

ASPETTI EPIDEMIOLOGICI DELLE VAGINITI IN UN GRUPPO DI PAZIENTI ITALIANE E MIGRANTI RIVOLTESI PRESSO IL NOSTRO SERVIZIO AMBULATORIALE

Prof. Pasquale Mancino, Prof. Marco Monti, Dott.ssa Agnese Gambaro, Dott.ssa Vanessa Colagiovanni, Dott.ssa Kadatskaya Liudmila, Cecilia Fazi

Dipartimento di Scienze Ginecologico-Ostetriche e Scienze Urologiche, Policlinico Umberto I, Roma

INTRODUZIONE

Le patologie infettive dell'apparato genitale femminile rappresentano uno dei problemi medici più diffusi e comportano, oltre al disagio fisico e psicologico per la paziente, una spesa sanitaria di proporzioni astronomiche. La vaginite è una delle infezioni più frequenti del sistema genitale femminile rappresenta un motivo più frequente che induce la donna una consulenza ginecologica. Si tratta dunque di una patologia che merita attenzione sia per la frequenza di forme recidivanti, fonte talvolta di disagio cronico e di una scadente vita di relazione, sia per le possibili complicanze, alcune delle quali (come la malattia infiammatoria pelvica, la salpingite, l'aborto ricorrente, la rottura prematura delle membrane e il parto prematuro) di particolare rilevanza per le implicazioni in ambito riproduttivo.

La vaginite è una delle infezioni più frequenti del sistema genitale femminile e, negli Stati Uniti, rappresenta la ragione principale per la consultazione ginecologica. *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis* e *Gardnerella vaginalis* sono responsabili del 90% dei casi di flogosi vaginale. Dalla letteratura emerge che una percentuale variabile tra il 5% e il 40% della popolazione femminile soffre, almeno una volta nella vita, di un episodio di candidosi vaginale (3). Il ripetersi della sintomatologia dopo la sospensione della terapia antimicotica rappresenta ancora un problema irrisolto dal punto di vista etiopatogenetico: infatti, l'incidenza di recidive nelle donne che soffrono di varie forme di candidosi vaginale, secondo gli autori, è tra il 5% e il 25%.

L'incidenza di candidosi è quasi raddoppiata negli ultimi dieci anni, ed è attualmente di circa il 25%. In Scandinavia, l'incidenza di candidosi vaginale è rimasta relativamente stabile, tra il 10% e il 30%. L'incidenza di Trichomoniasi si è ridotta in modo significativo sia negli Stati Uniti che in Scandinavia nel corso degli ultimi 15 anni, in parte per l'introduzione del metronidazolo nella terapia di tale patologia. Negli Stati Uniti attualmente la vaginosi batterica risulta essere la più frequente infezione vaginale. La prevalenza della vaginosi batterica in Scandinavia è di circa il 30%, e questa percentuale aumenta con l'età. Le donne nere chiedono un trattamento per la tricomoniasi circa quattro volte più spesso rispetto alle donne bianche, la malattia è più comune nelle donne sotto i 30 anni di età. Trichomoniasi e Gonorrea sono fortemente diminuite di prevalenza nel corso degli ultimi 10 anni in entrambi i Paesi.

Secondo uno studio condotto in Cina nel periodo marzo 2006-ottobre 2007 tra le 6.982 pazienti la flora vaginale normale è stata identificata in 750 (10,74%, 750/6.982) casi; anormale è nel 6.232 (89,26%, 6.232/6.982) dei casi; vaginosi batterica (BV) è stata rilevata in 729 (10,44%, 729/6.982) pazienti; vulvovaginite da *Candida* (VVC) avevano 1527 (21,87%, 1.527/6.982); 95 (1,36%, 95/6.982) pazienti avevano entrambi diagnosi BV e VVC (5, 6).

In Italia sono stati fatti diversi studi epidemiologici delle vaginiti. Secondo studio di Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, nelle 1.644 pazienti è stata fatta una diagnosi presunta di infezione vulvovaginale in base a specifici criteri clinici e di laboratorio (pH e sniff test) in 902 (55,4%) casi, mentre una diagnosi definitiva è stata fatta nel 1439 (87,5%) casi. Le diagnosi definitive sono state le seguenti: 844 (51,3%) micosi vulvovaginale, 327 (19,9%) vaginosi batterica, 110 (6,7%) l'infezione da *Trichomonas vaginalis*, 100 (6,1%) vaginite batterica aspecifica, 58 (3,5%) vaginiti non infettive. Le micosi dovute principalmente alle infezioni da *Candida albicans* in 459 casi (78%) (7).

