ciò rende tutto più facile: quello che è previsto per i cittadini italiani (medicina preventiva, medicina generale, visite ed esami specialistici, ricoveri, assistenza farmaceutica, esenzione ticket, etc.) vale anche per gli stranieri immigrati iscritti al SSN.
- 3) L'assistenza è garantita anche ai familiari a carico regolarmente soggiornanti.
- 4) L'iscrizione si effettua presso la Asl di residenza o di dimora (quella indicata sul permesso di soggiorno) e vale fino allo scadere del permesso. Per iscriversi sono sufficienti il permesso di soggiorno, il codice fiscale e il certificato di residenza (sostituibile, se lo straniero non è residente, con una sua dichiarazione scritta di dimora abituale). Se uno straniero che ne ha obbligo/diritto non ha ancora formalizzato la sua iscrizione, ciò non deve comportare in alcun modo l'impossibilità ad assisterlo: in questo caso, anzi, l'iscrizione sarà fatta d'ufficio. Per mantenere l'iscrizione allo scadere del permesso di soggiorno è sufficiente che lo straniero esibisca all'anagrafe sanitaria il cedolino della richiesta di rinnovo rilasciato dalla Questura.
- 5) Gli stranieri studenti o collocati alla pari e quelli con permesso di soggiorno per altri motivi, ad esempio per residenza elettiva o per motivi religiosi, hanno due possibilità: o sottoscrivere una polizza assicurativa privata riconosciuta in Italia contro il rischio di malattie e infortunio e per la tutela della maternità, o iscriversi volontariamente al SSN pagando una quota fissa annuale variabile secondo la tipologia del permesso. Con l'iscrizione volontaria al SSN possono essere assistiti anche eventuali figli a carico: ciò significa che questi bambini possono avere il pediatra di libera scelta. Questa iscrizione ha validità annuale e va quindi rinnovata.
- 6) Se gli stranieri hanno invece un permesso di soggiorno di breve durata, per esempio per affari o per turismo, devono avere un'assicurazione privata, o altrimenti pagare per intero tutte le cure e prestazioni eventualmente ricevute. Queste ultime categorie non possono quindi iscriversi al Ssn.

- 7) Anche agli stranieri irregolari (cioè privi di permesso di soggiorno in corso di validità), sono comunque assicurate, nei presidi pubblici e privati accreditati, le cure ambulatoriali ed ospedaliere urgenti o comunque essenziali, ancorché continuative, per malattia e infortunio e gli interventi di medicina preventiva. In particolare sono garantiti:
- la tutela della gravidanza e della maternità
 - la tutela della salute del minore
 - le vaccinazioni e gli interventi di profilassi internazionale
 - la profilassi, la diagnosi e la cura delle malattie infettive

L'erogazione di queste prestazioni è legata a una tessera/codice "STP" (Straniero Temporaneamente Presente) rilasciabile dalle Aziende sanitarie. Queste disposizioni rispondono soprattutto a esigenze di sanità pubblica: la "clandestinità sanitaria" non conviene infatti a nessuno. Per cure essenziali s'intendono "le prestazioni sanitarie, diagnostiche e terapeutiche, relative a patologie non pericolose nell'immediato e nel breve termine, ma che nel tempo potrebbero determinare maggiore danno alla salute o rischi per la vita (complicanze, cronicizzazioni o aggravamenti)".

- 8) In caso che gli stranieri siano indigenti, le prestazioni citate al punto sette gli sono assicurate senza spese a loro carico, a eccezione dei casi in cui, anche per gli altri stranieri regolari e per gli italiani, sia previsto il pagamento del ticket. L'indigenza deve essere dichiarata compilando un modulo che è allegato alla Circolare ministeriale n. 5/2000.
- 9) La legge vieta alle strutture sanitarie di segnalare alle autorità di polizia la presenza d'irregolari (tranne nei casi in cui sia obbligatorio il referto anche per gli utenti italiani). Se ciò avvenisse, in breve tempo nessun clandestino si rivolgerebbe più alle strutture sanitarie e questo è proprio ciò che bisogna evitare: non vi sarebbe infatti altra possibilità efficace di verificare le condizioni di salute dei soggetti comunque presenti sul territorio nazionale, a tutela della salute dell'intera collettività. Inoltre compito precipuo degli operatori e dell'organizzazione sanitari è la cura dell'ammalato e la prevenzione delle malattie.
- 10) Chi voglia venire in Italia per essere curato deve prima ottenere un visto di ingresso e un permesso di soggiorno per cure mediche. Per ottenerlo occorre che siano soddisfatti una serie di requisiti e adempimenti di natura giuridico-amministrativa (dichiarazione della struttura sanitaria prescelta, pubblica o privata accreditata, che indichi il tipo di cura e la sua presumibile durata), economica (versamento alla stessa struttura di un deposito cauzionale pari al 30% del costo complessivo presumibile delle prestazioni richieste) e sociale (documentazione comprovante disponibilità di vitto e alloggio fuori dalla struttura sanitaria e di rimpatrio per l'assistito e per l'eventuale accompagnatore).

