

ISTITUTO SUPERIORE DI SANITÀ

**Convegno del *National Focal Point* italiano
Infezione da HIV, AIDS e popolazioni migranti:
quali possibili interventi in ambito psico-socio-sanitario**

**Istituto Superiore di Sanità
Roma, 17 novembre 2004**

Atti a cura di
Anna Colucci, Pietro Gallo, Giovanni Rezza e Anna Maria Luzi

*Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

ISSN 1123-3117

**Rapporti ISTISAN
06/29**

Istituto Superiore di Sanità

Convegno del *National Focal Point* italiano. Infezione da HIV, AIDS e popolazioni migranti: quali possibili interventi in ambito psico-socio-sanitario. Istituto Superiore di Sanità: Roma, 17 novembre 2004.

Atti a cura di Anna Colucci, Pietro Gallo, Giovanni Rezza e Anna Maria Luzi
2006, iii, 91 p. Rapporti ISTISAN 06/29

La Commissione Europea DG V (*Action Against AIDS Programme*), con l'appoggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, promuove dal 1991 il Progetto "AIDS & Mobility", allo scopo di realizzare interventi di prevenzione sull'infezione da HIV e sull'AIDS rivolti alle popolazioni mobili. Nell'ambito di questo Progetto si è costituito in Italia, nel 1997, il *National Focal Point* (NFP): gruppo di lavoro, coordinato dall'Istituto Superiore di Sanità, che vede la partecipazione di istituzioni pubbliche, organizzazioni non governative e associazioni di volontariato (tutte coinvolte da tempo nel fenomeno migratorio e nelle esigenze sanitarie ad esso collegate). Infatti, negli ultimi anni, il crescente flusso di persone provenienti da aree geografiche segnate da povertà, carestie e guerre, ha comportato una serie di problematiche socio-culturali e igienico-sanitarie che hanno coinvolto sia il Servizio Sanitario Nazionale, sia il mondo del volontariato a tutti i livelli. Il presente lavoro raccoglie i contributi dei componenti dell'NFP italiano presentati al Convegno al fine di fornire una sintesi delle attività di ricerca e di intervento delle singole strutture pubbliche, di volontariato e non governative coinvolte in tale rete.

Parole chiave: Infezione da HIV, Interventi psico-socio-sanitari, Popolazioni straniere

Italian National Focal Point Meeting. HIV infection, AIDS and migrant population: possible psychosocial and health interventions. Istituto Superiore di Sanità. Rome, November 17, 2004.

Proceedings edited by Anna Colucci, Pietro Gallo, Giovanni Rezza and Anna Maria Luzi
2006, iii, 91 p. Rapporti ISTISAN 06/29

The European Commission DG V (*Action Against AIDS Programme*), with support of the World Health Organization, has been promoting the "AIDS & Mobility Project" since 1991. The aim is realizing preventive interventions for migrating populations involved in the HIV and AIDS infection problems. The Italian National Focal Point (NFP) was founded in 1997 within this Project. Such a wide working group, coordinated by the Istituto Superiore di Sanità (the National Health Institute in Italy), is made up of public institutions, non-governmental organizations and associations of voluntary service (all involved in migrating phenomena and health needs connected to them). In the last few years, the growing flux of people coming to Italy from geographic areas characterized by poverty, war and famine has led to a series of cultural, health and hygienic problems involving both the National Health Service and the world of the voluntary service at all levels. This document reports the contributions of all the members of Italian NFP, in order to give a synthesis of the research and intervention activities of any public, voluntary and non-governmental structure involved in the project.

Key words: HIV Infection, Psychosocial and health interventions, Foreign population

Si ringraziano per la collaborazione nell'organizzazione del Convegno: Roberta Urciuoli, Patrizia Martucci, Francesca Farchi, Anna D'Agostini.

Per informazioni su questo documento scrivere a: anna.luzi@iss.it.

Il rapporto è accessibile online dal sito di questo Istituto: www.iss.it.

Presidente dell'Istituto Superiore di Sanità e Direttore responsabile: *Enrico Garaci*
Registro della Stampa - Tribunale di Roma n. 131/88 del 1° marzo 1988

Redazione: *Paola De Castro, Sara Modigliani e Sandra Salinetti*
La responsabilità dei dati scientifici e tecnici è dei singoli autori.

© Istituto Superiore di Sanità 2006

INDICE

Prefazione	
<i>Antonio Cassone</i>	iii
Introduzione	
<i>Giovanni Rezza</i>	1
Il National Focal Point italiano	
<i>Anna Maria Luzi, Anna Colucci, Pietro Gallo</i>	2
Epidemiologia dell'infezione da HIV e dell'AIDS nel cittadino straniero	
<i>Barbara Suligoj, Laura Camoni, Vanni Borghi, Elisa Ippolito</i>	5
La sperimentazione vaccinale nei paesi in via di sviluppo	
<i>Stefano Buttò</i>	8
 PRIMA SESSIONE - LE STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE	
 L'esperienza dell'Unità Operativa AIDS dell'Azienda Sanitaria Locale RM/E di Roma	
<i>Laura Spizzichino</i>	19
Il ruolo di un ambulatorio dedicato alle popolazioni mobili nell'ambito delle malattie infettive	
<i>Giancarlo Ceccarelli, Miriam Lichtner, Rosa Francavilla, Anna Paola Massetti, Gabriella d'Ettore, Vincenzo Vullo</i>	22
Donne sieropositive e maternità in un paese straniero. La nostra esperienza	
<i>Rosa Francavilla, Miriam Lichtner, Giancarlo Ceccarelli, Fiore Traditi, Anna Paola Massetti, Vincenzo Vullo</i>	25
I colori della salute: interventi rivolti a cittadini stranieri nell'Azienda Sanitaria Locale RM/A di Roma	
<i>Fabio De Angelis, Daniela Lorenzetti</i>	30
Condividere la salute per condividere il futuro	
<i>Luigi Toma, Emma Pizzin, Gennaro Franco, Lorenzo Nosotti, Ottavio Latini, Aldo Morrone</i>	34
Assistenza socio-sanitaria agli immigrati con infezione da HIV/AIDS a Brescia	
<i>Maria Chiara Pezzoli, Issa El-Hamad, Carmelo Scarcella, Gian Pietro Cadeo, Carla Scolari, Giampiero Carosi</i>	40
L'accesso sanitario degli immigrati non regolarizzati: l'esperienza di Piacenza	
<i>Alessandra Donisi</i>	44
Valutazione del gradimento delle campagne di prevenzione HIV/AIDS italiane rivolte agli immigrati	
<i>Michela Martini, Laura Di Pasquale</i>	48

SECONDA SESSIONE - LE ASSOCIAZIONI DI VOLONTARIATO

Infezione da HIV, AIDS e popolazioni migranti: interventi in ambito psico-socio-sanitario	
<i>Bianca Maisano</i>	55
Progetto Rosemary ed Eva Luna: un percorso condiviso	
<i>Giovanna Bondavalli, Mara Manghi</i>	60
Minori stranieri e HIV	
<i>Alfio Di Mambro</i>	62
OASI Pediatrica: l'esperienza di una associazione di volontariato sanitario	
<i>Luigi Giannini, Metello Iacobini, Ilaria Stolfi</i>	65

TERZA SESSIONE - LE ORGANIZZAZIONI NON GOVERNATIVE

Progetto Fenarete	
<i>Pia Covre</i>	69
Conoscere, formare, intervenire: progetto di prevenzione interculturale	
<i>Luca Fornari</i>	71
Network Persone Sieropositive. NPS Italia ONLUS	
<i>Rosaria Iardino</i>	75
Prevalenza di malattie sessualmente trasmesse in una coorte di prostitute nigeriane a Palermo (2000 – 2004)	
<i>Tullio Prestileo, Giuseppina Orlando, Sebastiana Salerno, Francesco Di Lorenzo, Angelo Colomba</i>	77
L'esperienza del NAGA di Milano	
<i>Pierfranco Olivani</i>	81
Conclusioni generali	
<i>Salvatore Geraci</i>	88

PREFAZIONE

Antonio Cassone

*Direttore Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità,
Roma*

Il Convegno “Infezione da HIV, AIDS e popolazioni migranti: quali possibili interventi in ambito psico-socio-sanitario” rappresenta un confronto di esperienze e di attività in un settore divenuto critico per la Sanità del paese, quello della salute delle popolazioni straniere.

A nessuno dovrebbe essere più a cuore questo problema che a noi italiani, gente storicamente migrante e paese che sta subendo forti cambiamenti sociali per l’immigrazione e la sostanziale stabilità, se non il declino, della natalità indigena.

Il Convegno affronta aspetti che vanno tutti in una solida direzione: favorire la condivisione del bene “salute” fra tutti quelli che sono sul territorio nazionale, accelerando i processi di riconoscimento di questo bene all’interno delle comunità dei migranti e l’accesso alle istituzioni sanitarie nel territorio. Ovviamente, questo discorso ha senso se non si limita ad un problema, l’AIDS, che peraltro non costituisce oggi la minaccia peggiore per un emigrato in Italia, ma se affronta il rapporto migrante-salute-cittadinanza nel suo complesso. Un contributo del nostro Istituto in quest’area è veramente lodevole e va soprattutto a merito di quanti operano nel nostro Dipartimento, nel Reparto di Epidemiologia, spesso in difficili situazioni logistiche ed economiche, per mantenere il nostro Istituto vigile e propositivo anche in questo campo della salute collettiva.

INTRODUZIONE

Giovanni Rezza

*Direttore Reparto Epidemiologia, Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Il *National Focal Point* (NFP) italiano (Progetto Europeo *AIDS & MOBILITY*) è diventato una realtà importante nel panorama italiano, relativamente alle iniziative sulla salute delle popolazioni migranti. In questo contesto, l'HIV, l'AIDS e le patologie correlate, quali ad esempio la tubercolosi, hanno da sempre rappresentato un rilevante terreno di confronto per quanti volessero affrontare tale tematica. La storia dell'epidemia di AIDS è piena di riflessioni e discussioni, alcune anche particolarmente accese, fra sostenitori di tesi opposte. Troppo spesso, il dogmatismo e l'estremismo hanno dominato il confronto non permettendo una seria e approfondita analisi del fenomeno. Cerchiamo allora, in questa breve nota introduttiva, di esporre "laicamente" alcuni concetti essenziali.

La migrazione non è stata determinante per l'introduzione dell'infezione da HIV, né è stata il motore della sua successiva diffusione. Infatti, l'epidemia, sino a pochi anni or sono, è stata quasi esclusivamente sostenuta dai tossicodipendenti.

Parallelamente all'aumento dell'immigrazione, si sta verificando un incremento nella proporzione di nuove diagnosi di infezione da HIV negli stranieri. Questi, in alcune regioni, rappresentano il 20-30% delle nuove infezioni.

Visto che la maggior parte delle persone straniere con HIV proviene da paesi ad elevata circolazione virale, è presumibile che la maggior parte di questi abbia contratto l'infezione nel paese di origine. Ciò naturalmente non esclude la possibilità che una quota imprecisata di stranieri contragga l'infezione in Italia, per motivi legati alla contiguità con ambienti e attività illegali (prostituzione o spaccio di droga) o al *network* sociale di appartenenza.

A causa del ritardo della diagnosi di sieropositività, gli stranieri, come del resto anche i cittadini italiani che hanno contratto l'infezione per via sessuale, iniziano spesso la terapia in ritardo, nella maggioranza dei casi dopo la diagnosi di AIDS. Ciò sta a significare bassa percezione del rischio. Da quanto esposto, risulta chiaro che non è razionale considerare l'immigrazione come un determinante importante dell'introduzione dell'infezione nel nostro paese (ormai l'epidemia è presente da tempo), ma non è neanche utile rimuovere il problema del crescente numero di infezioni da HIV rilevate negli immigrati (fenomeno peraltro riscontrato in altri paesi europei quali, primo fra tutti, la Gran Bretagna). È importante quindi affrontare la situazione in maniera pragmatica, sviluppando interventi tesi a:

- aumentare la percezione del rischio negli immigrati, attraverso interventi di prevenzione e educazione sanitaria;
- migliorare l'accesso al test sierologico, garantendo comunque volontarietà e confidenzialità, in modo da favorire l'ingresso precoce in terapia.

Per realizzare ciò, è importante stimolare una discussione culturale che eviti lo schema dei fronti contrapposti e avviare iniziative pragmatiche che possano favorire il miglioramento delle condizioni sanitarie degli immigrati, essendo anche consci del fatto che, tutelando loro tuteliamo noi stessi e l'intera comunità. In questo ambito, il NFP può rappresentare un tassello di un mosaico difficile da costruire, ma certamente necessario.

IL NATIONAL FOCAL POINT ITALIANO

Anna Maria Luzi, Anna Colucci, Pietro Gallo

*Reparto Epidemiologia, Dipartimento Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Introduzione

La Commissione Europea DG V (*Action Against AIDS Programme*), con l'appoggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), finanzia dal 1991 il Progetto "AIDS & Mobility". Ciò al fine di realizzare interventi di prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS per le popolazioni mobili (immigrati, minoranze etniche, rifugiati politici, camionisti, adolescenti senza fissa dimora, militari, prostitute straniere) nei paesi dell'Unione Europea.

Tale Progetto, coordinato dal Netherlands Institute for Health Promotion and Disease Prevention (NIGZ) di Worden (Olanda) e che proseguirà fino al 2009, risponde principalmente a tre obiettivi:

- costituire una Rete – *National Focal Point* (NFP) – in ogni Stato Membro per ottenere una visione completa della situazione europea, che consenta il confronto tra differenti esperienze;
- analizzare in maniera specifica i bisogni di salute delle popolazioni migranti nelle nazioni dell'Unione Europea;
- promuovere interventi di prevenzione dell'infezione da HIV/AIDS rivolti a cittadini stranieri.

Il National Focal Point italiano

Nell'ambito del Progetto AIDS & Mobility si è costituito in Italia, nel 1997, il *National Focal Point* (NFP).

Tale gruppo di lavoro, coordinato dalla dr. Anna Maria Luzi dell'Istituto Superiore di Sanità, vede la partecipazione di Istituzioni Pubbliche, Organizzazioni Non Governative (ONG) e Associazioni di Volontariato, che nella loro peculiarità si occupano da tempo del fenomeno migratorio e delle esigenze sanitarie ad esso collegate. Infatti, il crescente flusso di persone provenienti da aree geografiche segnate da povertà, carestie e guerre, particolarmente concentrato negli ultimi anni, ha comportato una serie di problematiche socio-culturali e sanitarie che hanno coinvolto sia il Sistema Sanitario Nazionale, sia il mondo del volontariato a tutti i livelli.

La collaborazione integrata tra strutture e la competenza dei singoli partecipanti hanno consentito al NFP italiano di:

- proporre, a livello internazionale e nazionale, studi sulle caratteristiche psico-socio-comportamentali delle persone straniere con HIV e progetti di ricerca sui temi della prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS con particolare riferimento alle popolazioni migranti;
- programmare percorsi formativi per operatori psico-socio-sanitari impegnati in ambito transculturale;

- organizzare annualmente un convegno nazionale all'interno del quale gli esperti del settore trovano uno spazio di confronto e di approfondimento in merito all'infezione da HIV/AIDS nelle popolazioni straniere (1, 4);
- collaborare con il Ministero della Salute nella messa a punto e nella programmazione di campagne informativo-educative per la lotta all'AIDS.

La scelta di porre attenzione alle popolazioni migranti è scaturita dall'esigenza di riflettere sul rapporto che esiste tra migrazione e salute, nonché sulla necessità di promuovere interventi sanitari multietnici orientati al riconoscimento e alla valorizzazione di una diversità tra culture che influenza la concezione della salute, della malattia e della cura in ogni individuo.

Nel corso degli anni, il NFP italiano ha svolto diversi studi allo scopo di:

- censire e mappare le strutture pubbliche e quelle non governative impegnate in interventi di prevenzione, cura e supporto a tutela della salute delle persone straniere presenti nel nostro paese;
- individuare i bisogni di salute espressi dal cittadino straniero in merito all'infezione da HIV e all'AIDS;
- analizzare le criticità rilevate dagli operatori psico-socio-sanitari nella relazione professionale con la persona straniera.

I risultati scaturiti dall'attività di ricerca hanno evidenziato la necessità di focalizzare l'attenzione su interventi formativi finalizzati a creare le condizioni per un approccio multiprofessionale integrato e sull'opportunità di promuovere campagne per la lotta all'AIDS in grado di raggiungere le popolazioni straniere, nonché di mettere a punto interventi preventivi specifici. Ciò con l'obiettivo di rispondere in modo efficace alla complessità della domanda di salute posta dalla persona straniera e di favorire la fattiva accessibilità e fruibilità delle strutture sanitarie.

In ambito formativo, alcuni membri del gruppo hanno elaborato una metodologia didattica per la realizzazione di percorsi di aggiornamento/perfezionamento rivolti ad operatori impegnati in contesti multietnici, che ispirandosi ai principi e ai criteri del modello andragogico, pongono al centro dell'intervento formativo l'esperienza del singolo operatore, il quale diventa elemento centrale come persona, come soggetto di apprendimento, come professionista (5).

Il NFP italiano, attraverso il coinvolgimento di esperti di varie professionalità presenti in differenti aree geografiche del nostro paese, intende potenziare l'attività di ricerca, finalizzata sia ad una conoscenza approfondita delle caratteristiche socio-demografiche, culturali e comportamentali (stili di vita a rischio di infezione da HIV) delle persone straniere, sia ad un'elaborazione di pratiche condivise, efficaci e appropriate in materia di prevenzione e cura dell'infezione da HIV/AIDS nelle popolazioni straniere.

Ringraziamenti

Si ringraziano i componenti del *National Focal Point*:

Mario Affronti Azienda Ospedaliera Universitaria Policlinico "P. Giaccone", Palermo - **Francesco Alberici** Ospedale G. da Saliceto, Piacenza - **Stefano Buttò** Istituto Superiore di Sanità, Roma - **Rosa Brancatella** Ospedale Sandro Pertini, Roma - **Anna Colucci** Istituto Superiore di Sanità, Roma - **Pia COVRE** Comitato Diritti delle Prostitute, Azzano (PN) - **Anna D'Agostini** Istituto Superiore di Sanità, Roma - **Alfio Di Mambro** Associazione Archè, Roma - **Issa El Hamad** Spedali Civili di Brescia, Brescia - **Luca Fornari** ALA Associazione Lotta all'AIDS, Milano - **Annarosa Frati** Ministero della Salute, Roma - **Pietro Gallo** Istituto Superiore di Sanità, Roma - **Salvatore Geraci** Caritas Diocesana di Roma, Roma - **Vincenzo Guadagnino** Università degli Studi di Catanzaro "Magna Graecia", Catanzaro - **Rosaria Iardino** Network Persone Sieropositive Italia ONLUS, Roma - **Daniela Lorenzetti** Azienda ASL RM/A, Roma - **Miriam Lichtner** Università degli Studi "La Sapienza", Roma - **Anna Maria Luzi**

Istituto Superiore di Sanità, Roma - **Rodolfo Mayer** Università degli Studi “La Sapienza”, Roma - **Mara Manghi** Centro per la Salute della Famiglia Straniera, AUSL, Reggio Emilia - **Michela Martini** IOM, International Organization for Migration, Roma - **Aldo Morrone** IRCCS San Gallicano, Roma - **Fulvia Motta** Caritas Diocesana di Roma, Roma - **Pierfranco Olivani** Naga, Associazione volontaria di assistenza sociosanitaria e per i diritti di stranieri e nomadi, Milano - **Rosanna Paradiso** TAMPEP, Torino - **Nicola Petrosillo** INMI L. Spallanzani, IRCCS Roma - **Tullio Prestileo** Dipartimento di Malattie Infettive Ospedale Casa del Sole e Pisani, Palermo - **Giovanni Rezza** Istituto Superiore di Sanità, Roma - **Enrica Rosa** Istituto Superiore di Sanità, Roma - **Giulia Scaravelli** Istituto Superiore di Sanità, Roma - **Angela Spinelli** Agenzia di Sanità Pubblica Regione Lazio, Roma - **Laura Spizzichino** UO AIDS ASL RM E, Roma - **Rudi Valli** Istituto Superiore di Sanità, Roma - **Alberto Vito** Unità Operativa – Psicologia Ospedaliera “Cotugno” Napoli Commissione Nazionale Lotta contro l’AIDS Ministero della Salute - **Stefano Volpicelli** Lega Italiana Lotta AIDS CEDIUS, Milano - **Vincenzo Vullo** Università degli Studi “La Sapienza”, Roma.

Bibliografia

1. Petrosillo N, Colucci A, Luzi AM, Gallo P, Palmieri F e il gruppo del National Focal Point italiano. L’intervento delle strutture pubbliche e non governative italiane nel rapporto tra popolazioni migranti e infezione da HIV. *Ann Ist Super Sanità* 2004;40(4):433-9.
2. Italian NFP working group. Italy. In: Bröring B, Canter C, Schinaia N, Teixeira B (Ed.). *Access to care: privilege or right? Migration and HIV Vulnerability in Europe*. Woerden, The Netherlands: NIGZ; 2003. p. 74 -87.
3. Luzi AM (a cura di) *Creation of a net among the NFP of the countries of the Mediterranean Area*. Netherlands Institute for Health, Promotion and Disease Prevention (Olanda) e Commissione Europea. Roma: Istituto Superiore di Sanità (Italia); 2001.
4. Italian NFP Working Group. Immigration and Health: the Italian National Focal Point experience. *Ann Ist Super Sanità* 2000;36(4):479-90.
5. Luzi AM, Colucci A. L’esperienza formativa del National Focal Point italiano in ambito transculturale. In: *Atti della VIII Consensus Conference sull’immigrazione - VI Congresso Nazionale SIMM*. Lampedusa, 5-8 maggio 2004. p 228-31.

EPIDEMIOLOGIA DELL'INFEZIONE DA HIV E DELL'AIDS NEL CITTADINO STRANIERO

Barbara Suligoj (a), Laura Camoni (a), Vanni Borghi (b), Elisa Ippolito (a)

(a) *Reparto Epidemiologia, Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, Istituto Superiore di Sanità, Roma*

(b) *Malattie Infettive, Azienda Ospedaliera, Policlinico di Modena, Modena*

Introduzione

Alla fine del 2003 l'Organizzazione Mondiale della Sanità stima che siano viventi quasi 40 milioni di persone infette con il virus dell'immunodeficienza acquisita (HIV). Di queste, i tre quarti vivono in Africa, mentre solo una piccola parte vive nei paesi occidentali (1). In Africa, ancora oggi l'AIDS costituisce la prima causa di morte.

I dati del Ministero dell'Interno indicano come ci sia stato un aumento progressivo e costante degli stranieri regolari, in particolare nell'ultimo decennio, con oltre un milione e mezzo di immigrati nel 2002, perlopiù provenienti da altri paesi europei o dal nord Africa (2). A questi va aggiunta la quota di persone che non hanno regolare permesso di soggiorno e che si stima siano all'incirca 500.000 (2).

Questi flussi migratori e il notevole aumento degli scambi internazionali che coinvolgono largamente il nostro paese, inducono a riflettere sul ruolo degli stranieri nell'ambito dell'epidemia dell'infezione da HIV, sia per quanto riguarda il loro rischio di contrarre l'infezione nel nostro paese, sia per la possibilità che essi invece introducano nuovi casi di infezione in Italia.

I dati italiani

L'AIDS in stranieri

I dati del Registro Nazionale AIDS, che raccoglie le notifiche dei casi di AIDS di tutto il territorio italiano, testimoniano l'importanza dell'infezione da HIV tra gli stranieri con 3.179 casi di AIDS in persone non italiane dall'inizio dell'epidemia a dicembre 2003, pari al 6,0% di tutti i casi diagnosticati alla fine del 2003 (3). Di questi il 29,7% è deceduto.

La maggior parte degli stranieri con AIDS proviene dall'America centro-meridionale (759 casi) e dall'Africa occidentale (597 casi).

Fin dall'inizio degli anni '90 oltre la metà di questi pazienti era costituito da omosessuali, mentre negli anni più recenti la maggior parte degli stranieri riferisce un'esposizione a rapporti eterosessuali; in particolare, 9 stranieri su 10 riferiscono rapporti eterosessuali con persone per le quali non riescono ad identificare alcun fattore di rischio noto, mentre solo un soggetto su 10 dichiara di aver avuto rapporti con persone provenienti da zone endemiche per l'AIDS e che potrebbero pertanto essere state la fonte della loro infezione.

Il numero di pazienti stranieri con AIDS era estremamente basso nei primi anni dell'epidemia, ma è aumentato rapidamente nel giro di una decina di anni, da 7 casi diagnosticati nel 1986 a 269 casi diagnosticati nel 1996, per stabilizzarsi attorno ai 200-250 casi

negli anni successivi. Anche in termini percentuali questo aumento è stato rilevante: infatti, la proporzione di stranieri tra tutti i casi di AIDS riportati nel Registro Nazionale AIDS è passata dal 1,5% del 1986 al 17,4% del 2003.

Sulla base dei dati relativi ai permessi di soggiorno riportati dal Ministero dell'Interno, si può stabilire l'incidenza annuale di AIDS tra gli stranieri, intesa come il rapporto tra il numero di casi di AIDS diagnosticati in un determinato anno e il numero di stranieri riportato dal Ministero dell'Interno nel medesimo anno. L'incidenza di AIDS tra stranieri risulta di 16,4 casi per 100.000 stranieri nel 2003, con un picco massimo di 35,1 casi per 100.000 nel 1995. A titolo di confronto, nel 2003 l'incidenza di AIDS tra gli italiani è stata di 3 casi per 100.000 abitanti.

Tra il 1996 e il 2003, il 69,1% degli stranieri con una diagnosi di AIDS ha scoperto di essere HIV-positivo nei sei mesi precedenti alla diagnosi di AIDS. Questo fenomeno, che è stato osservato anche tra i pazienti italiani, sebbene in misura molto inferiore (il 35,0% dei pazienti italiani non sapeva di essere HIV-positivo prima della diagnosi di AIDS), riveste un'importanza particolare in ambito sanitario ed epidemiologico in quanto le persone che ignorano il proprio stato di sieropositività non possono usufruire dei benefici di un'assistenza, di una profilassi e di una terapia adeguate, né tantomeno adottano comportamenti sicuri per evitare la trasmissione del virus. Questi fattori possono esitare in un aumento della diffusione dell'infezione, specialmente in alcuni sottogruppi di popolazione.

Le nuove diagnosi di infezione da HIV in stranieri

Per quanto riguarda invece i soggetti sieropositivi non ancora in AIDS, non abbiamo in Italia dati nazionali sulle nuove diagnosi di infezione da HIV in quanto non è previsto per legge un sistema nazionale di rilevazione di tali infezioni. Pertanto, non sono neppure disponibili dati relativi agli stranieri presenti in Italia con un'infezione da HIV ancora in stadio asintomatico. Solo alcune regioni e province italiane hanno attivato un sistema locale di sorveglianza delle infezioni da HIV, ciascuna con una propria scheda di raccolta dati (4); tra queste, la provincia di Modena raccoglie, dagli anni '80, informazioni sulla nazionalità delle persone a cui viene diagnosticata una sieropositività per HIV. Presso la provincia di Modena è stato osservato un incremento sia assoluto che relativo del numero di stranieri tra i nuovi casi di infezione da HIV, aumentati dal 2,8% dei casi diagnosticati nel 1985 al 31,1% di quelli diagnosticati nel 2003 (5).

La prevalenza dell'infezione da HIV in varie popolazioni straniere

Alcuni studi condotti in Italia hanno dimostrato una diffusione variabile dell'infezione da HIV in varie popolazioni di soggetti stranieri. Tra prostitute di varie nazionalità sono state osservate percentuali di positività per HIV oscillanti tra 1,8% e 2,5% (6-8). Alcuni studi condotti su pazienti stranieri affetti da malattie a trasmissione sessuale hanno riportato 5,5% e 8,0% di soggetti HIV-positivi (9, 10). Due studi condotti su transessuali stranieri riportavano percentuali di HIV positività superiori al 30% (11, 12).

Conclusioni

I dati rilevati dal Registro Nazionale AIDS indicano come nel nostro paese gli stranieri contribuiscano al momento attuale ancora in modo piuttosto modesto all'epidemia di HIV/AIDS, che a tutt'oggi è costituita nella quasi totalità da italiani. Tuttavia, l'incidenza di AIDS in persone straniere appare alta rispetto a quella osservata tra gli italiani; inoltre, l'elevata percentuale di stranieri con AIDS che ignora il proprio stato di infezione meriterebbe la pianificazione di interventi mirati di informazione e prevenzione.

La diffusione dell'infezione da HIV sembra concentrarsi in alcuni sottogruppi ad alto rischio ai quali andrebbe pertanto rivolta un'informazione comprensibile e adeguata ai diversi contesti culturali, al fine di sensibilizzare questi gruppi di popolazione sulle modalità di acquisizione e trasmissione dell'infezione e per informarli sulla possibilità di eseguire gratuitamente il test anti-HIV presso centri del servizio sanitario nazionale.