Benché le cause di vaginiti siano diverse e numerose, e non sempre di natura infettiva, risulta oggi evidente che circa il 95% di tali disturbi deriva da alcune condizioni principali: vulvovaginiti micotiche, vaginosi batterica, vaginite da *Trichomonas vaginalis*, infezioni genitali da *Chlamydia trachomatis*, Herpes virus, Human Papilloma Virus e *Neisseria Gonorrhoeae*, eccessiva leucorrea (non infettiva). Tra queste, le tre infezioni più frequentemente diagnosticate sono la vulvovaginite da *Candida*, la vaginosi batterica, e la vulvovaginite da *Trichomonas*. Le cause meno comuni sono: infezione batterica secondaria in paziente con vaginite atrofica, infezione batterica secondaria a corpo estraneo, vaginite desquamativa infiammatoria, vaginite non infettiva.

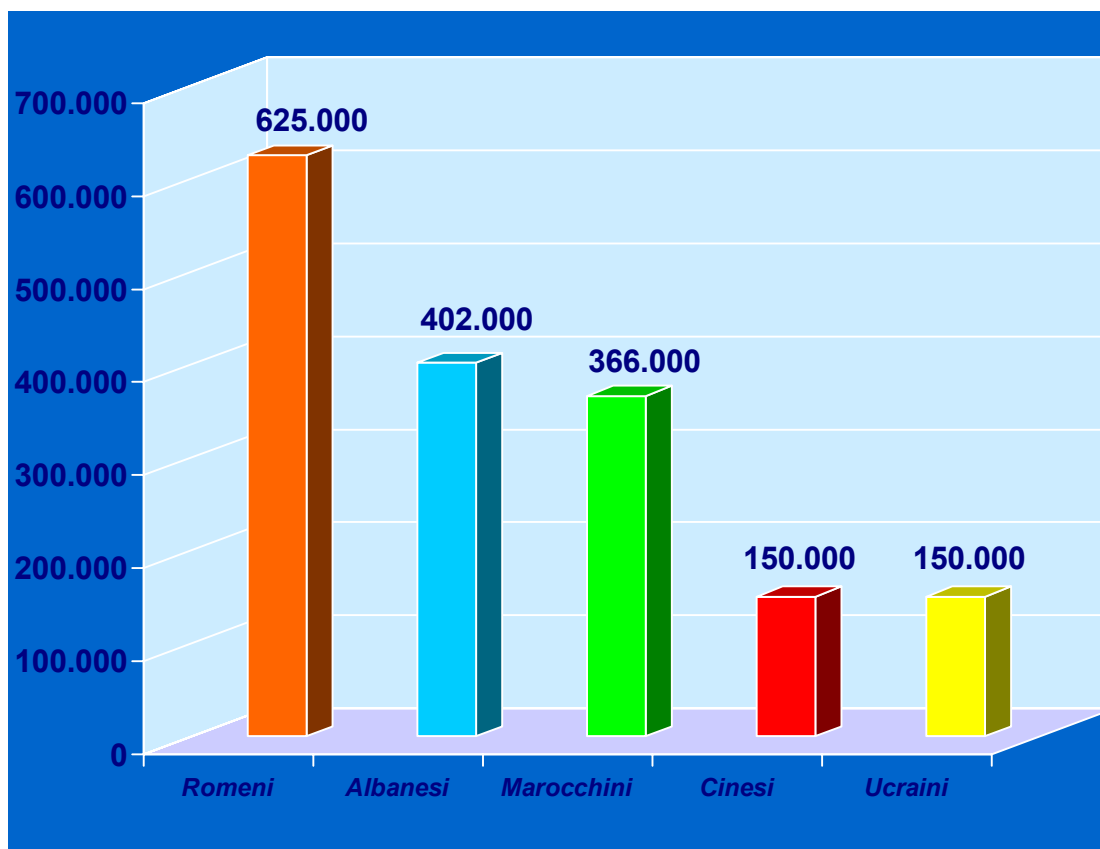
Il fenomeno migratorio è divenuta area di interesse privilegiata della opinione pubblica italiana, in virtù delle dimensioni sempre più consistenti che sta assumendo e delle conseguenze che tali flussi determinano sullo scenario nazionale e internazionale. Si tratta di un fenomeno relativamente recente per l'Italia, paese che in passato è stato terra dell'emigrazione. Prima degli anni '80, gli stranieri presenti in Italia provenivano prevalentemente dai Paesi comunitari: si trattava di studenti, di lavoratori qualificati, insomma di una popolazione economicamente benestante.

Negli anni '80, invece, a seguito dell'irrigidimento delle politiche migratorie di ammissione nei paesi dell'Europa centro-settentrionale, i flussi di migranti provenienti dalle zone disagiate del mondo si riversarono sull'Italia, come meta di seconda scelta.