Le malattie a trasmissione sessuale

Uno degli aspetti che, dal punto di vista sanitario, è più significativo presidiare, è certamente quello relativo alle malattie a trasmissione sessuale (MTS). Si tratta di un argomento e di una problematica che può essere osservata da punti di vista molteplici in funzione dei risvolti che ne possono derivare.

Sanitanova Srl. Medicina e assistenza multietnica: corretta gestione e comunicazione tra culture diverse –
Modulo 3

Risvolti che implicano aspetti culturali, religiosi, sociali. Le MTS costituiscono un problema prioritario di salute per i soggetti immigrati stessi, delle relazioni affettive e sessuali tra loro, ma anche, in virtù delle logiche di integrazione e socializzazione, anche per eventuali compagni che essi incontrano nel Paese accogliente, che spesso può diventare luogo di stabilizzazione e costituzione di vita e di famiglia. Esse si sviluppano e si diffondono in virtù di:

- rapporti sessuali occasionali tra sano – malato o tra sano - portatore sano
- rapporti sessuali stabili in relazioni affettive coniugali o di convivenza tra sano – malato o tra sano e portatore sano
- violenze sessuali

È stimato che in tutto il mondo ogni anno si verificano circa 340 milioni di nuovi casi di MTS curabili dovute a *Treponema pallidum*, *Gonorrhoeae*, *Clamidia Trachomatis* e *Trichomonas vaginalis* sia negli uomini sia nelle donne tra i 15 e i 49 anni, in proporzione maggiore nel Sud e Sud-est Asiatico, seguito dall’Africa Sub-Sahariana, America Latina e i Caraibi (WHO, 2006). Inoltre, altri milioni di nuovi casi di MTS virali si verificano ogni anno soprattutto per quanto riguarda *HIV*, *Human herpes virus*, *Human papilloma virus* e Virus dell’epatite B.

L’*Human papilloma virus* causa ogni anno circa 500.000 casi di cancro del collo dell’utero con 240.000 morti soprattutto nei paesi poveri. L’epatite B diventa epatite cronica in 350 milioni di casi e per cirrosi epatica e cancro al fegato muoiono un milione di persone (WHO, 2006).

Il *Sexually Transmitted Diseases: policies and principles for prevention and care*, UNAIDS/WHO¹ 1999 segnala che in molti paesi in via di sviluppo, per diversi decenni, le MTS si sono classificate tra i primi cinque posti delle malattie per le quali gli adulti richiedono servizi sanitari (UNAIDS/WHO, 1999).

Non tutti gli atti sessuali non protetti tra una persona infetta e un partner portano a una trasmissione di MTS. Se una persona si infetta dipende da molti fattori, biologici e comportamentali. I fattori biologici che influenzano la trasmissione delle MTS sono tipicamente il genere e l’età. Le MTS, compreso l’HIV², si manifestano sia negli uomini sia nelle donne; tuttavia, le statistiche raramente mostrano un uguale distribuzione in entrambi i sessi e nei differenti gruppi di età. Infatti i casi si verificano più frequentemente nelle donne tra l’età di 14 e 19 anni e negli uomini dopo i 19 anni. Ciò è dovuto alla presenza di diverse variabili, tra cui principalmente l’inizio dell’attività sessuale, che in genere è precedente nelle ragazze che nei ragazzi. Infatti, in alcune culture le giovani donne si sposano e diventano sessualmente attive nella prima adolescenza e possono avere rapporti sessuali con partner maschili appartenenti a una fascia di età più avanzata, che hanno già avuto più esperienze sessuali e che di conseguenza possono più probabilmente aver contratto infezioni. Inoltre, le stesse caratteristiche dei tratti genitali rendono le giovani donne più vulnerabili alle MTS rispetto agli uomini, essendo la mucosa vaginale e il tessuto delle cervice uterina nelle

¹ UNAIDS è il Joint United Nation Programme su HIV/AIDS. È un programma co-sponsorizzato da sei organizzazioni del sistema delle Nazioni Unite quali UNICEF, UNDP, UNFPA, UNESCO, WHO e la Banca mondiale. L’obiettivo principale è rafforzare ed esercitare influenza sul sistema delle Nazioni Unite al fine di assistere i paesi nel rispondere efficacemente alle epidemie di AIDS. L’UNAIDS mette in comune le conoscenze, l’esperienza e le risorse delle organizzazioni delle Nazioni Unite su HIV/AIDS e MTS al fine di aiutare i paesi a rispondere efficacemente a queste malattie.

²HIV, così specificato, talvolta sembra non far parte delle MTS. In realtà questa formula viene utilizzata in quanto studi epidemiologici e biologici hanno evidenziato che le MTS agiscono come cofattori per l’acquisizione o trasmissione di HIV.

giovani immaturo rispetto alle donne più anziane. Infine, la superficie della mucosa che entra in contatto con l'agente infettante è molto ampia nella donna che nell'uomo (WHO, 2007).