Bibliografia

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS/World Health Organization. *UNAIDS. AIDS epidemic update*. Geneva December 2003, UNAIDS/WHO.
2. Caritas/Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico 2004. XIV Rapporto*. Roma: IDOS; 2004.
3. Suligoì B, Boros S, Camoni L, Lepore D. AIDS cases in Italy: update to 31 December 2004. *Not Ist Super Sanità* 2004;17(4) Suppl 1.
4. Suligoì B, Pavoni N, Borghi V, Branz F, Coppola N, Gallo G, Perucci CA, Piovesan C, Porta D, Rossetti G, Rezza G. Epidemiologia dell'infezione da HIV in Italia. *Epidemiologia e prevenzione* 2003;27:73-79.
5. Regione Emilia Romagna. Azienda Ospedaliero-Universitaria di Modena. *Osservatorio Epidemiologico HIV di Modena. La sorveglianza in Italia* Disponibile all'indirizzo: http://www.policlinico.mo.it/focus/osservatorio_hiv.asp#L%92Osservatorio_Epidemiologico_HIV_di_Modena; ultima consultazione 13/06/06.
6. D'Antuono A, Cocci C, Carla E, de Tommaso S. Prevalence of STDs and HIV infection among migrant sex workers attending an STD centre in Bologna, Italy. *Sex Transm Infect* 1999;75(4):273-4.
7. Smacchia C, Parolin A, Di Perri G, Vento S, Concia E. Syphilis in prostitutes from Eastern Europe. *Lancet* 1998;351:572.
8. Beltrame A, Matteelli A, Casalini C, *et al.* Malattie sessualmente trasmesse (MST) in donne immigrate dedite alla prostituzione. XXXI Congresso Nazionale della Società Italiana per lo Studio delle Malattie Infettive e Parassitarie. Brescia, 9-13 Settembre 2001. *Italian Journal of Infectious Diseases* 2001;7 Suppl 19:S74.
9. Giuliani M, Suligoì B, and The Italian STI Surveillance. Working group differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sex Transm Dis* 2004;31(2):79-84.
10. Dal Conte I, Lucchini A, Sorbo A, *et al.* Prevenzione delle MST nella popolazione immigrata a Torino. *STD News* 2002;17:4-8.
11. Zaccarelli M, Spizzichino L, Venezia S, Antinori A, Gattari P. Change in regular control use among immigrant transsexuals attending a counselling and testing reference site in central Rome: a 12 years study. *Sex Transm Infect* 2004;80:541-5.
12. Saleri N, Graifemberghi S, Carvalho AC, *et al.* Sieroprevalenza ed incidenza dell'infezione da HIV in individui dediti alla prostituzione. *Atti del III congresso nazionale della Società Interdisciplinare per lo Studio delle Malattie Sessualmente Trasmesse (SIMAST)*. Roma 20-22 Marzo 2003. p. 140.

LA SPERIMENTAZIONE VACCINALE NEI PAESI IN VIA DI SVILUPPO

Stefano Buttò

*Reparto Infezioni da retrovirus nei paesi in via di sviluppo, Centro Nazionale AIDS,
Istituto Superiore di Sanità, Roma*

Effetto della variabilità del virus HIV sulla sperimentazione di un vaccino contro l'AIDS

Circa il 95% degli oltre 40 milioni di individui infettati dal virus HIV al mondo vive nei paesi in via di sviluppo (PSV), in particolare nell'Africa Sub-sahariana, dove in alcune regioni la prevalenza dell'infezione da HIV raggiunge quasi il 40% (1). Pochi governi in questa area hanno capito per tempo la gravità dell'epidemia ed hanno tempestivamente adottato contromisure di tipo informativo, mirate a prevenire i comportamenti che favoriscono l'infezione. La maggior parte dei paesi è rimasta inattiva e in pochi anni sia la prevalenza che l'incidenza dell'infezione da HIV hanno raggiunto valori molto elevati. L'impatto dell'AIDS sui paesi con più alto tasso epidemiologico è estremamente pesante, in termini sanitari, sociali ed economici e, in alcuni casi, il disastro sanitario ed economico annunciato qualche anno fa è ora del tutto evidente. Limitare la diffusione del virus nelle popolazioni dei paesi in via di sviluppo è, pertanto, un obiettivo fondamentale di ogni governo. Tale obiettivo può essere raggiunto, fornendo un'adeguata informazione alla popolazione sulle modalità di trasmissione dell'infezione, garantendo l'accesso libero e gratuito ai farmaci antiretrovirali e sviluppando, infine, un vaccino contro l'HIV che rappresenterebbe senza alcun dubbio, l'arma più efficace per combattere la rapida diffusione dell'infezione.

La classificazione dei ceppi di HIV è di notevole aiuto per monitorare l'evoluzione della pandemia e valutare costantemente la dinamica della distribuzione dei diversi sottotipi virali nel mondo, informazioni essenziali in chiave vaccinale. Esistono due tipi di virus HIV: l'HIV-1 e l'HIV-2. A differenza dell'HIV-2 che è presente, con basse prevalenze, nei paesi dell'Africa centro occidentale e nel Portogallo, l'HIV-1 è diffuso ovunque con elevata prevalenza. Questo virus è pertanto il maggiore responsabile della pandemia di AIDS nel mondo. Dell'HIV-1 sono noti, attualmente, tre gruppi, M, N e O, identificabili sulla base della diversità genetica e originatesi, probabilmente, da trasmissioni interspecie indipendenti (2-4). Del gruppo M al momento sono noti 10 sottotipi (A, B, C, D, E, F, G, H, J e K) (5). Sempre basandosi sulla similarità genetica, all'interno di alcuni sottotipi è possibile inoltre identificare dei sotto-sottotipi. È il caso, ad esempio, dei sottotipi A e F, nei quali sono stati identificati i sotto-sottotipi A1 e A2 e F1 e F2, rispettivamente (6). La possibilità che vengano generati ricombinanti tra sottotipi diversi (7) e, anche, tra lo stesso sottotipo (8), aumenta ulteriormente la variabilità del virus HIV. Ultimamente, si è scoperto che alcuni sottotipi sono in realtà virus ricombinanti, come, per esempio, il sottotipo E, costituito da una linea di virus ricombinanti A/E.

La variabilità di HIV è dovuta fondamentalmente all'attività della Trascrittasi Inversa, l'enzima virale responsabile della retrotrascrizione dell'RNA virale in DNA. Durante il processo di retrotrascrizione delle circa 10 Kb che costituiscono il genoma virale, l'elevata frequenza di errore che si associa all'attività di questo enzima determina l'introduzione di

almeno una mutazione nella sequenza del DNA nascente, con il risultato che ogni particella virale generata è potenzialmente diversa dalla parentale (9-11). Per questo motivo, per l'HIV si parla di "quasispecie", cioè di particelle virali correlate, ma geneticamente distinte (12).

La distribuzione dei sottotipi e dei ricombinanti di HIV nel mondo è disomogenea. Nei paesi sviluppati circolano, in genere, uno o pochi sottotipi, con un sottotipo largamente predominante. Nei paesi in via di sviluppo la situazione è molto più complessa poiché sono presenti più sottotipi con prevalenze simili e virus ricombinanti. La variabilità virale è, in particolare, estremamente diversificata nell'Africa Sub-sahariana, dove circolano quasi tutti i sottotipi noti del gruppo M, oltre ai virus appartenenti al gruppo N (in Camerun) (13-14) e O (in Camerun e nei paesi confinanti dell'Africa Centro-orientale e responsabile dell'1%-5% delle infezioni da HIV-1 in questi paesi) (15). È stato inoltre dimostrato che oltre il 90% dei casi totali di immunodeficienza da HIV-2 è presente nella regione orientale dell'Africa Sub-sahariana (16). A complicare ulteriormente il quadro si riscontrano, in Africa, a frequenze elevate, numerosi virus HIV-1 ricombinanti (13,17). I virus del gruppo M sono distribuiti con specifici pattern nelle differenti regioni del mondo. Il sottotipo C è responsabile di circa metà delle infezioni totali da HIV-1 ed è largamente predominante nell'Africa australe e orientale, in India e in Nepal. Il sottotipo B è il più comune in Europa, nelle Americhe, in Giappone e in Australia, anche se in questi paesi altri sottotipi stanno iniziando a diffondersi, in particolare in Europa. Il sottotipo A, la forma ricombinante A/G e il sottotipo D, sono predominanti in Africa centrale e orientale. Anche in Europa orientale e in Russia prevale il sottotipo A e alcune forme ricombinanti A/G. Il sottotipo E e la forma ricombinante A/E sono prevalenti nel sud-est asiatico, mentre il sottotipo F è stato trovato, seppur con basse frequenze, in Africa centrale, nell'America del sud e nell'Europa orientale. Il sottotipo G e la forma ricombinante A/G sono distribuiti in Africa orientale e occidentale e in Europa centrale. Infine, i sottotipi H e J sono presenti nella regione centrale dell'Africa e dell'America, mentre il sottotipo K è stato trovato nella Repubblica Democratica del Congo e in Camerun (18).

Come precedentemente accennato, la soluzione a lungo termine più efficace per contrastare la diffusione dell'infezione da HIV è lo sviluppo di un vaccino contro l'HIV/AIDS che, soprattutto nei paesi in via di sviluppo, deve essere in grado di indurre protezione verso i diversi sottotipi e ricombinanti circolanti. Purtroppo, a causa dell'elevata variabilità del virus, finora non è stato possibile sviluppare un vaccino efficace. A peggiorare notevolmente il quadro sono i pochi e contraddittori dati sull'induzione di una risposta immune contro gli antigeni virali di sottotipi diversi. È importante sottolineare che, i sottotipi genetici e le linee ricombinanti non sono analoghi ai classici sierotipi conosciuti per altri virus (19-21). La variabilità genetica di HIV-1 è infatti di gran lunga più estesa di quella descritta per altri virus. Nel caso del virus influenzale, un virus variabile, per esempio, possono essere sufficienti poche mutazioni a carico delle proteine esposte sulla membrana pericapsidica virale per indurre una nuova epidemia, così come virus influenzali ricombinanti possono essere responsabili dell'insorgenza di vere e proprie pandemie. Viceversa, nel caso dell'HIV, la sequenza genomica dei virioni che contemporaneamente infettano uno stesso individuo, può differire anche del 10% senza effetto alcuno sullo sviluppo di nuove pandemie (22).

La diversità del virus HIV, anche all'interno dello stesso sottotipo genetico, è di gran lunga la più estesa, anche se paragonata a quella di altri virus variabili per i quali è stato possibile generare un vaccino e costituisce un ostacolo rilevante per lo sviluppo di un vaccino efficace. Ciò è più evidente quando l'obiettivo finale della strategia vaccinale che si vuole intraprendere, è quello di sviluppare un'immunità "sterilizzante", in grado di prevenire l'infezione bloccando l'entrata del virus nella cellula. Questo effetto si ottiene con la generazione di anticorpi neutralizzanti specifici per le proteine del rivestimento esterno o envelope virale. Tuttavia, nel caso di HIV, l'elevata variabilità delle proteine che rivestono il virus, ha impedito finora il

raggiungimento di tale obiettivo. Gli anticorpi neutralizzanti contro l'envelope virale non sembrano pertanto essere il correlato di protezione più adatto per un vaccino contro l'HIV, almeno allo stato attuale delle nostre conoscenze. Recentemente si sono fatte strada teorie che propongono l'induzione di una risposta immunitaria capace di controllare la replicazione virale e, conseguentemente, la progressione della malattia. Tali teorie si basano sull'osservazione che alcune proteine strutturali, che non fanno parte dell'envelope virale, così come anche proteine che intervengono nella regolazione della replicazione di HIV, risultano più conservate delle proteine dell'envelope. Non essendo queste proteine direttamente coinvolte nel processo di attacco e penetrazione del virus nella cellula ospite, i relativi anticorpi non sono, in gran parte, neutralizzanti. Piuttosto, la risposta cellulo-mediata di tipo citotossico (CTL) verso queste stesse proteine potrebbe giocare un ruolo fondamentale nel controllare la replicazione virale e proteggere quindi dall'evoluzione dell'infezione. Diversi studi hanno dimostrato l'esistenza di una risposta citotossica crociata verso proteine strutturali diverse da quelle dell'envelope e proteine regolatrici in individui infettati da sottotipi diversi di HIV-1, in Africa e in Europa (23-24). Se la risposta immune cellulo-mediata verso proteine più conservate è, come sembra, il principale correlato di protezione, potrebbe non essere necessario allestire vaccini specifici per ogni sottotipo. In questo modo, un vaccino in grado di indurre un'ampia risposta cellulo-mediata crociata potrebbe essere utilizzato in tutta l'area Sub-sahariana, laddove circolano numerosi sottotipi e ricombinanti, anche se è comunque chiaro che la risposta citotossica intra-sottotipo verso proteine strutturali e regolatrici è sempre più forte della risposta diretta verso le stesse proteine di sottotipi diversi (24-26).

È su questi principi che presso l'Istituto Superiore di Sanità (ISS) è stato sviluppato un vaccino contro l'HIV/AIDS basato sulla proteina regolatrice Tat di HIV-1. Tat è, infatti, una proteina prodotta precocemente subito dopo l'entrata del virus nella cellula che svolge una fondamentale attività di regolazione nel processo di espressione dei geni virali (27-29). Durante l'infezione acuta, Tat è rilasciata nell'ambiente extracellulare in assenza di morte cellulare. In questa forma, la proteina Tat è biologicamente attiva, entra nelle cellule, si localizza nel nucleo e transattiva l'espressione virale (30-32). Allo stesso modo Tat può transattivare l'espressione dei geni cellulari (33-34) e può aumentare la replicazione di virus, quali ad esempio l'HHV-8, che si riattivano in soggetti con AIDS favorendo l'insorgenza e la progressione delle infezioni opportunistiche e di tumori AIDS-correlati (35). Anticorpi anti-Tat sono stati evidenziati in individui sieropositivi ed è stata osservata una correlazione tra i titoli anticorpali e la progressione della malattia (36). Inoltre, la proteina Tat è in grado di indurre CTL specifici. In particolare, una precoce risposta CTL contro Tat sembra correlare con il controllo della replicazione virale e ritardare o bloccare la progressione della malattia, sia nell'uomo che in altri primati (37-38). Questi dati dimostrano l'importanza di Tat nella patogenesi dell'AIDS, delle neoplasie e delle infezioni opportunistiche AIDS-associate. Questa proteina rappresenta pertanto un bersaglio ottimale per approcci vaccinali, sia preventivi che terapeutici, anche in considerazione del fatto che Tat è relativamente ben conservata, soprattutto nelle regioni immunodominanti e in quelle essenziali per le sue attività (39-40).

I ricercatori dell'ISS hanno quindi sviluppato un vaccino basato su Tat (sia come proteina biologicamente attiva che come DNA) che si è dimostrato sicuro, immunogenico ed efficace nel controllare la replicazione virale e l'evoluzione della malattia in studi su piccoli animali e su scimmie (41-43). Sulla base di questi dati, è stata avviata in Italia la sperimentazione di fase I (verifica dell'assenza di tossicità) nell'uomo con la proteina Tat biologicamente attiva, su individui sia sieronegativi (approccio vaccinale preventivo) che sieropositivi (approccio vaccinale terapeutico). I risultati della sperimentazione, iniziata nel Novembre 2003, saranno resi noti al completamento della stessa, entro il 2005. I programmi successivi riguardano l'organizzazione della fase II (verifica dell'immunogenicità) in Italia e in alcuni paesi Africani

(Sudafrica, Swaziland e Uganda), in popolazioni dove la prevalenza e l'incidenza di infezione da HIV sono alte.

Studi preliminari alla sperimentazione vaccinale

Prima di effettuare trial clinici vaccinali nei paesi in via di sviluppo, è necessario valutare una serie di fattori e generare le condizioni affinché questi trial possano essere eseguiti con una qualche possibilità di successo. In primo luogo bisogna creare o rafforzare le infrastrutture, sia di laboratorio che cliniche, nel centro clinico dove si effettuerà il trial. Il personale di laboratorio deve essere istruito nelle attività di base e in quelle richieste dal trial per quel sito. Nell'ambito della sperimentazione del vaccino anti-HIV, è necessario che il personale di laboratorio sia almeno in grado di eseguire i test immunologici di base (quali i test immunodiagnostici per l'HIV e la conta delle cellule CD4), test virologici (determinazione della carica virale) e biologici (separazione delle cellule mononucleate del sangue, congelamento, conservazione) sulla base di procedure stabilite di "Buona Pratica di Laboratorio" (GLP). Il personale medico e paramedico deve essere informato delle specifiche del trial e istruito nelle attività di "Buona Pratica Clinica" (*Good Clinical Practice*, GCP) ed essere in grado di preparare e spiegare il consenso informato che ogni volontario deve sottoscrivere. Per ogni attività, sia di laboratorio che clinica, dovranno essere preparate e rispettate procedure standardizzate (*Standard Operating Procedures*).

In secondo luogo, è necessario effettuare studi preliminari di base, immunologici e virologici, per verificare l'opportunità di sperimentare il vaccino in un determinato sito. Nell'ambito della sperimentazione vaccinale contro l'HIV, questi studi prevedono di identificare il grado di riconoscimento crociato dell'antigene (o antigeni) vaccinale in individui infettati con ceppi di HIV non correlati a quello da cui deriva l'antigene vaccinale e di valutare, inoltre, l'eterogeneità delle varianti virali che circolano all'interno della popolazione scelta per la sperimentazione. Per esempio, nel caso del vaccino basato sulla proteina Tat di HIV, il Reparto AIDS del Dipartimento di Malattie Infettive, Parassitarie e Immunomediate, dove è stato sviluppato il vaccino, ha avviato da tempo una serie di collaborazioni con paesi in via di sviluppo (Sudafrica, Swaziland, Uganda, Zanzibar), volte ad attuare studi preliminari ai trial clinici, tramite differenti progetti, tra i quali il Progetto europeo AVIP, coordinato dall'ISS, e l'Azione Concertata Italiana per lo sviluppo di un Vaccino contro l'HIV/AIDS (ICAV), nell'ambito del Programma Nazionale AIDS. Altri progetti di collaborazione sono già attivi o stanno per iniziare tramite il Ministero degli Esteri. Nell'ambito di questi progetti si eseguono studi preliminari alla sperimentazione clinica per verificare la fattibilità nell'uomo di una vaccinazione basata sulla proteina Tat derivata dal sottotipo B di HIV-1 in regioni dove i pazienti sono infettati da virus HIV-1 distantemente correlati. Alcuni studi sono stati già effettuati e indicano che l'antigene vaccinale Tat del sottotipo B è efficacemente riconosciuto *in vitro* dagli anticorpi di individui ugandesi e sudafricani infettati da sottotipi di HIV-1 diversi da B. Tale capacità di riconoscere in modo crociato la proteina Tat del sottotipo B è dovuta alla conservazione delle regioni immunodominanti presenti nella proteina Tat (40).

Infine, si devono compiere studi epidemiologici per valutare la prevalenza e l'incidenza dell'infezione da HIV nella popolazione dove si effettuerà il trial clinico e identificare e preparare adeguate coorti vaccinali.

La sperimentazione vaccinale: fattori sociali e politici

La sperimentazione clinica di un vaccino contro l'HIV e l'AIDS nei paesi in via di sviluppo differisce da quella che si effettua nei paesi ad economia avanzata anche per una serie di fattori sociali ed economici. Spesso il paese in via di sviluppo che ospita la sperimentazione ne subisce l'impostazione da parte dello sponsor e, allo scopo di accelerare i processi, non vengono adeguatamente considerate e sviluppate tematiche relative agli aspetti etici, al coinvolgimento delle comunità e all'adeguata informazione alla popolazione. C'è, pertanto, bisogno che sia lo stesso paese che ospita la sperimentazione a farsi portatore di iniziative e a porre condizioni affinché essa possa essere condotta rispettando innanzitutto la dignità della propria popolazione. Ciò si può ottenere agendo a vari livelli. In primo luogo, il supporto politico è fondamentale, poiché crea il substrato ambientale e le condizioni ufficiali di accettazione del trial fornendo il lasciapassare ai ricercatori e allo sponsor del trial. Ogni paese in via di sviluppo dovrebbe dotarsi di un proprio piano Nazionale per la Sperimentazione Vaccinale contro l'HIV/AIDS, che formalmente assicuri il coinvolgimento di leader politici, scientifici, amministrativi e delle comunità, con il risultato di creare o rafforzare la convinzione della classe politica nell'importanza della sperimentazione vaccinale. Questi leader dovrebbero essere informati e consultati prima, durante e dopo la sperimentazione, con lo scopo di creare e/o rafforzare la partecipazione nazionale allo sviluppo del vaccino. Se lo riterranno opportuno potranno avvalersi delle consulenze e del coinvolgimento di grandi istituzioni internazionali, come l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), lo *United Nations AIDS* (UNAIDS), l'*African AIDS Vaccine Partnership* (AAVP), l'*International AIDS Vaccine Initiative* (IAVI), il *South African AIDS Vaccine Initiative* (SAAVI), sia per consigli sulla impostazione e lo svolgimento del trial, sia per salvaguardare i propri diritti durante la stesura formale degli accordi sulla sperimentazione tra lo sponsor e il paese ospitante.

In secondo luogo, è importante assicurare il supporto e la partecipazione della comunità, direttamente. Le comunità, infatti, hanno il diritto e la responsabilità di prendere decisioni riguardanti la natura della loro partecipazione al trial. È, infatti, a livello delle comunità che si percepisce il coinvolgimento delle persone e dell'intero paese alla sperimentazione e all'accettazione della stessa. È per questo che è fortemente raccomandabile coinvolgere rappresentanti delle comunità, inclusi i "traditional healers" e le organizzazioni non governative e costituire *Community Advisory Boards* (CAB), con il compito di facilitare il dialogo tra i membri delle comunità, i volontari e i ricercatori. Il fine è quello di costruire intorno alla sperimentazione il consenso dell'intera comunità e i mezzi per raggiungerlo sono una corretta informazione alla popolazione non solo sulle caratteristiche del vaccino e sulle conseguenze per i volontari che parteciperanno, ma anche sulle modalità della trasmissione dell'infezione, sulla necessità di modificare i comportamenti a rischio di infezione e sulla opportunità di ricorrere più frequentemente al test HIV (il così detto *Voluntary Counselling Test*). In questo processo dovranno essere coinvolti anche gli esperti in argomenti etici, che supervisionino l'intera sperimentazione affinché i diritti, non solo dei volontari, ma dell'intera comunità che ospita la sperimentazione, siano adeguatamente rispettati e che valutino le modalità tramite le quali il vaccino, se efficace, potrà in seguito essere disponibile per la popolazione. Questi esperti, in collaborazione con avvocati e professionisti competenti in diritti brevettuali dovrebbero essere anche coinvolti nella stesura formale degli accordi tra lo sponsor e l'Istituto (o gli Istituti) ospitante la sperimentazione. Tale coinvolgimento deve ovviamente essere precoce, prima della partenza del trial e durare per l'intera esecuzione della sperimentazione.

Infine, è necessario che la popolazione sia continuamente aggiornata sullo stato della sperimentazione e sui risultati che ne derivano, attraverso messaggi precisi e brevi, oltre che comprensibili a tutti, diffusi dai mass media. In questo contesto i CAB potrebbero giocare un

ruolo fondamentale nel rendere accessibili all'intera popolazione, attraverso un linguaggio semplice, i dati di interesse generale derivanti dalla sperimentazione vaccinale.

Bibliografia

1. AIDS epidemic update 2004, UNAIDS, Dicembre 2004. Disponibile all'indirizzo: <http://www.unaids.org>; ultima consultazione 13/06/2006.
2. Robertson DL, Anderson JP, Bradac JA, Carr JK, Foley B, Funkhouser RK, Gao F, Hahn BH, Kalish ML, Kuiken C, Learn GH, Leitner T, McCutchan F, Osmanov S, Peeters M, Pieniazek D, Salminen M, Sharp PM, Wolinsky S, Korber B. HIV-1 nomenclature proposal. *Science* 2000;288:55-6.
3. Hahn BH, Shaw GM, De Cock KM, Sharp PM. AIDS as a zoonosis: scientific and public health implications. *Science* 2000;287:607-14.
4. Sharp PM, Bailes E, Chaudhuri RR, Rodenburg CM, Santiago MO, Hahn BH. The origins of acquired immune deficiency syndrome viruses: where and when? *Philos Trans R Soc Lond B Biol Sci* 2001;356:867-76.
5. Triques K, Bourgeois A, Vidal N, Mpuodi-Ngole E, Mulanga-Kabeya C, Nzilambi N, Torimiro N, Saman E, Delaporte E, Peeters M. Near-full-length genome sequencing of divergent African HIV type 1 subtype F viruses leads to the identification of a new HIV type 1 subtype designated K. *AIDS Res Hum Reteroviruses* 2000;16:139-51.
6. Gao F, Vidal N, Li Y, Trask SA, Chen Y, Kostrikis LG, Ho DD, Kim J, Oh MD, Choe K, Salminen M, Robertson DL, Shaw GM, Hahn BH, Peeters M. Evidence of two distinct subtypes within the HIV-1 subtype A radiation. *AIDS Res Hum Reteroviruses* 2001;17:675-88.
7. Robertson DL, Sharp PM, McCutchan FE, Hahn BH. Recombination in HIV-1. *Nature* 1995;374:124-6.
8. Buttò S, Argentini C, Mazzella AM, Iannotti MP, Leone P, Leone P, Nicolosi A, Rezza G. Dual infection with different strains of the same HIV-1 subtype. *AIDS* 1997 Apr;11(5):694-6.
9. Ferguson MR, Rojo DR, Von Lindern JJ, O'Brien WA. HIV-1 replication cycle. *Clin Lab Med* 2002;22 :611-35.
10. Menendez-Arias L. Molecular basis of fidelity of DNA synthesis and nucleotide specificity of retroviral reverse transcriptases. *Prog Nucleic Acid Res Mol Biol* 2002;71:91-147.
11. Wain-Hobson S. Running the gamut of retroviral variation. *Trends Microbiol* 1996;4(4):135-41.
12. Goodenow M, Huet T, Saurin W, Kwok S, Sninsky J, Wain-Hobson S. HIV-1 isolates are rapidly evolving quasispecies: evidence for viral mixtures and preferred nucleotide substitutions. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1989;2: 344-52.
13. Ayouba A, Souquieres S, Njinku B, Martin PM, Muller-Trutwin MC, Roques P, Barre-Sinoussi F, Mauclore P, Simon F, Nerrienet E. HIV-1 group N among HIV-1 seropositive individuals in Cameroon. *AIDS* 2000;(14):2623-5.
14. Simon F, Mauclore P, Roques P, Loussert-Ajaka I, Muller-Trutwin MC, Saragosti S et al. Identification of a new human immunodeficiency virus type 1 distinct from group M and group O. *Nat Med* 1998;4:1032-7.
15. Peeters M, Gueye A, Mboup S, Bibollet-Ruche F, Ekaza E, Mulanga C, Ouedrago R, Gandji R, Mpele P, Dibanga G, Koumare B, Saidou M, Esu-Williams E, Lombart JP, Badombena W, Luo N, Vanden Haesevelde M, Delaporte E. Geographical distribution of HIV-1 group O viruses in Africa. *AIDS* 1997;11:493-498.
16. Schim van der Loeff MF, Aaby P. Towards a better understanding of the epidemiology of HIV-2. *AIDS* 1999;13 (A):S69-S84.