Secondo l'Istat i cittadini stranieri residenti in Italia, dopo un aumento annuale di circa mezzo milione di unità, all'inizio del 2008 sono quasi 3.433.000, inclusi i comunitari: il 62,5% nel Nord (più di 2 milioni), il 25,0% nel Centro (poco meno di 1 milione) e il 12,5% nel Mezzogiorno (quasi mezzo milione) (45). Le regioni con un maggior numero di immigrati stranieri sono la Lombardia (815.000 residenti e circa 910.000 presenze regolari) e il Lazio (391.000, 423.000). Caritas e Migrantes accreditano un numero superiore di immigrati regolarmente presenti, che oscilla tra i 3.800.000 e i 4.000.000, su una popolazione complessiva di 59.619.290 persone, con un'incidenza del 6,7% (leggermente al di sopra della media UE, che è stata del 6,0% nel 2006).

La prima collettività, raddoppiata in due anni, quella romena (625.000 residenti e, secondo la stima del Dossier, quasi 1 milione di presenze regolari), seguita da quella albanese (402.000) e marocchina (366.000); un poco al di sopra e un poco al di sotto delle 150 mila unità si collocano, rispettivamente, le collettività cinese e ucraina (45) (Fig. 1).

Figura 1. Le nazionalità maggiormente presenti in Italia.



Gli immigrati sono una popolazione giovane: l'80% ha meno di 45 anni, mentre sono molto pochi quelli che hanno superato i 55 anni. Negli ultimi anni si è assistito ad un aumento progressivo del flusso migratorio con una presenza sempre maggiore delle donne. In molti paesi, infatti, sono spesso le donne le prime ad emigrare. Il problema di maggiore entità, che continua a porsi, è quello degli immigrati irregolari per cui i dati ufficiali rappresentano la punta dell'iceberg della popolazione straniera effettivamente presente in Italia. Poiché molte di queste donne sono giovani (più del 65% di età compresa tra i 19 e i 40 anni), si è osservato, negli ultimi anni, un aumento del ricorso di questa popolazione ai servizi socio-sanitari per tutte le problematiche relative alla salute materno-infantile.

L'incidenza delle donne straniere è diventata ormai paritaria a quella maschile: nel 2006 sono il 49,9% degli stranieri contro il 42% di quindici anni prima. La maggior parte vive al Sud (in Campania il 61,7% e in Calabria il 56,8%). È più bassa, invece, la presenza nel Nord, 48,4%. L'Ucraina è il paese di maggiore provenienza, 83,6%. Ma è ampia la presenza anche di donne filippine (62,1%), capoverdiane (76,9%), etiopi (64,5%). Il tasso di fecondità delle donne straniere è in grado di assicurare il ricambio della popolazione (2,51 figli per donna), a differenza di quanto avviene tra le italiane (1,26 figli in media) (46).

Le ragioni per cui queste popolazioni si sono trasferite in Italia sono prevalentemente due: il 66% per motivi di lavoro e il 24,3% per ricongiungimento familiare. Questi due motivi, che rappresentano il 90% dei casi, indicano una forte tendenza all'inserimento stabile (45).

In definitiva, il panorama della migrazione in Italia ci indica una popolazione giovane e in età riproduttiva, una sostenuta presenza femminile, una buona presenza di nuovi nati e minori figli di immigrati, che ci fa pensare ad una popolazione immigrata stabile e/o

tendente alla stabilità. Questo è un fattore importante che deve farci prendere seriamente in considerazione la presenza di queste persone in tutti gli ambiti della vita sociale, le loro esigenze e le loro richieste, nonché i cambiamenti che l'incontro tra popolazioni, culture, abitudini diverse apportano sia per le comunità migranti che per quelle ospitanti.

Come è ormai noto, gli immigrati non sono portatori di malattie: i dati del Ministero della Sanità relativi ai ricoveri ospedalieri e al ricorso al pronto soccorso, indicano una popolazione immigrata prevalentemente in buona salute (solo il 2% rispetto al totale dei ricoveri), accade invece che si ammalino in Italia a causa delle condizioni difficili in cui vivono (46).