È noto che le MTS possono condurre a numerosi problemi di salute. Oltretutto le MTS nelle donne spesso sono asintomatiche o producono lievi sintomi. Il 70% delle donne e il 30% degli uomini affetti da Clamydia sono asintomatici e più dell'80% delle donne e il 10% degli uomini possono non avere sintomi con la Gonorrhoea (WHO, 2007). Ciò significa che solo il 20% delle donne infette si presterà al trattamento e quindi comparirà nelle statistiche.

Per quanto riguarda la distribuzione per età delle MTS è da sottolineare che i nuovi casi iniziano a verificarsi durante l'adolescenza³ e tendono ad essere molto più frequenti nei gruppi tra 15-44 anni, diminuendo poi con l'aumentare dell'età. Nel trattamento dei dati è necessario considerare che le stime per MTS tendono ad essere più alte rispetto alle cifre indicate nei report nazionali perché questi ultimi spesso rappresentano un numero inferiore di persone affette da MTS. Le statistiche delle MTS sono solitamente basate sul numero di partecipanti al trattamento delle strutture sanitarie. Questo tende a sottostimare la vera estensione delle MTS nella popolazione generale, perché le persone senza sintomi non cercano trattamenti come precedentemente evidenziato, oppure perché le strutture sanitarie che offrono trattamenti per le MTS possono essere troppo lontane da raggiungere, o ancora in quanto le persone possono cercare altre strutture di cura all'interno delle quali non si fanno screening per MTS o in cui non vengono effettuate analisi statistiche in merito (WHO, 2007).

Anche per tracciare un profilo di salute dell'immigrato in Italia, ci si basa sui dati relativi agli accessi a strutture pubbliche o a centri di volontariato sanitario operanti nel nostro paese. Le patologie che affliggono la persona immigrata sono state classificate in tre categorie:

- patologie acquisite nel paese ospite (rappresentano l'80-90% delle patologie dell'immigrato; infezioni banali, patologia gastro-enterica, ostetrico-ginecologica, ortopedico-traumatologica: fattori di rischio⁴ post-migrazione);
- patologia da adattamento-sdradicamento (3-6%; neuropsichiatrica, gastro-enterica: FR delle migrazione);
- patologia infettiva specifica o di rilievo (4-8%; tubercolosi, MTS, HIV, malaria, parassitosi intestinali: FR pre-migrazione).

Tra le malattie della persona immigrata si possono considerare emergenti le patologie infettive come la tubercolosi, la sifilide e le altre MTS, la malaria, le parassitosi; sono tutte infezioni che un tempo erano molto diffuse anche in Italia, legate prevalentemente a condizioni igienico-ambientali e comportamentali non adeguate. Per quanto riguarda le MTS, la sifilide sicuramente riveste grande importanza per le donne immigrate, in considerazione dei rischi legati alla trasmissione materno-fetale della malattia. In questi ultimi anni si sta assistendo a un progressivo incremento della sifilide in Europa; in particolare in Italia la sua prevalenza è incrementata a causa dell'alta percentuale di partorienti immigrate dall'Europa dell'est o dal Marocco, regioni con sifilide endemica, e che quindi hanno un rischio maggiore di essere infette rispetto alle italiane.

³ Prima infatti i bambini sono affetti solamente da sifilide congenita, oftalmia neonatorum e HIV.

⁴ FR: si possono individuare tre fattori di rischio per la salute del migrante in Italia: 1. fattori di rischio pre-migrazione; 2. fattori di rischio della migrazione; 3. fattori post-migrazione.

Per quanto riguarda l'HIV, da alcuni dati su test offerti agli immigrati effettuati in Italia, emerge una prevalenza di HIV-positività complessiva del 5% (circa la metà di quella rilevata nella popolazione italiana affetta da altre MTS), con notevoli asimmetrie di distribuzione per aree di provenienza, in quanto si passa dall'1% di sieropositività negli asiatici al 12% in soggetti provenienti dall'Africa Sub-Sahariana.

Altra patologia infettiva che riveste particolare importanza per le donne immigrate è la positività per il virus dell'Epatite B, in quanto tutti i paesi di provenienza degli immigrati rappresentano aree ad alta prevalenza dell'infezione.

Ai cittadini immigrati dovrebbero essere quindi garantite tutte quelle prestazioni di profilassi, diagnosi e cura delle MTS attraverso indagini da erogare alle stesse condizioni previste per i cittadini italiani, poiché tali misure preventive, di profilassi e cura, possono contribuire a ridurre il rischio sanitario della persona immigrata nel nostro paese e ad aumentare quell'intervallo di salute che è fondamentale sia per la possibilità lavorativa che per il benessere complessivo di queste persone (Palai, Castelli, Tomasoni, 2008).

Complicanze delle MTS

Le MTS sono una preoccupazione sanitaria pubblica non solo perché hanno un'alta prevalenza mondiale ma anche perché causano complicanze gravi e permanenti nelle persone infette e non trattate in modo tempestivo ed efficace. Le MTS sono anche note per facilitare l'infezione da HIV (WHO, 2007).