17. Peeters M, Coumba TK, Nkengasong JN. Genetic diversity of HIV in Africa: impact on diagnosis, treatment, vaccine development and trials. *AIDS* 2003;17:2547-60.
18. Osmanov S, Pattou C, Walker N, Schwarlander B, Esparza J. WHO-UNAIDS Network for HIV Isolation and Characterization. Estimated global distribution and regional spread of HIV-1 genetic subtypes in the year 2000. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2002;29:184-90.
19. Zolla-Pazner S, Gomy MK, Nyambi PN. The implications of antigenic diversity for vaccine development. *Immunol Lett* 1999;66:159-64.
20. Zolla-Pazner S, Gorny MK, Nyambi PN, VanCott TC, Nadas A. Immunotyping of human immunodeficiency virus type 1 (HIV): an approach to immunologic classification of HIV. *J Virol* 1999;73:4042-51.
21. Moore JP, Parren PW, Burton DR. Genetic Subtypes, Humoral Immunity, and Human Immunodeficiency Virus Type 1 Vaccine Development. *J Virol* 2001;5:5721-29.
22. Shankarappa R, Margolick JB, Gange SJ, Rodrigo AG, Upchurch D, Farzadegan H, Gupta P, Rinaldo CR, Learn GH, He X, Huang XL, Mullins JI. Consistent viral evolutionary changes associated with the progression of human immunodeficiency virus type 1 infection. *J Virol* 1999;73:10489-502.
23. Durali D, Morvan J, Letourneur F, Schmitt D, Guegan N, Dalod M, Saragosti S, Sicard D, Levy JP, Gomard E. Cross-reactions between the cytotoxic T-lymphocyte responses of human immunodeficiency virus-infected African and European patients. *J Virol* 1998;72: 3547-53.
24. Betts MR, Krowka J, Santamaria C, Balsamo K, Gao F, Mulundu G, Luo C, N'Gandu N, Sheppard H, Hahn BH, Allen S, Frelinger JA. Cross-clade human immunodeficiency virus (HIV)-specific cytotoxic T-lymphocyte responses in HIV-infected Zambians. *J Virol* 1997;71:8908-11.
25. Dorrell L, Dong T, Ogg GS, Lister S, McAdam S, Rostron T, Conlon C, McMichael AJ, Rowland-Jones SL. Distinct recognition of non-clade B human immunodeficiency virus type 1 epitopes by cytotoxic T lymphocytes generated from donors infected in Africa. *J Virol* 1999;73:1708-14.
26. Thakar MR, Patke D, Lakhashe SK, Bhonge L, Kulkarni SV, Tripathy SP, Gupte N, Brookmeyer R, Quinn TC, Paranjape RS, Bollinger RC. Consistent subtype-specific anti-HIV type 1 T lymphocyte responses, in Indian subjects recently infected with HIV type 1. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2002;18:1389-93.
27. Arya SK, Guo C, Josephs SF, Wong-Staal F. The trans-activator gene of human T-lymphotropic virus type III (HTLV-III). *Science* 1985;229:69-73.
28. Fisher AG, Feinberg MB, Josephs SF, Harper ME, Marselle LM, Reyes G, Gonda MA, Aldovini A, Debouk C, Gallo RC et al. The trans-activator gene of HTLV-III is essential for virus replication. *Nature* 1986;320:367-71.
29. Chang HK, Gallo RC, Ensoli B. Regulation of cellular gene expression and function by the human immunodeficiency virus type 1 Tat protein. *J Biomed Sci* 1995;2:189-202.
30. Ensoli B, Barillari G, Salahuddin SZ, Gallo RC, Wong-Staal F. Tat protein of HIV-1 stimulates growth of AIDS-Kaposi's sarcoma-derived cells. *Nature* 1990;345:84-7.
31. Ensoli B, Buonaguro L, Barillari G, Fiorelli V, Gendelman R, Morgan RA, Wingfield P, Gallo RC. Release, uptake, and effects of extracellular HIV-1 Tat protein on cell growth and viral transactivation. *J Virol* 1993;67:277-87.
32. Chang HC, Samaniego F, Nair BC, Buonaguro L, Ensoli B. HIV-1 Tat protein exits from cells via a leaderless secretory pathway and binds to extracellular matrix-associated heparan sulfate proteoglycans through its basic region. *AIDS* 1997;11:1421-31.
33. Buonaguro L, Barillari G, Chang HK, Bohan CA, Kao V, Morgan R, Gallo RC, Ensoli B. Effects of the human immunodeficiency virus type 1 Tat protein on the expression of inflammatory cytokines. *J Virol* 1992;66:7159-67.

34. Buonaguro L, Buonaguro FM, Giraldo G, Ensoli B. The human immunodeficiency virus type 1 Tat protein transactivates tumor necrosis factor 13 gene expression through a TAR-like structure. *J Virol* 1994;68:2677-82.
35. Harrington WJ Jr, Bagasra O, Sosa CE, Bobroski LE, Baum M, Wen XL, Cabral L, Byrne GE, Pomerantz RJ, Wood C. Human herpesvirus type 8 DNA sequences in cell-free plasma and mononuclear cells of Kaposi's sarcoma patients. *J Infect Dis* 1996;174:1101-5.
36. Reiss P, Lange JM, De Ronde A, De Wolf F, Dekker J, Debouck C, Goudsmit J. Speed of progression to AIDS and degree of antibody response to accessory gene products of HIV-1. *J Med Virol* 1990;30:163-8.
37. Venet A, Bourgault I, Aubertin AM, Kiény MP, Levy JP. Cytotoxic T lymphocyte response against multiple simian immunodeficiency virus (SIV) proteins in SIV-infected macaques. *J Immunol* 1992; 148:2899-908.
38. Froebel KS, Aldhous MC, Mok JY, Hayley J, Arnott M, Peutherer JF. Cytotoxic T lymphocyte activity in children infected with HIV. *AIDS Res Hum Retroviruses* 1994;2:83-8.
39. Los Alamos National Laboratory. *HIV Sequence Compendium 2002*. Los Alamos: Theoretical Biology and Biophysics; 2002.
40. Buttò S, Fiorelli V, Tripiciano A, Ruiz-Alvarez MJ, Scoglio A, Ensoli F, Ciccozzi M, Collacchi B, Sabbatucci M, Cafaro A, Guzmán CA, Borsetti A, Caputo A, Vardas E, Colvin M, Lukwya M, Rezza G, Ensoli B and the Tat Multicentric Study Group. Cross-Recognition of the Clade B HIV-1 Tat Protein Vaccine Candidate by Antibodies from HIV-1-Infected Italian, Ugandan and South African Individuals. *J Infect Dis* 2003;188:1171-80.
41. Caselli E, Betti M, Grossi MP, Balboni PG, Rossi C, Boarini C, Cafaro A, Barbanti-Brodano G, Ensoli B, Caputo A. DNA Immunization with HIV-1 tat Mutated in the trans Activation Domain Induces Humoral and Cellular Immune Responses Against Wild-Type Tat. *J Immunol* 1999; 162:5631-8.
42. Cafaro A, Caputo A, Fracasso C, Maggiorella MT, Goletti D, Baroncelli S, Pace M, Sernicola L, Koanga-Mogtomo ML, Betti M, Borsetti A, Belli R, Akerblom L, Corrias F, Buttò S, Heeney J, Verani P, Titti F, Ensoli B. Control of SHIV89.6P-infection of cynomolgus monkeys by HIV-1 Tat protein vaccine. *Nat Med* 1999;5:643-50.
43. Cafaro A, Titti F, Fracasso C, Maggiorella MT, Baroncelli S, Caputo A, Goletti D, Borsetti A, Pace M, Fanales-Belasio E, Ridolfi B, Negri DRM, Sernicola L, Belli R, Corrias F, Macchia I, Leone P, Michelini Z, Ten Haaf P, Buttò S, Verani P, Ensoli B. Vaccination with DNA containing tat coding sequences and unmethylated CpG motifs protects cynomolgus monkeys upon infection with simian/human immunodeficiency virus (SHIV89.6P). *Vaccine* 2001;19:2862-77.

Prima Sessione

Le strutture sanitarie pubbliche

L'ESPERIENZA DELL'UNITÀ OPERATIVA AIDS DELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE RM/E DI ROMA

Laura Spizzichino

Unità Operativa AIDS dell'Azienda Sanitaria Locale RM/E, Roma

L'Unità Operativa AIDS dell'Azienda Sanitaria Locale RM/E, grazie ad un potente passaparola, è da molti anni uno dei punti di riferimento di un numero crescente di stranieri, in massima parte senza permesso di soggiorno. Dall'inizio del 1998 in questo Centro viene anche rilasciata, laddove le circostanze lo consentano, la tessera sanitaria con codice regionale Stranieri Temporaneamente Presenti (STP) e quindi vengono fornite prestazioni mediche di base secondo le indicazioni della normativa nazionale (DL.vo 25 luglio 1998 n. 286; DPR 31 agosto 1999 n. 394) (1, 2).

Una parte considerevole dell'utenza straniera è costituita da persone, uomini, donne e transessuali, che praticano la prostituzione a Roma e in altre località italiane e che arrivano nell'ambulatorio per effettuare controlli per le più comuni Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) compreso il test HIV e per problemi di salute in generale. Oltre a questo gruppo, si rivolgono all'Unità Operativa immigrati STP a rischio minore, i quali richiedono interventi di assistenza medica di base. Si tratta di persone che effettuano anche il test HIV e dichiarano che da tempo avevano intenzione di farlo, ma o non sapevano dove rivolgersi o si vergognavano di chiedere.

A tutti viene offerto un programma di routine che comprende: colloquio di accoglienza, rilascio della tessera sanitaria (STP), visita medica/infettivologica, prelievi ematici (compresi il test per la ricerca degli anticorpi anti HIV e gli esami per le MST), *counselling* pre e post-test, materiale informativo multilingue sull'infezione da HIV, assistenza medica di base, terapia per patologie riscontrate, sostegno psicologico o psicoterapia individuale o di coppia, invio a strutture specialistiche.

Per quel che riguarda le persone che si prostituiscono, dal 1992 in concomitanza con il test HIV e durante la seduta di *counselling* pre-test, sia al momento dell'ingresso che a ogni follow-up, vengono raccolte informazioni circa i comportamenti relativi ai 6 mesi precedenti. Dall'analisi di questi dati e di quelli di laboratorio riguardanti 473 transessuali (maschio verso femmina) sudamericani, provenienti soprattutto dalla Colombia e dal Brasile, si è evidenziata una prevalenza di anti-HIV del 32% con un decremento osservabile nel tempo (dal 57% del 1993 al 12% del 2003). La proporzione di pazienti che riferivano un uso costante del profilattico all'arruolamento era del 75%; questa percentuale è cresciuta progressivamente passando dal 43% del biennio 1992-1993 al 79% di quello 2002-2003. La permanenza in Italia per un periodo superiore ai 2 anni sembra aumentare il rischio di infettarsi (RR 1,5; $p < 0.001$) e quindi sembrerebbe importante poter entrare in contatto con queste popolazioni e attivare programmi di prevenzione il più possibile a ridosso con il loro arrivo nel nostro paese. Nel periodo di osservazione (1992-2003), inoltre, sono state osservate 15 sieroconversioni (incidenza 2.1 per 100 anni persona) (3).

Uno studio analogo ha avuto per oggetto anche le donne dedite alla prostituzione: 179 provenienti per l'83% dal Sudamerica (Colombia, Ecuador e Brasile). In questo caso la prevalenza di anti-HIV era notevolmente più bassa, 4,5%, e nel periodo di osservazione, dal 1992 al 2004, non si era verificata alcuna sieroconversione. Si trattava di donne estremamente attente alla protezione nella pratica della loro attività: riferivano infatti, oltre all'uso costante del

profilattico per ogni tipo di rapporto, compresi quelli oro-genitali, anche l'applicazione regolare di lubrificanti a base acquosa e il rifiuto dei rapporti anali. Sia i transessuali che le donne, inoltre, sempre più tendevano nel tempo a sottoporsi regolarmente ai controlli (ogni 4-6 mesi a seconda delle circostanze e delle nostre indicazioni), a seguire le terapie per eventuali patologie diagnosticate, a sottoporsi, nei casi in cui se ne evidenziava la necessità, a vaccinazione contro l'epatite B (HBV) rispettando con precisione le scadenze per ogni dose, ma soprattutto a condurre nel centro i partner stabili, spesso ex-clienti con i quali erano soliti abbandonare ogni precauzione, purché effettuassero anche loro gli esami.

Dal 1999 al settembre 2004 si sono sottoposti al test HIV anche 1.284 stranieri non dediti alla prostituzione, per il 69% donne, provenienti per il 46% dal Sudamerica (Ecuador, Colombia, Perù, Brasile) e per il 34% dall'Europa orientale (Romania, Ucraina e Polonia prima che entrasse a far parte dell'Unione Europea). Solo 6 (0,5%) sono risultati positivi: 5 maschi e 1 femmina, 4 originari dell'Africa centrale e 2 del Sudamerica. Le persone appartenenti a questo gruppo si mostravano in genere preoccupate circa la fedeltà del coniuge o rimasto a casa o di recente raggiunto in Italia, non considerando invece rischiosi i rapporti non protetti che avevano nel nostro paese con persone non testate, ma di cui "si fidavano". Si evidenzia, quindi, l'utilità di realizzare interventi mirati alla percezione del rischio che tengano conto anche delle diverse culture di appartenenza.

Alla luce dell'esperienza con pazienti immigrati è possibile trarre alcune riflessioni.

Innanzitutto è emerso che molti arrivano alla nostra osservazione con patologie gravi o cronicizzate, a lungo trascurate e affrontate solo in situazioni di urgenza. Quel che spesso accade, in una sorta di gerarchia dei bisogni, è che una volta affrontati i problemi fisici grazie ai servizi sanitari finalmente accessibili (quando lo sono), possono cominciare a entrare in contatto con quelli psicologici, anche quelli a lungo trascurati (4).

In questo ambito grande rilevanza assume il *counselling*, un importante momento di ascolto. Diventa possibile, quindi, in alcuni casi, passare a parlare di disagio psicologico: per lo psicologo è un'occasione per esplorare con questi pazienti disagi, problemi, sintomi, che possono essere ricadute del processo migratorio, ma non necessariamente.

Si è riscontrata, inoltre, un'alta adesione agli interventi volti alla promozione della salute che il servizio ha proposto in termini di adesione alle terapie, alle vaccinazioni, ai controlli periodici di follow-up e soprattutto di cambiamenti nei comportamenti. Con questi pazienti il rapporto è centrale: quando si riesce a instaurare una relazione efficace, un rapporto di fiducia, si diventa un punto di riferimento sanitario, medico e psicologico, si apre la possibilità di attivare programmi di prevenzione e, quando necessario, di mettere in atto terapie continuative che vadano oltre gli interventi di emergenza, gli unici cui in passato ricorrevano a causa della condizione di immigrati illegali propria di moltissimi di loro.

Il *counselling*, in quanto intervento individualizzato e mirato ai bisogni del singolo paziente, sembra rappresentare anche con queste popolazioni un potente strumento volto a una corretta percezione dei rischi e a una riduzione di questi nonché alla promozione della salute e della cura di sé. È necessario tuttavia, trattandosi di persone appartenenti ad altre etnie, calibrare gli interventi tenendo conto delle diverse culture sia dal punto di vista dei contenuti che da quello delle modalità di comunicazione. È noto che le persone imparano ad ammalarsi in modi culturalmente approvati (5, 6). Ogni gruppo etnico, infatti, ha norme e convinzioni che dettano l'espressione del dolore, la descrizione dei sintomi, il modo di comunicare dolore e sintomi, le convinzioni circa le cause della malattia, l'atteggiamento verso chi può fornire aiuto, le aspettative circa le modalità della cura e circa il risultato di questa. Per esempio, mentre in Occidente i pazienti hanno adottato sempre più delle modalità espressive di tipo psicologico per comunicare il proprio malessere, nei paesi in via di sviluppo i disturbi vengono espressi prevalentemente in termini somatici. Ne può conseguire il rischio di medicalizzare

impropriamente o di trascurare patologie che invece andrebbero affrontate con tempestività o di considerare anormale o patologico un comportamento che non si comprende.

Sono diversi, infine, i nodi ancora da affrontare. Principalmente l'accesso ai servizi sanitari che non è dappertutto agevole per questi pazienti. Nella nostra esperienza incontriamo spesso delle difficoltà negli invii e tendiamo a selezionare quei servizi che si mostrano più accessibili. Problematico di conseguenza anche l'accesso alle terapie e non solo a quella antiretrovirale.

È dunque fondamentale promuovere l'accesso ai servizi che significa identificare le barriere, individuare i bisogni dei pazienti, rilevare la rappresentazione che hanno dei servizi sanitari e infine sviluppare la competenza interculturale degli operatori. Questo vuol dire che questi ultimi devono accrescere la propria consapevolezza dei fattori culturali, religiosi, sociali e politici che hanno un impatto sulla vita dei pazienti, non interpretare secondo il proprio sistema di riferimento la loro esperienza e il loro comportamento, confrontarsi con e affrontare i propri pregiudizi, stereotipi e considerazioni razziste, non trattare i pazienti come stereotipi del loro gruppo di appartenenza e non trascurarne l'individualità e l'unicità, scoprire e comprendere la visione del mondo del singolo, confrontandola e differenziandola da quella della famiglia, del gruppo, della società.

Infine, vi è ormai la consapevolezza che le persone appartenenti ad altre culture non vengano raggiunti dalle campagne preventive mirate alla popolazione italiana. È indispensabile, dunque, realizzare delle campagne che utilizzino linguaggi, modalità espressive, contenuti e canali che tengano conto delle variabili culturali e quindi possano risultare efficaci nel raggiungere le popolazioni migranti.

Bibliografia

1. Italia. Decreto legislativo 25 luglio 1998, n. 286. Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulle condizioni dello straniero. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 191, 18 agosto 1998.
2. Italia. Decreto del Presidente della Repubblica 31 agosto 1999, n. 394. Regolamento recante norme di attuazione del Testo Unico delle disposizioni concernenti la disciplina dell'immigrazione e norme sulla condizione dello straniero a norma dell'articolo 1, comma 6, del Decreto Legislativo 25/7/1998 n. 286. *Gazzetta Ufficiale - Serie Generale* n. 258, 3 novembre 1999.
3. Zaccarelli M, Spizzichino L, Venezia S, Antinori A, Gattari P. Changes in regular condom use among immigrant transsexuals attending a counselling and testing reference site in central Rome: a 12 years study. *Sex Transm Infect* 2004;80:541-5.
4. Maslow A. *Modification and personality*. New York: Harper; 1954.
5. Leff J. *Psichiatria e culture. Una prospettiva transculturale*. Torino: Edizioni Sonda; 1992.
6. Palmer S (Ed.). *Multicultural counselling. A reader*. London: SAGE Publications; 2002.

IL RUOLO DI UN AMBULATORIO DEDICATO ALLE POPOLAZIONI MOBILI NELL'AMBITO DELLE MALATTIE INFETTIVE

Giancarlo Ceccarelli, Miriam Lichtner, Rosa Francavilla, Anna Paola Massetti, Gabriella d'Ettorre, Vincenzo Vullo
Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali, Università "La Sapienza", Roma

Introduzione

L'accesso alle cure per le popolazioni migranti e per le persone emarginate, se pur previsto dalla normativa legislativa vigente, appare in qualche modo ancora difficoltoso. Sebbene fin dal 1978 il World Health Organization (WHO) abbia indicato come "l'assistenza sanitaria di base sia la chiave per il raggiungimento di un livello sanitario adeguato per tutti gli esseri umani"(1), la realtà sanitaria nazionale attuale non sembra ancora in grado di recepire a pieno la richiesta di salute degli immigrati, soprattutto irregolari, rispetto alle loro reali esigenze.

Affinché una struttura sanitaria sia adeguata alle esigenze delle popolazioni migranti è indispensabile una conoscenza profonda delle differenze culturali che separano l'utente dall'ente erogatore. Nel rispetto delle abitudini e delle tradizioni degli immigrati, sono dunque prioritari gli interventi che favoriscano il superamento delle barriere linguistiche, comunicative e interpretative che limitano attualmente l'accesso ai servizi sanitari. In questo senso in linea con il Documento programmatico dello Stato Italiano relativo alla politica dell'immigrazione del 2003, è necessario uno sforzo diretto a diffondere tra gli utenti stranieri e tra gli operatori sanitari l'informazione sui diritti e sulla legge. Infatti "i problemi di accesso ai servizi sono spesso determinati sia da carenze di informazione e di consapevolezza dei propri diritti da parte degli utenti, sia da scarsa informazione sui propri obblighi da parte degli erogatori" (2).

Obiettivo

Abbiamo analizzato l'attività svolta parallelamente, nel medesimo Dipartimento di Malattie Infettive, da un Day Hospital (DH) e da un Ambulatorio infettivologico dedicato a stranieri.

Materiali e metodi

Per entrambe le strutture erano disponibili le medesime modalità di accesso (Tesserino Straniero Temporaneamente Presente o Libretto Sanitario Nazionale). Dal 1998 al 2003 è stata operante solo la struttura del DH, a cui dal maggio 2003 è stato affiancato un Ambulatorio dedicato a stranieri presenti sul suolo italiano a prescindere dal loro *status* giuridico. L'attività di prevenzione, diagnosi e cura si è svolta nei medesimi locali, ogni mattina per il DH e il pomeriggio per tre volte a settimana per l'Ambulatorio. Il DH ha utilizzato una cartella medica completa, mentre per l'Ambulatorio stranieri ci si è avvalsi di schede semplificate dove vengono riportati i principali dati del paziente.

Il bacino d'utenza che fruisce di tali strutture sanitarie è rappresentato prevalentemente dagli immigrati presenti a Roma e nell'hinterland della capitale. Secondo fonti Caritas (3) il 42% dei migranti presenti in questa area sono europei, il 27% sono asiatici, il 16% americani e il 14% africani. Le comunità maggiormente rappresentate sono la Filippina, la Rumena, la Polacca, l'Albanese e la Peruviana.

Risultati

In sette anni di attività sono stati seguiti presso il DH 1.324 pazienti di cui 156 stranieri. In 15 mesi di Ambulatorio per immigrati sono stati effettuati 104 nuovi accessi, di cui 33 sono stati rinviati al DH per la necessità di prestazioni sanitarie erogabili da tale struttura. I pazienti che hanno fruito delle prestazioni del DH provenivano per il 46% da paesi dell'Africa Sub-sahariana, per il 31% dall'Est europeo, per il 12% dal Continente Asiatico e per il 10% dall'America Latina. Le aree di provenienza dei pazienti seguiti presso l'Ambulatorio Immigrati erano, invece, Europa dell'Est (41%), Africa Sub-sahariana (29%), Asia (19%), America Latina (7%).

La suddivisione per sesso mostra che il 51% dei pazienti seguiti presso il DH erano donne mentre in Ambulatorio tale quota scendeva al 43%.

La maggior parte dei pazienti del DH provenivano dai reparti di degenza e da altri ambulatori specialistici; inoltre una discreta percentuale proveniva proprio dall'Ambulatorio per stranieri. A questa ultima struttura oltre il 30% degli accessi è avvenuta su indicazione di conoscenti, circa il 20% sono stati inviati dal Pronto Soccorso e il 14% dall'Ambulatorio Generale dedicato a Stranieri dello stesso Policlinico Umberto I di Roma.

La maggior parte dei pazienti ricoverati in DH presenta tali caratteristiche: in generale si tratta di persone con una posizione giuridica regolare, che risiedono in Italia stabilmente da un tempo piuttosto lungo e che risultano ben integrate oltre che nelle proprie comunità etniche anche nel tessuto sociale. L'83% delle persone che hanno fruito delle prestazioni dell'Ambulatorio erano, invece, prive del permesso di soggiorno, in corso di regolarizzazione o rifugiati e più del 40% si trovava in Italia da meno di un anno.

Tra le patologie seguite in DH erano di gran lunga preponderanti l'infezione da HIV e la tubercolosi, mentre nell'Ambulatorio per stranieri il 30% degli accessi avveniva per patologie respiratorie, il 17% per infezioni urinarie e il 15% per patologie infettive di interesse dermatologico. Complessivamente la tubercolosi interessava circa il 15% dei casi mentre l'infezione da HIV solo il 5% dei casi. Lo screening per le Malattie Sessualmente Trasmesse, proposto ad ogni utente dell'Ambulatorio, è stato effettuato solo dal 38% dei pazienti ed ha evidenziato circa un 3% di positività alla sifilide (VDRL/TPHA) e al test per l'HIV.

Discussione

I dati presentati evidenziano come l'Ambulatorio, probabilmente per le sue caratteristiche di minore istituzionalità, ha rappresentato una sorta di anello di congiunzione tra richiesta di cure da parte degli immigrati e accesso alle prestazioni erogate classicamente dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN). La situazione di clandestinità spesso si trasforma, per timore di uscire allo scoperto all'interno di un'istituzione pubblica, in un'assenza di tutela sanitaria. Tale dato appare ancor più rilevante da un punto di vista di sanità pubblica se si considera che la maggior parte degli accessi a tali strutture è avvenuto per sintomatologie riferibili a patologie trasmissibili

come la tubercolosi. Ciò è confermato dal dato che la maggior parte dei pazienti stranieri seguiti presso il DH avevano regolare permesso di soggiorno da molto tempo, mentre quelli che accedevano all'Ambulatorio o erano irregolari o da poco avevano regolarizzato la loro posizione sul territorio italiano. Le percentuali di provenienza geografica dei pazienti seguiti presso l'Ambulatorio e il DH differivano notevolmente da quelle prevedibili in base al bacino d'utenza di tali strutture sanitarie. Infatti, sebbene gli immigrati di origine africana nella zona di Roma rappresentino secondo le stime attuali solo il 14% degli stranieri presenti nella capitale, ben il 46% dei pazienti seguiti presso il DH e il 29% di quelli seguiti presso l'Ambulatorio erano di provenienza Sub-sahariana. Ciò può dipendere parzialmente dalla fruizione da parte di un sub-bacino di utenza composto da persone di provenienza geografica non rappresentativa della realtà complessiva cittadina. È, comunque, interessante notare come le prestazioni dell'Ambulatorio siano state rivolte soprattutto ad alcuni gruppi etnici (principalmente Camerunensi, Bangladeshi e Rumeni) all'interno dei quali si è stabilito una sorta di passa parola che è valso come un rafforzamento del rapporto di fiducia tra paziente e medico. Inoltre, la produzione di materiale informativo multilingue sulle principali patologie infettive e sull'accesso al SSN ha in qualche modo reso più agevole il contatto delle popolazioni migranti con l'Ambulatorio stranieri. L'ostacolo linguistico e ancor più le difficoltà comunicative legate ad una percezione della malattia generata da sistemi culturali profondamente diversi, sono stati in parte by-passati grazie all'opera di medici in grado di parlare più lingue e con alle spalle un'esperienza medica in paesi in via di sviluppo. Nonostante ciò resta ancora problematico l'accesso delle persone immigrate al diritto alla salute; infatti, nella maggioranza dei casi rimane limitato alle emergenze più che alle cure continuative e alla prevenzione.

Conclusioni

In conclusione dal confronto tra le due differenti strutture analizzate possiamo affermare che l'Ambulatorio dedicato agli stranieri, nonostante possa sembrare in qualche modo lontano dai modelli più avanzati di integrazione, è in grado di venire incontro al bisogno sanitario della popolazione migrante nel contesto della realtà della città di Roma. Diversamente da altri paesi europei come la Francia e la Germania, la popolazione migrante in Italia, soprattutto nelle regioni centro-meridionali, è ancora lontana dall'essersi integrata e vive una realtà di enorme disagio, povertà ed emarginazione. In tale contesto, l'attivazione di strutture sanitarie specifiche all'interno di strutture pubbliche costituisce un tentativo di integrazione della popolazione migrante allo scopo di facilitarne l'accesso nella complessa rete sanitaria pubblica nazionale.

Bibliografia

1. World Health Organization. *Declaration of AlmaAta. 1978*. Disponibile all'indirizzo: http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf; ultima consultazione 9/06/06.
2. Italia. Consiglio dei Ministri del 15 marzo 2001. Documento programmatico relativo alla politica dell'immigrazione e degli stranieri nel territorio dello Stato, a norma dell'art. 3 della legge 6 marzo 1998, n. 40. 2001-2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.stranieriinitalia.com/briguglio/immigrazione-e-asilo/2001/aprile/doc.-programmatico-1.html>; ultima consultazione 3/10/06.
3. Caritas/Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico 2004. XIV Rapporto*. Roma: IDOS; 2004.

DONNE SIEROPOSITIVE E MATERNITÀ IN UN PAESE STRANIERO. LA NOSTRA ESPERIENZA

Rosa Francavilla, Miriam Lichtner, Giancarlo Ceccarelli, Fiore Traditi, Anna Paola Massetti,
Vincenzo Vullo
Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali, Università degli Studi di Roma "La Sapienza", Roma

Introduzione

Nel corso degli ultimi anni in accordo con il costante incremento della popolazione immigrata in tutto il paese e a Roma e Provincia, in particolare, (le ultime stime della Caritas vedono salire a 300.000 unità le presenze straniere nella capitale) abbiamo visto aumentare il numero dei pazienti provenienti da paesi non-Unione Europea (UE) nella nostra pratica clinica (1).

Ciò ci ha posti nella necessità di mettere in campo nuove risorse per rispondere adeguatamente alla domanda di salute di tale tipologia di paziente fino all'attivazione, dal maggio 2003, di un servizio ambulatoriale per Stranieri presso il Dipartimento di Malattie Infettive e Tropicali dell'Università "La Sapienza" di Roma.

In questo studio abbiamo analizzato, attraverso anamnesi, storia clinica e colloqui, i casi di sei donne sieropositive provenienti da paesi non-UE che sono giunte alla nostra osservazione già madri o in stato di gravidanza o che avrebbero affrontato, successivamente, una gravidanza.

Obiettivo

Abbiamo focalizzato l'attenzione sui bisogni e sulle attese delle pazienti, sulle difficoltà incontrate nell'accedere alle strutture sanitarie, sulla disponibilità all'accoglienza di tale tipologia di paziente da parte della nostra struttura sanitaria e sulle carenze di risposte adeguate per programmare strategie di intervento attuabili.

Materiali e metodi

A partire dal 1 gennaio 2000 al 31 agosto 2004 presso il Day Hospital (DH) della I Divisione Universitaria del Dipartimento di Malattie Infettive (Prof. Vincenzo Vullo) sono state seguite sei pazienti sieropositive, provenienti da paesi non appartenenti all'Unione Europea, già madri o in stato di gravidanza, al momento della prima visita, o che avrebbero affrontato successivamente una gravidanza.

Abbiamo analizzato i dati anagrafici, il tempo di permanenza in Italia, la situazione legale, il grado di conoscenza della lingua italiana, l'attività lavorativa, l'iter sanitario percorso prima di giungere alla nostra osservazione, i dati anamnestici, l'andamento del follow-up, l'aderenza ai trattamenti terapeutici.