La salute delle donne immigrate, pur presentando un quadro simile a quello degli immigrati maschi, contiene delle specificità legate sia alla tipologia migratoria, sia alla specificità di genere. Infatti, le cause maggiori di ricovero sono da attribuire a ragioni prettamente fisiologiche come la gravidanza e il parto. Il tasso di ospedalizzazione delle donne straniere è di poco inferiore a quello delle italiane. Il 56,6% dei ricoveri delle donne straniere è avvenuto per la gravidanza e il parto, con un tasso del 52,3‰ tra le donne immigrate contro il 32,7‰ tra le residenti. Escludendo questa tipologia di ricoveri, le cause più frequenti sono le malattie del sistema genito-urinario (16,8%), seguite da quelle dell'apparato digerente (14,4%) e dai tumori (10,5%) (46). Le fonti informative disponibili a livello nazionale sono: i certificati di assistenza al parto (Cedap), rispetto ai quali permane un problema di copertura insufficiente a livello nazionale, le schede di dimissione ospedaliera (Sdo), le schede Istat per aborto spontaneo e per IVG. Occorre tuttavia ricordare che i flussi correnti consentono di descrivere solo i casi che hanno trovato risposta nell'ambito delle reti di assistenza del sistema sanitario nazionale. Come conseguenza dell'aumento della popolazione immigrata negli ultimi 20 anni in Italia, si è osservato anche un incremento del numero di IVG effettuate da donne straniere (36.323 nel 2004 rispetto a 10.131 nel 1996) (48). Questo valore corrisponde ormai al 27% di tutte le IVG effettuate a livello nazionale. Anche i tassi di abortività evidenziano un ricorso all'aborto volontario maggiore tra le donne straniere rispetto alle italiane. Nel 2003 i valori erano rispettivamente 34,0 per le straniere e 7,8 per le italiane ogni 1000 donne in età feconda (48). La maggior parte delle straniere che abortiscono in Italia sono cittadine dell'Est Europa, ma anche di Paesi del Centro-Sud America, Africa e Asia, aree geografiche da cui provengono la maggioranza delle donne presenti in Italia.

L'Italia è purtroppo il primo paese in Europa per il numero di donne che presentano mutilazione dei genitali esterni MGF secondo l'Istat sono circa 70.000 le donne giunte in Italia e provenienti da Paesi esteri a tradizione escissoria (47). Di queste, quasi 40.000 sono già state sottoposte ad infibulazione. Ogni anno in Italia 6000 bambine di varia origine, tra i 4 e i 12 anni, rischiano di essere sottoposte a questa pratica dolorosissima, pericolosa per la salute fisica e psichica e priva di qualsiasi utilità. Sotto il nome generico di infibulazione, vengono spesso raccolte tutte le mutilazioni a carico dei genitali femminili, praticate in 28 paesi dell'Africa sub-sahariana, per motivi non terapeutici, che ledono fortemente la salute psichica e fisica delle bambine e donne che vi sono sottoposte. Evidentemente la sola legge non è sufficiente ad eliminare le infibulazioni clandestine che sono effettuate in condizioni di assoluta mancanza di igiene. E' necessaria una campagna culturale che consenta ai cittadini extracomunitari di acquisire la consapevolezza dei danni che queste pratiche comportano a livello fisico e psicologico.

Le conseguenze per la donna sono tragiche, in quanto perde gran parte del piacere sessuale a causa della rimozione del clitoride e i rapporti diventano dolorosi e abbastanza difficoltosi, spesso insorgono cistiti, ritenzione urinaria e infezioni vaginali (48). Da un punto di vista medico si distinguono le complicanze immediate, che colpiscono la bambina subito dopo l'operazione, e quelle tardive che affliggono la donna nel corso della sua vita. Le complicanze immediate vanno dal dolore e bruciori acuti alla minzione, ritenzione

urinaria acuta e anemia lieve-moderata a emorragie più o meno gravi e anche mortali, da infezione con deiscenza della ferita che viene suturata più volte, a ritardo della cicatrizzazione, infezioni delle vie urinarie, febbre, setticemia fino a, qualche volta, morte. Nei casi in cui lo strumento utilizzato per mutilare venga usato senza essere prima sterilizzato, è molto facile diffondere infezioni come il tetano, e, nelle zone dove le malattie hanno diffusione endemica, si assiste alla diffusione di AIDS ed epatiti. In letteratura sono segnalati casi di fratture e lussazioni di clavicola, omero e femore dovute alla forte pressione esercitata da chi immobilizza la bambina durante l'operazione. Le complicanze tardive sono situazioni mediche che spesso richiedono attenzione e sensibilità particolari in quanto molte donne con MGF non collegano certi disturbi alla propria mutilazione e credono che siano sofferenze "naturali" dell'essere donna. Altre volte si vergognano di chiedere aiuto perché si sentono giudicate dal medico che le visita. Tra le affezioni più frequenti delle donne infibulate segnaliamo la dismenorrea (dolori mestruali), nelle donne infibulate vergini quando l'orificio vaginale è troppo piccolo, il sangue può ristagnare nella vagina e nell'utero (ematocolpo ed ematometra). Molto frequenti sono le vaginiti croniche, specialmente dopo i primi rapporti sessuali, le cistiti ricorrenti e la disuria per il difficoltoso deflusso delle urine che, ristagnando dietro il tessuto cicatriziale neoformato, possono provocare anche la formazione di piccoli calcoli. Nelle ragazze infibulate che non hanno avuto ancora rapporti la minzione avviene goccia a goccia per cui richiede un tempo molto lungo. Frequente è la formazione di cisti che si formano a causa della ritenzione di tessuto cutaneo e di ghiandole sebacee nella cicatrice stessa, con il tempo crescono raggiungendo dimensioni ragguardevoli e, per superinfezione, possono trasformarsi in ascessi. Frequenti sono le infezioni pelviche e il dolore durante i rapporti sessuali (dispareunia). Le complicanze psicologiche legate alle MGF si manifestano soprattutto nelle giovani e nelle donne adulte che vivono in un contesto migratorio per il confronto con altri modelli di socializzazione e di costruzione dell'identità femminile.

