

SANIT 2008

Immigrazione, Diritto alla Salute in una sfida Traslazionale

23 giugno, sala 10, ore 14.00

RELAZIONE DELLA GIORNATA

La prima delle conferenze in programma al **SANIT Roma 2008**, ha assegnato al tema centrale del dibattito il diritto alla salute, in particolare riguardo agli stranieri: “ **Immigrazione, Diritto alla Salute in una Sfida Traslazionale** ” con un’appendice diretta esattamente diretta all’ **Attività dell’Istituto Nazionale per la Promozione della Salute delle Popolazioni Migranti e il Contrasto delle Malattie della Povertà: Linee Generali e Stato di Avanzamento**.

L’apertura dei lavori è stata del Direttore Generale dell’INMP **Aldo Morrone** spiegando alla platea “Il Ruolo e le finalità dell’INMP”. Un tema di estrema attualità, non soltanto perché legato al profondo mutamento del quadro demografico del nostro Paese; ma anche perché non ancora a tutti è noto, per la recente nascita dell’INMP, quali sono gli obiettivi da raggiungere nella clinica, nella ricerca e nella promozione che l’INMP. Dunque ecco l’importanza strategica di rendere pubblica il più possibile l’attività dell’Istituto e rinforzare l’incisività dello stesso, proprio dalla conoscenza diffusa nella popolazione tutta, straniera ed italiana sulle opportunità che offre. Esiste, infatti, ormai un indubbio rapporto che lega fra loro fenomeni complessi quali l’espansione delle migrazioni nel mondo e la crescita della povertà, in molti paesi il livello di salute di una popolazione incide sul benessere di tutti. Si tratta di relazioni complesse che interrogano anche la capacità dei sistemi sanitari di affrontare le sfide nascenti.

La prefazione del professor **Morrone** apre all’analisi del fenomeno migratorio, una mobilità umana presente nella storia dell’umanità fin dai suoi albori, è oggi divenuta una realtà globale, strutturale e dalla velocità estremamente rapida.

Secondo l’ONU, cita il professore, nel 2005, 191 milioni di persone vivevano fuori dal loro paese d’origine: ovvero il 2,9% della popolazione mondiale (6 miliardi e 464 milioni). Il 59% di queste persone è diretto nei paesi ad alto reddito, mentre la restante parte migra nei paesi meno sviluppati. In Italia la presenza di stranieri ha raggiunto il valore di 3.772.000 persone (includendo anche circa 760 mila irregolari) all’inizio del 2006: si tratta di oltre il 7% della popolazione totale; e più di 1 ogni 5 stranieri è minore, dei quali un decimo nato in Italia da genitori stranieri.

I dati, citati da **Morrone**, individuano subito l’importanza storica che sta attraversando il continente europeo, e quali drammatici sconvolgimenti dal punto di vista economico. Lo stanno a dimostrare i numeri del 2004, nei quali, secondo un’indagine Eurostat, erano 60 milioni i cittadini europei (dell’UE 25) a rischio di povertà. Una massa di persone che quotidianamente vive il dramma dei bassi salari, della disoccupazione di lunga durata, della mancanza di un’abitazione, insieme di cause della povertà nelle loro famiglie. I paesi in cui il rischio di povertà è più diffuso sono Grecia e Portogallo, nei quali il problema riguarda il 21% della popolazione, seguiti da Spagna e Gran Bretagna (19%) e da Italia ed Irlanda (18%).

E il professor **Morrone** entra nel pieno del tema per quanto riguarda i diritti negati nel fenomeno migratorio dall’ampliamento delle disuguaglianze di salute (health divide) generate dal contesto sociale a sfavore delle fasce deboli della popolazione in molti paesi. Secondo, cita **Morrone**, l’Ufficio dell’Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), che si occupa dell’area europea (870 milioni di persone, dal Mediterraneo al Pacifico), l’aspettativa di vita alla nascita nella regione si sta differenziando significativamente: mentre sfiora gli 80 anni per i paesi dell’Unione, è di circa dieci anni inferiore per la media della regione europea OMS. Esempio è il paese sconfinato della Russia dove le donne che nascono hanno un’aspettativa di vita di 10 anni più bassa rispetto alle cittadine dell’Unione europea, mentre per gli uomini la differenza raggiunge addirittura i 16 anni.

In Italia il fenomeno della povertà è presente: nel 2006 le famiglie in condizione di povertà relativa sono 2 milioni 623 mila, pari all’11,1% delle famiglie residenti. Si tratta complessivamente di 7

milioni 537 mila persone, il 12,9% dell'intera popolazione. Questa povertà è concentrata geograficamente: nelle regioni del Mezzogiorno raggiunge il 24%, ovvero una famiglia su quattro. Le disuguaglianze di salute generate dal contesto sociale a sfavore delle fasce deboli della popolazione sono presenti anche in Italia, colpiscono sia italiani che stranieri, molto più in ragione delle loro condizioni sociali, di vita e di lavoro che dell'appartenenza etnica. Appare quindi necessario proporre la sperimentazione di attività di ricerca, diagnosi, cura e formazione che affrontino questo tema e promuovano le azioni di contrasto che il sistema sanitario può efficacemente costruire contro l'emergere della salute diseguale, a favore degli italiani come degli stranieri. Questo, lo scopo principale che guida la costruzione dell'”**Istituto Nazionale per la promozione della salute delle popolazioni migranti e il contrasto alle malattie della povertà**”, previsto nella legge finanziaria 2006.

L'Istituto Nazionale intende promuovere un lavoro di rete, incalza **Morrone**, fra diversi Centri di Riferimento Regionali che, a partire dal Lazio (Struttura complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni del Turismo e di Dermatologia Tropicale- Istituto S.Maria e San Gallicano, dalla Puglia (parte dell'Azienda Ospedaliera Civile “Tatarella “ di Cerignola -FG) e dalla Sicilia (parte dell'Azienda Ospedaliera San Giovanni di Dio di Agrigento) sperimentino sul campo questo percorso di ricerca, prevenzione, assistenza specializzata e formazione.