Caso clinico 1

TTE, donna etiopica, di 30 anni, coniugata con partner sieronegativo per HIV-Ab, lavora come collaboratrice domestica e beneficia di un regolare permesso di soggiorno. Vive in Italia da 14 anni ed ha una sufficiente conoscenza della lingua italiana.

Ha avuto cinque gravidanze (un figlio vivente, un aborto spontaneo e tre interruzioni volontarie di gravidanza).

Nel marzo 2002 viene ricoverata presso un Reparto di Malattie Infettive e dimessa con diagnosi di tubercolosi polmonare, infezione da HIV (C3), HbsAg positività. I dati immunovirologici al momento del riscontro dell'infezione da HIV erano i seguenti: $CD4^+$ T Cell $164/mm^3$, *HIVRNA* 46.878 copie/mL. Al momento della dimissione dal reparto di degenza viene inviata presso il nostro DH. La paziente viene sottoposta sia a terapia antitubercolare sia a terapia antiretrovirale. La paziente si è sempre mostrata scarsamente aderente alla terapia antiretrovirale.

Nel febbraio 2004 viene riscontrato uno stato di gravidanza con quadro immunovirologico pressoché immutato rispetto a quello di due anni prima ($CD4^+$ T Cell $182/mm^3$, *HIVRNA* 84.100 copie/mL) associato ad anemia (emoglobinemia 11 gr/dL).

Alla dodicesima settimana di gestazione, inoltre, viene diagnosticata una recidiva di tubercolosi polmonare con presenza di bacilli alcool-acido resistenti nell'espettorato per cui viene reinstaurata la terapia antitubercolare con rifampicina, isoniazide ed etambutolo associata a terapia integrativa con vitamina B6, acido folico e ferro.

Dalla quattordicesima settimana di gestazione alla suddetta terapia viene associata la terapia antiretrovirale con didanosina (DDI), lamivudina (3TC) e nevirapina (NVP). La NVP viene sostituita dal nelfinavir dopo quattro settimane a causa della comparsa di ipertransaminasemia.

Alla fine del terzo trimestre il quadro immunovirologico è ottimale: $CD4^+$ T Cell $311/mm^3$, *HIVRNA* non rilevabile; tuttavia l'anemia è peggiorata (emoglobinemia $9,4$ gr/d): la paziente ha assunto regolarmente la terapia specifica e quella antiretrovirale, ma non ha mai assunto la terapia marziale.

Durante la gravidanza non rispetta regolarmente gli appuntamenti per le visite e i controlli soprattutto per difficoltà logistiche, il marito, infatti, non sempre può accompagnarla.

Alla trentaseiesima settimana viene espletato il parto mediante cesareo e applicazione del protocollo terapeutico *Acquired Immunodeficiency Syndrome Clinical Trial Group* - ACTG 076 (2, 3) con nascita di un neonato in buona salute che risulta HIV-RNA negativo.

Caso clinico 2

GA, donna etiopica di 33 anni, coniugata con partner sieronegativo per HIV-Ab, vive in Italia da 11 anni, lavora come collaboratrice domestica ed ha un regolare permesso di soggiorno. Ha una scarsa conoscenza della lingua italiana.

Nel 2000 nel corso di un ricovero ospedaliero viene riscontrata la sieropositività per HIV-Ab del proprio figlio di 18 mesi. La paziente viene così a conoscenza di essere essa stessa affetta dalla stessa patologia.

Al momento della scoperta dell'infezione la paziente presentava il seguente quadro immunovirologico: (ottobre 2000) $CD4^+$ T Cell $395/mm^3$ *HIVRNA* 5.480 copie/mL. Si sottopone in modo irregolare ai controlli clinici presso il nostro DH e, nel dicembre 2002, inizia la terapia antiretrovirale con zidovudina (AZT), lamivudina (3TC) e abacavir con scarsa aderenza al

trattamento. A febbraio 2004, infatti, la situazione immunovirologica è la seguente: $CD4^+$ T Cell $268/mm^3$ HIVRNA 65.900 copie/mL. Si decide pertanto di sospendere la terapia in atto e di iniziare 3TC, stavudina (d4T) ed efavirenz (EFV) con buona risposta immunovirologica e buona aderenza al trattamento.

Dopo circa quattro mesi la paziente riferisce amenorrea, per cui viene sottoposta al test di gravidanza che risulta positivo. Viene immediatamente sospesa la terapia antiretrovirale.

Dalla quattordicesima settimana di gravidanza è in terapia con 3TC, AZT e NVP.

Ad oggi (sedicesima settimana) il decorso della gravidanza risulta nella norma e la paziente assume regolarmente la terapia.

Dall'inizio della gravidanza effettua regolarmente le visite di controllo e gli esami programmati. Spesso viene accompagnata da una volontaria dell'Associazione Archè (Organizzazione Non Lucrativa di Utilità Sociale) ed, inoltre, l'assistente sociale che segue la donna è in contatto con i medici curanti.

Caso clinico 3

THM, donna etiopica di 28 anni, convivente con partner sieronegativo per HIV-Ab, vive in Italia da 6 anni, ha una discreta conoscenza della lingua italiana, non ha il permesso di soggiorno, lavora in nero come collaboratrice domestica.

Ha avuto un aborto spontaneo nel 1999 ed ha un figlio di 8 mesi nato a Roma con infezione da HIV riscontrata a cinque mesi di vita. Dopo tale riscontro, nel novembre 2002, si sottopone essa stessa al test-HIV che risulta positivo.

Al momento della diagnosi l'infezione è già in stadio avanzato tanto che sviluppa una pneumocistosi polmonare per cui viene ricoverata (dicembre 2002). A quell'epoca i dati immunovirologici, in accordo con quelli clinici, documentano $CD4^+$ T Cell $65/mm^3$, HIVRNA 57.800 copie/mL.

Dopo il riscontro di tale infezione e della sieronegatività per HIV del partner, la paziente subisce maltrattamenti da parte del compagno. Tale situazione viene segnalata all'Associazione Archè che interviene e attualmente la mamma e il bambino sono ospiti presso una Casa Famiglia.

La paziente effettua regolarmente i controlli di follow-up così pure la terapia antiretrovirale con buona risposta terapeutica.

Caso clinico 4

GS, donna eritrea di 29 anni, convivente con partner sieronegativo per HIV, vive in Italia da 2 anni dove lavora come collaboratrice domestica, ha un regolare permesso di soggiorno, ma una scarsa conoscenza dell'italiano.

Nell'aprile 2003 in seguito alla comparsa di manifestazioni emorragiche viene ricoverata presso un nosocomio romano dove viene riscontrata l'infezione da HIV e viene quindi inviata presso il nostro DH. Il quadro immunovirologico iniziale (aprile 2003) è il seguente: $CD4^+$ T Cell $168/mm^3$, HIVRNA 53.300 copie/mL.

La paziente effettua in modo irregolare i controlli clinici e non assume regolarmente la terapia antiretrovirale. La comunicazione è notevolmente ostacolata dal problema linguistico, infatti, la paziente non solo ha una scarsa conoscenza dell'italiano, ma non conosce affatto l'inglese.

Nel gennaio 2004 viene riscontrato lo stato di gravidanza e la paziente, temendo il licenziamento e vivendo in un appartamento con altri inquilini, decide per l'interruzione di gravidanza.

La paziente effettua l'intervento di interruzione volontaria di gravidanza presso la Clinica Ginecologica del nostro nosocomio. Da allora non si è più presentata alle visite di controllo.

Caso clinico 5

MM, donna rumena di 22 anni, convivente con partner sieropositivo per HIV, vive in Italia da un anno. Non ha permesso di soggiorno e svolge attività di casalinga, ha una scarsa conoscenza della lingua italiana.

Giunge per la prima volta alla nostra osservazione nel giugno 2003, al sesto mese di gravidanza, avendo già effettuato un controllo ginecologico e degli esami ematochimici tra cui il test HIV risultato positivo.

È anemica (emoglobinemia 9,5 gr/dL) e presenta un'immunodepressione avanzata: $CD4^+ T$ Cell 389/mm³, *HIVRNA* 363.300 copie/mL.

Viene sottoposta a terapia antiretrovirale con DDI, 3TC, NVP e a terapia marziale. Aderisce al trattamento e si presenta regolarmente agli appuntamenti per le visite e per gli esami di controllo. Prima del parto il quadro immunovirologico è ottimale con non-rilevabilità della carica virale.

Il parto viene espletato mediante cesareo e applicazione del protocollo terapeutico ACTG 076 (2, 3) e porta alla nascita di una neonata in buono stato di salute HIV-RNA negativa.

Dopo il parto (settembre 2003) la paziente scompare.

La paziente si ripresenta in DH, accompagnata dal partner, sette mesi dopo con una nuova gravidanza di cinque settimane.

Si tratta di una gravidanza non programmata, che giunge in un momento in cui la famiglia vive in una situazione di irregolarità, ha difficoltà economiche, abita in una stanza di un appartamento con altri connazionali. Il compagno vorrebbe interrompere la gravidanza, ma la paziente non è d'accordo. Allora si propone alla coppia di incontrare un assistente sociale dell'Associazione Archè. La proposta è accettata e seguono due incontri. L'assistente sociale illustra i diritti e le possibilità di aiuto per superare il momento di difficoltà: ovvero la possibilità di ottenere il permesso di soggiorno per gravidanza per la paziente, la possibilità di usufruire di sovvenzioni da parte del Comune, l'aiuto immediato dal Banco Alimentare (ONLUS) per la bambina già nata (fornitura di pannolini, latte in polvere, ecc.). Tuttavia l'atteggiamento del compagno è di totale sfiducia, di diffidenza e di sospetto e a più riprese dice: "nel mio paese non ho mai avuto bisogno dell'aiuto di nessuno", per contro si osserva un assoluto condizionamento della paziente rispetto alla volontà del compagno.

Il compagno vorrebbe che la paziente rientrasse in Romania con la bambina già nata prima del secondo parto.

Attualmente la paziente è ancora in Italia, sta effettuando terapia antiretrovirale, ma non rispetta tutti gli appuntamenti per difficoltà di spostamento, il partner non l'accompagna quasi mai e spesso deve portare la bambina di un anno con sé.

Caso clinico 6

DV, donna moldava di 26 anni, di religione ortodossa, vive in Italia da tre anni, è divorziata, convive con partner sieronegativo per HIV di religione musulmana. Ha una buona conoscenza

dell'italiano e un regolare permesso di soggiorno. Viene inviata al nostro DH dal proprio ginecologo dopo essere risultata sieropositiva al test HIV al I trimestre di gravidanza.

Alla prima visita la paziente è accompagnata dal partner che la sostiene. Il quadro immunovirologico è il seguente: (giugno 2004) *CD4+ T Cell 396/mm3*, *HIVRNA 27.700 copie/mL*. Dalla XIV settimana di gravidanza è sottoposta a terapia con: 3TC,AZT,NVP, con buona risposta terapeutica.

Il parto con cesareo e applicazione del protocollo terapeutico ACTG 076 (2, 3) porta alla nascita di un neonato in buono stato di salute HIV-RNA negativo.

Conclusioni

Il monitoraggio clinico e il trattamento farmacologico effettuato dalle pazienti durante la gravidanza sono risultati efficaci nel prevenire la trasmissione verticale dell'infezione da HIV nei tre nati. Abbiamo osservato che le pazienti non aderenti al trattamento antiretrovirale prima della gravidanza, divengono, poi, estremamente collaboranti, durante la gestazione, essendo fortemente motivate dal timore di poter contagiare il proprio figlio.

È fondamentale un *counselling* efficace che è stato talvolta estremamente difficoltoso sia per il fatto che la coppia era discordante (5 delle sei pazienti hanno il partner sieronegativo) sia per la difficoltà linguistica. Presso la nostra struttura universitaria è presente un solo mediatore culturale di madrelingua araba che non ha potuto esserci di aiuto né con le pazienti africane, né con la paziente rumena. Non esistono peraltro moduli o materiale informativo sanitario in versione multilingue, che potrebbe facilitare l'accesso alla struttura sanitaria da parte delle pazienti straniere. Le difficoltà di spostamento per raggiungere i luoghi di cura e la paura di perdere il lavoro sono le motivazioni più spesso addotte per giustificare il mancato rispetto degli appuntamenti per le visite e per gli esami di controllo. In quanto a ciò la struttura organizzativa del DH permette, nei limiti del possibile, di ottimizzare i tempi concentrando in una giornata più controlli sanitari.

Abbiamo inoltre potuto osservare che interventi che vedono la struttura sanitaria operare di concerto con operatori sociali hanno maggiore efficacia, migliorano la qualità del servizio e sono quindi da implementare per il futuro, non perdendo di vista che la richiesta di salute da parte di questa tipologia di paziente è intesa in senso ampio e non strettamente connessa alla sola malattia fisica.

Bibliografia

1. Caritas. *Dossier Statistico Immigrazione*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.caritasroma.it/Prima%20pagina/Dossier2004.asp>; ultima consultazione 9/06/06.
2. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, *et al.* Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994;331(18):1173-80.
3. Lallemand M, Jourdain G, Kim S, *et al.* A trial of shortened zidovudine regimens to prevent mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *N Engl J Med* 2000; 343(14):982-91.

I COLORI DELLA SALUTE: INTERVENTI RIVOLTI A CITTADINI STRANIERI NELL'AZIENDA SANITARIA LOCALE RM/A DI ROMA

Fabio De Angelis, Daniela Lorenzetti
Azienda Sanitaria Locale RM/A, Roma

Introduzione

La città di Roma accoglie un numero elevato di stranieri, residenti e non, una varietà di provenienze diverse, un mosaico quindi di culture, di lingue e di approcci alla salute che rappresentano una sfida sui temi dell'integrazione e dell'interculturalità. In particolare alcune aree della città registrano, come ad esempio il centro storico, un'incidenza di residenti stranieri sulla popolazione locale di oltre il 16% che, con la recente "regolarizzazione" e i ricongiungimenti familiari è senz'altro in costante aumento.

Il Progetto annuale "I colori della salute", finanziato in base al DL.vo n. 286/1998, si articola sui Distretti Sanitari I e II della Azienda USL RM/A, coincidenti con i territori del I Municipio (Centro storico comprendente anche l'Esquilino) e del II Municipio (Flaminio, Parioli, Pinciano) del Comune di Roma. Due realtà territoriali diverse, nelle quali per ragioni lavorative, abitative, di transito vi è un'elevata presenza di persone straniere, come si evince dalla Figura 1, dove per ciascuna municipalità dell'area metropolitana di Roma è riportata la proporzione di stranieri residenti.

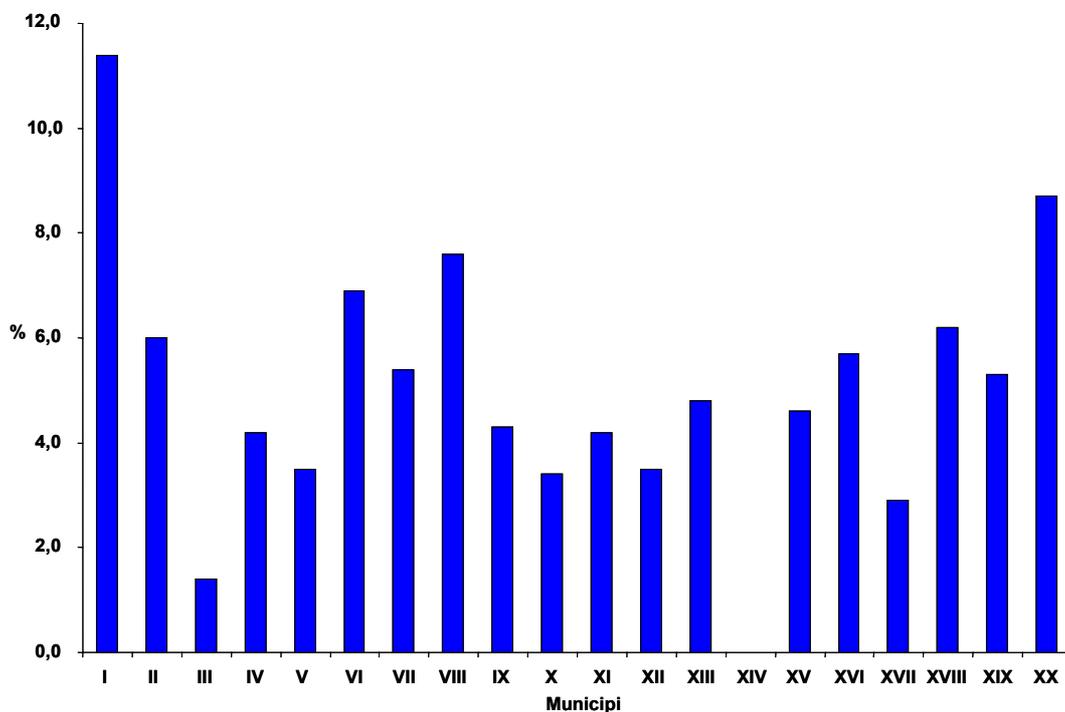


Figura 1. Presenza di persone straniere nei Municipi dell'area metropolitana di Roma.
Fonte: ISTAT Censimento 2001.

I dati ufficiali del Censimento vanno maggiorati tenuto conto dell'incidenza dei bambini stranieri inseriti a scuola, come sottolinea il Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca (MIUR), la recente sanatoria e i ricongiungimenti familiari.

La riflessione che ha condotto alla elaborazione del Progetto riguarda la qualità dell'offerta di salute da parte dei servizi, qualità che può alimentare o funzionare da deterrente rispetto alla domanda. Nel primo caso servizi a "bassa soglia", disponibili, dedicati a particolari patologie e/o condizioni, di facile accessibilità, raggiungibili per orari, modalità burocratico-amministrative, possono incrementare la ricerca attiva di soluzioni ad un proprio bisogno di salute; di contro scarsa "preparazione" e disponibilità del personale, collocazione e orari, rappresentano ostacoli insormontabili e allontanano la popolazione straniera da possibili programmi preventivi e di tutela. In particolare la domanda di servizi si manifesta successivamente al primo periodo di insediamento, quando il progetto migratorio assume caratteristiche di stanzialità e lo stress da adattamento e/o le nuove prospettive di vita conducono ad una maggiore attenzione alla salute. "In questa fase epidemiologica il problema da affrontare è soprattutto quello di aggiustare l'offerta di assistenza pubblica in modo da renderla visibile, facilmente accessibile, attivamente disponibile e in sintonia con i bisogni di questi nuovi gruppi di popolazione"¹

Recenti studi sul campo e un confronto costante con gli operatori dei servizi socio-sanitari hanno individuato le aree del sistema dei servizi che vengono percepite come critiche dalla popolazione immigrata; in particolare sono le aree dell'accoglienza e della comunicazione.

In tal senso è indicativo il dato riguardo la scarsa iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale di cittadini stranieri aventi diritto.

Obiettivi

Obiettivo generale del Progetto è favorire l'integrazione sociale dei cittadini stranieri, garantendo il rispetto delle radici culturali, attraverso un processo di conoscenza e confronto sui temi della salute, allo scopo di attuare azioni di promozione della salute e di protezione sociale attraverso l'*empowerment* delle comunità di immigrati.

Il cambiamento della struttura sociale in atto e la diversità linguistica e culturale che emerge nell'incontro tra operatori di servizi e cittadini stranieri utenti porta ad un'importante modifica di comportamenti da entrambi le parti; l'esperienza transculturale in atto cambia sia il cittadino italiano che il cittadino straniero, dando spessore e ampliando le prospettive di incontro nei servizi. Si pensi a tal proposito ai vissuti sulla gravidanza e la maternità, al rapporto con anziani e disabili da parte di persone "badanti", alla prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmesse (MST), quali l'HIV.

Tale cambiamento necessita di risorse mirate per rispondere in modo attento ed efficace ai bisogni posti dalla nuova complessità socio-culturale, dalle difficoltà relazionali, alla comunicazione tra operatori socio-sanitari e utenti dei servizi.

In tale contesto il Progetto "I colori della salute" intende stabilire un ponte, una conoscenza reciproca sui temi della cultura della salute con otto comunità straniere rappresentative di altrettante aree di provenienza, presenti nei territori dei Distretti Sanitari I e II. La presenza di otto mediatori linguistico-culturali che intervengono durante gli incontri nel processo di confronto sul concetto di salute/malattia e del prendersi cura, ha attivato un'intermediazione per superare eventuali difficoltà comunicative e di comprensione tra persone appartenenti a culture

¹ Salvatore Geraci, Convegno National Focal Point italiano, Istituto Superiore di Sanità, Roma, 17/11/2004.

diverse. Ciò, soprattutto, per agevolare il dialogo sui sistemi di codici e di valori culturali, garantendo il rispetto delle differenze attraverso un percorso di incontro.

La mediazione ha lo scopo anche di individuare i bisogni che riguardano momenti di particolare delicatezza e fragilità nell'esistenza di ogni persona.

Gli incontri con le singole comunità promuovono:

- la conoscenza reciproca sui diversi approcci culturali ai temi della salute (abitudini alimentari nei diversi contesti climatici, prevenzione delle MST, uso dei farmaci, misure di profilassi e ogni altro tema di interesse specifico evidenziato dalle singole comunità);
- la formazione di opinion leader, all'interno delle otto comunità, con il ruolo di facilitatori al fine di favorire e agevolare l'impatto dei cittadini stranieri con i servizi e, contestualmente, fornire elementi di riflessione e comprensione agli operatori dei servizi stessi;
- la messa a punto di materiale informativo in lingua madre che contenga, per ogni singola comunità, contenuti, informazioni, orientamenti, ritenuti utili in quello specifico contesto culturale;
- la definizione di utili strumenti conoscitivi per operatori dei servizi impegnati in attività socio-sanitarie dove vi è un'alta affluenza di persone straniere e in quei servizi a carattere preventivo. Ciò al fine di promuovere azioni efficaci nei confronti di gruppi di popolazione straniera, che, spesso, si autoesclude per difficoltà di ordine culturale e logistico, da programmi di prevenzione.

Materiali e metodi

Il Progetto si svolge nel I Distretto Sanitario della ASL RM/A dove la proporzione di stranieri tra l'utenza dei molteplici servizi presenti è molto alta (soprattutto Consultorio familiare, Medicina del lavoro, Prevenzione MST). Si tratta di stranieri non solo residenti nel I Municipio, ma, data la collocazione strategica di molti servizi (Stazione Termini, Piazza Vittorio, Trastevere) anche di persone che vi afferiscono per ragioni di lavoro, di transito, di incontro, per la presenza di associazioni dedicate e di molti luoghi di culto. Le comunità più rappresentate sono: Cinese, Rumena, Maghrebina, Ucraina e Polacca.

Il II Distretto Sanitario ha caratteristiche diverse in quanto è costituito prevalentemente da un ceto medio-alto di popolazione autoctona, con alta percentuale di anziani, alla quale corrisponde una presenza di popolazione straniera impegnata in attività domestiche e di assistenza. Le comunità individuate sono: Filippina, Cingalese e Latino americana.

La durata del Progetto è di dodici mesi. La metodologia adottata è quella dell'analisi partecipata della qualità dell'intervento posto in essere, quindi il Progetto è valutato nel suo sviluppo, in itinere, e nei risultati, attraverso un monitoraggio periodico con idonei strumenti di valutazione che coinvolgano i cittadini stranieri partecipanti. I risultati verranno restituiti alle comunità e ai servizi socio-sanitari dei distretti coinvolti nell'intervento.

Il Progetto prevede una stretta collaborazione con i Consiglieri eletti nei due Municipi, con la Consulta delle Comunità straniere presente nel II Municipio e una integrazione con i rispettivi piani di zona.

Bibliografia

1. Mazzetti M. *Il dialogo transculturale*. Roma: Carocci Faber; 2003.
2. Sayad A. *La doppia assenza*. Milano: Raffaello Cortina; 2002.

3. Susi F. *Come si è stretto il mondo*. Roma: Armando; 1999.
4. Regione Lazio, Assessorato Sanità. *Linee guida per l'assistenza sanitaria agli stranieri non appartenenti alla UE*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.csii.fe.it/index.phtml?id=19>; ultima consultazione 9/06/06.
5. Caritas/Migrantes. *Immigrazione. Dossier Statistico 2004. XIV Rapporto*. Roma: IDOS; 2004.

CONDIVIDERE LA SALUTE PER CONDIVIDERE IL FUTURO

Luigi Toma, Emma Pizzin, Gennaro Franco, Lorenzo Nosotti, Ottavio Latini e Aldo Morrone
*Struttura Complessa di Medicina Preventiva delle Migrazioni, del Turismo e di Dermatologia Tropicale,
IRCCS S. Maria e S. Gallicano, Roma*

Introduzione

Il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) è stato profondamente rimodellato da vincoli e condizionamenti economici imposti dalla necessità di razionalizzare la spesa pubblica e negli ultimi dieci anni si è assistito ad un significativo ingresso di elementi concorrenziali in un sistema precedentemente caratterizzato da una concezione centralistica. L'evoluzione federalista può rappresentare un ulteriore momento di transizione verso un sistema più efficiente, ma è tuttora necessario fare chiarezza sulle condizioni essenziali per lo sviluppo di un sistema federalistico pienamente realizzato e rispondente sia alle necessità di un'economia di mercato, sia ai bisogni di salute della popolazione.

Il principio di sussidiarietà, proprio di una tale organizzazione, pone la salute come diritto/dovere del singolo. La salute però è anche compito dello Stato e della società civile. Decentramento e autonomie locali sono oggi alla base di un sistema sanitario che affida alle Regioni e ai Comuni i compiti più importanti per la gestione, gli investimenti e la pianificazione degli interventi sanitari pubblici.

Anche le nuove tendenze della "Governance" a livello internazionale vanno nel senso della sussidiarietà orizzontale e del partneriato sociale, vale a dire dei rapporti di cooperazione tra amministrazione pubblica, imprese e settore no profit per la produzione di beni e servizi.

Questa strutturazione del SSN è stata istituzionalizzata attraverso tre riforme fondamentali nella loro sinergia: la Riforma Istituzionale, quella Sanitaria e quella Sociale.

Erogazione e fruibilità dei servizi sanitari

Molti studi epidemiologici hanno suggerito e confermano a tutt'oggi la presenza di alcune difficoltà nel garantire l'equità del diritto all'accesso ai servizi sanitari e i risultati pratici di questa situazione verranno esaminati e descritti nel prossimo paragrafo. Queste difficoltà derivano a volte da contesti occasionali e particolari, ma in altri casi sono invece dipendenti da aspetti strutturali dei servizi e, come tali, possono essere superate se opportunamente identificate e corrette. A tale proposito possono essere identificati tre principali ambiti di intervento:

- 1) L'organizzazione su base regionale e locale del SSN. In tale ambito si evidenziano tre importanti aree critiche:
 - le nuove norme di sperimentazione gestionale di assistenza indiretta o di assistenza mista pubblico-privato;
 - le diseguaglianze geografiche nella disponibilità dei servizi per particolari gruppi di persone (anziani e malati con disturbi psichiatrici) derivano dal trasferimento delle

relative competenze dall'area di assistenza sociale a quella di assistenza sanitaria locale e come tali sono soggette alle scelte discrezionali che le amministrazioni locali intraprendono sulla base delle risorse;

- ulteriori disuguaglianze, già presenti in passato, riguardano l'utilizzo dei servizi sanitari specialistici. Infatti, a differenza di quanto è accaduto per l'accesso alla medicina di base, ormai tendenzialmente egualitario, l'utilizzo della medicina specialistica, soprattutto di quella più qualificata, non è proporzionale al bisogno e cambia con la posizione sociale.

2) Nel SSN, a tutti i livelli, non c'è separazione né distinzione tra i soggetti responsabili della tutela della salute e quelli responsabili della produzione dei relativi servizi.

Il SSN, istituzionalmente pubblico, ricopre un ruolo dominante nella tutela della salute perché obbliga tutte le persone ad assicurarsi con esso. Ne deriva un difetto implicito: il soggetto che eroga le prestazioni è contemporaneamente anche quello che finanzia il sistema. Teoricamente è un sistema solidale universalistico, ossia garantisce prestazioni a tutti tramite strutture pubbliche e/o private/convenzionate. Nei fatti questo ruolo monopolistico del SSN come unico assicuratore della salute degli italiani viene a volte contraddetto:

- dalla quantità dei servizi sanitari pagati direttamente dai cittadini *out of pocket* a quegli stessi "erogatori istituzionali" del SSN che avrebbero dovuto fornire le stesse prestazioni gratuitamente;
- dalla quota crescente di assicurazioni private cosiddette "integrative", ma di fatto "sostitutive";
- dalla previsione esplicita di fondi integrativi, a carico del SSN, per alcune prestazioni escluse dai Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) e che non sono peraltro omogenee sull'intero territorio nazionale.

Gran parte della spesa del SSN è assorbita da prestazioni erogate ai gruppi sociali più deboli, ma l'immagine di equità e solidarietà del sistema viene offuscata dai dati di inefficacia di seguito riportati. Spesso il SSN non è in grado di rispondere ai bisogni di salute reali per un inadeguato orientamento delle risorse disponibili e quelle dedicate alla salute vengono a volte "limitate" in quanto il SSN concorre per le stesse risorse con altri sistemi di produzione di beni e servizi (energia, trasporti, sociale, istruzione, tempo libero, ecc). Ne consegue che i servizi sanitari con sempre maggiore frequenza sono impegnati a produrre "prestazioni" di prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione avendo come interesse prioritario quello di massimizzare i ricavi e minimizzare i costi.