Questa pratica in Italia è fortunatamente vietata: la legge 9 gennaio 2006, n. 7 tutela la donna dalle pratiche di mutilazione genitale femminile, in attuazione degli articoli 2, 3 e 32 della Costituzione e di quanto sancito dalla Dichiarazione e dal Programma di azione adottati a Pechino il 15 settembre 1995 nella quarta Conferenza mondiale delle Nazioni Unite sulle donne. Al codice penale è stato aggiunto l'articolo 583 bis che punisce con la reclusione da quattro a dodici anni chi, senza esigenze terapeutiche, cagiona una mutilazione degli organi genitali femminili. Le disposizioni di questo articolo si applicano altresì quando il fatto è commesso all'estero da cittadino italiano o da straniero residente in Italia, ovvero in danno di cittadino italiano o di straniero residente in Italia.

A proposito di salute femminile si deve ricordare il fenomeno della prostituzione, con una stima di prostitute immigrate in Italia per l'anno 2007 compresa tra circa 35.000 e 50.000, con una netta prevalenza di donne provenienti dall'Europa dell'Est e dall'Africa sub-sahariana, regioni ad altissima prevalenza di sifilide ed HIV. L'80% delle prostitute immigrate clandestine presenti in Italia non ricorre ai servizi sanitari nazionali nel timore di essere denunciata dai medici. Uno studio multicentrico effettuato in nove Paesi europei su prostitute non tossicodipendenti ha evidenziato una prevalenza dell'infezione da HIV pari all'1,5%: una scarsa educazione e la provenienza dall'Africa sub-sahariana sono stati associati all'infezione da HIV, indipendentemente da altri fattori di rischio. L'isolamento, la non conoscenza della lingua, il passaporto trattenuto dai trafficanti, le minacce di denuncia alla polizia locale sono, insieme alla violenza fisica e morale, gli strumenti utilizzati per controllare queste donne.

I dati raccolti negli Ambulatori per Immigrati dell'Ospedale Amedeo di Savoia di Torino evidenziano che il 70% degli oltre 1500 pazienti visitati è di nazionalità straniera (8% Marocco, 30% Italia, 35% Nigeria, 20% Est Europa). Il sesso femminile è nettamente prevalente (più del 68%), e di queste quasi la metà riferisce di essere dedito alla

prostituzione. L'etnia più rappresentata è quella africana (70%) seguita da quella albanese, mentre è praticamente assente la comunità cinese. L'età mediana dei pazienti è di 29 anni per le donne. L'affluenza dei diversi gruppi etnici non è stata uniforme nel tempo, con una flessione del gruppo africano negli ultimi anni a favore del gruppo proveniente dall'Est: ciò riflette in particolare il cambiamento della prostituzione di strada. Una patologia sessualmente correlata è stata riscontrata nel 70% dei casi giunti all'osservazione. Il 66% era sintomatico, mentre il restante 34% si è presentato per un generico controllo (nel 45% di questi casi erano però già presenti segni di patologia infettiva genitale). Sono state diagnosticate le seguenti patologie: candidosi (13,5%); vaginosi batterica (12,5%); Chlamydia (9%); Trichomonas vaginalis (7,5%); infezione da HPV (6,5%); gonorrea (4,5%); infezione erpetica (HSV-2, 2%) (50).

La salute delle donne immigrate rappresenta una grande sfida per il sistema sanitario nazionale, rispetto all'organizzazione dei servizi, alle loro modalità operative, alle competenze professionali coinvolte. Il Ministero della Salute ha istituito la Commissione sulla salute della popolazione immigrata e quella sulle Mutilazioni genitali femminili. Le evidenze dimostrano che ancora persiste una grave carenza di informazione e conoscenze in merito alla salute sessuale e riproduttiva, una difficoltà di accesso ai servizi, alla cultura della prevenzione ed un maggior rischio del disagio psico-sociale, che si traducono in una maggiore incidenza di esiti neonatali sfavorevoli al parto, alto tasso di ricorso all'IVG, scarsa partecipazione ai programmi di screening, manifestarsi dell'"effetto migrante esausto".