Lo sviluppo di complicanze può essere conseguente alle infezioni sia sintomatiche sia asintomatiche. La maggior parte delle complicanze e conseguenze a lungo termine delle MTS non trattate tendono ad essere nelle donne e nei neonati. Quelle che interessano le donne possono includere: il cancro alla cervice uterina, la salpingite, il dolore cronico pelvico, la gravidanza ectopica e la correlata mortalità materna. Le infezioni da *Chlamydia* e *Gonorrhoeae* sono importanti cause di infertilità, particolarmente nelle donne, con conseguenze di vasta portata sociale (UNAIDS Technical Update, 1998). Una percentuale compresa tra il 10 e il 40% delle donne con infezione da *Chlamydia* non trattata sviluppa malattia infiammatoria pelvica sintomatica.

Un danno alle tube post-infezione è responsabile del 30-40% di casi dell'infertilità femminile. Inoltre le donne che hanno avuto malattia infiammatoria pelvica sono dalle 6 alle 10 volte più propense a sviluppare un gravidanza ectopica rispetto a quelle che non hanno avuto problemi e il 40-50% di gravidanze ectopiche può essere attribuita a precedente malattia infiammatoria pelvica (WHO, 2006). Negli adulti la sifilide può causare gravi conseguenze cardiache e neurologiche, talvolta fatali (UNAIDS, 2000).

Molto complessa è l'interrelazione tra MTS e HIV. È da considerare infatti che le MTS, come detto, facilitano la trasmissione di HIV, e che viceversa la presenza di HIV può rendere le persone più suscettibili all'acquisizione di MTS, aumentando la gravità delle stesse e la resistenza al trattamento. Alcune MTS sembrano facilitare la trasmissione di HIV poiché modificano l'area genitale. Emerge in modo evidente da tali considerazioni che un'accurata diagnosi di MTS è necessaria e di fondamentale importanza in quanto una sua mancanza porta a un mancato trattamento e quindi a delle complicazioni e conseguenze talvolta irrimediabili: aumento del rischio di trasmissione di HIV, risultati avversi nelle gravidanze come gravidanze ectopiche, nascita di neonati morti, neonati prematuri, complicazioni croniche in uomini e donne infette

sessualmente attive come dolore cronico, infertilità e neoplasia al collo dell'utero (Kettler, White, Hawkes, 2004).

Strategie per il controllo e la prevenzione

Dato il peso mondiale enorme che queste malattie hanno, il controllo delle MTS dovrebbe avere una globale priorità sulla salute. Si può parlare di una vera e propria sfida al controllo delle MTS. L'obiettivo della prevenzione e del trattamento di tali infezioni è di ridurre la prevalenza, interrompendo la loro trasmissione, la durata e prevenendo lo sviluppo di complicazioni correlate. Ma il controllo è difficile poiché bisogna considerare i fattori biologici, sociali, comportamentali e quelli relativi al sistema sanitario.

Nei paesi in via di sviluppo, i servizi sanitari in grado di diagnosticare e trattare le MTS possono non essere disponibili o essere troppo lontani, troppo costosi e chi visita può tenere conto delle stigmatizzazioni. I servizi possono non essere in grado di offrire farmaci efficaci per i costi loro connessi. È da considerare che la crescita delle resistenze ai farmaci in alcune aree richiede, per ottenere il controllo, l'utilizzo di nuovi farmaci, normalmente più costosi. Inoltre ci potrebbe essere troppa poca enfasi nell'educazione e negli altri sforzi volti a prevenire l'infezione.