Parallelamente occorre, spiega il Direttore Generale, costruire una rete con i centri internazionali, a partire dall'OMS, che affrontano queste tematiche emergenti nel contesto più vasto dell'Europa e dei paesi dell'Est, come anche di quelli in via di sviluppo. Il confronto aperto con le soluzioni sperimentate

da altri sistemi sanitari, l'apprendimento dei successi, così come degli errori, può divenire uno stimolo ed un apporto prezioso per affrontare il problema emergente del contrasto alla riproduzione di livelli di salute profondamente diseguali. Occorre, inoltre, promuovere la consapevolezza che è necessario invertire il circolo vizioso che, a partire dalle svantaggiate condizioni di vita e di lavoro, produce una riduzione del livello di salute nei gruppi deboli della popolazione che, a sua volta, aumenta il peso economico delle spese sanitarie evitabili e peggiora il livello socio-economico di questi gruppi. Per la parte che compete ai sistemi sanitari anch'essi debbono promuovere un inverso circuito virtuoso: la riduzione delle disuguaglianze di salute comporta una minore spesa sanitaria evitabile ed aumenta le possibilità di inserimento sociale e lavorativo.

Oggi è assolutamente evidente, spiega **Morrone**, che la salute è imprescindibilmente legata all'ambiente sociale ed in tutti gli studi prodotti a livello nazionale ed internazionale si possono evidenziare quattro elementi peculiari. Il patrimonio di salute non dipende solo da fattori genetici, biologici, chimici e fisici ma anche dai contesti socio-economici. La condizione socioculturale delle persone influenza il rischio di ammalarsi, il decorso e spesso l'esito della malattia. È dimostrato che un modello valido di welfare state deve integrare un servizio sanitario nazionale, solidale, pubblico ed universale. È inevitabile che disuguaglianze economiche, sociali e culturali



determinino iniquità nell'accesso ai servizi sanitari. ti)

La **salute degli immigrati**, tema caro e legato storicamente a tutta l'attività del prof. **Morrone**, è spesso condizionata dall'accumulazione di molte condizioni di privazione e d'esclusione sociale, con particolare riferimento ad una alimentazione spesso carente, alla mancata tutela sul luogo di lavoro che determina un maggior numero di incidenti e morti bianche, a condizioni abitative scadenti, alla presenza della detenzione in carcere, alla prostituzione con alto rischio di contrarre malattie sessualmente trasmissibili ivi compresa l'infezione da HIV.

Ecco perché occorre analizzare i principali determinanti di salute con politiche di intervento globale ed offrire servizi che possano ridurre e migliorare le discriminazioni presenti per genere, età, istruzione, reddito, condizione sociale e lavorativa nel nostro Paese. Anche la politica ambientale e dei trasporti devono essere tenute in conto all'interno di politiche di scelte per la salute: occorre un'azione organica e strutturale e di alta professionalità per una politica di promozione della salute focalizzata sull'equità, più che interventi oscillanti tra imperativi etici e paternalismo.

Occorre rilanciare una politica della salute sui determinanti sociali, indica il Direttore Generale, il contesto ambientale e le iniquità presenti nella popolazione. Si tratta di favorire l'equità nell'accesso ai servizi socio-sanitari di persone con bisogni disuguali, che devono ricevere interventi socio-sanitari appropriatamente dissimili e comunque garantire uguali opportunità di accesso alle popolazioni

per contribuire a ridurre le disuguaglianze. È necessaria inoltre una rilettura dei bisogni di salute percepiti dalla popolazione per poter demedicalizzare una domanda di salute che spesso è artificiosamente e irresponsabilmente rivolta verso uno sfrenato consumismo farmacologico e di prestazioni sanitarie assolutamente inappropriate, inefficaci, spesso inutili e talvolta dannose.

Un Istituto Nazionale può meglio elaborare una health impact assessment ed una capacity building che migliori l'organizzazione, le motivazioni del personale, le risorse, la partnership e la leadership di una vera politica di promozione della salute. Investendo su:

- la formazione, in particolare dei mediatori linguistico-culturali;
- la ricerca scientifica;
- innovativi approcci di assistenza sanitaria, con specifica enfasi sulla tutela materno infantile in ambito transculturale.

Ciò deve essere realizzato non solo in collaborazione con l'OMS, in particolare con l'Ufficio per gli Investimenti per la Salute e lo Sviluppo di Venezia, ma anche con il mondo del lavoro, della scuola, dell'ambiente, del volontariato e con le associazioni dei malati, le famiglie e i sindacati.

“Oggi è possibile partire dal fenomeno migratorio e dalle condizioni di svantaggio sociale per accettare la sfida che ci pongono e rilanciare una forte politica integrata di salute, per uno sviluppo e una dignità per tutti, nessuno escluso. Paradossalmente, potrà essere il fenomeno migratorio a contribuire a determinare un nuovo modello di sanità, più attento alla realtà delle persone che ai profitti nell'erogazione di prestazioni sanitarie appropriate, e più orientato verso la promozione della salute, la

prevenzione delle malattie e l'accoglienza delle persone malate.

Oggi abbiamo nuovi strumenti per affrontare le sfide dell'immigrazione e della povertà con competenza scientifica e con passione. E' quanto il nuovo Istituto nazionale si propone di fare”.

Conclude Il Direttore Generale dell'INMP, Aldo **Morrone**.

Per le **Facilitazioni Dell'Accesso ai Servizi Sanitari e Miglioramento delle Prestazioni** sono intervenuti Roberto Linciano, Maria A. Di Mucci, Anna Lisa Marini, Maurizio Sprovieri, Rappresentante ASL RM E. Successivamente, il dottor Roberto Linciano ha evidenziato il lavoro che sta svolgendo all'interno di un progetto con l'INMP, esattamente la **Sperimentazione software S.I.R.I.O. con le ASL di Roma e sul Sistema esperto per la facilitazione della diagnosi**.