Per questo l'obiettivo dello studio è valutare il profilo epidemiologico e batteriologico delle vaginiti nelle pazienti migranti in confronto con quelle italiane, rivoltesi presso il nostro servizio ambulatoriale nel periodo dal maggio 2005 al luglio 2009

MATERIALI E METODI

Lo studio, di tipo retrospettivo e descrittivo, è stato condotto analizzando i risultati di 1.092 esami citologici cervico-vaginale (PAP-test) delle pazienti rivoltesi presso l'ambulatorio di colposcopia del Dipartimento di Ginecologia e Ostetricia della Prima facoltà di Medicina dell'Università "la Sapienza" di Roma, nel periodo maggio 2005-luglio 2009.

Delle 1092 pazienti, l'87,6% (n=957) sono di nazionalità italiana con un range di età tra i 15 e i 91 anni e il restante 12,4% (n=135) è rappresentato dalle pazienti di nazionalità non italiana con un range di età tra i 19 e i 57 anni.

I dati sono stati raccolti in una scheda comprendente: età, nazionalità e risultato dell'esame citologico cervico-vaginale (PAP-test), che prendeva in considerazione la presenza di processo flogistico come indicatore d'alterazione della flora vaginale, la precisazione del grado di flogosi (lieve, moderata e severa) che mostra la severità del processo e la presenza o meno di patologie infettive (Candidosi vulvovaginale, Vaginosi batterica, Tricomoniassi, Infezione da HPV, Vaginosi Batterica associata alla infezione da HPV) evidenziando così il fattore eziologico dell'infezione.

L'analisi statistica è stata effettuata utilizzando un software, si è proceduto a presentare l'informazione in tabelle e grafici di distribuzione di frequenza, comparando i quadri citologici cervico-vaginali (PAP-test) delle donne di nazionalità italiana con quelle di nazionalità non italiana

RISULTATI

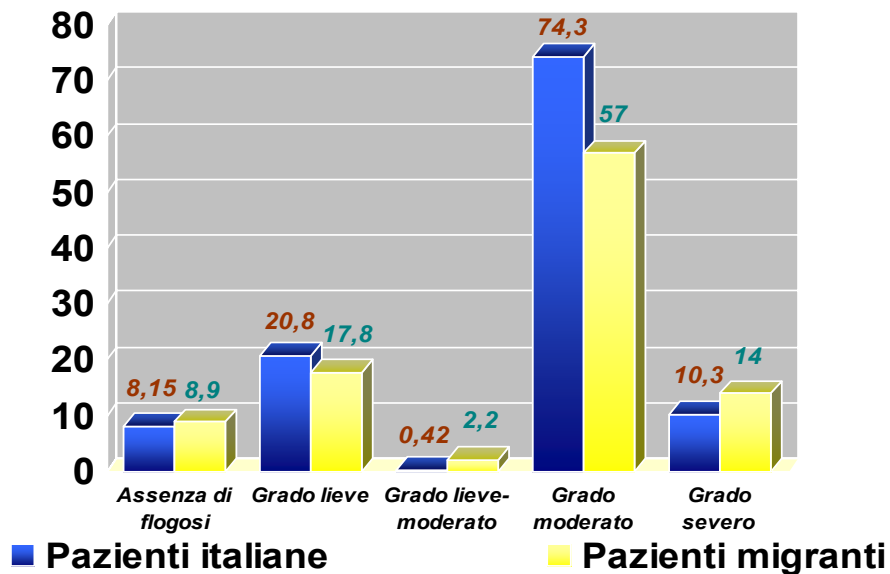
Nel presente studio sono state presi in considerazione i risultati di 1.092 esami citologici cervico-vaginale (PAP-test) delle pazienti, rivoltesi presso l'ambulatorio di colposcopia nel periodo maggio 2005-luglio 2009. l'87,6% (n=957) corrisponde alle donne di nazionalità italiana con un range di età tra i 15 e i 91 anni, mentre il 12,4% (n=135) corrisponde alle donne di nazionalità non italiana (migrate) con un range di età tra i 19 e i 57 anni. La proporzione di donne italiane è stato significativamente superiore a quelle delle donne non italiane. La media dell'età del primo gruppo è pari a 42,8 anni mentre per il secondo gruppo 37,6 anni non mostrando differenza statisticamente significativa (t=1,7).

In quanto alla Patologia flogistica (infiammazione) riscontrata nella citologia cervico vaginale (Pap-test), nel gruppo di pazienti migranti si evidenzia una percentuale più alta di quadri flogistici di grado severo (14% vs 10,3%), mentre il gruppo delle pazienti italiane presenta un grado di flogosi moderato significativamente superiore (74,3% vs 57%). La percentuale delle donne senza segni di flogosi è quasi uguale nei due gruppi (8,9% e 8,13%) (tabella 1, Fig. 2).