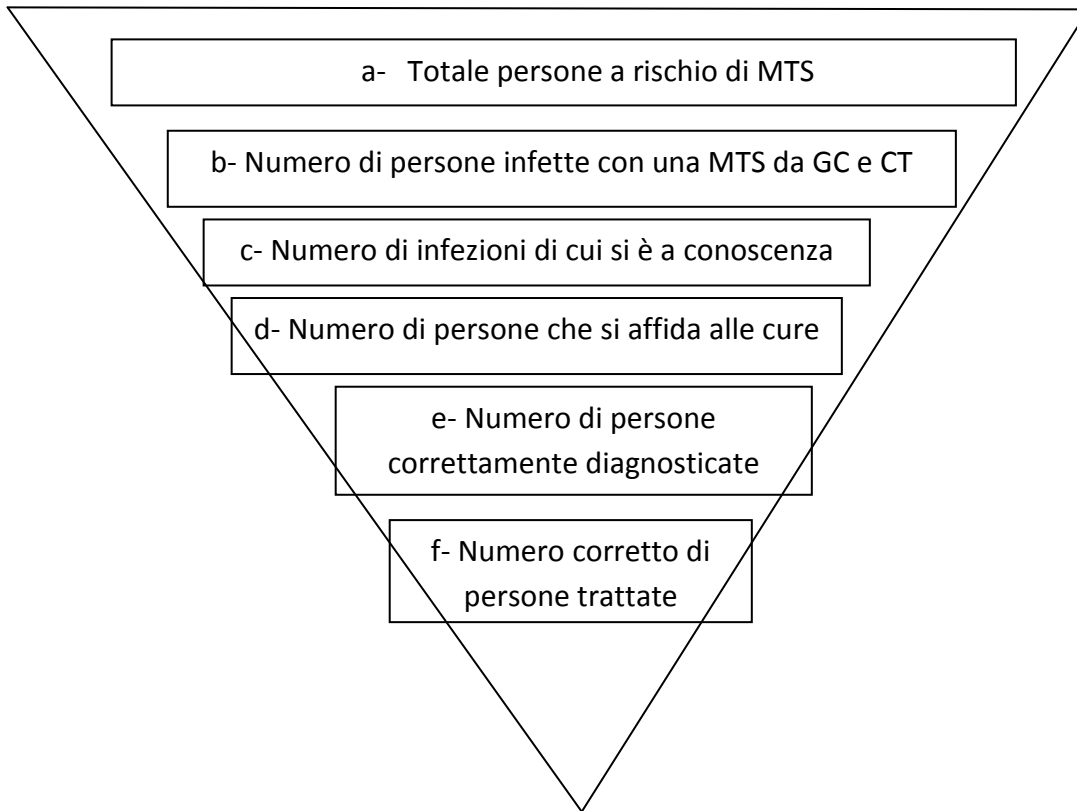
Per quanto riguarda i fattori biologici, è da considerare che, come precedentemente detto, il 70-80% delle donne infette possono essere asintomatiche e quindi non ricorrere spontaneamente a trattamenti. Questo è anche applicabile a una significativa minoranza di uomini. Di conseguenza, le persone continueranno a essere infette, rischiando complicazioni e probabilmente infettando altre persone (WHO, 2007). È evidente perciò che un'infezione non investigata può portare a gravi conseguenze. L'introduzione e l'effettivo uso di strumenti diagnostici possono quindi significativamente aumentare i risultati di interventi sanitari e avere un importante ruolo nel controllo delle MTS.

Come approccio diagnostico può essere utilizzata la *Syndromic diagnosis*, con la quale si identifica e si tratta la sindrome clinica causata dalla MTS. Lo scopo di questa è di provvedere a un trattamento per le più comuni infezioni caratterizzate da un particolare *cluster* di sintomi. La 'piramide inversa' della prevenzione e trattamento delle MTS (vedi **Figura 1**) illustra come il numero delle persone che sono infette da una MTS è significativamente maggiore rispetto al numero di persone che ricevono un'effettiva diagnosi e trattamento per le loro infezioni. La piramide è caratterizzata da 6 fasce (partendo dall'alto):

- totale delle persone a rischio di MTS;
- numero di persone infette con una MTS: Gonorrhoea (GC) e/o Chlamydia trachomatis (CT);
- numero di infezioni di cui si è a conoscenza (questo tende ad essere molto più piccolo del numero effettivo di infezioni poiché c'è un'alta percentuale di infezioni asintomatiche);
- numero di persone che si affida alle cure (questo numero è più piccolo di quello delle infezioni perché le persone, anche se sintomatiche, spesso non si affidano alle cure);
- numero di persone correttamente diagnosticate (l'assenza di strumenti diagnostici disponibili ed efficaci porta le persone a ricevere diagnosi sbagliate);

- numero corretto di persone trattate (anche se la diagnosi è fatta ci deve essere anche il giusto trattamento).

Figura 1: La “piramide inversa” (WHO, 2004)



I programmi di prevenzione hanno lo scopo di ridurre la prevalenza e l'incidenza delle MTS nella popolazione e ci si aspetta una riduzione della parte superiore della piramide (Kettler, White, Hawkes, 2004).

Un'efficace prevenzione può essere effettuata attraverso una combinazione di interventi:

- promozione di comportamenti sessuali sicuri,
- introduzione di attività di cura e prevenzione attraverso programmi di salute primaria (salute sessuale, riproduttiva e HIV),
- trattamento antimicrobico appropriato,
- educazione e *counseling* sulle modalità di ridurre il rischio di infezione con MTS, compreso HIV,
- promozione di un corretto e consistente utilizzo del condom.

Gli interventi e le strategie dovrebbero essere *evidence-based*. Per effettuare un intervento di prevenzione è importante applicare il seguente procedimento: pianificare, attuare l'intervento e valutare (WHO, 2006).

Educazione e counseling

Nei paesi di accoglienza di numerosi immigrati, come l'Italia, assumono un'importanza rilevante due tipi di strategie di prevenzione e controllo delle MTS: l'educazione e il counseling.

L'educazione alla salute e il counseling sono correlati a programmi di controllo delle MTS poiché tutte dovrebbero mirare a ridurre il tasso di nuove infezioni attraverso una combinazione di strategie, tra cui cambiare il comportamento, la riduzione del rischio, l'uso del preservativo e il trattamento. Inoltre l'educazione alla salute e il counseling relativo alle MTS sono importanti per gli individui per condurli a una presa di coscienza della loro responsabilità e opportunità di ridurre la trasmissione.