Recenti analisi sulla distribuzione per classe sociale delle prestazioni del SSN sembrano confermare quanto detto finora:

- tassi di ospedalizzazione nelle classi sociali più svantaggiate maggiori del 50% rispetto alle classi sociali medio-alte;
- le persone di livello socioeconomico inferiore hanno, a parità di bisogno reale e di gravità di malattia, minori probabilità di ricevere cure efficaci e appropriate;
- evidenti svantaggi sociali nell'accesso alla prevenzione primaria, alla diagnosi precoce e alle cure tempestive e appropriate;
- difficoltà nell'accesso quotidiano ai servizi, per insufficienti informazioni sulle prestazioni, scarsa conoscenza delle strutture erogatrici, delle liste di attesa, delle tariffe e dei percorsi (1, 3).

Indicatori sanitari di diseguaglianza

Si ricordano qui, come già detto in precedenza, solo alcuni tra i principali indicatori sanitari di disuguaglianza in Italia.

Salute dei minori

Tra i 25.000 bambini nati in Italia nel 2001 da almeno un genitore straniero sono più frequenti la prematurità, il basso peso alla nascita, la mortalità neonatale e i calendari vaccinali sono effettuati in ritardo o in modo incompleto specie nelle popolazioni nomadi; inoltre un bambino nato in una famiglia povera ha una probabilità 2.5 volte più elevata di morire mentre è ancora in età infantile rispetto ad un coetaneo nato in una famiglia ricca (4-6).

Povertà

Lo stato di salute delle persone povere, poco istruite e/o socialmente escluse è peggiore rispetto alle altre. Il “rischio di povertà” presenta una scala diversa a seconda della misura e della metodologia utilizzata: l'indicatore comunitario, basato sui redditi, evidenzia un tasso di povertà compreso tra il 18% e il 19%, mentre quello nazionale, basato sui consumi, si situa tra il 12% e il 14% (7-8).

Invecchiamento

L'invecchiamento della popolazione è correlato con una più elevata prevalenza delle malattie cronico-degenerative e il SSN solo ora sta cercando di dotarsi di misure alternative al ricovero tradizionale per lungodegenti. Inoltre, molti anziani sono anche indigenti e non autosufficienti: gli italiani che hanno bisogno di assistenza sono oggi 2,7 milioni, il 5% della popolazione, di cui il 73,2% anziani. L'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) rivela che in Italia il 2,8% degli ultra-65enni non autosufficienti sono assistiti a domicilio, rispetto al 5,5% della Gran Bretagna, al 6,1% della Francia, al 9,6% della Germania (8).

Disoccupazione

L'Eurispes, nel Rapporto Italia 2004 (8) stima che oltre 5 milioni e mezzo di persone (pari a poco meno di un quinto dell'attuale popolazione attiva) svolgano varie forme di lavoro nero in modo continuativo o saltuario; questi lavoratori “fantasma” non hanno alcuna tutela sanitaria.

Immigrati

I lavoratori immigrati, specie se irregolari, affrontano gravi rischi per il loro diritto alla salute quando vengono reclutati o impiegati al di fuori della legalità: a) maggiore frequenza, in confronto alla popolazione italiana, dei ricoveri causati da traumatismi (5,7% negli stranieri contro il 4,8% negli italiani); b) tasso di incidenza degli infortuni tra gli stranieri sensibilmente più elevato rispetto agli italiani (55,6% contro 43,2% ogni 1.000 lavoratori); c) la percentuale dei casi di tubercolosi in persone straniere è in costante aumento (dall'8,1% nel 1992 al 16,6% nel 1998); d) per quanto riguarda l'infezione da HIV/AIDS, i dati evidenziano un costante e rapido aumento nel tempo della proporzione dei casi AIDS notificati in stranieri (dal 3,0% nel 1982-'93 al 14,5% nel 2004); e) il fenomeno della prostituzione è rilevante, con una stima di prostitute immigrate in Italia per l'anno 2002 compresa tra circa 40.000 e 60.000 esseri umani; f) per quanto riguarda la salute della donna immigrata, si ricordano l'alto tasso di abortività, la scarsa informazione sanitaria, la presenza di mutilazioni genitali femminili (9-16).

Detenuti

Secondo recenti dati del Ministero di Grazia e Giustizia, al 31 dicembre 2003 il numero dei detenuti era pari a 54.237 a fronte di una disponibilità delle infrastrutture pari a 41.943 posti. Il sovraffollamento e le conseguenti precarie condizioni igienico-sanitarie rappresentano le principali cause di scarsa salute fisica e mentale. Dal 1995 ad oggi si è registrato un costante

aumento delle morti in carcere, specie tra i giovani; nello stesso periodo di tempo circa la metà delle 500 persone morte aveva meno di quarant'anni. Solo nel 2003 i suicidi in carcere sono stati 67, di cui due in minorenni (17, 18).

Conclusioni

Affinché il SSN possa trovare soluzioni efficaci per il miglioramento della salute pubblica è necessario realizzare una nuova prospettiva che sia caratterizzata dalla “multicausalità” e dalla “multisetorialità” degli interventi sanitari che dovranno considerare malattia, inabilità e qualità di vita come il risultato dell'interazione tra biologia umana, stili di vita e fattori ambientali.

Questo innovativo approccio potrà realizzarsi solo attraverso azioni comuni e singoli progetti coordinati e attuati da strutture del SSN (Ospedali, Aziende Sanitarie Locali, Istituti di Ricerca e Cura a Carattere Scientifico, Medici di Medicina Generale e del Lavoro), ma concertati, proposti e finanziati da enti pubblici (Ministeri della Salute, dell'Interno, della Pubblica Istruzione, del Lavoro, di Grazia e Giustizia; Amministrazioni di Regioni, Province e Comuni) e privati (Fondazioni, Organizzazioni Non Governative, e altre istituzioni del privato sociale). Uno sviluppo sistematico di tali attività interdisciplinari, con la supervisione di organi internazionali di sorveglianza potrebbe fornire, entro i prossimi 5-7 anni, utili indicazioni sull'efficacia dei metodi di prevenzione, diagnosi e cura interdisciplinari e ottenere risultati immediatamente fruibili, estendibili e ripetibili su tutto il territorio nazionale.

È stato ormai riconosciuto a livello internazionale che i sistemi sanitari possono contribuire ad uno sviluppo economico nel suo senso più ampio (19-24). Non si può dimenticare, infatti, che “La malattia incide pesantemente sullo sviluppo economico... Ma lo sviluppo economico richiede individui che siano più che appena sani [...]. Lo sviluppo economico è un processo multisetoriale e la strategia per uno sviluppo economico deve costruirsi su una vasta gamma di investimenti sociali così come le strategie devono implementare gli investimenti nel settore privato” (24).

La conferma scientifica di tale importante conclusione ci viene proposta anche dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) che, in un recente documento pubblicato dall'Ufficio Regionale per l'Europa dell'OMS presenta alcuni esempi di come i Sistemi Sanitari della Regione Europea, che comprende 52 Stati e un totale di oltre 900 milioni di abitanti, possono contribuire a ridurre la povertà e a migliorare la salute pubblica. Sebbene nello stesso documento si riconosca che è difficile raccomandare in tutta l'Europa politiche e metodi simili, crediamo che alcuni degli esempi riportati in questo studio possano facilmente essere ripetuti in altre realtà dello stesso paese. Infatti la riproducibilità di modelli innovativi di assistenza socio-sanitaria all'interno di uno stesso paese si basa necessariamente sulla legislazione comune e sull'insieme di pratiche, valori sociali e aspettative sostanzialmente condivisi dalla comunità nazionale (24).

Bibliografia

1. Bugio A, Moccaldi R, Battisti A, Cruciali S, Spagnolo A. *I determinanti socio-economici dello stato di salute della popolazione italiana*. Roma: IIMS Editore; febbraio 2003. Anche disponibile all'indirizzo: http://e-ms.cilea.it/archive/00000056/01/Pubblicazione_per_intero.pdf; ultima consultazione 13/06/06.
2. *Quarto Rapporto sulle politiche della cronicità in Italia 2003*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cittadinanzattiva.it/content/view/106/137/>; ultima consultazione 13/06/06.

3. Tribunale dei Diritti del malato. *Cittadinanza Attiva, Rapporto Audit Civico 2003*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.cittadinanzattiva.it/dyn/doc/297.zip>; ultima consultazione 10/07/06.
4. ICONA (gruppo di lavoro). *ICONA: Indagine nazionale sulla copertura vaccinale infantile*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 1998. (Rapporti ISTISAN 98/33).
5. Materia E, Rossi L, Spadea T, Cacciani L, Baglio G, Cesaroni G, Arca M, Perucci CA. Hysterectomy and socioeconomic position in Rome, Italy. *J Epidemiol Community Health* 2002;56(6):461-5.
6. Di Lallo D, Perucci CA, Bertollini R, Mallone S. Cesarean section rates by type of maternity unit and level of obstetric care: an area-based study in central Italy. *Prev Med* 1996;25(2):178-85.
7. Miceli M, Di Lallo D, Perucci CA. Absence of economic barriers does not reduce disparities in the access to renal transplantation: a population based study in a region of central Italy. Dialysis Register of Lazio Region. *J Epidemiol Community Health* 2000;54(2):157-8.
8. EURISPES Rapporto Italia 2004 *Percorsi di Ricerca nella Società Complessa*. Disponibile all'indirizzo: <http://www.eurispes.it/visualizzaRicerche.asp?val=4>; ultima consultazione 10/07/06.
9. Spinelli A, Grandolfo ME, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. *Gravidanza e parto tra le donne immigrate a Roma*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. (Rapporti ISTISAN 03/6).
10. Spinelli A, Grandolfo ME, Donati S, Andreozzi S, Longhi C, Bucciarelli M, Baglio G. Assistenza alla nascita tra le donne immigrate. In: Morrone M, Spinelli A, Geraci S, Toma L e Andreozzi S (Ed.). *Immigrati e zingari: salute e disuguaglianze*. Roma: Istituto Superiore di Sanità; 2003. (Rapporti ISTISAN 03/4). pp.11-22.
11. Donati S, Spinelli A, Grandolfo ME, Baglio G, Andreozzi S, Pediconi M, Salinetti S. L'assistenza in gravidanza, al parto e durante il puerperio in Italia. *Ann Ist Super Sanità* 1999;35(2):289-26.
12. Suligo B, Boros S, Camoni L, Lepore D. AIDS cases in Italy: update to 31 December 2004. *Not Ist Super Sanità* 2004;17(4) Suppl 1.
13. Morrone A, Mazzali M (Ed.). *Le stelle e la rana. La salute dei migranti: diritti e ingiustizie*. Milano: Franco Angeli Editore; 2000.
14. Morrone A, Mazzali M, Pistolese A (Ed.). *Oltre il colore della pelle. Italia crocevia di migranti e culture*. Roma: Bagatto Libri; 1999.
15. Morrone A, Mazzali M, Tumiat MC (Ed.). *La babele ambulante. Parole intorno ai mondi che migrano*. Roma: Sensibile alle foglie Editore, Dogliani; 2000.
16. Pittau F, Spagnolo A (Ed.). *Immigrati e rischio infortunistico in Italia*. Roma: IIMS; 2003.
17. Anastasia S, Gonnella P (Ed.). *Inchiesta sulle carceri italiane*. Roma: Carocci; 2002.
18. *Suicidio al Minorile - Il Manifesto* 19 Novembre 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.associazioneantigone.it/Index3.htm>; ultima consultazione 10/07/06.
19. Allin S et al. *National approaches to public health in eight countries* [unpublished]. London, European Observatory on Health Systems and Policies, 2003. Disponibile all'indirizzo: [http://www.google.it/search?q=22.%09Allin+S+et+al.+National+approaches+to+public+health+in+eight+countries+%";](http://www.google.it/search?q=22.%09Allin+S+et+al.+National+approaches+to+public+health+in+eight+countries+%) ultima consultazione 10/07/06.
20. Maynard A, Dixon A. Voluntary health insurance and medical savings account: theory and experience. In: Mossialos A et al.. *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press, 2002.
21. Sandier S et al. France. In: Dixon A, Mossialos E, (Ed.). *Health care systems in eight countries: trends and challenges*. Report commissioned by the Health Trends Review, HM Treasury. London, European Observatory on Health Care Systems, 2002.

22. Robinson R. User charges for health care. In: Mossialos E, *et al.* (Ed.). *Funding health care: options for Europe*. Buckingham: Open University Press; 2002.
23. Mossialos E, Dixon A, Figueras J and Kutzin J (Ed.). *Funding health care: options for Europe*. European Observatory on Health Care Systems Series. Buckingham: Open University Press; 2002.
24. Ziglio E, Barbosa R, Charpak Y, Turner S. *Health systems confront poverty*. Public Health Case Studies n.1, WHO European Office for Investment for Health and Development. Geneva. 2004.

ASSISTENZA SOCIO-SANITARIA AGLI IMMIGRATI CON INFEZIONE DA HIV/AIDS A BRESCIA

Maria Chiara Pezzoli (a, b), Issa El-Hamad (a, b), Carmelo Scarcella (a), Gian Pietro Cadeo (b),
Carla Scolari (a), Gianpiero Carosi (b)

(a) Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale dell'ASL, Brescia

(b) Dipartimento di Malattie Infettive, Spedali Civili di Brescia, Brescia

Introduzione

La Provincia di Brescia è stata fortemente interessata dal fenomeno dell'immigrazione straniera fin dall'inizio degli anni '80. Tuttavia soprattutto in questi ultimi anni si è assistito ad un rapido e cospicuo aumento del flusso di migranti a livello locale tanto che, nel panorama nazionale, questa area rappresenta oggi il terzo polo per numero assoluto di immigrati, dopo Roma e Milano, ed è al primo posto in termini di percentuale sulla popolazione generale. Si calcola infatti che circa 135.000 immigrati siano attualmente presenti sul territorio provinciale, con una prevalenza sulla popolazione generale del 13%, di gran lunga superiore alla media nazionale.

Come accade anche in altre realtà regionali del nostro paese, nonostante l'accesso alle strutture sanitarie sia garantito dalla normativa vigente per gli immigrati regolari e irregolari, circa il 30% dei migranti regolari non si iscrive al Servizio Sanitario Nazionale o non rinnova la tessera sanitaria e la maggiore parte dei migranti clandestini incontra, oggi, molte difficoltà nell'accesso e nella fruizione delle prestazioni sanitarie. Di conseguenza, anche nella nostra esperienza, una parte non trascurabile degli immigrati si colloca di fatto al di fuori dei normali meccanismi di accesso e dei percorsi di assistenza socio-sanitaria.

In questa popolazione, la conoscenza del profilo clinico-epidemiologico e delle sue dinamiche di evoluzione nel tempo, delle caratteristiche socio-demografiche e la corretta lettura dei bisogni di salute, costituiscono una tematica rilevante per il Servizio Sanitario Nazionale e Regionale (SSN/R).

Per questi motivi, l'Azienda Sanitaria Locale di Brescia ha istituito il Centro di Salute Internazionale e di Medicina Transculturale (CSI) ed ha attivato al suo interno un osservatorio epidemiologico permanente sul fenomeno migratorio locale. Inoltre, da tempo è funzionante presso l'Azienda Spedali Civili di Brescia il Centro Patologia del Migrante (CPM) per gli interventi di secondo livello relativi alla cura, alla diagnosi, alla terapia e allo studio delle patologie infettive a carico dei soggetti immigrati afferenti al Dipartimento di Malattie Infettive. Le due strutture svolgono le loro attività in stretta collaborazione in modo da permettere una continuità dell'intervento sanitario sia a livello ospedaliero che a livello territoriale.

Lo scopo di questo lavoro è quello di illustrare l'esperienza di una struttura sanitaria pubblica del Nord nell'assistenza agli immigrati attraverso i risultati preliminari di due specifici studi recentemente condotti in tema di migrazione ed HIV.

Primo studio. Indagine epidemiologica relativa a immigrati afferenti ad un centro territoriale di assistenza di primo livello

Obiettivi

L'obiettivo del primo studio, tuttora in corso presso il CSI, è quello di valutare l'accettabilità di un'indagine epidemiologica facoltativa sullo stato sierologico per determinati agenti infettivi in immigrati afferenti ad un centro territoriale di assistenza di primo livello.

Materiali e Metodi

Lo studio è di tipo prospettico e prevede i seguenti criteri di inclusione: età maggiore di 18 anni, provenienza da paesi extra-Comunità Europea e formale adesione all'indagine mediante un consenso informato verbale e scritto. Per tutti i pazienti arruolati è stata compilata una specifica scheda raccolta dati e, dopo visita medica, sono stati inviati al laboratorio per eseguire un prelievo ematico per la ricerca degli anticorpi anti epatite A (HAV-Ab IgG), epatite B (HBsAg, HBsAb, HBcAb, HbeAb), epatite C (HCV-Ab), virus dell'immunodeficienza umana (HIV-Ab), sifilide (TPHA, VDRL).

Risultati

I dati clinici e sierologici ottenuti sono stati trasferiti in un apposito database e analizzati con un pacchetto statistico Statistical Package Social Sciences versione 11.0. Dei 360 soggetti a cui è stato proposto di aderire allo studio, 294 (91,8%) hanno fornito il consenso, di questi il 58,5% (172/294) si è di fatto sottoposto al prelievo ematico. Le caratteristiche generali della popolazione in studio sono: sesso maschile nel 52,3% (90/172), età media pari a 32 anni (range 18-55), epoca mediana di migrazione di 13 mesi (range 0,6-205,87), provenienza dall'Europa nel 39,2%, dall'Africa Sub-sahariana nel 31,3%, dal Nord Africa nel 11,6%, dal Sud-est asiatico nel 15,6% e dal Sud america nel 2,3%. Il 59,3% sono di religione cristiana, il 76,2% dei soggetti risulta in condizione di clandestinità giuridica. Nell'88,4% dei casi i pazienti non sono iscritti al SSN, nel 75% sono risultati privi di occupazione fissa e nel 56,3% lo stato civile è risultato libero. La prevalenza di HIV/Ab + è pari al 2,3% (4/172). Il 43,6% dei pazienti è positivo per almeno un marker sierologico per HBV, di cui il 4,1% (7/172) risulta portatore dell'antigene Australia. La prevalenza di infezione da HCV è pari al 4,1% (7/172) e non si è riscontrata nessuna coinfezione HBV-HCV. Dei 151 soggetti sottoposti al test HAV-Ab IgG, l'87,8% sono risultati positivi. La sierologia per sifilide ha evidenziato: positività per VDRL nel 2,5%, positività per TPHA nel 5,8%, un solo soggetto risulta positivo ad entrambe le sierologie.

Secondo studio. Caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dell'infezione da HIV negli immigrati

Obiettivi

Il razionale del secondo studio, che è stato condotto presso il CPM, si basa sulla evidenza che sono tuttora scarsi, nel nostro paese, i dati relativi alle caratteristiche cliniche ed epidemiologiche dell'infezione da HIV negli immigrati e alle modalità e possibilità di accesso alla terapia antiretrovirale rispetto ai pazienti autoctoni.

Materiali e Metodi

Sono stati presi in considerazione retrospettivamente i soggetti HIV+ immigrati e autoctoni, seguiti presso il Dipartimento di Malattie Infettive di Brescia dal 1980 al 2003. I dati demografico-clinici e viro-immunologici dei pazienti sono sistematicamente archiviati in uno specifico database. Sono stati rilevati i dati registrati ad ogni visita trimestrale e prima di iniziare la terapia antiretrovirale altamente efficace (Highly Active Antiretroviral Therapy - HAART): le caratteristiche socio-demografiche dei pazienti, la carica virale, la conta dei linfociti $CD4^+$ *T Cell*, tutti gli eventi definenti diagnosi di AIDS (secondo la classificazione dei *Centers for Disease Control and Prevention di Atlanta* - USA, 1993) e gli schemi di terapia antiretrovirale.

Risultati

Complessivamente sono stati osservati 342 pazienti immigrati HIV+ e 2.615 pazienti italiani HIV+.

Tra gli immigrati, 211 (61,9%) provenivano dall'Africa Sub-sahariana. L'incremento della proporzione di soggetti immigrati dal 3% nel 1991 al 21% nel 2003, è stato significativamente maggiore rispetto a quello dei soggetti italiani ($p = 0,01$). Tra gli immigrati la percentuale di donne HIV+ è aumentata dal 25% nel 1996 al 41% nel 2003 ed è risultata significativamente più alta ($p = 0,0001$) in questi rispetto agli autoctoni (42% vs 29%). Gli immigrati sono più giovani e più frequentemente riconoscono come fattore di rischio per l'acquisizione dell'infezione da HIV i rapporti eterosessuali rispetto agli italiani. Il numero di pazienti stranieri persi al follow-up è significativamente più alto rispetto a quello dei pazienti italiani ($p = 0,0001$). Alla prima visita non si sono riscontrate differenze significative tra i due gruppi per quanto riguarda la carica virale, mentre la conta dei linfociti $CD4^+$ *T Cell* è stata più bassa negli immigrati ($p = 0,01$). Ai pazienti dei due gruppi è stata prescritta la HAART a livelli sovrapponibili di linfociti $CD4^+$ *T Cell* ($p = 0,5$ per un *cut-off* di 200 cell/ μ L prima del 2001, $p = 0,09$ per un *cut-off* di 350 cell/ μ L dopo il 2001). La progressione in AIDS è risultata simile nei due gruppi. Gli immigrati clandestini costituiscono il 26,9% di tutti gli immigrati HIV+. La proporzione di soggetti in terapia HAART tra gli immigrati clandestini è simile a quella tra gli immigrati regolari e tra i pazienti italiani. Allo stesso modo è risultato sovrapponibile tra i tre gruppi il tempo intercorso tra l'indicazione alla terapia antiretrovirale (secondo le linee guida vigenti nei diversi anni) e l'inizio del trattamento.

Conclusioni

In conclusione, sulla base dei dati raccolti nei due Centri specializzati durante gli ultimi 14 anni, emerge nella nostra realtà un fenomeno migratorio eterogeneo, in costante crescita e caratterizzato da una evidente variabilità e vivacità dei flussi nel tempo e nello spazio. L'osservatorio epidemiologico permanente del CSI di Brescia appare in grado di rappresentare, a livello locale, un valido punto di riferimento per il monitoraggio costante e accurato delle tipologie di problematiche sanitarie e dei bisogni di salute degli immigrati non ancora iscritti al SSN/R.

Da un punto di vista di sanità pubblica, il profilo clinico della popolazione immigrata in esame non permette considerazioni a favore di un allarme sanitario e l'attuale quadro epidemiologico, in accordo con i dati provenienti da altre esperienze maturate su scala nazionale, non consente di ipotizzare reali rischi infettivologici per la popolazione locale in termini di importazione e diffusione di inusuali patologie esotiche. Tuttavia, tra le patologie infettive di rilievo che si riscontrano nei pazienti immigrati, oltre alla tubercolosi, l'infezione da HIV merita una specifica attenzione. Il primo studio a livello territoriale ha indicato una buona accettabilità dell'indagine da parte degli immigrati. Le singole prevalenze degli agenti infettivi indagati risultano diversificate e necessitano di una conferma su un campione di popolazione più ampio. Non sono al momento disponibili dati sufficienti per il calcolo della incidenza da HIV nel campione in studio.

Infine, per quanto concerne gli immigrati affetti da HIV/AIDS, l'accesso alla terapia antiretrovirale non appare influenzato dalla provenienza e dallo stato giuridico dei pazienti sieropositivi. La minore conta dei linfociti $CD4^+$ *T Cell* alla prima visita e il maggiore tasso di perdita al follow-up, possono indicare maggiori difficoltà burocratico-amministrative e interculturali dei pazienti immigrati nei contatti con le strutture sanitarie.

L'ACCESSO SANITARIO DEGLI IMMIGRATI NON REGOLARIZZATI: L'ESPERIENZA DI PIACENZA

Alessandra Donisi

Unità Operativa di Malattie Infettive, Ospedale "Guglielmo da Saliceto", Piacenza

Introduzione

Nella provincia di Piacenza al 19 maggio 2004 gli immigrati regolarizzati sono 17.098, con un costante incremento dell'incidenza percentuale sulla popolazione residente, che nel capoluogo ha raggiunto nel 2004 il 7,5%. La caratteristica di questo fenomeno è la progressiva "femminilizzazione", con un recente incremento anche dell'immigrazione di minori, che attualmente rappresentano il 20% degli immigrati. La distribuzione per aree di provenienza, come mostrato in Figura 1, evidenzia che circa l'80% degli immigrati proviene da paesi extracomunitari, in particolare dall'Albania (21,9%) e dal Marocco (15,9%).

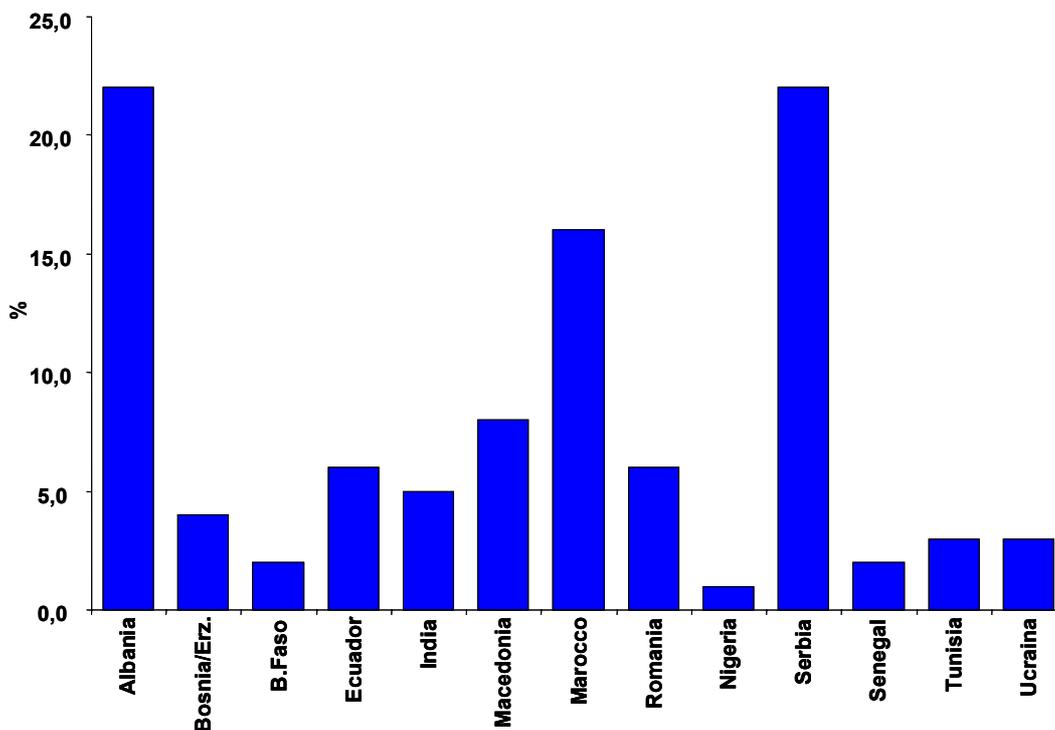


Figura 1. Immigrati extracomunitari presenti nella provincia di Piacenza suddivisi per nazionalità (dati al 19/05/2004)

Sull'immigrazione irregolare non sono disponibili ovviamente dati ufficiali anche se le stime triplicano all'incirca il numero degli immigrati.

Nella nostra Provincia le strutture che a vario titolo si occupano dei problemi sanitari degli immigrati non regolarizzati sono il Dipartimento di Igiene Pubblica, la Caritas Diocesana, i

Consultori territoriali del Dipartimento Materno-Infantile e l'Unità Operativa di Malattie Infettive (UO). Infatti, dal 1998, presso la nostra struttura, sono stati attivati spazi ambulatoriali specificamente dedicati, in cui vengono eseguiti lo screening per le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) e per la tubercolosi (TB), attraverso prelievi ematici, tamponi vaginali ed endocervicali e intradermoreazione di Mantoux, tutti direttamente eseguiti nella nostra Struttura.

L'occasione dello screening pone spesso in luce altri problemi non infettivologici che, comunque, in assenza di un servizio di medicina di base operativo, centralizza sulla nostra UO, l'iter diagnostico e la prescrizione (o dispensazione) farmacologia anche per queste altre problematiche.

L'intervento ambulatoriale è suddiviso in due settori: l'ambulatorio immigrati propriamente detto e l'ambulatorio che fornisce il supporto ad un programma a favore delle prostitute operanti nella nostra città. L'attività è operativa un giorno alla settimana, con punto prelievi interno e un numero di accessi medi alla settimana di circa 12 pazienti, di cui circa il 40% sono nuovi accessi. L'attività si fonda sulla raccolta anamnestica dei dati, con registrazione informatizzata, sulla visita medica e sull'esecuzione di un pannello di esami di screening (epatite B - HBsAg, epatite C - HCVAb, virus dell'immuno deficienza umana - HIVAb, sifilide - VDRL/TPHA/FTAAbs, tubercolosi - Mantoux, tamponi) identico per tutti gli utenti.