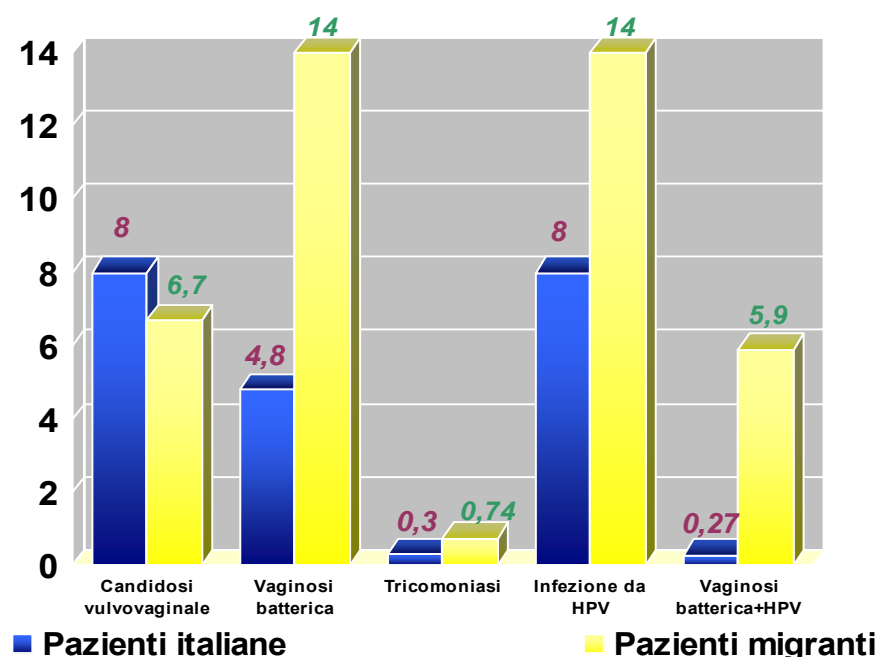
Tabella 1 Frequenza dei quadri infiammatori presenti negli esami citologici cervico-vaginali (PAP-test)

Patologia flogistica	Pazienti italiane		Pazienti non italiane	
	N°	%	N°	%
Assenza di flogosi	78	8	12	8,9
Grado lieve	199	20,8	24	17,8
Grado lieve-moderato	4	0,42	3	2,2
Grado moderato	711	74,3	77	57

Figura 2. Distribuzione di patologia flogistica nei due gruppi osservati



Delle 1092 pazienti studiate 263 hanno presentato patologia infettiva. Nel 41,5 % (n=56) delle pazienti migrati e nel 21,6% (n=207) delle pazienti italiane sono state riscontrate candidosi vulvovaginale, vaginosi batterica, tricomoniasi, infezione da HPV, vaginosi batterica associata alla infezione da HPV in ambi due gruppi Vaginosi Batterica associata alla Candidosi vulvovaginale e Infezione da HSV (l'ultime due solo in pazienti italiane), osservandosi, così, una maggiore incidenza di patologie infettive nelle pazienti migrate in Italia. L'incidenza di Candidosi vulvovaginale è superiore nelle pazienti italiane, però non ha mostrato differenze significative nei due gruppi (8% vs 6,7%). La Vaginosi Batterica è presente molto di più nel gruppo di pazienti migranti (14% vs 4,8%), allo stesso modo dell'infezione da HPV (14% vs 8%) e dell'associazione di queste due infezioni (5,9%



vs 0,3%), aumentando così il rischio di queste ultime a sviluppare un carcinoma della cervice (Tabella 2, Fig. 3).

Tabella 2: frequenza di patologia infettiva presente negli esami citologici cervico vaginale (PAP-test)

Patologie infettive	Pazienti italiane		Pazienti non italiane	
	N°	%	N°	%
Assenza di patologia infettiva	207	21,6	56	41,5
Candidosi vulvovaginale	77	8	9	6,7
Vaginosi batterica	46	4,8	19	14
Tricomoniassi	2	0,2	1	0,74
Infezione da HPV	77	8	19	14
Vaginosi Batterica associata alla infezione da HPV	3	0,3	8	5,9
Vaginosi Batterica associata alla Candidosi vulvovaginale	1	0,1	–	–
Infezione da HSV	1	0,1	–	–
Totale	957	100	135	100

Figura 3. Incidenza di vaginiti nei gruppi di pazienti italiane e pazienti migranti.