S.i.r.i.o., in dettaglio **Sistema Informativo per la Ricerca sull'Immigrazione e Orientamento**, è un sistema che attiva un modello sperimentale di servizio socio-sanitario in cui l'accoglienza, il rispetto dell'eteroculturalità e l'informazione preventivo - sanitaria e sociale, rappresentano il fulcro dell'attività sanitaria. Le sue modalità operative si propongono come linea guida agli operatori sanitari (mediatori, infermieri, medici) nel processo di accoglienza.

È la sintesi del dottor Linciano che entra nel dettaglio cercando la semplicità di un complesso piano di lavoro.

L'insieme degli elementi costitutivi sono rappresentati dalla presenza di consistenti flussi migratori dall'Europa centro-orientale e dall'Africa settentrionale; dal rischio di diffusione di forme morbose

e malattie che sono state eradicato o risultano, comunque, del tutto rare o assenti in Italia; ed infine dalla promozione su tutto il territorio nazionale dell'equità e dell'integrazione riguardo alla salute di milioni di persone straniere (residenti e nuovi cittadini italiani) e a rischio di emarginazione e povertà.

Gli obiettivi consistono, continua il dottore, nello studio e nell'analisi delle condizioni di salute della popolazione immigrata e a rischio di emarginazione e povertà, con visite mediche preventive. Nella consulenza medico-specialistica ove richiesta durante la visita generale. A seguire dagli interventi di prevenzione, diagnosi precoce, cura e follow up dei pazienti: migranti, richiedenti asilo, vittime della tratta, senza fissa dimora e nomadi, a rischio per le MST, compresa l'infezione da HIV, a rischio di emarginazione e di povertà. Dalla **costruzione e sperimentazione di un processo clinico-antropologico multiculturale informatizzato per la rilevazione dei dati clinico-epidemiologici e degli indicatori sullo stato di salute e sulla qualità delle prestazioni rivolte a tali pazienti**. Aspetto interessantissimo perché rivoluziona l'approccio al "materiale di lavoro" del mondo medico e scientifico. Ma anche dalla creazione di un archivio informatizzato, composto da una rete di stazioni informatiche, distribuite sul territorio, a disposizione delle varie sezioni (accoglienza, orientamento, mediazione linguistico-culturale e le diverse visite cliniche specialistiche), collegate ad un server per il backup e la costruzione di un data base centralizzato condivisibile dalle organizzazioni costituenti la rete.

Lo scenario applicativo del sistema nasce dall'esperienza del gruppo di operatori sanitari della Struttura Complessa di "Medicina Preventiva delle Migrazioni, del turismo e di Dermatologia Tropicale" che svolge attività di ricerca clinica ed epidemiologica, in Italia e nei Paesi in via di Sviluppo, nella medicina delle migrazioni e si propone come "**linea guida**" agli operatori sanitari (mediatori culturali, infermieri, medici) nel processo di accoglienza tracciando il processo relativo alla gestione della scheda socio-sanitaria di un paziente, e supportando il medico con un percorso informativo per la raccolta di tutte le informazioni, patologiche o altro.

Le **Funzionalità** del sistema, spiega il dottore, è innanzi tutto sul multi-accesso, nel senso che diversi utenti possono accedere alle funzionalità simultaneamente e con specifiche attività. Esistono quindi diverse tipologie di utenti: l'amministratore che può registrare altri utenti; l'operatore linguistico culturale per la scheda della socio-anagrafica; infine l'operatore sanitario che ha accesso alla sezione sanitaria dei pazienti.

Particolare importanza ha la Scheda Sanitaria, rileva Roberto Linciano, infatti nella Scheda Sanitaria il sistema supporta il medico con un percorso informativo per la raccolta delle informazioni sanitarie; le patologie vengono raccolte attraverso la codifica che raggruppa informazioni di Gruppo le quali consistono nelle anamnesi familiare, anamnesi fisiologica, suddivisa in due parti, le anamnesi patologiche e le sezioni di anamnesi "prossima" anch'essa in due parti.

Non meno impegnativa è la descrizione sul **Sistema esperto per la facilitazione della diagnosi**, ed il relatore apre un discorso sulla definizione del **modello logico di patologia**. Il punto di partenza apre al comportamento medico nell'assumere decisioni cliniche, che si basa, ovviamente, sui principi fondamentali della metodologia clinica, dove, a parte alcune situazioni nelle quali la gravità clinica richiede provvedimenti di emergenza. Il medico, descrive il relatore, assume una serie di provvedimenti per raccogliere i dati necessari ad individuare un'ipotesi diagnostica confermata mediante indagini appropriate, prescrivere eventualmente la terapia e organizzare il follow-up. Nel suo complesso questo processo, che individua l'azione medica, si configura come una successione di fasi nel tempo, diverse ma articolate in una sequenza, che identifica il processo d'acquisizione delle informazioni. Per descrivere questo processo abbiamo utilizzato un percorso basato sull'operare quotidiano del medico, che trova il suo fondamento nella conoscenza e nell'esperienza clinica della patologia.