Certamente, la fase più ricettiva per l'istruzione è quando il paziente si presenta per la cura della MTS in un centro di salute. L'educazione dovrebbe coprire la natura del contagio, le sue conseguenze e la riduzione del rischio per prevenire sia la trasmissione agli altri che l'acquisizione di future infezioni. Il processo educativo deve essere effettuato in modo efficace e opportuno per avere l'effetto desiderato.

Il counseling è una interazione bidirezionale tra un cliente e un fornitore. Si tratta di un processo di comunicazione interpersonale e dinamico che implica una sorta di accordo contrattuale. L'operatore che si presta ad attività di counseling ha una sua formazione ed è vincolato da un codice etico e pratico. È richiesta empatia e sospensione di qualsiasi personale giudizio. Il counseling mira a incoraggiare a una vita sana e richiede al paziente di esplorare le importanti questioni personali e di individuare i modi di vivere per far fronte a particolari situazioni.

Nelle MTS e nell'HIV, il processo di counseling valuta e affronta i bisogni del paziente per permettere alla persona di far fronte a qualsiasi ansia e stress indotta dalla diagnosi, valuta anche il rischio della persona di trasmettere MTS ed esplora il comportamento preventivo da attuare in futuro. Il counseling perciò aiuta i pazienti a capire se stessi, esplorare i loro sentimenti, atteggiamenti, valori e credenze. Con le giuste conoscenze, il paziente cercherà, se vorrà, di cambiare i suoi comportamenti.

È essenziale per l'operatore sanitario considerare il possibile disagio che il paziente potrebbe provare nel parlare di questioni sessuali.

Questo argomento mette in luce l'importanza di porsi delle domande sulla tematica stessa. Come già precedentemente sottolineato, trattare di questi argomenti è una sfida. È una sfida all'interno della quale il personale sanitario e in particolare l'infermiere, che ha la fortuna di vivere la straordinarietà della relazione assistenziale con il paziente, deve affrontare. Vincere la sfida del controllo e prevenzione delle MTS non è così semplice, proprio per questo dobbiamo lottare per fare piccoli passi. Incontrare le persone credo che questa sia proprio la chiave per un buon inizio. La relazione assistenziale tra paziente e operatore sanitario, all'interno della quale prima di tutto c'è l'incontro, è così terra fertile per far crescere qualcosa di grande.

Glossario

Atteggiamento etnorelativo o etnocentrico. Al centro del dialogo interculturale che viene a costituire uno dei fondamenti dell'educazione c'è la consapevolezza della natura multiculturale della società contemporanea nelle varie dimensioni in cui si esplica. C'è anche l'aspirazione a un processo di progressivo passaggio da modelli "etnocentrici" - in cui l'apprendimento e il pensiero si sviluppano utilizzando esclusivamente i costrutti della propria cultura - a modelli "etnorelativi", in cui le differenze culturali non solo sono accettate, ma divengono oggetto di un adattamento del pensiero e del comportamento sia di chi ospita sia di chi è ospitato. È un'aspirazione che molti educatori e decisori condividono, ma che resta per il momento tale per ragioni di carattere storico, culturale, organizzativo sulle quali si producono molte analisi.

Empatia. L'empatia è la focalizzazione sul mondo interiore dell'interlocutore, è la capacità di intuire cosa si agiti in lui, come si senta in una situazione e cosa realmente provi al di là di quello che esprime verbalmente. L'empatia è la capacità di leggere fra le righe, di captare le spie emozionali, di cogliere anche i segnali non verbali indicatori di uno stato d'animo e di intuire quale valore rivesta un evento per l'interlocutore, senza lasciarsi guidare dai propri schemi di attribuzione di significato.

Fonemi. Un fonema è un'unità differenziante, indivisibile e astratta di un sistema linguistico. Più precisamente, esso è la rappresentazione astratta di un suono. La disciplina che individua e studia i fonemi si chiama fonologia. Secondo lo strutturalismo rappresenta l'unità minima di seconda articolazione, la più piccola e senza significato proprio.

Korzybski (Alfred). Viene ricordato principalmente per aver sviluppato la teoria della "General Semantics". Semplificando, l'essenza del lavoro di Korzybski fu l'affermare che gli esseri umani sono limitati nelle loro conoscenze dalla struttura del loro sistema nervoso, e dalla struttura dei loro linguaggi. Gli esseri umani non possono sperimentare il mondo direttamente, ma solo attraverso le loro astrazioni (impressioni non verbali, che derivano dal sistema nervoso, e indicatori verbali derivati ed espressi dalla lingua). Qualche volta le nostre percezioni e la nostra lingua ci allontanano dai fatti con i quali abbiamo a che fare; la nostra comprensione di ciò che sta accadendo perde aderenza strutturale con ciò che sta realmente accadendo. Korzybski sottolineò l'importanza dell'addestramento alla consapevolezza dell'astrazione, usando tecniche che aveva derivato dai suoi studi della matematica e delle scienze. Egli definì questa consapevolezza, obiettivo del suo sistema, la "coscienza dell'astrarre" (consciousness of abstracting). Il suo sistema includeva il modificare il modo di approcciare il mondo, per esempio con l'attitudine "Non so, vediamo", per meglio scoprire la sua realtà come le scienze moderne ce la mostrano. Una di queste tecniche comportava il divenire internamente ed esternamente calmi, un'esperienza che chiamò "silenzio sui livelli oggettivi" (*silence on the objective levels*).