In casi selezionati, la diagnostica può essere ampliata in relazione a quanto emerge dalla valutazione clinica e, dal punto di vista terapeutico, in caso di positività allo screening, viene direttamente dispensata la terapia, quando possibile mediante *Direct Observation Therapy* (DOT).

Ambulatorio immigrati

A questo Ambulatorio afferiscono, mediante prenotazione diretta, tutti gli immigrati non in regola con le norme circa il permesso di soggiorno. Prevalentemente la nostra utenza è costituita da immigrati del Sud America, in particolare provenienti dall'Ecuador e la maggioranza è di sesso femminile (Figura 2).

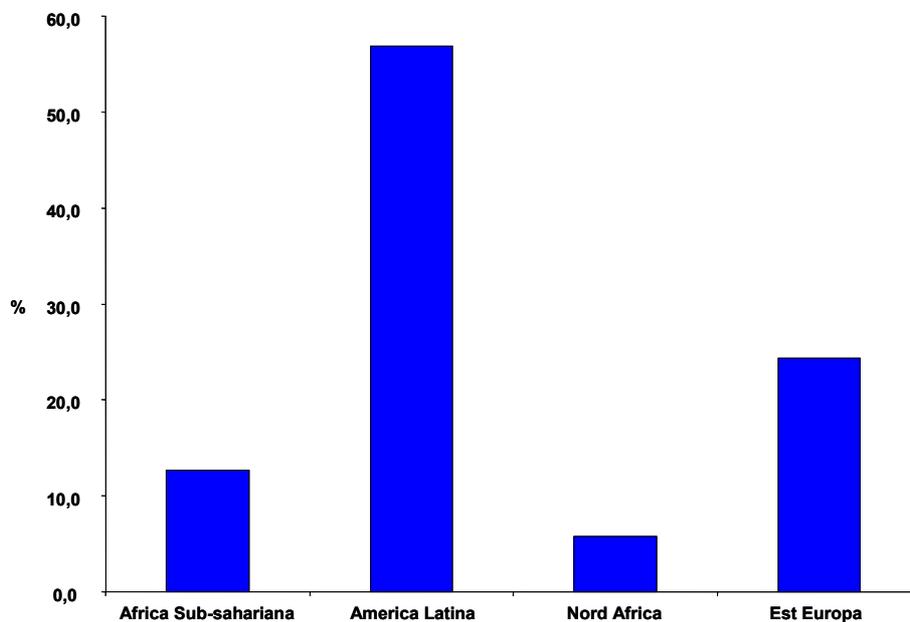


Figura 2. Provenienza geografica di immigrati privi di regolare permesso di soggiorno afferenti all'Ambulatorio

All'interno di questa popolazione, non selezionata per fattore di rischio sessuale, abbiamo riscontrato una prevalenza di infezione da HBV di circa il 6%, dell'infezione da HCV del 2,3%, del 2,3% per sifilide e dell'1% per HIV. Lo screening per MST batteriche è risultato positivo in circa il 16% delle pazienti, così come riportato in Tabella 1.

Tabella 1. Risultati dello screening dell'ambulatorio immigrati

Test di screening	% positivi
HBsAg	5,8
HCVAb	2,3
HIVAb	1,1
VDRL/TPHA	2,3
Tampone vaginale	20,9
Tampone endocervicale	16,2
Mantoux	30,2

Progetto prostituzione

Dal 1998 la nostra UO collabora con i Servizi Sociali del Comune per un progetto regionale a favore della "riduzione del danno" nei soggetti dediti alla prostituzione. Il Progetto si avvale della collaborazione della Lega Italiana Lotta all'AIDS (LILA) – sede di Piacenza, che attraverso i suoi "operatori di strada", l'operatrice di collegamento e l'attività di una mediatrice linguistico-culturale (nigeriana), garantisce alle prostitute immigrate che lo desiderano, l'accompagnamento alla struttura sanitaria dove si svolgono le attività di screening (Figura 3).

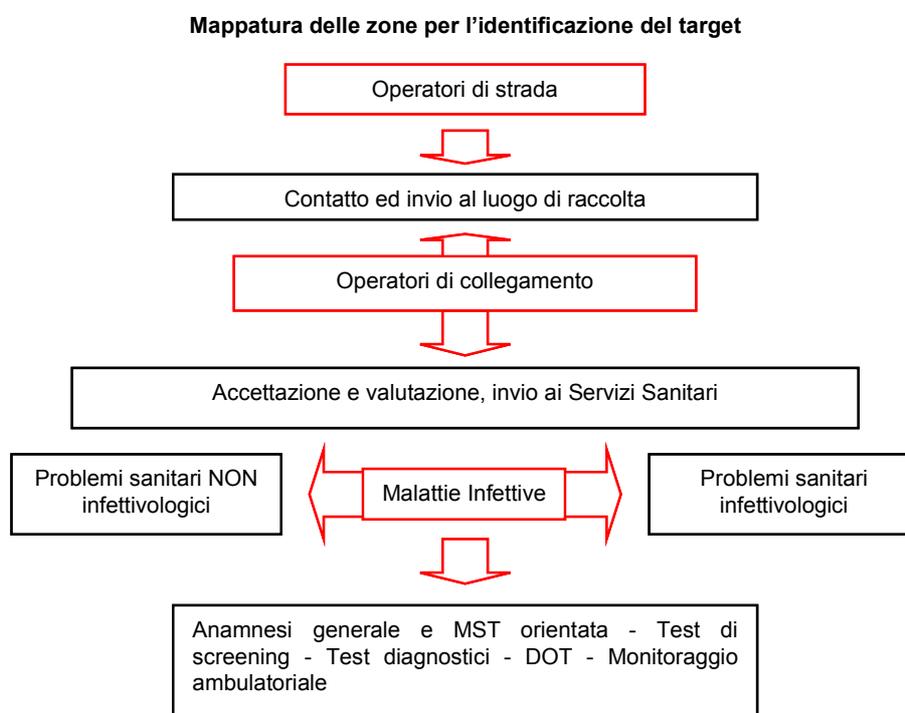


Figura 3. Flow chart del Progetto Sex workers

Come mostrato in Figura 4, la nostra utenza in questo particolare *setting*, è costituita, prevalentemente, da prostitute provenienti dall’Africa Sub-sahariana, soprattutto dalla Nigeria, per le quali l’accettazione alla proposta dello screening è stata superiore al 90%.

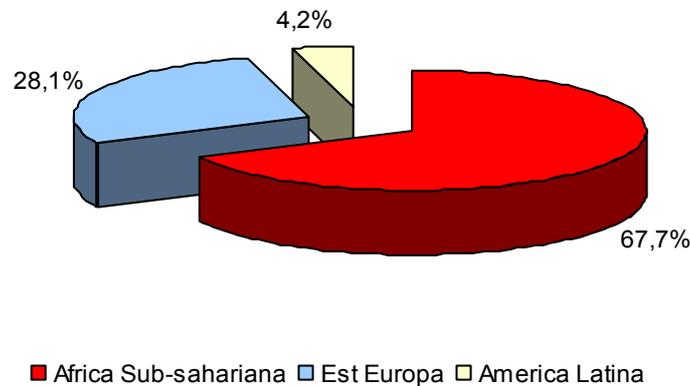


Figura 4. Ambulatorio Sex workers: ripartizione per nazionalità

All’interno di questa popolazione con elevato rischio sessuale abbiamo riscontrato una prevalenza dell’infezione da HIV pari al 5,6%, dell’infezione da HCV pari al 4,9% e da HBV pari al 3,5%. Le MST batteriche sono invece state diagnosticate in quasi il 50% delle pazienti, in cui l’accettazione della terapia e dei controlli successivi è stata completa (Tabella 2).

Tabella 2. Risultati dello screening del Progetto Prostituzione

Test di screening	% positivi
HBsAg	3,5
HCVAb	4,9
HIVAb	5,6
VDRL/TPHA	2,1
Tampone vaginale	43,6
Tampone endocervicale	48,5
Mantoux	15,4

Nel tempo, il Progetto ha incontrato un certo successo nell’utenza target: con molte pazienti si è instaurato un rapporto di fiducia che è continuato anche quando, per coloro che hanno aderito al programma di protezione sociale correlato, la situazione legale si è normalizzata. In termini numerici il successo è misurabile con il progressivo incremento dei nuovi accessi e l’attività è cresciuta soprattutto grazie al “passaparola”, al punto che ora molti accessi sono “autogestiti” e indipendenti dal circuito del programma. Tutte le pazienti riconosciute HIV positive vengono stabilmente monitorate e curate presso la nostra Struttura a parità con i cittadini italiani.

VALUTAZIONE DEL GRADIMENTO DELLE CAMPAGNE DI PREVENZIONE HIV/AIDS ITALIANE RIVOLTE AGLI IMMIGRATI

Michela Martini, Laura Di Pasquale
Organizzazione Internazionale per le Migrazioni, OIM, Roma

Introduzione

Dai numerosi dati raccolti ed elaborati, appare evidente che la condizione di salute degli immigrati subisce notevoli cambiamenti durante il viaggio e la permanenza in Italia. Il patrimonio salute dell'immigrato tende a dissolversi più o meno rapidamente per una serie di "fattori di rischio": malattie presenti nel paese ospite, disagio psicologico, mancanza di lavoro e/o reddito insufficiente, degrado abitativo, assenza della famiglia, fattori climatici, abitudini alimentari diverse, ecc. In questo contesto è ben documentata l'esposizione di questi gruppi a malattie sessualmente trasmissibili inclusa l'infezione da HIV (1). È evidente la necessità di rafforzare le conoscenze e sostenere la comunità di immigrati in Italia con strumenti di prevenzione (2, 3).

Le campagne di informazione/sensibilizzazione costituiscono un importante strumento per veicolare messaggi all'intera popolazione. Sul tema dell'HIV, in Italia, sono state realizzate varie campagne, tuttavia sino ad oggi è stata dedicata scarsa attenzione allo studio di determinanti che influenzano la percezione negli immigrati dei messaggi contenuti in queste campagne principalmente calibrate per un target italiano. Del resto è internazionalmente riconosciuto l'impatto di elementi socio-culturali sulla percezione dei messaggi di prevenzione (4, 5).

Obiettivi

La ricerca ha inteso fornire elementi nuovi per la realizzazione di campagne di prevenzione che possano essere efficaci anche su un target extracomunitario. Il Progetto prevedeva uno studio di rilevazione del gradimento delle campagne di prevenzione dell'HIV/AIDS tra i cittadini etiopi presenti in Italia. Ha inteso, inoltre, investigare il livello di informazione, percezione e rischio HIV/AIDS nella comunità etiopica e elaborare una strategia di comunicazione che potesse veicolare efficacemente messaggi di prevenzione HIV/AIDS, nel rispetto delle tradizioni culturali della popolazione selezionata. Il Progetto è stato condotto dall'ufficio OIM di Roma in collaborazione con Addis-Abeba e il sostegno dell'ambasciata Etiopica in Italia.

Materiali e metodi

È stato utilizzato un approccio qualitativo e partecipativo: un totale di circa 40 etiopi/eritrei sono stati coinvolti sia in *focus group* che in interviste.

Descrizione delle fasi di lavoro

La ricerca è stata condotta in quattro fasi propedeutiche:

- *Prima fase*
Periodo di osservazione: durata due settimane allo scopo di rilevare una panoramica sugli etiopi a Roma e i trend di socializzazione e comunicazione. Durante questo periodo l'antropologa dell'Organizzazione Internazionale per le Migrazioni ha frequentato ristoranti, luoghi di incontro e centri di informazioni dove comunemente si rivolgono gli etiopi. Nello stesso tempo, sono stati visionati alcuni centri che si occupano di gruppi vulnerabili quali tossicodipendenti, vittime di tratta e di altre forme di violenza, richiedenti asilo allo scopo di individuare possibili persone etiopi. Sei persone sono state contattate e intervistate.
- *Seconda fase*
Interviste semistrutturate: durata quattro settimane, caratterizzata da interviste con figure di riferimento della comunità etiopica allo scopo di raccogliere informazioni sul trend migratorio della comunità e relative norme socio-culturali. In questa fase sono state contattate un totale di sei persone.
- *Terza fase*
Focus group: durata quattro settimane, allo scopo di indagare: livello di informazione, percezione del rischio, comportamenti e attitudine verso persone con HIV/AIDS. In questa fase si è inoltre valutato il gradimento delle campagne di prevenzione HIV/AIDS. Ventotto persone sono state coinvolte nei *focus group*.
- *Quarta fase*
Realizzazione della campagna di prevenzione che contenesse elementi graditi e di maggior impatto per la comunità etiopica. Sono stati realizzati in accordo con i risultati della ricerca un poster e un opuscolo informativo, che successivamente sono stati sottoposti a pre-test di gradimento.

Lingua

Un mediatore culturale è stato coinvolto in tutte le fasi dei *focus group* e in alcune interviste, in particolare per coloro che non parlavano né italiano né inglese.

Descrizione del campione

Alla luce dei risultati della prima e seconda fase è stato deciso di scegliere per la ricerca un campione eterogeneo. Tuttavia si sottolinea che le persone etiopi/eritree dai 15 ai 35 anni in particolare maschi, rappresentano un target sensibile, si raccomanda la realizzazione di ulteriori ricerche anche se la mancanza di associazioni e gruppi giovanili rende difficile contattare e identificare questo target. Sono state intervistate 40 persone: 32 Etiopi e 8 Eritrei. La maggior parte donne tra 20 e 35 anni.

Campionamento

Data la mancanza di liste/registri esaustivi della popolazione etiopica, gli intervistati sono stati selezionati con la tecnica dello *snow ball*, un passa parola. Gli intervistati sono stati avvicinati

utilizzando e mobilizzando reti informali, in alcuni casi nei ristoranti, luoghi di ritrovo pubblici, chiese. Il sostegno e la collaborazione delle associazioni e dell'ambasciata etiopica è stato cruciale per identificare e raggiungere il campione.

Risultati

Prima e seconda fase: descrizione della comunità etiopica ed eritrea

Secondo le più recenti stime alla fine del 2001 gli etiopi con regolare permesso di soggiorno erano 4.629. Stime di associazioni sottolineano che il numero è decisamente maggiore considerando anche gli etiopi irregolarmente presenti sul territorio italiano.

L'attuale composizione della comunità etiopica in Italia riflette le diverse combinazioni di flussi migratori che questa comunità ha sperimentato. Riassumendo possiamo identificare alcune principali tipologie di immigrati etiopi, come di seguito riportato.

- *Donne arrivate in Italia negli anni '60-'70.* La maggior parte aveva un basso livello scolastico e ha trovato un'occupazione nel settore domestico. Molte di loro erano giovani: alcune single, molte separate e solo poche avevano con sé bambini, poche si sono risposate in Italia. La maggior parte pensava di rimanere in Italia per un tempo prefissato e ritornare in patria dopo alcuni anni. La lunga guerra e l'instabilità economica dell'Etiopia le ha costrette a rimanere a lungo in Italia e in alcuni casi sono state raggiunte dalla famiglia.
- *Seconda generazione.* Figli delle donne sopra descritte, alcuni nati in Etiopia altri in Italia. Mentre alcuni sono integrati completamente nel sistema italiano (hanno completato la scuola superiore), una minoranza ha avuto un'adolescenza complessa caratterizzata da abbandono scolastico, droghe e micro criminalità.
- *Ultimi arrivi.* Negli ultimi 4 anni giovani etiopi, principalmente maschi, sono arrivati in Italia richiedenti asilo. Come risultato di un sistema complesso e lento di revisione delle pratiche, molti di loro sono stati costretti a vivere in edifici abbandonati e in scarse condizioni igieniche anche per più di un anno.
- Oltre a queste tre tipologie va considerata la comunità di etiopi arrivata in Italia tramite il ricongiungimento familiare e un piccolo numero di persone arrivate come funzionari internazionali.

Terza fase: focus group e interviste

Comportamenti sessuali

Tutti gli intervistati hanno confermato di aver cambiato le abitudini e norme sociali rispetto a quando vivevano nel loro paese. Secondo lo studio i giovani che hanno partecipato all'indagine sembrano avere un maggior numero di partner sessuali in Italia rispetto al paese di origine. Le donne hanno dichiarato che se una ragazza giovane (di circa 26 anni) arriva in Italia è molto probabile che abbia in un anno anche due/tre partners.

Le raccomandazioni della religione di non avere rapporti sessuali prematrimoniali sono state menzionate dalla maggior parte degli intervistati e discussi con ironia sia dagli eritrei che dagli etiopi. Tutti hanno concordato che in realtà le relazioni prematrimoniali sono abbastanza frequenti.

Una delle caratteristiche delle donne eritree è la timidezza. Questa caratteristica è molto apprezzata dagli uomini eritrei, tuttavia è considerata, dalle donne come un ulteriore ostacolo per affrontare temi sulla sfera sessuale e parlare della propria intimità

Livello di informazione

Mentre la maggior parte degli intervistati si considera abbastanza informato, il livello di informazione rilevato è stato basso. Le informazioni sulle modalità di contagio dell'HIV, sull'AIDS, sulle terapie e sul test, non sono sufficientemente corrette tra i cittadini etiopi ed eritrei che vivono in Italia. Ciò espone queste popolazioni a comportamenti sessuali a rischio di trasmissione. In particolare la differenza tra HIV e AIDS non è ben conosciuta. Una diffusa credenza infatti è che le persone HIV-positive si possano riconoscere dall'aspetto (calve, magre, malate). Tra le modalità di contagio, nessuno ha riportato l'allattamento al seno. La maggior parte pensa che le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) non esistano più.

Percezione del rischio

Il rischio di contrarre l'HIV in Italia è per tutti gli intervistati molto basso, praticamente inesistente. Questo è dovuto a tre elementi importanti:

- *HIV = povertà*. La maggior parte degli intervistati collega l'HIV e l'AIDS alla povertà e considera l'Italia un paese ricco, per conseguenza ritengono che contrarre l'HIV in Italia sia improbabile.
- *Assenza di campagne di prevenzione*. Di forte impatto, la denuncia unanime degli intervistati sulla mancanza di appropriate campagne di prevenzione in Italia. Questo è stato percepito come un segnale di assenza del problema. Le persone venute in Italia negli anni 80 hanno dichiarato di ricordarsi di campagne di prevenzione in quegli anni. Il fatto che attualmente non abbiano notato messaggi relativi all'HIV è stato interpretato come se il problema fosse stato risolto.
- *Persone HIV+*. Nessuno in Italia sembra "malato", nessuno conosce in Italia una persona con HIV, e nessuno parla di conoscenze di persone con HIV/AIDS. Questo sottintende per gli intervistati che l'HIV non esiste in Italia.

Stigma

Il livello di stigma è risultato essere molto forte sia in Etiopia che in Italia. Sono stati riportati esempi di persone etiopi sieropositive che hanno rifiutato di entrare in terapia esclusivamente per nascondere il loro *status*. In altri casi le persone con infezione da HIV hanno preferito allontanarsi dalla comunità piuttosto che mettere la famiglia in una condizione di disagio a causa della propria sieropositività.

Uso del profilattico

La maggior parte delle persone afferma di non adottare alcuna protezione per evitare possibili contagi. L'utilizzo del profilattico nei rapporti sessuali è rifiutato principalmente perché:

- percepito come una mancanza di fiducia nei confronti del partner;
- secondo gli uomini sono le donne che non lo vogliono usare, secondo le donne sono gli uomini;
- l'abuso dell'alcool è stato riportato anche da questa comunità come un elemento che contrasta l'uso del profilattico.

I richiedenti asilo intervistati nello studio (8 intervistati), che vivono in condizione di estremo disagio e senza fissa dimora, hanno riportato in generale di avere una bassa autostima. Secondo gli intervistati questo e la mancanza di fiducia per il futuro sono elementi responsabili del non uso del profilattico.

In generale la relazione di fedeltà è vista come una strategia sicura di prevenzione.

Test

Gli intervistati nello studio hanno riportato di non avere un'informazione corretta per quanto riguarda il test anche se molti, in particolare i giovani, si erano sottoposti al test dopo l'arrivo in Italia. Esiste la tendenza a considerare il test come garanzia di sieronegatività a lunga durata, la maggior parte non è a conoscenza del periodo finestra e quindi pensa, erroneamente, che il test rappresenti, di per sé, una garanzia a tempo indeterminato. In generale proprio per questa credenza c'è la tendenza nelle coppie a far fare il test al partner. La maggior parte dei giovani ha dichiarato che è più facile convincere il partner a fare il test che usare il profilattico.

Tutti coloro che si sono sottoposti al test non hanno ricevuto un pre-post *counselling* e hanno fatto il test una volta soltanto.

Gradimento delle campagne di prevenzione

Campagne di prevenzione raccolte in Italia (Ministero della Salute e Organizzazioni Non Governative) e in Etiopia sono state sottoposte al gradimento del target selezionato. Presentiamo i risultati più rilevanti.

Colori

Sono stati selezionati il beige, il color sabbia e i colori pastello. Decisamente rifiutati i colori brillanti, forti e troppo decisi.

Formati

A3 per i poster. A4 piegato in sezioni per gli opuscoli. Molto gradita la scatola per contenere i preservativi, maggiormente se disegnata. I piccoli formati, quali l'opuscolo tondo piegato in 8 sono stati eliminati immediatamente.

Slogan

Valorizza la tua vita (preferito dalla maggior parte).

Chi ha informazione, si può proteggere.

Proteggi te stesso.

Stai attento: la prossima vittima potresti essere tu!

Combattiamo per sconfiggerlo.

Tutti, se non stanno attenti, possono essere infettati da HIV.

Elementi importanti

Sono state preferite le immagini chiare e rappresentative a quelle simboliche. Le figure astratte sono state rifiutate con decisione.

Di seguito si riporta quanto emerso con maggiore rilievo:

- No alle vignette umoristiche o cartoni.
- Sì all'immagine del profilattico.
- Sì alle coppie e alle figure/foto con manifestazioni di affetto e tenerezze.
- Sì ai corpi nudi.
- Sì a figure/messaggi allarmistici (ad esempio prima e dopo l'HIV).
- Sì ai disegni di strumenti e comportamenti a rischio.

- Le immagini di coppie sono percepite come incoraggiamento della relazione uno a uno, quindi assumono il significato di contrasto rispetto ad atteggiamenti di promiscuità e di infedeltà. Per la copertina, le foto sono decisamente preferite ai disegni. I disegni (coppie miste, famiglie, matrimoni) sono da utilizzare eventualmente per l'interno. Il simbolo maschile e femminile non è stato riconosciuto.

Quarta fase: elaborazione di una campagna di prevenzione per il target selezionato

I risultati della ricerca hanno consentito la produzione di nuovo materiale ad hoc (poster e volantini informativi), che è stato sottoposto a test di valutazione. Alla luce delle indicazioni offerte dal target intervistato è stato deciso di usare foto di etiopi specialmente di coppie. Tuttavia, allo scopo di evitare un messaggio che potesse essere discriminatorio (immagini di coppie etiopi accanto a messaggi di prevenzione dell'infezione da HIV) sono state inserite coppie di varie etnie: italiane, africane, Est Europeo e etiopi. Il testo interno dell'opuscolo è stato inserito sia in italiano che in inglese o in amarico. La selezione dello slogan della campagna è stata fatta tramite *focus group*. Agli intervistati sono state sottoposte due campagne e tre messaggi elaborati in accordo con le indicazioni della ricerca. Come slogan sono stati selezionati "STOP AIDS" e "proteggiamoci"; per quanto riguarda la campagna è stato prodotto un poster e un opuscolo informativo che, come mostrato in Figura 1, raffigurano un collage di 9 coppie: italiani, etiopi, italiani/etiope, africani e persone provenienti dall'Est Europeo.

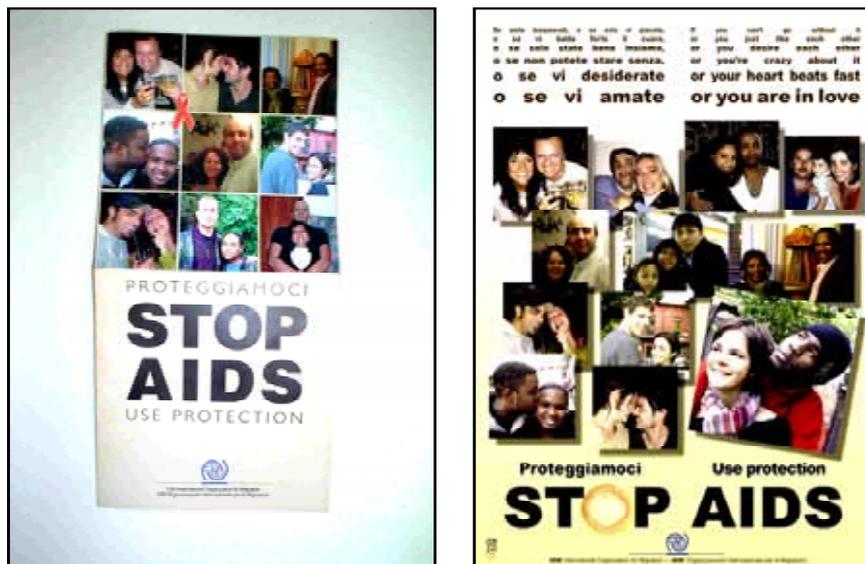


Figura 1. Campagna di prevenzione HIV/AIDS elaborata in accordo con i risultati della ricerca

Conclusioni

La metodologia utilizzata, approccio partecipativo, interviste e *focus group*, è risultata molto efficace sul target di riferimento. In particolare la combinazione di approcci differenziati ha permesso l'identificazione e l'esplorazione di temi sensibili e di difficile discussione per la comunità selezionata.

I risultati di questa ricerca sono relativi alla popolazione selezionata, e non intendono essere rappresentativi della comunità degli immigrati in Italia, ma comunque evidenziando l'importanza di adeguare i messaggi volti a modificare i comportamenti a rischio attraverso l'uso di termini e strategie di comunicazione specifiche, nel rispetto delle diverse culture di appartenenza.

Questo è particolarmente rilevante, nel caso delle donne straniere, che incontrano maggiori difficoltà nell'adottare pratiche preventive, a causa anche di pregiudizi culturali e di genere.

Si auspicano interventi analoghi su altre etnie e la finalizzazione di strumenti di prevenzione HIV/AIDS che possano essere efficaci non solo sulla popolazione italiana, ma anche su popolazioni extracomunitarie presenti in Italia.

Bibliografia

1. Decosas J, Kane F, Anarfi JK, Sodji KDR, Wagner HU. Migration and AIDS. *Lancet* 1995;346:826-28.
2. Del Amo J, Bröring G, Hamers FF, Infuso A, Fenton K. Monitoring HIV/AIDS in Europe's migrant communities and ethnic minorities. *AIDS* 2004;18:1867-73.
3. MacNeil JM and Anderson S. Beyond the dichotomy: linking HIV prevention with care. *AIDS* 1998;12(suppl 2):s19-s26.
4. International Organization for Migration. Population Mobility and HIV/AIDS. Geneve: IOM; 2003. Disponibile all'indirizzo: http://www.un.org/events/women/iwd/2004/mobility_brochure.pdf; ultima consultazione 3/10/2006.
5. Sumartojo E, Carey JW, Doll LS, Gayle H. Enriching the mix: incorporating structural factors into HIV prevention. *AIDS* 2000;14 (suppl 1):s1-s2.
6. Hamers FF, Downs AM. The changing face of the HIV epidemic in Western Europe: what are the implications for public health policies? *Lancet*, 2004;364:83-94.

Seconda Sessione
Le associazioni di volontariato

INFEZIONE DA HIV, AIDS E POPOLAZIONI MIGRANTI: INTERVENTI IN AMBITO PSICO-SOCIO-SANITARIO

Bianca Maisano

Direzione sanitaria Poliambulatorio Caritas Diocesana di Roma, Roma

Questa parte dei lavori, la seconda sessione, vorrebbe aprire una finestra su un mondo meno strutturato e ordinato di quello scientifico-accademico, ma certamente molto vivace, propositivo e dovremmo dire all'avanguardia e anticipatore nell'ambito della medicina rivolta alle popolazioni migranti.

Difficile definire l'identità del volontariato oggi.

Sicuramente un'identità in trasformazione, un'identità caratterizzata da molte appartenenze. Potremmo dire un'identità migrante, in movimento.

Verso dove?

La Consulta Nazionale del Volontariato in Sanità in un documento del 2000 individua alcune specificità in questa identità che dovrebbero essere condivise quando si parla di volontariato.

Le possiamo sintetizzare così: spontaneità, gratuità, servizio agli altri; continuità, democraticità delle forme organizzative, individuazione dei bisogni emergenti; anticipazione delle risposte, stimolo istituzioni a tutela dei diritti, integrazione dei servizi, formazione cultura della solidarietà e reti informali.

Non entriamo nel dettaglio di questi aspetti, ma se utilizzassimo questa griglia di lettura per decodificare gli interventi che verranno presentati in questa tavola rotonda, scopriremmo che queste caratteristiche peculiari sono presenti e vissute con differenti sottolineature da tutte le esperienze di volontariato, siano esse di ispirazione cattolica o laica.

Tuttavia se, sulla base anche della nostra esperienza di questi vent'anni come Area Sanitaria Caritas, volessi individuare il cuore, il nucleo essenziale del volontariato, direi che questo cuore è la gratuità.