Il percorso, visualizzato tramite diapositiva, descrive le reali esigenze cliniche, considerando il riconoscimento dei dati clinici significativi con una classificazione a più livelli di dettaglio. Durante questo percorso, il medico si trova ad affrontare le difficoltà di una diagnosi differenziale che non

richiede soltanto un'ampia base di conoscenze, ma anche la capacità di valutare e districarsi tra i molteplici sintomi, segni, complicità e le diverse patologie. “Questa fase di incertezza è la motivazione che ci ha spinto ad elaborare un modello di patologia che fosse di ausilio al medico. Il modello individuato segue le linee del percorso di acquisizione delle informazioni Definendo la patologia come: un insieme complesso costituito da elementi che interagiscono tra loro e appartengono contemporaneamente, con caratteristiche differenti, ad altri insiemi” Conclude il dottore. La spiegazione si spinge nella logica tradizionale dove un elemento appartiene o non appartiene ad un determinato insieme **A**. Il modello logico di patologia definito segue il mondo reale, nel quale un elemento **x** (es.: sintomo, segno, etc) appartiene ad un insieme **A** (la patologia) con un grado di verità che può essere rappresentato da una scala di valori (es. da basso ad alto; da occasionale a molto frequente, ...) dove ogni valore intermedio rappresenta una verità parziale. Da un punto di vista formale questo modello modifica l'usuale concetto di **appartenenza, frequenza e specificità** di un generico elemento (sintomo, segno, complicità, ...) di un universo (le patologie) ad un suo sottoinsieme (la patologia). La spiegazione continua sulle coordinate logiche negli insiemi che riconoscono patologie e sottoinsiemi dove nel modello di patologia definito, non esiste il significato di confine ma si evidenzia una caratteristica misurabile (grado di appartenenza, frequenza, specificità, etc.) di un elemento al suo sottoinsieme. Questi principi matematici, continua il dottore Linciano, sui quali si costruisce il modello, trovano la loro base nella **logica fuzzy** formulata da Zadeh nel 1965.

L'idea fondamentale, alla base di questo lavoro, è quella di aver incorporato la competenza ed esperienza clinica in un modello di patologia che parte dai principi della logica fuzzy, in cui l'inferenza di ciascun elemento nell'insieme ha un'intensità proporzionale al grado di verità definito. E precisamente, sottolinea il relatore, il modello fuzzy della patologia, è un modello che rappresenta e gestisce in maniera accurata e matematicamente appurata l'incertezza del contesto diagnostico, adottando espressioni linguistiche piuttosto che quantitative. Si supera così il concetto che o si è sani, o si è malati, rispetto a quella determinata malattia, e si accetta la possibilità di essere un pò malati, o un pò meno sani.

Il dottor Gennaro Franco, dermatologo dell'Ospedale San Gallicano, Roma, è entrato negli aspetti clinici relazionando ad una platea formata da esperti medici ed operatori del settore sanitario, gli elementi descrittivi di una “**Diagnosi dermatologica su pelle scura. Studi interdisciplinari della patologia della vulva**”.

È una vera e propria Bozza di Percorso di lavoro sull'elaborazione di **linee guida** per la diagnosi dermatologica su pelle scura, ed il dottor Franco evidenzia quanto sia importante l'elaborazione di **linee guida** condivise circa la diagnosi dermatologica su cute di differente colore. D'altra parte la sempre più rilevante presenza di persone provenienti dal mondo, fa sì che tale diversità sia presente anche negli ospedali e nei centri sanitari.

Nel caso delle discipline dermatologiche, fotografa Franco, questa situazione si traduce nell'osservazione di cuti diverso colore. La comparsa di un qualsiasi “segno” cutaneo, ossia una “lesione elementare”, spesso precedente a un'evoluzione della lesione stessa, se correttamente interpretata e correlata ad altri sintomi e segni di altri organi e apparati, costituisce un ausilio di enorme importanza per la diagnosi. E' però da sottolineare, puntualizza il dottore, come una stessa “lesione elementare”, a causa delle diverse caratteristiche fisico-chimiche e soprattutto del diverso “pattern di reazione” agli stimoli (metabolici, fisici, chimici, ecc.) può apparire in modo diverso sulle cuti di diverso colore, particolarmente sulla cute scura, rendendo talvolta particolarmente difficoltoso l'apprezzamento e l'interpretazione delle lesioni cutanee.

La letteratura internazionale, pur avendo negli ultimi anni, prodotto numerosi lavori circa la



fisiologia e la fisiopatologia sulla “black skin”, non ha però fornito ancora indicazioni specifiche e sufficientemente esaustive sulla diagnostica generale e delle lesioni elementari sulla cute scura. Mancano quasi completamente inoltre i lavori sulla cute di soggetti asiatici o latinoamericani.

Nei lavori presenti spesso si fa ancora riferimento ai vecchi concetti di “razza” e di genetica delle razze, che la comunità scientifica internazionale sta ormai criticando in maniera sempre più precisa. Il dottor Franco promuove, alla realtà scientifica internazionale, delle linee guida condivise che possano costituire il riferimento comune per un’accurata diagnosi dermatologica sulle cuti di diverso colore, in particolare la cute scura, e che non facciano riferimento ad obsoleti e criticabili concetti di “razza”.

Il **piano di lavoro** indicato dal relatore, si determina su alcuni punti fondamentali: (a rivedere accuratamente la letteratura alla ricerca di linee guida di singole società, centri o specialisti dermatologi che riguardino la diagnosi dermatologica sui diversi tipi di cute; (b contattare gli specialisti che si siano occupati in maniera particolare dell’argomento; (c organizzare riunioni e incontri per elaborare le linee guida; (d produrre un documento finale da sottoporre ad una consensus conference dedicata.

A questo punto, il dottor Franco propone un vero e proprio Programma di lavoro, per raggiungere la possibile creazione di linee guida operative e condivise dal mondo scientifico. Il Programma si baserebbe sulla **Disponibilità di una prima bozza** e dalla composizione di un Gruppo di lavoro incaricato di esaminare le bozze di protocollo diagnostico e terapeutico, composto dal prof. A. **Morrone** (INMP, Roma - Italy), dott. E. Berardesca (IFO, Roma - Italy), prof S.C. Taylor (Columbia University, New York - USA) e dal dott. Camille Fitoussi (Groupe Médical Charcot, Paris) – France.

Diversamente la relazione è entrata su un piano clinico, quando il dottor Franco ha affrontato il **Protocollo Integrato per lo studio Interdisciplinare della patologia della Vulva**. Una relazione per raggiungere l’obiettivo di un’elaborazione di linee guida condivise circa la diagnosi interdisciplinare (dermatologica, ginecologica, eventualmente psicologica) sulle problematiche patologiche del distretto vulvare.