MTS. una malattia venerea (o malattia trasmissibile sessualmente - nota anche con l'acronimo MTS) è una malattia infettiva che si trasmette o diffonde principalmente per contagio diretto in occasione di attività sessuali. Il nome attribuito a questo genere di malattie si riferisce a Venere, dea mitologica dell'amore. Oggi è noto che queste patologie sono in genere causate dalla trasmissione di batteri, virus, parassiti o funghi che passano da un corpo all'altro attraverso il contatto della pelle (o delle mucose genitali) o con liquidi organici infetti (in alcune malattie anche la saliva). Sebbene la via di contagio sia eminentemente sessuale, talvolta vengono colpiti anche altri organi oltre a quelli genitali e si può arrivare alla morte dell'individuo colpito, o a lesioni permanenti. Inoltre, purtroppo, si possono trasmettere anche dalla madre al feto, durante la gravidanza, o dalla madre al neonato con l'allattamento. Oggi si presta maggiore attenzione all'informazione su queste problematiche, ed è più facile dotarsi dei mezzi meccanici di prevenzione (ad

esempio il profilattico), e si opera per combattere le cause di ostacolo alla prevenzione e alla cura anche in termini di psicologia (sull'individuo affetto), o di morale generale, nell'intento di abbattere il pregiudizio e avvicinare con maggiore naturalezza il paziente al medico e arginare l'ulteriore espansione della patologia.

STP. Il tesserino per Straniero Temporaneamente Presente (STP) viene rilasciato allo straniero che risiede in Italia privo di permesso di soggiorno, o i cui documenti sono scaduti che si trovi in condizioni di indigenza. Questi cittadini non hanno infatti diritto per legge all'iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale. Il richiedente asilo che ha ricevuto il diniego al riconoscimento dello status di asilo decade dall'assistenza del SSN e può accedere alle prestazioni sanitarie soltanto attraverso il cedolino STP.

Bibliografia

- “La partecipazione politica degli stranieri a livello locale”, working paper, Anci e Censis
- “Rapporto annuale sul sistema di protezione per richiedenti asilo e rifugiati”, Roma, maggio 2007.
- “Le nuove leggi regionali sull’immigrazione”, in Caritas/Migrantes (a cura di)
- “Immigrazione Dossier statistico” 2007, Idos, Roma.
- “Politiche locali per la casa”, in A. Tosi (a cura di), “Immigrati e senza casa”, Milano, Franco Angeli.
- “L’immigrazione straniera in Italia”, Bologna, Il Mulino.
- “Città e immigrazione. Discorso pubblico e politiche a Milano, Bologna e Napoli”, Bologna, Il Mulino.
- “La gestione locale delle politiche di soggiorno. Poste in gioco, attori e logiche di azione in alcune province del Piemonte2”, in Mondi Migranti.
- “La filosofia del programma di protezione sociale, la distribuzione territoriale e gli interventi previsti”, in G. Zincone (a cura di), “Secondo rapporto sull’integrazione degli immigrati in Italia”, Bologna, Il Mulino.
- “I sommersi e i sanati. La regolarizzazione degli immigrati in Italia”, in A. Colombo e G.
- Sciortino (a cura di), “Stranieri in Italia. Assimilati ed esclusi”, Bologna, Il Mulino.
- “Immigrazione. Dossier statistico 2006”, Roma, Anterem.
- “Valutazione del Programma Nazionale Asilo”, Mimeo, giugno 2003.
- “Rapporto. I lavoratori stagionali immigrati in Italia”, Cnel, febbraio 2002.
- “La legge Bossi-Fini: estremismi gridati, moderazioni implicite e frutti avvelenati”, in J. Blondel e P. Segatti (a cura di), “Politica in Italia. I fatti dell’anno e le interpretazioni”, Bologna, Il Mulino.
- “Gli immigrati in Italia”, Bologna, Il Mulino.

- “La tratta di donne in Italia”, in “Secondo rapporto sull’integrazione degli immigrati in Italia”, a cura di G. Zincone, Bologna, Il Mulino.
- “Secondo rapporto sulle politiche di integrazione degli immigrati in Italia”, Bologna, Il Mulino.

Questionario ECM

1) Nel 1970 le prime dieci nazionalità di stranieri rappresentava il 13% del totale, oggi?

- a) il 19%
- b) il 7%
- c) il 40%
- d) il 58%

2) Quali sono le prime due nazionalità secondo il numero di permessi rilasciati al 2007?

- a) Albania e Romania
- b) Romania e Marocco
- c) Ucraina e Cina
- d) Cina e Serbia

3) Quale nazionalità mostra la più forte discrepanza fra generi a favore delle donne?