Poche settimane or sono, proprio qui a Roma, si è tenuto il convegno della Consulta del Volontariato. Mi pare interessante che sociologi e studiosi della postmodernità convergano nell'affermare che, "per quanti cambiamenti possano esserci nella società e nelle forme organizzative, ciò che non si dovrà mai perdere, il concetto base su cui si fonda il volontariato, è proprio la gratuità², condizione di sopravvivenza della società moderna". "La gratuità si distingue dalla semplice filantropia, per il suo carattere di relazione, di reciprocità: l'azione che caratterizza il filantropo è quella del dono, il filantropo lascia donazioni in denaro e non è in diretta relazione con chi riceve; viceversa il volontario, nella sua azione gratuita, dona il tempo e instaura uno stretto legame di reciprocità con il beneficiario della propria azione"³.

Ho trovato interessante anche la ricerca realizzata dagli studenti dell'Istituto Tecnico Lombardo Radice di Roma sulla *storia del volontariato a partire dalle origini della storia*

² Dall'intervento del prof. Ivo Colozzi dell'Università di Bologna al Convegno della Consulta del volontariato. Roma 11 settembre 2004.

³ Dall'intervento del prof. Stefano Zamagni dell'Università di Bologna al Convegno della Consulta del volontariato. Roma 11 settembre 2004.

dell'uomo, perché mi sembra una buona fonte per cogliere cosa la nuova generazione intenda oggi per volontariato. Ebbene anche in questa ricerca viene messo in luce come tracce di gratuità e reciprocità siano sparse in tutte le culture e nelle diverse religioni. Nella gratuità – sostengono i ragazzi – si esprime la parte migliore dell'uomo, la sua capacità di prendersi cura dell'altro in modo disinteressato.

E ancora, una mistica cattolica vivente afferma “Dove c'è gratuità opera lo Spirito Santo”.

Anche nella sensibilità contemporanea, dunque, quella della gratuità, sembra essere una dimensione talmente transculturale e universale da far emergere la parte più profondamente umana dell'uomo quella che per il credente è intimamente collegata con il divino. Creare spazi che ne favoriscano l'esperienza non ha dunque semplicemente il senso di colmare dei vuoti assistenziali, ma significa fare un grande servizio al futuro del mondo, al futuro dell'umanità intera. Credo sia questo il ruolo del volontariato anche nell'ambito sanitario e in particolare nel contesto delle migrazioni.

All'interno di un ricco mosaico certamente le diverse esperienze che ascolteremo, alcune con una lunga storia, altre molto recenti, alcune innovative altre politicamente incisive, danno nel loro complesso un significativo *segnale di vitalità* in un contesto sociale che si dimostra ancora troppo sporadicamente attento alle grandi trasformazioni in atto anche grazie al catalizzatore della migrazioni umane.

Ancora una volta la domanda è: verso dove?

La città che ci sta davanti ancora come una meta, una tensione, e verso la quale siamo tutti di fatto migranti, è una città multiculturale nella quale potremo vivere tutti come cittadini nella stima e nella valorizzazione delle differenti le culture. Ciò certamente implica una dinamica, una profonda trasformazione di noi stessi, attraverso la formazione, ma anche una trasformazione delle strutture attraverso opportune azioni politiche finalizzate a creare un terreno favorevole all'interculturalità.

In questa direzione dalla fine degli anni '70, in varie parti d'Italia, con varie motivazioni, con varie estrazioni, con varie modalità, si realizzavano esperienze di solidarietà, per rispondere concretamente ai bisogni di salute e per garantire diritti negati e nascosti. Il ruolo chiave di tutte queste esperienze, che hanno saputo collegarsi e confrontarsi, è stato certamente la promozione del diritto alla salute di tutti.

La nostra esperienza si inserisce certamente in questo contesto.

Vorrei sintetizzare questi vent'anni di storia semplicemente attraverso quattro punti, che diciamo spesso, sono i pilastri di questa esperienza.

Al centro di questa ideale costruzione metterei sicuramente la *mission* dell'Area Sanitaria Caritas che costituisce in effetti la nostra reale bussola di orientamento.

*Mettersi in relazione con ogni persona
partendo dalla stima e dal valore della vita di ciascuno,
a qualsiasi cultura o storia appartenga,
per conoscere, capire e farsi carico con amore
della promozione della salute
specialmente di coloro che sono più svantaggiati,
affinché vengano riconosciuti, riaffermati e promossi
ad ogni livello, dai singoli, dalla comunità
e dalle Istituzioni, diritti e dignità di tutti,
senza nessuna esclusione.*

Punto centrale, di partenza e di arrivo è la relazione di reciprocità con la persona con la sua dignità e i suoi bisogni, posta al centro di ogni ambito di impegno⁴.

Il nostro primo pilastro è certamente quello assistenziale: rispondere concretamente ad un bisogno di salute, non sostituendosi a ciò che è garantito dallo Stato ma integrando le risposte e intercettando i bisogni di chi si trova al margine del sistema. L'esempio è certamente quello degli immigrati presenti irregolarmente ma anche degli zingari, dei senza dimora e per alcuni versi degli anziani soli o di nuove forme di povertà. Gli ambulatori offrono prestazioni sanitarie gratuite e soprattutto esercitano un'azione d'orientamento sanitario fornendo informazioni e indicazioni per l'utilizzo delle strutture pubbliche e di percorsi assistenziali appropriati.

Il secondo ambito è quello della conoscenza: non è possibile fornire risposte se non si conosce il fenomeno, se non si riflette su ciò che si fa. Fin dal 1983 con l'avvio del servizio di medicina di base fu realizzata una banca dati dove sono state raccolte tutte le informazioni cliniche e sociali dei pazienti incontrati (ad oggi sono state inserite circa 60.000 schede/pazienti), un monitoraggio costante che non solo ha permesso di valutare alcune caratteristiche della popolazione in esame e le sue variazioni nel tempo, ma ha anche permesso il confronto con altre realtà in Italia e all'estero. Le prime affermazioni in Italia sull'effetto migrante sano, sull'intervallo di benessere, sulle patologie della povertà nascono proprio dall'analisi scientifica di questi dati. Ma la conoscenza non può esaurirsi solo ad un aspetto quantitativo: sono state avviati studi mirati sulla qualità delle relazioni, sulle strategie comunicative in un costante raffronto e condivisione delle esperienze vissute. E ancora si è voluto estendere le conoscenze sulle politiche. Dal 1995 è attivo un monitoraggio continuo sulle normative locali a favore della promozione della salute di soggetti deboli e dagli inizi del 2000 si sta realizzando un osservatorio internazionale sullo stesso tema.

Il terzo ambito d'azione è quello formativo: all'inizio con timidezza ma poi con sempre maggior convinzione è stato chiesto ai volontari di formarsi in modo specifico prima di iniziare il loro servizio e quindi di supportarlo con una formazione permanente; progressivamente ciò è stato esteso anche ad ambiti esterni alla Caritas. Conoscere e condividere le scoperte, le informazioni e le riflessioni è forse il modo più efficace per promuovere una cultura d'accoglienza: è l'occasione per fare di un'esperienza assistenziale, un percorso di crescita continua, per affinare le strategie relazionali e cliniche, per rimotivarsi all'incontro con le persone e non con le singole malattie, per capire i punti critici del sistema e avviare interventi migliorativi.

Ultimo pilastro è quello dell'impegno per i diritti di tutti e in particolare dei soggetti più deboli: i tre ambiti precedenti si sintetizzano in denunce di inadempienze, di diritti negati o nascosti, ma anche in proposte di politiche e di scelte percorribili sul piano organizzativo, in modelli che siano permeabili alle domande più flebili, spesso nascoste. È un impegno per la giustizia che non può essere neutro, al di sopra delle parti ma è schierato con i più deboli ed è supportato da esperienza non delegata ma vissuta in prima persona. In questi ultimi anni significativo è stato il contributo, in rete con altri gruppi e istituzioni, alla costruzione della parte sanitaria della normativa sugli stranieri, nazionale e locale e recentemente ad una proposta di Direttiva Europea.

Gratuità, passione, umanità, professionalità possono essere quindi le parole chiave del nostro incontro e del nostro impegno.

⁴ Per un maggiore dettaglio si segnalano il testo di Salvatore Geraci "Salute senza esclusione" pubblicato su "Janus. Medicina:cultura, culture", Roma: Zedig Editore; numero 14, estate 2004. E i numeri monografici della rivista della Caritas Diocesana di Roma "RomaCaritas" n. 1, gennaio 2002 e n. 4, luglio 2003.

PROGETTO ROSEMARY ED EVA LUNA: UN PERCORSO CONDIVISO

Giovanna Bondavalli (a), Mara Manghi (b)

(a) Servizio per l'immigrazione e pari opportunità, Comune di Reggio Emilia

(b) Centro per la Salute della Famiglia Straniera, AUSL, Reggio Emilia

Introduzione

Il Centro Salute Famiglia Straniera (CSFS) di Reggio Emilia è stato aperto nell'ottobre del 1998 dall'Azienda Sanitaria Locale (AUSL) e dalla Caritas Diocesana per far fronte alle problematiche sia sociali che sanitarie degli stranieri presenti irregolarmente sul territorio. Rappresenta sicuramente un esempio di efficace lavoro di rete con coinvolgimento paritario sia del mondo istituzionale (AUSL - Comune - Provincia - Regione) che del mondo del volontariato con la Caritas in prima linea.

Questo spazio è stato coinvolto nel 2000 nel Progetto *Rosemary* del Comune di Reggio Emilia.

Obiettivo

Obiettivo del Progetto è di affrontare il problema prostituzione - tratta di esseri umani nella sua complessità e di costruire un percorso specifico di tipo sanitario.

Materiali e metodi

È stato aperto all'interno del CSFS lo spazio *Eva Luna* ad accesso libero "dedicato" alle ragazze straniere che si prostituiscono. Lo spazio e il tempo "dedicato" si è reso necessario per superare il problema dell'affollamento del Centro da parte di una variegata tipologia di utenti e della conseguente cronica carenza di tempo per una approfondita analisi dei bisogni.

Le risorse sono costituite da una Unità di Strada formata da due operatrici dipendenti del Comune di Reggio Emilia e da due ragazze di una Associazione di volontariato (Rabbuni) e da uno Spazio Sanitario (*Eva Luna*) ove operano ginecologo, ostetriche, infermiere, assistente sociale e mediatrici linguistico-culturali di nazionalità nigeriana, albanese e russa.

Le attività svolte dall'Unità di strada sono: incontro e colloquio sulla strada; informazione e orientamento ai servizi; accompagnamenti; accoglienza, prevalentemente in famiglia; sostegno alla regolarizzazione (iter processuale); reinserimento sociale e lavorativo; accompagnamento a chi resta "sul territorio"; rimpatrio.

Allo spazio *Eva Luna* la rigorosa metodologia di accoglienza messa in atto da ostetrica e mediatrice linguistico-culturale permette:

- ascolto dei bisogni;
- analisi e approfondimento delle problematiche emerse;
- screening (Mantoux - Pap test);

- educazione sanitaria per la prevenzione delle malattie sessualmente trasmissibili e delle malattie infettive;
- prelievo ematico per sierologia di Epatite B e C, HIV, sifilide (Lue);
- consigli e informazioni utili alla prevenzione della Interruzione Volontaria di Gravidanza (IVG);
- eventuale invio e accompagnamento sia ad un II livello sanitario in caso di positività agli screening effettuati, che ad un percorso di recupero sociale.

Risultati

Le utenti dell'Unità di Strada sono soprattutto nigeriane, seguite da rumene, poi albanesi, russe e ucraine. L'età, maggiormente rappresentata è quella 18-24 anni. Costante è la presenza di minorenni.

Dal 1999 i contatti sono stati oltre 4.000 con 1-2 uscite settimanali. Le utenti prese in carico sono state 127 e quelle in carico ancora nell'ottobre 2004 sono 33.

Anche la maggior parte delle utenti di Eva Luna sono nigeriane, seguite da donne provenienti dall'Est-Europa, poche sono le sudamericane.

La loro presenza è stabile (circa 70/anno) e ritornano frequentemente all'ambulatorio (circa 200 accessi/anno).

I motivi del primo accesso sono, in ordine di frequenza: problemi ginecologici, seguiti da richieste di IVG e poi da informazioni varie.

Al primo accesso il 90% circa effettua prelievo ematico. Dal 2000 si sono evidenziati 7 casi di positività per HIV, 8 casi per epatite C, 5 casi per epatite B e 3 casi di sifilide.

Conclusioni

La casistica riportata, se pur costituita da numeri bassi, è in linea con quanto emerso da studi effettuati in strutture sanitarie con un'utenza più numerosa. Tali risultati non sono, quindi, da sottovalutare per le problematiche di tipo epidemiologico che ne possono scaturire.

Le donne risultate negative all'epatite B (HbsAg negative) vengono vaccinate; quelle con tubercolosi (Mantoux positiva) vengono inviate ad un II livello pneumologico per eventuale chemiopprofilassi in collaborazione con il Dipartimento di Sanità Pubblica. Per le donne risultate HIV positive esiste un percorso facilitato presso l'Unità Operativa di Malattie Infettive dell'Ospedale locale ove ricevono tutte le prestazioni sanitarie e farmacologiche necessarie gratuitamente.

MINORI STRANIERI E HIV

Alfio Di Mambro
Associazione Archè ONLUS, Roma

Introduzione

L'Associazione Archè ONLUS nasce a Milano nel 1989 ed è la prima Associazione in Italia ad occuparsi di minori sieropositivi. Nel 1993 ha iniziato la sua attività a Roma e a Firenze operando in stretto contatto con i centri di pediatria infettiva e con i servizi territoriali attraverso volontari formati e operatori qualificati impiegati per mezzo di convenzioni con enti pubblici.

La presenza di Archè sul territorio, accanto al disagio e in particolare al disagio minorile, ha permesso di osservare, analizzare nuove situazioni di bisogno che si sono evidenziate in questi ultimi anni.

Nell'ultimo decennio il fenomeno dell'immigrazione ha interessato l'Italia in maniera più intensa e, a differenza del passato, quando la presenza di stranieri nel nostro paese era maggiormente formata da singoli, la presenza di nuclei familiari soggiornanti è raddoppiato.

La famiglia immigrata, dunque, pone nuove domande e sviluppa bisogni a vari livelli.

Per ciò che attiene la nostra presenza sul territorio, ancor prima che le statistiche rilevassero l'aumento della proporzione di stranieri con diagnosi di AIDS (dal 4,5% del 1994-1995 al 14,4% del 2002-2003) (1), Archè iniziava un percorso di riflessione sulle modalità di approccio alla richiesta di aiuto che proveniva dalle famiglie con presenza di bambini e adolescenti con problematiche di infezione da HIV e AIDS provenienti da paesi e culture lontane.

L'intervento

Le segnalazioni di minori sieropositivi che negli ultimi anni sono giunte ai servizi di Archè sia del volontariato sia quelli erogati in convenzione con Enti Pubblici, sono state caratterizzate da un esponenziale aumento dei casi relativi a bambini e ragazzi provenienti da paesi non comunitari. Su un totale di 67 minori sieropositivi seguiti, 21 provengono da paesi extracomunitari (Figura 1).

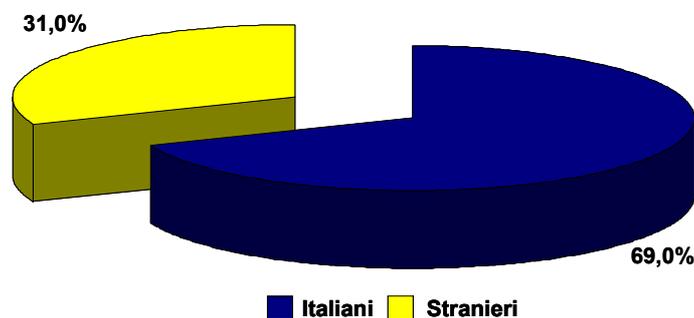


Figura 1. Proporzione di minori stranieri con infezione da HIV

Da un'indagine interna è stato possibile rilevare che la maggior parte dei minori presi in carico provengono da aree ad alta incidenza di AIDS, e quindi sono giunti in Italia già con l'infezione da HIV. Vi sono però casi di bambini sieropositivi, nati in Italia da famiglie immigrate, le quali presumibilmente hanno avuto un difficile accesso ai servizi sanitari, e quindi al protocollo specifico che riduce la probabilità che un bambino nato da madre sieropositiva (circa il 2% dei casi). Attualmente sono seguiti 13 minori provenienti dall'area dell'Africa Sub-sahariana, 5 dall'Est Europa, 2 dal Medio Oriente e 1 dall'America Latina (Figura 2).

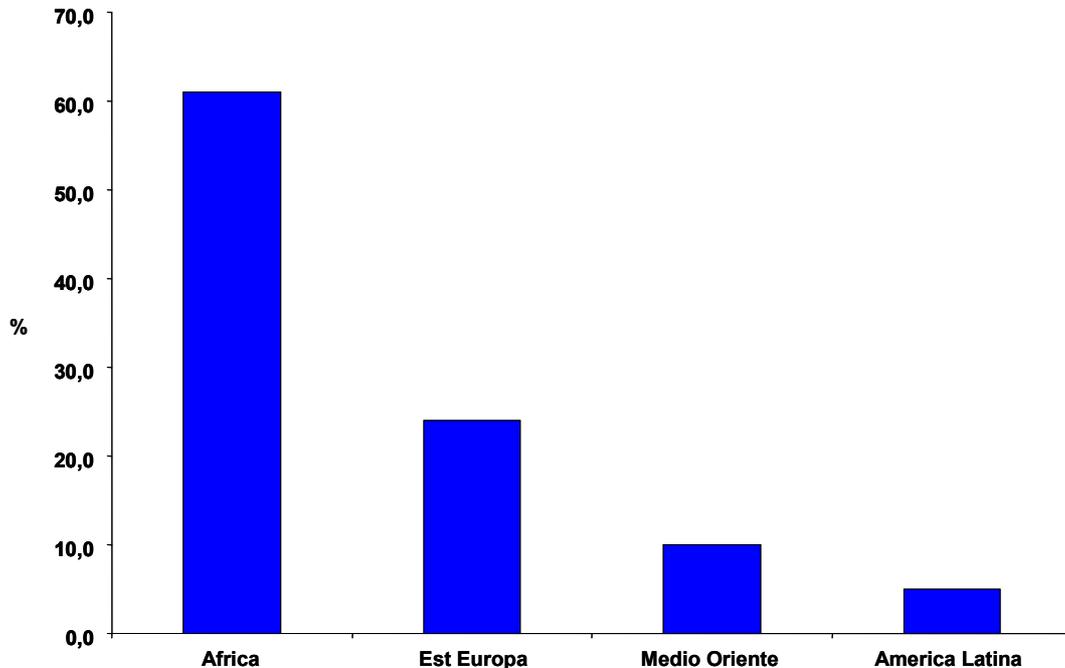


Figura 2. Aree geografiche di provenienza dei minori stranieri con infezione da HIV

L'accesso ai servizi sanitari è stato perciò uno dei primi problemi riscontrati a carico della famiglia immigrata con presenza di minori sieropositivi.

Per gli immigrati regolarmente e stabilmente soggiornanti in Italia (fatta cioè eccezione per i turisti) esiste il diritto di iscriversi al Servizio sanitario nazionale (ai sensi dell'art. 34 del DL.vo 286/98) ed, apparentemente, avrebbero le stesse opportunità assistenziali degli italiani (a partire dal medico di medicina generale e dal pediatra di libera scelta). Ampie garanzie sono state fornite dalla Legge anche agli immigrati irregolari, al punto che alla donna clandestina o irregolare, in gravidanza, viene assegnato uno specifico permesso di soggiorno che garantisce la non espellibilità nei primi sei mesi di vita del bambino.

Tuttavia i principali fattori di problematicità legati alla qualità della vita in relazione alla salute degli immigrati in Italia sono riconducibili alla difficoltà di accesso ai servizi sanitari pubblici, ritenuta veicolo fondamentale ai fini di una reale integrazione e di una effettiva tutela della salute.

Nella popolazione immigrata, molte volte, lo stato di malattia o il ricovero in ospedale rappresenta un grave problema in relazione al lavoro (spesso precario) o alla gestione dei figli (in quanto di frequente un immigrato non possiede la risorsa della famiglia allargata). È possibile affermare quindi che il disagio sociale, spesso scaturito da problematiche relative all'integrazione, rappresenta un ostacolo importante per l'accesso alle cure.

Inoltre, per quanto riguarda l'aspetto relativo ai servizi è possibile notare che in Italia le iniziative mirate all'informazione dell'utenza, non solo immigrata, e alla formazione e sensibilizzazione degli "operatori della salute", sono rare, così come è rara l'attenzione da parte dei servizi per gli aspetti comunicativi, antropologici e culturali dell'assistenza, nonché per quelli squisitamente organizzativi. La mancanza di tali requisiti determina una condizione di difficile realizzazione di una piena accessibilità e di una reale fruibilità dei servizi.

Esistono, inoltre, delle difficoltà legate all'informazione sulla patologia e al rapporto medico-paziente. Lo stato di ansia legato alla malattia si somma inevitabilmente ad una più o meno grave difficoltà di comunicazione, determinando una difficoltà di comprensione da parte del medico dei dati clinici del paziente (anamnesi e sintomi riferiti) e da parte della famiglia per la diagnosi, le indicazioni terapeutiche e gli elementi prognostici, spesso di non facile comprensione anche per le famiglie autoctone. Va anche considerato l'aspetto culturale relativo alla percezione che di solito la famiglia e il minore stesso hanno dell'HIV, in quanto provenienti da aree in cui tale infezione lascia un'aspettativa di vita molto breve e lo stigma è particolarmente forte. Tutto ciò si riflette sulla compliance e sulla progettualità di vita del minore e della famiglia.

Un altro aspetto importante è quello relativo all'inserimento scolastico dei minori stranieri con infezione da HIV. Archè si è occupata e si occupa ancora oggi delle problematiche relative all'inserimento sociale, in particolare quello scolastico, dei minori sieropositivi, ed è noto che problemi quali la somministrazione delle terapie in orario scolastico, fughe di notizie rispetto allo stato di salute del minore, assenze per malattia o controlli medici, possono influenzare negativamente un inserimento scolastico adeguato. A tutto ciò si aggiungono i problemi relativi all'integrazione del minore in quanto straniero e alla spesso difficile relazione tra la scuola e la famiglia. Considerando quanto detto, è facile intuire l'alto livello di problematicità che spesso si deve affrontare per inserire un minore straniero sieropositivo all'interno del sistema educativo del nostro paese.

Conclusioni

Quanto descritto sinora rappresenta una prima analisi del disagio sociale correlato alla specifica realtà dei minori stranieri sieropositivi che vivono nel nostro paese.

Pur nella convinzione di essere in una fase di osservazione, di studio e di sperimentazioni di nuovi modelli di intervento, di un fenomeno così complesso e peculiare, è però possibile affermare che i servizi che si occupano di queste problematiche hanno l'esigenza di comprendere e apprendere nuove chiavi di lettura di situazioni sostanzialmente differenti da quelle conosciute fin ora.

È stato possibile rilevare che gli operatori che intervengono nel settore pubblico, nel privato e nel terzo settore sentano fortemente il bisogno di formarsi e di confrontarsi, al fine di realizzare un "passaggio" di saperi e di competenze, una comunicazione reale ed efficace nell'ambito di équipe multidisciplinari e del lavoro in rete con l'obiettivo di realizzare interventi di prevenzione, di tutela dei diritti e di sostegno all'integrazione. Tutto questo nell'ottica di un miglioramento della qualità di vita, tanto legata all'infezione da HIV quanto alle condizioni sociali connesse allo *status* di "immigrato".

Bibliografia

1. Suligoi B, Boros S, Camoni L, Lepore D. AIDS cases in Italy: update to 31 December 2004. *Not Ist Super Sanità* 2004;17(4) Suppl 1.

OASI PEDIATRICA: L'ESPERIENZA DI UNA ASSOCIAZIONE DI VOLONTARIATO SANITARIO

Luigi Giannini, Metello Iacobini, Ilaria Stolfi
Dipartimento di Pediatria, Università "La Sapienza" di Roma, Roma
Organizzazione per l'Assistenza degli Stranieri in Italia - OASI Pediatrica, Roma

Introduzione

L'Organizzazione per l'Assistenza degli Stranieri in Italia (OASI Pediatrica) è un'Associazione di Volontariato costituita da pediatri e infermieri del Dipartimento di Pediatria dell'Università "La Sapienza" di Roma, che nasce nel giugno del 2002, al momento dell'entrata in vigore della legge "Bossi-Fini" (1).

Noi operatori, della Clinica Pediatrica del Policlinico Umberto I di Roma, avevamo osservato, nella nostra attività sanitaria presso la struttura ospedaliera e il Pronto Soccorso pediatrico, una totale assenza di pediatria di base diretta verso la popolazione infantile straniera ospite nel nostro paese. Infatti, i bambini stranieri, presenti più o meno regolarmente in Italia, accedevano alle strutture sanitarie, soprattutto nel pronto soccorso, quasi unicamente in casi di patologie acute, mentre non fruivano delle strutture di base, dove il bambino può essere seguito per una corretta crescita psicofisica, attraverso interventi di prevenzione, profilassi, diagnosi e cura delle comuni malattie infettive, per il controllo delle vaccinazioni e per una corretta educazione sanitaria. Nel settembre dello stesso anno, il Comune di Roma ha concesso in affitto all'Associazione i locali di un'ex farmacia abbandonata da anni e con gravi carenze strutturali. Grazie ai contributi dei soci, di privati nonché al ricavato della vendita di biglietti per una partita di calcio, nel maggio del 2003, sono iniziati i lavori di ristrutturazione, che hanno portato alla realizzazione, nel marzo 2004, di un ambulatorio pediatrico. I tempi lunghi dei lavori di ristrutturazione e il notevole dispendio economico si sono resi necessari a causa di interventi di agibilità sulla struttura e per poter realizzare ambienti accoglienti e funzionali, studiati per le esigenze dei bambini, che si accordassero con un ambulatorio all'avanguardia dal punto di vista sanitario.

Durante i lavori di ristrutturazione dell'ambulatorio, l'OASI Pediatrica ha collaborato con il Comune di Roma e il Tribunale dei Minori, fornendo assistenza medica specialistica pediatrica giornaliera, presso il "Centro Comunale per il Contrasto della Mendicizia Infantile". Tale Progetto, sotto il patrocinio del Fondo delle Nazioni Unite per l'Infanzia - UNICEF, intendeva contrastare il fenomeno dei bambini mendicanti, che spesso venivano sfruttati dalle famiglie o da estranei. Per tale ragione, i bambini, fermati dalle forze dell'ordine, invece di transitare presso i commissariati o le caserme, venivano portati presso questo Centro dove, in presenza di personale specializzato (psicologi, assistenti sociali, animatori, mediatori linguistico-culturali), venivano trattenuti o, in caso venissero rintracciate, riconsegnati alle famiglie.

L'intervento

Sono stati esaminati, in 10 mesi di attività, 167 bambini prevalentemente provenienti dall'Europa dell'Est, riscontrando frequenti patologie dermatologiche (verruche) ma, fortunatamente, in nessun caso segni di violenza, abuso o maltrattamento.

Da marzo del 2004 è stato aperto l'ambulatorio pediatrico gratuito dove si svolge l'attività principale dell'Associazione.

Sono stati esaminati, da marzo fino all'inizio di ottobre del 2004, 74 bambini, di cui 46 (62,2%) provenienti dall'Europa, 16 (21,6%) dall'Africa, 9 (12,2%) dall'Asia e 3 (4,1%) dal Sud America.

Le patologie riscontrate erano prevalentemente di tipo ambulatoriale e non avevano un carattere di emergenza. Le richieste di intervento per patologia si equivalevano alle richieste di controlli. Da questi dati, parziali e non significativi, emerge, comunque, una richiesta di pediatria di base ambulatoriale, dove si possa svolgere attività di controllo e di prevenzione.

Sono stati effettuati, inoltre, presso l'ambulatorio, 28 interventi odontoiatrici e 3 interventi diretti presso i campi abusivi.

Nel luglio del 2004 è stato realizzato, presso il Centro di Prima Accoglienza per i Rifugiati "Padre Pedro Arrupe", un programma di "Prevenzione della Tuberculosis Infantile", attraverso l'esecuzione dell'intradermoreazione alla Mantoux, su 60 soggetti di età compresa tra 0 e 14 anni ospiti del Centro. L'esecuzione dell'intradermoreazione alla Mantoux è stata standardizzata secondo le direttive del "Protocollo di gestione clinica della TBC 2003" dell'Istituto Nazionale Malattie Infettive "L. Spallanzani" di Roma. Sono risultati positivi 9 soggetti (15%), che sono stati inviati presso le Aziende Sanitarie Locali di appartenenza per accertamenti diagnostici, mentre i restanti 51 soggetti sono stati vaccinati contro la TBC, secondo le raccomandazioni dello stesso protocollo.

Da novembre 2004 l'Associazione è anche impegnata, oltre che nella sua attività ambulatoriale, presso il Carcere di Rebibbia, in un ambulatorio di consulenza pediatrica per quei bambini, di età da 0 a 3 anni, presenti nelle strutture carcerarie. È attivo anche un corso di puericultura e di consulenza pediatrica diretto alle mamme, in collaborazione con l'Assessorato alle Periferie con delega per le strutture carcerarie del Comune di Roma.