La regione vulvare, spiega il dottore, può essere considerata come un’area di confine, per il sovrapporsi di competenze d’ordine ginecologico, dermatologico e psicologico. Spesso il ginecologo è privo di strumenti diagnostici e conoscenze terapeutiche di pertinenza strettamente dermatologica, mentre il dermatologo ha una limitata possibilità di esperire casistica e acquisire familiarità con le patologie di questo distretto. Nello studio di alcune patologie vulvari, inoltre, emerge evidente il ruolo giocato da substrati in ordine psicosomatico, che devono essere indagati e riconosciuti, al fine di ottenere un pieno successo terapeutico. In quest’ambito, le sindromi dolorose vulvari costituiscono un’entità nosologica emergente, con aspetti eziopatogenetici ancora in gran parte sconosciuti e che necessitano di un approccio diagnostico-terapeutico multispecialistico.

Va infine rammentato, ricorda il dottor Franco, proprio a causa dell’aumentata durata media di vita, la popolazione femminile è rappresentata in alta percentuale da donne in età post-menopausale e senile, con esigenze d’igiene e cura specifiche, legate alle modificazioni correlate all’età e allo stato ormonale del microambiente vulvo-vestibolo-vaginale.

Proprio in collaborazione col servizio di Ginecologia dell’Istituto Regina Elena, distaccato presso la sede di Trastevere dell’ Istituto San Gallicano, informa il dottor franco, è attiva un’unità di diagnosi e cura delle principali patologie della vulva (infettive, infiammatorie, neoplastiche, psicosomatiche); formata da un personale medico composta da un Dermatologo, Ginecologo e una Psicologa con il supporto di un Mediatore culturale.



Le pazienti con disturbi del distretto vulvare, vengono sottoposte a visita dermatologica e ginecologica completa e accurata, con l'eventuale ausilio di metodiche strumentali (vulvosopia, colposcopia) e di laboratorio (esami microbiologici batterici, micotici, virali). La visita dermatologica inoltre è anche estesa agli altri distretti corporei cutanei e mucosi, eventualmente sede di lesioni correlate alla patologia vulvare.

E una relazione dettagliata che continua sul trattamento terapeutico delle diverse patologie, particolarmente quelle legate ad agenti etiologici virali, dove sono utilizzate anche metodiche quali diatermocoagulazione, crioterapia, curettage.

Nei casi di evidente presenza di una componente psicologica, come nel caso di dispareunie, vulvodinie e vestibulodinie, il colloquio con lo specialista psicologo (di particolare importanza il fatto che nella fattispecie sia di sesso femminile) servirà a inquadrare eventuali substrati psicosomatici che possono interagire nella manifestazione del quadro clinico. In base al colloquio vengono poi proposte gli eventuali trattamenti psicoterapici che possano essere utilizzati con vantaggio.

Il lavoro svolto dall'equipe del dottor Franco, non trascurava un aspetto di importanza enorme per una piena collaborazione della paziente e cioè l'intervento del mediatore culturale che sarà inoltre fondamentale nel caso delle pazienti cittadine straniere, in cui importante è ovviamente il ruolo svolto dai fattori culturali e dalle abitudini etniche nel determinismo del singolo fatto patologico. Nell'ambito del progetto potrà inoltre confluire l'attività diagnostica e terapeutica, nonché quella di documentazione e di indagine storica e socio-antropologica, sul problema delle Modificazioni Genitali Femminili (MGF).

Anche in questo caso è indicato dal relatore un **Piano di lavoro** formato da: 1- rivedere accuratamente la letteratura alla ricerca di linee guida di singole società, centri o specialisti dermatologi che riguardino la diagnosi dermatologica sui diversi tipi di cute; 2- mettere in contatto gli specialisti che si siano occupati in maniera particolare dell'argomento; 3- organizzare riunioni e incontri per elaborare le linee guida; 4- Produrre un documento finale da sottoporre a una consensus conference dedicata.

Sono altresì indicate le personalità cliniche su cui contare per un lavoro di qualità, nelle persone del Dott. Franco ANGLANA (Ospedale S. Filippo Neri, Roma); il prof. MC KOEPPPEL, (Service de dermato-vénérologie, Hôpital de la Timone, Marseille) ; prof. Fiona M.LEWIS, (Department of Dermatology, Worcester Royal Infirmary, Worcester, England, GB); dott. Roberto SINDICO (Istituto S.Gallicano).

L'esperienza dell'Ospedale in Africa Italian Dermatological Center con tutto il bagaglio di conoscenza di lavoro e ricerca, è stato portato a conoscenza in sala dalla dottoressa Valeska Padovese, dermatologa dell'INMP in missione in Etiopia, nella relazione sul **Progetto di Ricerca Operativa sulla correlazione tra Malattie Dermatologiche e Sistemiche in Tigray-Etiopia**.

La dottoressa inizia cercando di visualizzare un quadro socio sanitario nell'interessante la conoscenza di questo particolare ruolo che la cute svolge, poiché il dermatologo si trova nelle condizioni di poter

svelare la presenza di patologie internistiche latenti di diversa natura (ematologica, gastroenterologica, respiratoria, oncologica, endocrinologica, ginecologica e infettivologica).

Questa caratteristica risulta di estrema utilità soprattutto in Africa, dove la diagnosi delle malattie è prevalentemente su base clinica. La mancanza di staff qualificato, una scarsa capacità diagnostica, la mancanza di farmaci e di strumenti di laboratorio è situazione che caratterizza questi Paesi, soprattutto nelle aree rurali. Inoltre, il problema appare aggravato ulteriormente dall'infezione da HIV che risulta

endemica. Le malattie della pelle rappresentano un problema emergente dal punto di vista sociale ed economico, in quanto possono determinare disabilità nei soggetti che ne vengono affetti. Nella maggior parte dei distretti del Tigray, una regione del nord dell'Etiopia, le infezioni cutanee sono annoverate tra le prime dieci cause di morbidità e di richiesta di visita da parte della popolazione locale. Di qui nasce l'esigenza di un intervento a basso costo e ad alto impatto in termini di efficacia, quale può essere quello che rientra nello schema della "ricerca operativa".