- a) Ucraina
- b) Polonia
- c) Cina
- d) Marocco

4) Chi vuole venire in Italia per essere curato deve prima ottenere....

- a) un visto d’ingresso per cure mediche
- b) una dichiarazione d’indigenza
- c) un lasciapassare di rifugiato politico
- d) non ha necessità di presentare documenti

5) Quali sono le principali malattie veneree / a trasmissione sessuale (MTS) attualmente considerate in maggiore diffusione?

- a) epatite, sifilide, gonorrea, HIV
- b) tubercolosi, sifilide, ebola, herpes zoster
- c) morbillo, tifo, borrelliosi, tetano
- d) solo HIV ed epatite

6) Quali sono gli agenti patogeni maggiormente responsabili delle MTS?

- a) herpes simplex, ebstein bar virus, streptococco B- emolitico
- b) Treponema pallidum, Gonorrhoeae, Clamidia Trachomatis e Trichomonas vaginalis
- c) Mychoplasma genitalis, papilloma virus
- d) Treponema pallidum, Gonorrhoeae, Clamidia Trachomatis Trichomonas vaginalis, Mychoplasma genitalis, papilloma virus

7) Cosa illustra la piramide rovesciata delle MTS?

- a) il numero delle persone che sono infette con una MTS è significativamente maggiore rispetto al numero di persone che ricevono un'effettiva diagnosi e trattamento per le loro infezioni.
- b) in numero delle persone con MTS che vengono trattate ogni anno nel nostro Paese
- c) il numero delle persone portatrici di MTS inconsapevoli
- d) il numero delle persone affette da MTS per le quali alla diagnosi segue un trattamento adeguato.

8) Quali sono le sei fasi previste dalla piramide MTS (dall'alto in basso)

- a) Totale persone a rischio di MTS; Numero di persone infette con una MTS da GC e CT; Numero di infezioni di cui si è a conoscenza; Numero di persone che si affida alle cure; Numero di persone correttamente diagnosticate; Numero corretto di persone trattate
- b) Totale persone a rischio di MTS; Numero di persone infette con una MTS da GC e CT; Numero di infezioni di cui si è a conoscenza; Numero persone decedute in seguito alle stesse; numero di persone non trattate; numero di persone rimpatriare

c) Numero di persone che si affida alle cure; Numero di persone con malattie correttamente diagnosticate; Numero corretto di persone trattate; Numero persone affiliate a consultori territoriali; numero persone ricoverate in centri di malattie infettive; numero persone per cui è stato richiesto l'allontanamento dalla famiglia

d) Numero di persone che si affida alle cure; Numero di persone con malattie correttamente diagnosticate; Numero corretto di persone trattate; Totale persone a rischio di MTS; Numero di persone infette con u na MTS da GC e CT; Numero di infezioni di cui si è a conoscenza;

9) Quali provvedimenti sarebbe importante implementare al fine di ridurre la diffusione delle MTS da parte delle strutture sanitarie territoriali?

a) progetti di educazione sanitaria e informazione nei territori comunali, all'interno di iniziative di carattere sociale

b) istituzione di centri di ascolto e informazione all'interno di consultori / ambulatori ginecologici /ambulatori andrologici - urologici , prevedendo opportuni percorsi pre strutturati in cui arruolare i soggetti al momento della diagnosi

c) progetti di educazione sanitaria e informazione nei territori comunali, all'interno di iniziative di carattere sociale e istituzione di centri di ascolto e informazione all'interno di consultori / ambulatori ginecologici /ambulatori andrologici - urologici , prevedendo opportuni percorsi pre strutturati in cui arruolare i soggetti al momento della diagnosi

d) l'educazione a posteriori è inefficace, solo la prevenzione aiuta

10) Quale delle seguenti affermazioni può essere ritenuta corretta riguardo il counseling?

a) È fondamentale come strumento di lavoro del professionista e come opportunità per l'utente:mira a incoraggiare ad una vita sana e richiede al paziente di esplorare le importanti questioni personali e di individuare i modi di vivere per far fronte a particolari situazioni

b) Non fornisce alcun aiuto. Non ne è ancora confermata l'efficacia dal punto di vista scientifico

c) È utile solo se si trattano problematiche che abbiano alla base un risvolto psicologico

d) È necessario l'intervento di un professionista adeguatamente formato; questo impatta nei servizi dal punto di vista economico e trattandosi di soggetti immigrati, spesso con problemi di lingua, si rende necessaria la competenza aggiuntiva di un mediatore linguistico o culturale spesso irripetibile; inoltre le MTS riguardano una sfera del sé particolarmente intima di cui non si deve necessariamente parlare

11) L'immigrato è afflitto principalmente da quali patologie?

a) patologie acquisite nel paese d'origine

b) patologie da adattamento

c) patologie infettive specifiche

d) patologie croniche

12) Quali sono le principali complicanze delle MTS?

- a) gravidanza ectopica
- b) cancro della cervice uterina
- c) infertilità
- d) tutte le risposte indicate