CONCLUSIONI

Il presente studio ha mostrato una prevalenza superiore di infezioni vaginali, soprattutto vaginosi batteriche e da HPV, nel gruppo di pazienti migranti, che sono quindi maggiormente esposte al rischio di sviluppare lesioni cellulare precancerose e carcinoma del collo uterino e di trasmettere lesioni condilomatose a livello genitale per l'abitudine di rapporti sessuali non protetti. Il grado alto di flogosi riscontrato nelle pazienti migranti mostra una severa alterazione della flora vaginale: questo dimostra un riferimento tardivo alle strutture ambulatoriale, che comporta diverse complicanze ostetriche e ginecologiche.

Le evidenze dimostrano che persiste una grave carenza di informazione e conoscenze in merito alla salute sessuale e riproduttiva, una difficoltà di accesso ai servizi, alla cultura di prevenzione, che si traducono in una maggiore incidenza di infezioni vaginali nel gruppo di pazienti migranti. Particolare attenzione deve essere posta nel raggiungimento dell'obiettivo di salute riproduttiva delle donne migranti e alla comunicazione-relazione medico-paziente, momento essenziale nella realizzazione di un rapporto diagnostico-terapeutico efficace per migliorare la qualità della vita e aumentare il livello di soddisfazione della propria vita. Specifica attenzione sanitaria deve essere offerta alle donne immigrate prostitute. La maggior parte di queste donne sono lavoratrici che hanno lasciato il suo paese per motivi economici o familiari. Molte di loro sono entrate illegalmente nel territorio italiano, quindi, escludono ogni possibilità di accettazione presso le strutture sanitarie nazionali. Al inizio quasi tutte presentano una difficoltà linguistica e grave carenza informativa. Essendo sole, molte donne mostrano sofferenza del vivere, con le depressioni ed altre patologie. Per questi motivi si evidenzia l'incidenza più alta delle patologie del sistema riproduttiva, delle malattie sessualmente trasmissibile ed alto tasso delle IVG nelle donne migranti.

BIBLIOGRAFIA

1. Owen MK, Clenney TL "Management of vaginitis" Am Fam Physician 2004, 70:2125-32;
2. Xiao BB, Liu ZH, Liao QP Gynecology, Peking University First Hospital, Beijing 100034, China. "Microecological investigation of vaginal microflora in women with varying degree gynecologic symptoms in clinics". PMID: 19563053
3. Boselli F, Chiossi G, Garutti P, Matteelli A, Montagna MT, Spinillo A. "Preliminary results of the Italian epidemiological study on vulvo-vaginitis" Dipartimento di Ostetricia e Ginecologia Università degli Studi di Modena e Reggio Emilia, Modena, Italy. PMID: 15258544.
4. Arzeni D.; Del Poeta M.; Simonetti O.; Offidani AM.; Lamura L.; Balducci M.; Cester N.; Giacometti A.; Scalise G.; "Prevalenza e suscettibilità antifungina dei lieviti vaginali in pazienti ambulatoriali frequentare un centro ginecologico in Ancona, Italia". Clinica Dermatologica, Università degli Studi di Ancona, Italia. Clinica Ostetrica e Ginecologica, Università degli Studi di Ancona, Italia. European Journal of epidemiology (ISSN 0393-2990 1997), vol. 13, No4, pp. 447-450
5. Sobel J. Vulvovaginal candidosis. "Lancet" giugno 2007;
6. Foxman B, Barlow R, D'Arcy H, Gillespie B, Sobel JD. M Candida vaginitis: self reported incidence and associated costs. Sex Transm Dis 2000; Pag. 230-235.
7. Amsel R, Totten PA, Spiegel CA et al (1983) Non specific vaginitis. Diagnostic criteria and microbial and epidemiological associations. Am J. Med 74:14-22
8. Nansel TR et al "The association of psychosocial stress and bacterial vaginosis in a longitudinal cohort. "Am J Obstet Gynecol 2006, 194(2):381-386
9. Peipert JF. "Genital chlamydial infections." N Engl J Med 2003; 349: 24.
10. Salfa MC, Bocci C, Lillo F, Brunini de Sousa SM, Barbero M, Stayton C, Suligo B. "Epidemiologia dell'infezione cervico-vaginale da Human Papillomavirus (HPV) in donne afferenti ad un programma organizzato per la prevenzione del cervicocarcinoma." Abstract accettato alla IX Conferenza Nazionale di Sanità Pubblica. Parma 13-15 ottobre 2005.
11. Primo Rapporto sui lavori della Commissione "Salute delle Donne" Roma, marzo 2008 "Lo stato di salute delle donne in Italia"
12. Serena Donati, Angela Spinelli; Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute Istituto Superiore di Sanità, Roma. La salute sessuale e riproduttiva delle donne immigrate in Italia; Gyneco 2-2007:Layout 1; p 9-10.