L'Italian Dermatological Center

è responsabile del progetto di ricerca operativa sulla correlazione tra patologie cutanee e interne, con particolare riferimento all'infezione da HIV, partito nel settembre 2005 in Tigray. Il progetto, finanziato dal Ministero degli Affari Esteri, ha una durata di due anni e vede come beneficiario il Governo Regionale. Il progetto prevede, tra gli obiettivi principali, il miglioramento delle capacità diagnostiche in ambito dermatologico degli operatori sanitari impegnati a livello territoriale. Si tratta di uno studio caso-controllo in cui sono stati selezionati tre distretti o woredas nel centro del Tigray nei quali viene effettuato un intervento che prevede la formazione degli operatori sanitari, la distribuzione di farmaci dell'area dermatologica e di reagenti di laboratorio, e tre distretti o woredas controllo nel sud della regione, dove è stata fatta solo una valutazione iniziale e finale, ma nessun intervento. Durante il progetto sono stati formati 21 operatori sanitari e 8 medici provenienti dalle woredaspilota attraverso 4 corsi teorico-pratici della durata di una settimana tenutisi presso l'IDC di Mekele e on-job training durante le attività di monitoraggio direttamente negli Health Centers (HCs).

I risultati preliminari mostrano un incremento del numero di patologie diagnosticate negli HCs delle tre aree pilota, nonché un aumento dei casi complicati riferiti all'IDC di Mekele. Si tratta di oltre 1000 patologie diagnosticate precocemente dopo la formazione degli operatori sanitari. Attraverso questo progetto è stato possibile diagnosticare precocemente l'infezione da HIV e le infezioni sessualmente trasmesse, e quindi ridurre la diffusione. Sono stati oltre 50 i casi di HIV positivi diagnosticati attraverso le lesioni cutanee. Molte infezioni parassitarie intestinali sono state diagnosticate attraverso

il riconoscimento di prurito cutaneo o lesioni orticarioidi, e alcuni tumori sono stati diagnosticati precocemente attraverso le loro manifestazioni cutanee di tipo paraneoplastico. Le capacità diagnostiche degli operatori sanitari delle più semplici infezioni cutanee, in particolare quelle parassitarie come la scabbia, sono migliorate ed è stato possibile grazie al progetto distribuire gratuitamente i farmaci per la

cura di tali infezioni. Ulteriori sforzi sono però necessari per estendere il progetto e in particolare l'intervento di formazione nei confronti di operatori sanitari che lavorano in condizioni di estremo disagio nelle aree rurali della regione.



Un quadro sicuramente esaustivo ma non completo se non si indicano il percorso operativo attraverso corsi di formazione sulla correlazione tra patologie dermatologiche e interne, con particolare riferimento all'infezione da HIV. **IMHMP** in collaborazione con **IISMAS** prevede la formazione di sei operatori sanitari per ogni distretto della regione Tigray. I corsi di formazione, della durata di una settimana, si terrebbero a Mekele presso l'IDC. L'infermiere formato, oltre a prestare servizio presso il centro sanitario territoriale dove lavora, avrebbe il compito di formare a sua volta due operatori di comunità o Community Health Workers (CHW) per ogni distretto, i quali dovrebbero poi andare direttamente nei villaggi a promuovere l'educazione sanitaria. Il lavoro sul campo verrebbe inoltre coordinato da un medico specialista locale, appositamente formato.

L'Etiopia è un paese di oltre 77 milioni di abitanti, con un'aspettativa di vita alla nascita di 50 anni per gli uomini e 53 per le donne e una mortalità sotto i 5 anni di età pari a 164 su 1000 nati vivi. Le patologie cutanee in questo paese rappresentano un problema emergente e sono indicate tra le prime dieci cause di morbilità e di ospedalizzazione del paese, dopo malaria, tubercolosi, infezioni respiratorie e intestinali acute. Le condizioni socio economiche in cui versa la popolazione etiope collocano l'Etiopia tra gli ultimi dieci paesi per indice di sviluppo umano (**HDI**) delle Nazioni Unite. Le pessime condizioni igienico-ambientali, la mancanza di acqua potabile e l'epidemia di HIV i cui numeri stanno vertiginosamente crescendo anche nelle aree rurali, sono le principali responsabili dell'insorgenza e diffusione di numerose malattie, in particolare di natura infettiva. La dottoressa Padovese traccia un quadro desolante, ma il lavoro dell'Ospedale al quale lei ha dedicato energie e tempo, è un'attività che prelude ad un futuro diverso sia per la formazione di personale locale qualificato, sia per l'attività di ricerca. Certamente la mancanza di personale sanitario e di medici specializzati, il ritardato accesso alla sanità pubblica, dovuto anche alla distribuzione della popolazione su aree territoriali molto vaste, e il ricorso alla medicina tradizionale, primo rimedio alla malattia in particolare nelle aree rurali, contribuiscono ad aggravare la situazione, sono ostacoli che la dottoressa sa che solo vincendoli si può arrivare ad un futuro possibile.

Nel Tigray, regione che conta 4 milioni e mezzo di abitanti (l'82.6% dei quali vive nelle aree rurali) non esistono specialisti in dermatologia e malattie infettive. Nel 2005, secondo dati riportati dal Center for Diseases Control-Etiopia, la prevalenza dell'infezione da HIV nelle aree rurali era del 4.4%, mentre nelle aree urbane dell'11.8% e nella capitale del 14.6% con tendenze all'aumento soprattutto nelle aree rurali. L'infezione da HIV è una delle principali cause dell'alto numero di patologie dermatologiche e delle infezioni opportunistiche e delle modificazioni della loro espressione clinica ed epidemiologica.

In questo contesto, dopo oltre vent'anni di collaborazione con il governo locale e con alcune ONG, all'inizio del 2005, l'**Istituto Internazionale di Scienze Mediche Antropologiche e Sociali (IISMAS)** in collaborazione con l'Istituto dermatologico San Gallicano di Roma ha aperto, in un piccolo villaggio vicino a Mekele, il primo ospedale di dermatologia del Tigray, in Etiopia, chiamato Italian Dermatological Centre (IDC). Inizialmente dotato di 15 posti letto e due ambulatori adibiti alla visita dei pazienti esterni, per far fronte alle crescenti richieste di visite e al riscontro di gravi patologie dermatologiche che necessitano il ricovero ospedaliero, all'inizio del mese di maggio del 2006, l'IDC si è trasferito nella più centrale Mekele all'interno dell'ospedale universitario e attualmente dispone di 30 posti letto. Oltre ai degenti, vengono visitate quotidianamente oltre 60 persone grazie anche al supporto del personale infermieristico locale che funge da mediatore linguistico-culturale. Il servizio viene erogato gratuitamente, a differenza di quello della sanità locale che prevede il pagamento di tutte le prestazioni sanitarie oltre che dei farmaci. Questi vengono forniti gratuitamente a tutti i pazienti ricoverati nell'IDC e a quelli ambulatoriali che versano in condizioni di povertà. La maggior parte dei farmaci viene acquistata in loco mentre solo alcuni farmaci non reperibili in Etiopia vengono acquistati in Italia e quindi inviati a Mekele.

Il governo della regione del Tigray ha affidato all'IISMAS il coordinamento dell'attività gestionale, clinica, didattica e preventiva dell'IDC. L'IISMAS è impegnato a sostenere tutte le spese di funzionamento della struttura ospedaliera e a fornire il supporto scientifico e formativo, con l'ausilio di esperti provenienti da centri specializzati italiani e stranieri, per la realizzazione delle attività

di ricerca, diagnosi, cura e formazione dei medici e degli infermieri locali.

Altro aspetto di fondamentale importanza, già citato in precedenza dalla relazione ma poi più dettagliatamente è l'**Attività medica e di ricerca scientifica presso l'Italian Dermatological Centre di Mekele**. Attività ambulatoriale, indica la dottoressa, presso l'IDC si svolge quotidianamente, dal lunedì al sabato. L'accesso al servizio è libero e senza appuntamento. Risulta

infatti difficile organizzare il numero delle visite per giorno in quanto molti pazienti provengono da aree rurali lontane anche centinaia di chilometri da Mekele. Dal gennaio 2005 a settembre 2007, sono stati visitati in ambulatorio un totale di 26.461 pazienti. Tra i pazienti visitati vi era una prevalenza degli uomini (52%) sulle donne e la fascia d'età più rappresentata era quella tra i 15 e i 44 anni. Le

patologie più spesso diagnosticate sono state quelle di natura infettiva, in particolare infezioni batteriche, micotiche e parassitarie come scabbia e pediculosi, correlate alla mancanza di igiene e alle condizioni di estrema povertà in cui versa la popolazione locale. Frequenti anche le patologie infiammatorie cutanee e le dermatiti foto-mediate. "Durante lo stesso periodo i ricoveri sono stati 1009 di cui il 43.5% al di sotto dei 15 anni di età. La prevalenza dell'infezione da HIV nel nostro ospedale risulta superiore al 30%, in relazione ad un aumento delle diagnosi precoci attraverso le manifestazioni cutanee che, sapute riconoscere, sono un buon indicatore dello stato immunitario del paziente". Cita la dottoressa.

Le peculiari manifestazioni cliniche e la gravità di alcune patologie, la necessità di fare prevenzione attraverso la diagnosi precoce che non può prescindere da una adeguata formazione del personale sanitario locale e la necessità di sviluppare nuovi farmaci o vaccini, impegna l'equipe della dottoressa

sul fronte della ricerca scientifica in alcune principali aree tematiche quali leishmaniosi cutanea e mucosa, malaria, oncocerchiosi, elefantiasi (filariosi e podoconiosi), tubercolosi cutanea, HIV, tumori cutanei, micosi superficiali e profonde, xeroderma pigmentosum.

Sempre su un piano clinico con risvolti sociali, per l'ampiezza del problema delle epatiti, dal livello nazionale a quello internazionale, il dottor Lorenzo Nosotti gastroenterologo dell'Istituto INMP, intervenuto sulle "**Epatiti B e C - povertà e immigrazione**".

"Nel mondo esistono circa 350 milioni di portatori cronici del virus dell'epatite B (HBV), pari a circa il 5% della popolazione mondiale". Inizia il dottor Lorenzo precisando come anche il virus dell'epatite C (HCV) rappresenta una minaccia crescente per la salute pubblica, con circa 170-200 milioni di persone colpite dall'infezione in tutto il mondo, e 3-4 milioni di nuovi casi registrati ogni anno.

Sullo sfondo del fenomeno migratorio Nosotti disegna un'Europa dove l'epidemiologia dell'epatite B e C sta cambiando, in quanto i movimenti migratori di soggetti provenienti da zone ad alta e intermedia endemia provocano un aumento consistente nei tassi di prevalenza anche in Paesi in cui questa era bassa nella popolazione generale, con un aumento conseguente delle complicanze costituite da cirrosi ed epatocarcinoma.

Oltre all'aumento dei flussi migratori da Paesi ad endemia alta e intermedia per l'infezione da HCV e da HBV, un altro aspetto importante è costituito dal continuo incremento della tossicodipendenza per via endovenosa nell'Europa occidentale con una drammatica espansione in Europa orientale. Questi cambiamenti epidemiologici comportano la necessità dello sviluppo di strategie e dell'adozione di misure volte a contrastare i pericoli di una maggiore diffusione dell'epatite B e C e delle sue complicanze (cirrosi, epatocarcinoma) in Europa e in Italia.

Definito a somme linee il problema delle epatiti, e in parte le innumerevoli e gravi conseguenze che provocano a livello di salute e a livello economico per i sistemi sanitari, il dottor Nosotti consiglia strategie di lavoro, piani di lavoro anche questi con un taglio positivo, come d'altra parte si sono dimostrate tutte le relazioni della giornata.

Comunque il dottor Nosotti indica una stima precisa dell'attuale e potenziale futuro peso epidemiologico dell'epatite B e C in Italia e in Europa attraverso: sorveglianza sieropidemiologica dell'infezione nella popolazione generale, in quella degli immigrati, dei TD per via EV e dei detenuti, effettuazione di studi nazionali sentinella sull'epatite acuta B e C, periodica e accurata notificazione dei dati di prevalenza e di incidenza da parte dei Ministeri della Salute, continuo coordinamento del SSN italiano con quelli degli altri Paesi europei e con l'OMS.

Un controllo dell'infezione da HCV e HBV nei TD, che costituiscono il principale serbatoio di

infezione, attraverso: programmi di educazione sanitaria rivolti alla popolazione generale e agli operatori sanitari, migliore accesso ai trattamenti per le sostanze da abuso e ai programmi di riabilitazione anche per gli immigrati, le persone SFD e le persone socialmente escluse, miglioramento dei programmi di screening e di terapia nelle carceri e negli Istituti di correzione. E per finire una politica di prevenzione dell'aumento della diffusione dell'infezione da HBV e HCV tra gli immigrati attraverso lo screening degli immigrati provenienti da zone ad alta endemia, la promozione di campagne per l'educazione sanitaria degli immigrati, lo sviluppo di maggiore integrazione sociale ed un migliore accesso degli stranieri alle strutture del SSN.

Spazio di riga

Il salto dall'Africa, con i suoi problemi, all'Europa con le sue possibilità d'intervento, lo propone il dottor Raffaele di Palma, ricercatore dell'INMP, con la presentazione di una Conferenza Europea sulla "**RETE scientifica europea sui diritti della salute dei lavoratori migranti**" e sui Corsi di Formazione ad alto livello.

Il dottor Di Palma innanzi tutto determina l'importanza di questo simposio proprio dal primo appuntamento continentale su una rete scientifica europea sui diritti dei lavoratori migranti 'Salute. Esso è organizzato da Istituto Nazionale per la Salute, i migranti e la povertà, in cooperazione con la Commissione europea - Direzione Generale per la Salute e Consumatori e il Ministero del Lavoro, della Sanità e la politica sociale.

Il principale obiettivo della Conferenza, spiega Di Palma, è quello di discutere, ed eventualmente, di raggiungere un consenso per la creazione, attraverso una collaborazione tra gli Stati membri dell'Unione europea, di una "rete scientifica europea sui diritti della salute dei lavoratori migranti". La rete è destinata a fornire un'occasione unica per condividere informazioni ed esperienze su una serie di soggetti diversi, tra cui in particolare:

- Miglior approccio in tutte le politiche a favore della salute dei migranti nei vari Stati membri;
- Informazioni sulle strutture specializzate competenti nei vari paesi per fornire cure sanitarie per i migranti;
- diagnostica e protocolli di trattamento per alcuni migranti 'malattie che sono generalmente poco conosciuto nei paesi europei;
- Strumenti e moduli per la formazione a distanza di diversi professionisti incaricati di migranti cure;
- I dati riguardanti i migranti 'presenza in diversi Stati membri e le loro caratteristiche;
- diffondere ampiamente i prodotti di specifici Commissione sponsorizzato programmi relativi la salute dei Migranti.

La rete, inoltre, aggiunge il dottore, può essere aperta anche alla partecipazione in veste d'osservatori di esperti provenienti da alcuni paesi terzi. Come anche i Ministeri della sanità, o altre autorità competenti per i Migranti Salute, di tutti gli Stati membri, sono invitati a designare due partecipanti alla Conferenza. L'Istituto Nazionale della Salute, i migranti e la povertà (NIHMP) intende coprire le spese, mentre a Roma, per i delegati designati. L'esito principale della conferenza dovrebbe essere una serie di conclusioni e raccomandazioni su l'utilità e l'ottimale struttura e il contenuto della "rete scientifica europea sui diritti dei lavoratori migranti 'Salute".

La Conferenza, anticipa il dottore, avrà inizio il 24 novembre 2008 presso la sede della NIHMP in Roma, Via di San Gallicano. Non è facile descrivere una rete di relazioni e di collaborazioni a livello continentale, per questa ragione il dottor Di Palma indica anche per una maggiore chiarezza la necessità di scambiare continuamente informazioni a soggetti incaricati di assistenza sanitaria degli immigrati in diversi Stati membri e le politiche di detti Stati; essere utilizzata per condividere diagnostici e protocolli di trattamento per le malattie più diffuse tra le popolazioni migranti e che possono essere molto diversi da quelli prevalenti negli Stati membri.

La Conferenza è da considerarsi di follow-up della Presidenza portoghese alla quale vanno riconosciute

le Relazione sulle buone pratiche in sanità e migrazione nell'UE. La presente relazione è stata elaborata nel quadro della conferenza "Salute e migrazioni nell'Unione europea" (Lisbona, 27-28 settembre 2007). Aspetto non secondario di una politica continentale più solidale che spesso s'infrange nelle azioni giuridiche nazionali.

La Conferenza, riprendendo gli inviti dell'OMS, chiede che gli Stati membri di promuovere la cooperazione multilaterale per la salute dei migranti di raccogliere, documentare e di condividere informazioni e di buone pratiche per soddisfarne le esigenze di salute.



Per facilitare la costruzione della partecipazione della Conferenza, è in fase di sviluppo un documento che intende proporre obiettivi generali e specifici, i risultati da raggiungere, le modalità di lavoro, e l'elenco dei partner che collaborano per la Rete.

Già la prima riunione del Gruppo di lavoro si è svolta a Roma il 30 giugno 2008 per discutere del progetto di documento; gli inviti ai partner per la Conferenza di Roma; il programma scientifico della Conferenza.