Siamo dell'opinione che la corretta tutela della salute sia fisica che mentale e l'aiuto all'integrazione dei piccoli stranieri in Italia possa creare, in futuro, cittadini del mondo a tutti gli effetti.

Bibliografia

1. Italia. Legge 30 luglio 2002, n. 189. Modifiche alla normativa in materia di immigrazione e di asilo. *Gazzetta Ufficiale - Supplemento Ordinario* n.199 del 26 agosto 2002.

Terza Sessione
Le organizzazioni non governative

PROGETTO FENARETE

Pia Covre

Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute ONLUS, Pordenone

Introduzione

Il Progetto Fenarete è consistito nella ideazione ed esecuzione di un corso pilota per Educatrici Pari (PE) nel campo della prostituzione, che si è svolto in Italia per la prima volta e che è stato poi riproposto in Francia, Germania, Olanda, Polonia e Lituania. Associazione promotrice del Progetto è stato il Comitato per i Diritti Civili delle Prostitute ONLUS di Pordenone. Il Progetto, finanziato dalla Commissione Europea nel Programma Leonardo da Vinci "Educazione e cultura" 2002-2004, ha coinvolto partner istituzionali: (Comune di Venezia, Comune di Modena, Provincia di Torino) e partner europei (*Amnesty for women* - Germania; *Hydra* - Germania; *Autres regards* - Francia; *Tampep International foundation* - Olanda; *La Strada* - Polonia; *Tada* - Polonia; *Lithuanian AIDS Centre* - Lituania).

Fenarete è stato realizzato nell'ambito del Progetto europeo *Transnational AIDS/STI Prevention among Migrant Prostitutes in Europe* - TAMPEP.

Il Progetto Fenarete va a coprire un bisogno reale di formazione professionale per una figura, quella di educatrice/tore pari, che seppur inserita di fatto, da tempo, in servizi di accoglienza, o di prevenzione sanitaria, e simili, rivolti a gruppi marginalizzati, non ha tuttavia avuto sinora né un riconoscimento formale, né un'attenzione particolare per quanto riguarda la necessità di una formazione/qualificazione che miri allo sviluppo delle competenze che le sono proprie, e che, pur derivando dall'esperienza personale, necessitano di rielaborazione e di integrazione con nozioni di altro tipo.

Infatti, l'esperienza personale rappresenta un punto di partenza e allo stesso tempo anche un punto di forza per l'incontro, per poter stabilire con più facilità un rapporto di fiducia con utenti del servizio che condividono una stessa situazione. La presa di coscienza e la rielaborazione della propria esperienza e delle competenze che ne derivano naturalmente sono indispensabili per una migliore identificazione del proprio ruolo da parte delle PE, per render più professionale l'intervento delle PE nei confronti delle utenti, per stabilire un confine fra "io" e l'altro che altrimenti rischia di confondersi data la premessa della comune condizione.

Il Progetto Fenarete

L'elemento centrale e innovativo del Progetto è consistito nell'inserimento di un modulo di elaborazione dell'esperienza personale all'interno del corso, elemento la cui validità è stata confermata dall'applicazione a diversi ambiti e contesti, e di cui è stata sottolineata più volte l'importanza: confermata anche dalla proposta fatta da più parti di utilizzarlo anche per altri gruppi target, data la sua efficacia e la sua flessibilità.

Indubbiamente la formazione garantisce alla futura PE di poter operare anche in diversi contesti con le stesse modalità e di aver così un'occasione di crescita, oltre che di costituire un valore aggiunto per quei servizi o istituzioni o organizzazioni che decidano di investire in una tale figura. La presenza di PE dovrebbe facilitare, come si è detto, l'accesso ai servizi, ma solo

se questa figura ha un'adeguata preparazione e viene riconosciuta nel suo ruolo essa potrà stabilire un rapporto di fiducia che consente una continuità che aumenti l'efficacia dell'intervento.

Si sono, quindi, svolti i corsi di formazione per PE nei diversi paesi partner europei adeguando le modalità stesse alle peculiarità delle diverse situazioni socio-culturali presenti in ciascun paese partecipante. Non si è trascurato di sensibilizzare e coinvolgere attivamente ove possibile anche gli attori politici e istituzionali locali. Per alcune delle persone formate (circa 50) è stato in seguito possibile trovare un lavoro nel contesto degli interventi di riduzione del danno e contro la tratta nella prostituzione.

I risultati del Progetto hanno portato alla stesura di Linee Guida sulla metodologia applicata, raccolte in un volume e disponibili in cinque lingue (italiano, inglese, francese, lituano, russo). Le Linee Guida ben evidenziano il lavoro preliminare di raccolta dati svolto da ciascun partner nel proprio paese al fine di poter calibrare il corso di formazione sulla situazione concreta e specifica dei singoli Stati, e il conseguente adattamento del corso alle esigenze particolari derivanti dalle rilevazioni fatte a livello di diffusione della prostituzione e della presenza e disponibilità di servizi dedicati, oltre che della diversa legislazione. Il tutto senza trascurare gli aspetti più genericamente culturali quali le relazioni fra i diversi gruppi etnici dato che spesso nel campo della prostituzione e della tratta di esseri umani sono coinvolte persone migranti.

È stato, inoltre, creato un sito, www.fenarete.org, al quale si rimanda per ogni informazione più dettagliata sul Progetto.

CONOSCERE, FORMARE, INTERVENIRE: PROGETTO DI PREVENZIONE INTERCULTURALE

Luca Fornari
ALA Milano ONLUS, Milano

Introduzione

L'aumento della popolazione migrante presente nella città di Milano ha interrogato le istituzioni pubbliche e del privato sociale che si occupano di prevenzione delle Malattie Sessualmente Trasmissibili (MST) sulla propria capacità di far fronte ai mutamenti sociali in atto. La nostra organizzazione, in collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'Asl città di Milano, ha pensato e realizzato il Progetto "Conoscere, formare, intervenire" per rispondere ad alcuni dei quesiti che ci siamo posti sulle modalità più appropriate per far prevenzione con gli stranieri.

Si è partiti dalla consapevolezza che ogni comunità (compresa quella italiana) possiede proprie conoscenze e saperi, paure e stereotipi, relativi al tema dell'AIDS; per questo motivo abbiamo ritenuto che le azioni di prevenzione dovessero partire prima di tutto da una rilettura delle tematiche connesse all'AIDS all'interno della cornice culturale delle singole etnie interessate, per poi successivamente poter pensare a delle azioni di prevenzione che tenessero conto delle differenze culturali rilevate.

Sono stati coinvolte nel Progetto persone provenienti da Cina, Filippine, Marocco, Senegal, Perù, Albania, Romania, Brasile. La scelta è avvenuta in base alla rappresentatività dei gruppi nel territorio milanese.

Materiali e metodi

La caratteristica che da sempre contraddistingue la nostra organizzazione è l'impiego, nella costruzione di un intervento, di una modalità partecipata. Le nostre attività partono dal presupposto che un'azione significativa può essere tale solo se gli attori interessati partecipano alla costruzione dello stesso.

Per questo motivo ampio spazio è stato dato in questa fase del Progetto alla costruzione di partnership con rappresentanti di organizzazioni di migranti, nell'intento di attivare interventi strutturati ed elaborati in funzione delle specifiche caratteristiche degli interlocutori.

Per ogni comunità è stato messo a punto un tipo di intervento che tenesse conto:

- del grado di integrazione già raggiunto dai componenti delle stesse;
- della possibilità del loro coinvolgimento nella ideazione e realizzazione delle azioni preventive data l'importanza per la strutturazione dell'intervento delle peculiarità e le caratteristiche socio-culturali di provenienza;
- dei luoghi e dei momenti aggregativi tipici delle comunità di migranti considerati dal Progetto (locali di e per migranti, feste strutturate, ricorrenze significative, organi di informazione ecc.).

Questa modalità ha trovato dei limiti di attuazione nei confronti di quei gruppi etnici che non si erano costituiti propriamente in comunità, ma ha mostrato tutte le sue potenzialità rispetto alle

comunità maggiormente organizzate: con questo non si vuole affermare che non si possa fare prevenzione nelle comunità con una rete sociale poco strutturata, ma che bisogna impegnarsi nell'individuare nuove strategie per, prima di tutto, raggiungere una utenza poco "visibile".

Fasi del lavoro

Il Progetto ha sviluppato per ognuno dei gruppi etnici un processo che può essere suddiviso in 6 fasi di lavoro che verranno qui brevemente descritte.

– *Raccolta dati*

Questa fase ha avuto lo scopo di determinare quale fosse il legame tra il gruppo etnico coinvolto e il tema dell'AIDS attraverso una somministrazione di 1.500 questionari e una ricerca bibliografica. Al fine di avere un numero di questionari che potesse offrire risultati significativi, si è deciso di circoscrivere la ricerca quantitativa a 3 comunità distinte per il tipo di migrazione: la prima, quella peruviana, in gran parte femminile (500 questionari), la seconda, quella marocchina, di tipo prevalentemente maschile (500 questionari) e infine, quella cinese, caratterizzata da una migrazione di tipo familiare.

La ricerca ha avuto lo scopo di:

- verificare il livello di informazione che il campione aveva nei confronti dell'AIDS e delle MST;
- verificare la conoscenza delle modalità di trasmissione del virus;
- verificare l'esistenza o meno del "luogo comune" che ritiene la malattia circoscritta solo ad alcune categorie sociali ("gruppi a rischio");
- verificare il grado di accesso ai servizi sul territorio;
- indagare il comportamento sessuale del campione.

Per la somministrazione dei questionari ci siamo avvalsi dell'apporto di mediatori linguistico-culturali appartenenti alle diverse comunità coinvolte nel Progetto.

– *Formazione mediatori linguistico-culturali*

La figura del mediatore linguistico-culturale, all'interno del nostro Progetto, ha un'importanza fondamentale. Importanza riguardante sia la raccolta di dati (attraverso la somministrazione del questionario), sia la diffusione di informazioni all'interno della propria comunità, e principalmente, la partecipazione attiva nella ideazione e realizzazione dell'intervento stesso.

Data la rilevanza del ruolo di tali figure e data la particolarità dell'argomento si è ritenuto opportuno predisporre un corso di formazione che includesse tutti i mediatori delle diverse etnie (Senegal, Cina, Marocco, Perù, Albania, Brasile, Moldavia). La formazione è stata specificatamente pensata per dare ai mediatori dei contenuti relativi all'HIV e alle MTS, oltre a degli elementi di comunicazione interculturale.

Il corso ha visto come prodotto finale l'ideazione e la realizzazione di un volantino informativo tradotto in 10 lingue diverse.

– *Analisi del contesto territoriale*

In questa fase siamo stati occupati nella ricerca e nella selezione di referenti "etnici" presenti a Milano per ogni comunità coinvolta. Abbiamo, quindi, individuato e contattato persone che, per la loro attività professionale, per il ruolo che ricoprono nella propria comunità o anche per la disponibilità dimostrata a prender parte al Progetto, sono state coinvolte e invitate a partecipare come partner di Progetto.

– *Esplorazione simbolica*

Siamo partiti dal presupposto che nel pensare ad un intervento di prevenzione sull'HIV, così come in qualsiasi altro intervento preventivo, non si possa prescindere dal mondo culturale e dalla sfera di significati alla quale la persona appartiene.

Questo assunto, se può essere valido in generale, lo è, a maggior ragione se ci si confronta con persone provenienti da altre nazioni e quindi con culture di riferimento diverse dalle nostre. La comprensione dei significati e delle rappresentazioni sul tema dell'HIV/AIDS è avvenuta attraverso l'analisi dei dati raccolti (fase 1), da workshops e da interviste semistrutturate.

– *Co-Progettazione*

Successivamente si è passati alla co-progettazione con i referenti “etnici” precedentemente contattati. La scelta della logica partecipativa che sottostà a questo Progetto, risponde al bisogno di trovare una metodologia che venga incontro alla necessità di ri-significazione simbolica che si rende necessaria ogni qualvolta si consideri opportuno tener conto della cornice culturale di appartenenza del target.

Le partnership con le organizzazioni, le associazioni di migranti e gli opinion leader hanno permesso la ri-definizione progettuale e la ricontestualizzazione del tema all'interno di una specifica cornice culturale, oltre che aver giocato un ruolo “in prima linea” sottoforma di moltiplicatori di intervento all'interno della comunità stessa.

– *Azioni di prevenzione*

Successivamente sono state messe in atto le azioni di prevenzione nelle diverse comunità. Tra le azioni svolte: incontri formativi nelle scuole di Italiano per stranieri, workshop, messaggi su media in lingua (televisione cinese, giornali in lingua spagnola, cinese e filippina, trasmissione radiofonica in spagnolo), distribuzione di materiale informativo nei luoghi di aggregazione.

Conclusioni

Riteniamo utile qui evidenziare alcune delle riflessioni dell'equipe in base all'esperienza compiuta durante la fase “operativa”.

Una prima considerazione riguarda le differenti declinazioni che ha avuto il Progetto a seconda della comunità coinvolta. I percorsi sono stati molto differenti, e questo è dovuto ad una serie di fattori: la presenza o meno di organizzazioni e/o associazioni di migranti, la loro effettiva rappresentatività all'interno del territorio, la loro disponibilità a partecipare al processo di costruzione di interventi di prevenzione, alla modalità aggregativa delle diverse comunità, oltre, naturalmente, a fattori culturali sopra menzionati.

L'approccio partecipativo ha mostrato tutte le sue potenzialità, ma anche forti limiti. Non tutti i migranti sono infatti organizzati in proprie comunità, rendendo in certi casi impossibile la costituzione di partnership. Gli albanesi, per esempio a Milano, pur essendo una presenza numerosa, non sembrano avere particolari luoghi in cui aggregarsi e non vi sono referenti se non istituzionali.

Rimane aperta la domanda su quale strategia possa risultare efficace in un contesto così destrutturato.

Abbiamo evidenziato pressoché in tutte le comunità il timore di essere stigmatizzate come le comunità con il “problema AIDS”. Non è risultato sempre facile giustificare la nostra presenza all'interno di comunità.

Il fatto di non pre-determinare l'intero processo e lasciare spazio per la co-contrattazione con altri attori ci ha posto nella situazione di non poter “controllare” tutte le variabili che entravano

in gioco. La nostra attenzione stava nel tutelare il processo di lavoro (ri-lettura dei significati, contrattazione di partnership, definizione condivisa con il territorio di obiettivi e strategie di azione), senza sapere esattamente in cosa sarebbe sfociato il nostro lavoro, esponendoci anche a numerosi imprevisti.

Si ribadisce l'importanza di un modello di prevenzione che vada al di là del livello informativo. Per molti stranieri, come per molti italiani, non manca l'informazione su che cos'è l'AIDS e su come ci si difende dal contagio: i meccanismi di difesa messi in atto portano erroneamente a considerare il rischio di contagio comunque da attribuire ad altri. Il piano su cui siamo chiamati a lavorare è più culturale in senso ampio che meramente informativo. Per questo motivo si ritiene utile un approccio di tipo pedagogico che favorisca una rielaborazione e un approfondimento di queste tematiche correlandole alla concreta esperienza delle persone incontrate, incoraggiando così una maggiore consapevolezza sui rischi di determinati comportamenti.

NETWORK ITALIANO PERSONE SIEROPOSITIVE. NPS ITALIA ONLUS

Rosaria Iardino

Network italiano Persone Sieropositive – NPS ONLUS, Roma

Introduzione

La partecipazione del Network italiano Persone Sieropositive (NPS) al Meeting annuale del *National Focal Point* italiano del 2004, ha permesso di farci conoscere e dare visibilità alla nostra Associazione, costituitasi di recente ma con un'esperienza di attivismo decennale. Il NPS nasce dall'esperienza maturata, dai soci fondatori, all'interno di ANLAIDS.

È il primo gruppo in Italia formato esclusivamente da persone sieropositive, attive nel campo della prevenzione, sensibilizzazione, informazione e supporto ai problemi HIV/AIDS, sia in ambito regionale che nazionale. È un team che opera in modo autonomo e aperto ad altre realtà che si occupano di malattie croniche, nell'interesse comune del diritto alla salute e della qualità della vita. Il NPS è un'associazione in continua evoluzione, collabora nei diversi tavoli di lavoro con Istituzioni Pubbliche e Aziende Farmaceutiche.

Obiettivi

Gli obiettivi che si pone il Network sono:

- garantire informazioni sulle terapie e i loro effetti collaterali;
- battersi per l'uniformità di trattamento dei malati (federalismo sanitario);
- tutelare le persone HIV attraverso l'informazione e la sensibilizzazione, facilitando la collaborazione tra medici e pazienti e abbattendo le barriere che ancora sono presenti intorno a questa patologia;
- aggiornare e informare sulle nuove terapie messe a punto dalle Aziende farmaceutiche;
- diffondere informazioni legali, mediche e pensionistiche;
- lottare contro la discriminazione per l'accesso alle cure e per la salvaguardia del posto di lavoro;
- fare prevenzione in particolare nelle realtà scolastiche e carcerarie.

L'Associazione NPS italia ONLUS è presente su tutto il territorio nazionale, e per interagire con i referenti regionali dispone di un portale (www.npsitalia.net) dove si possono trovare tutte le informazioni sul virus, prevenzione, forum, dove rivolgersi per porre domande direttamente a medici infettivologi e a esperti. Si tratta di un'iniziativa gestita e affidata a persone HIV positive, in grado di condividere empaticamente le problematiche legate al lavoro, alle cure, al sostegno medico-psicologico, alla tutela della privacy.

I progetti

Progetto IN & OUT

Svolto in collaborazione con il Dipartimento di Amministrazione Penitenziaria e la Boehringer Ingelheim, che si pone come obiettivo principale l'incremento del numero degli

accessi al test per l'HIV all'interno delle carceri, al fine di favorire una più accurata definizione del numero di soggetti sieropositivi ivi residenti e di formulare idonei piani d'intervento in termini di prevenzione e cura.

Progetto di sperimentazione del vaccino anti HIV

Basato sulla proteina TAT, svolto dall'Istituto Superiore di Sanità. Il NPS è tra i componenti del *Community Advisory Board* (CAB).

Progetto "Scegliere di sapere"

Progetto biennale sostenuto dalla Glaxo Smith Kline (GSK), e coordinato dall'Istituto di Ricerca Sociale di Milano, al fine di far emergere quel sommerso di persone che non sottoponendosi al test dell'HIV, non hanno la certezza del loro stato sierologico, e continuano ad avere comportamenti a rischio per se stessi e per gli altri.

Progetto Scuole (Veneto)

In collaborazione con il Dipartimento di Prevenzione dell'Unità Locale Socio Sanitaria 4 Alto Vicentino, si svolgono incontri informativi di prevenzione dell'infezione da HIV e dell'AIDS e di sensibilizzazione verso le persone sieropositive, anche attraverso la distribuzione di materiale informativo. Il Progetto ha previsto il coinvolgimento dei genitori degli studenti attraverso un incontro preparatorio serale.

Progetto Tutor

La sezione regionale del NPS, in collaborazione con la GSK, è presente nella divisione Malattie Infettive di Padova, con il ruolo di coordinare i tutor (figure di riferimento per le persone sieropositive) presenti in diverse strutture ospedaliere dislocate sull'intero territorio nazionale. Il tutor è una figura di riferimento nel trial, che opera in sinergia con l'èquipe medica senza sostituirsi al personale sanitario, ed è fondamentale per aiutare 24 ore su 24 sul fronte psicologico la persona inserita nella sperimentazione, per consentire una migliore interazione fra medici, infermieri professionali e pazienti, migliorando l'adesione alla terapia di questi ultimi.

Una sorta di punto di riferimento in grado di supportare il malato, rispondendo a tutte le sue domande e affiancandolo nei momenti difficili, soprattutto dal punto di vista psicologico, che incontra in ogni terapia.

Sono molte, infatti, le occasioni di dubbio, di insicurezza, di paura di fallimento piuttosto che di "emergenze" o disturbi che colpiscono i pazienti che partecipano ad uno studio clinico di sperimentazione, e questa nuova figura sarà raggiungibile fino al termine dello studio.

Il Progetto "Tutor" quindi nel protocollo TCL100438 (Tucaresol), ha lo scopo di migliorare gli aspetti di *counselling* dei pazienti arruolati nella sperimentazione.

Questa iniziativa, prevede di introdurre per i centri clinici partecipanti allo studio Tucaresol la figura del Tutor come mediatore culturale tra pazienti e personale medico e paramedico coinvolto nella conduzione della sperimentazione.

PREVALENZA DI MALATTIE SESSUALMENTE TRASMESSE IN UNA COORTE DI PROSTITUTE NIGERIANE A PALERMO (2000-2004)

Tullio Prestileo (a, c), Giuseppina Orlando (b), Sebastiana Salerno (a), Francesco Di Lorenzo (c), Angelo Colomba (c)

(a) Associazione Nazionale per la Lotta all'AIDS (ANLAIDS), Palermo

(b) Unità Operativa Complessa Ostetricia e Ginecologia, ARNAS, Palermo

(c) Dipartimento Malattie Infettive ASL 6, Palermo

Introduzione

Il sempre maggiore divario tra ricchezza e opulenza occidentale e povertà della gran parte dei paesi dell'Africa, dell'Asia e dell'America Latina ha accentuato il fenomeno dell'immigrazione, da sempre conosciuto ma che negli ultimi anni ha acquisito dimensioni drammatiche per modalità, gestione e, soprattutto, per i costi sostenuti da questa enorme massa di persone che troppo spesso “pagano” con la propria vita.

I dati relativi al flusso migratorio mettono in evidenza, nel mondo, un flusso di circa 200 milioni di persone; tra questi, almeno 200.000 rifugiati e/o clandestini (1). La situazione italiana è costituita dalla presenza di circa 2.500.000 di cittadini extracomunitari con regolare permesso di soggiorno ai quali bisogna aggiungere almeno 700.000 clandestini, per un totale che supera, ampiamente, i 3 milioni di persone, pari ad almeno il 5-6% della popolazione residente nel nostro paese (2).

L'insopportabile povertà di questi popoli che decidono di migrare può essere facilmente valutata, per esempio, attraverso l'analisi dell'aspettativa di vita in alcuni paesi europei e africani come mostrato in Figura 1.

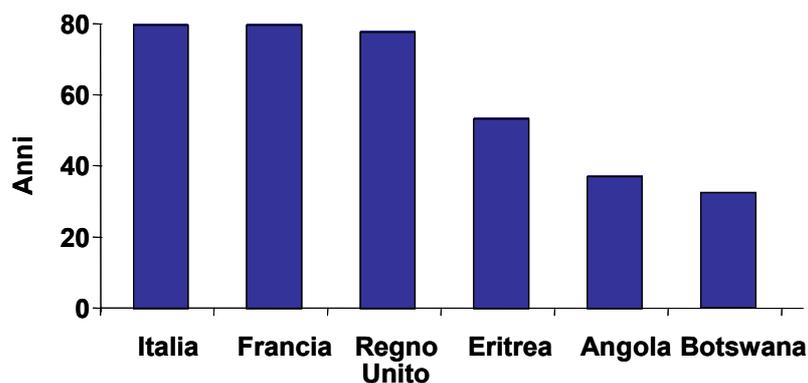


Figura 1. Aspettativa di vita in alcuni paesi dell'Europa occidentale e dell'Africa

Nella successiva Figura 2, è possibile osservare il tasso di mortalità infantile osservabile in diverse aree geografiche.

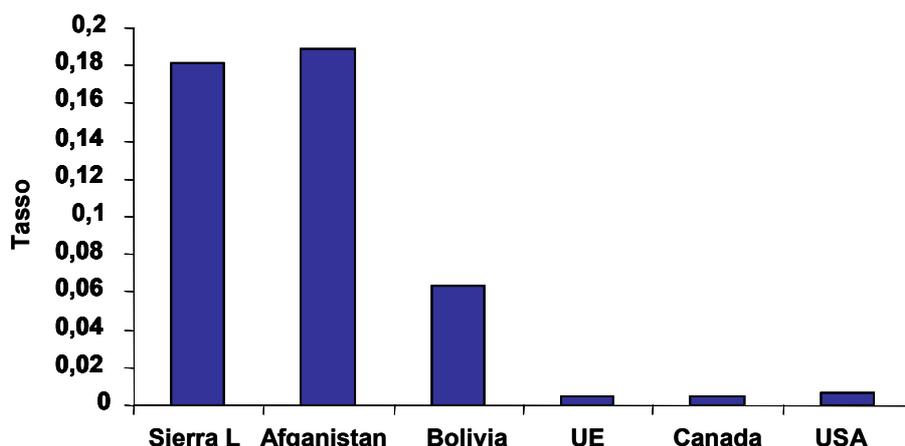


Figura 2. Mortalità infantile in paesi ad economia avanzata e in paesi in via di sviluppo (numero morti entro il 1° anno di vita/1000)

L'osservazione dei dati relativi soprattutto all'ultimo decennio evidenzia che le patologie riscontrate in questa popolazione sono acquisite, per la quasi totalità, nel paese ospite (3). Le patologie più comuni, riassunte nella successiva Figura 3, sono di tipo gastroenterico, ostetrico-ginecologico, traumatologico e ortopedico (4, 5).

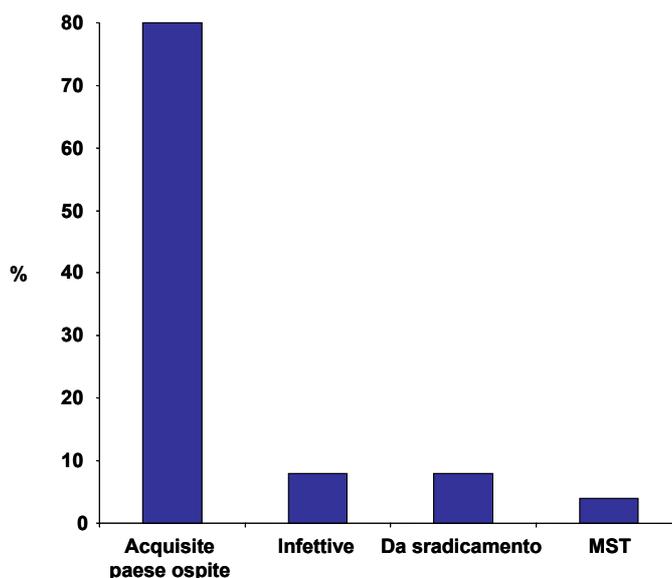


Figura 3. Patologie più frequenti riscontrate nella popolazione straniera presente in Italia

In una percentuale variabile tra il 3% e il 5% si mettono in evidenza quadri clinici caratterizzati da disturbi di natura funzionale, con ogni probabilità correlati alla perdita delle abitudini e delle consuetudini tipiche del paese d'origine o da adattamento al nuovo stile di vita. Si tratta di un quadro clinico nosologicamente non ancora ben definito ed etichettato come Sindrome da sradicamento o disturbo post traumatico da stress (DPTS); caratterizzato da disturbi funzionali di natura psichiatrica e/o psicosomatica con prevalente, ma non esclusivo interessamento dell'apparato digerente e delle articolazioni.

Nel rimanente 5-8% dei casi, si osservano patologie infettive specifiche come la tubercolosi, le Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) e, tra queste, l'infezione da HIV che, non infrequentemente, pone problemi di gestione clinica e di accesso ai farmaci antiretrovirali (6).

Obiettivo

Obiettivo dello studio è stato quello di verificare la frequenza e la tipologia dei quadri clinici presenti in una coorte di giovani prostitute residenti nell'area metropolitana di Palermo.

Materiali e metodi

Abbiamo condotto uno studio per verificare la prevalenza della tubercolosi, di infezione da virus epatotropi (HBV, HCV) e delle più frequenti MST, ivi compresa l'infezione da HIV in una coorte di 109 prostitute nigeriane, di età compresa tra 18 e 24 anni, con breve storia di prostituzione (range tra 5 e 16 mesi), osservate consecutivamente da marzo 2000 a gennaio 2004.

Tutte le donne sono state sottoposte al *counselling* pre e post-test; prelievo ematico di screening per le infezioni sopra riportate e per la Sifilide; intradermoreazione di Mantoux; esame fisico generale e visita ginecologica.

Risultati

L'infezione da HIV è stata diagnosticata in due pazienti risultate asintomatiche e con conta dei linfociti $CD4^+TCell$ maggiore di $700/mm^3$ (CDC: A-1) (7).

Nessuna delle donne ha presentato sifilide, tubercolosi e infezione da virus dell'epatite C (HCV). Per quanto riguarda l'infezione da virus dell'epatite B (HVB), nessuna donna sottoposta a screening ha presentato positività per l'antigene di superficie (HbsAg); 12 delle 109 donne sono risultate positive alla ricerca di anticorpi contro l'antigene di superficie (anti-HBs) e/o l'antigene core (anti-HBc) di HBV. Nessuna MST è stata evidenziata nel corso dei controlli ginecologici effettuati.

Le informazioni ricavate dal *counselling* hanno permesso di evidenziare, nella totalità delle donne intervistate, una breve storia di prostituzione (da 5 mesi a 16 mesi) e l'uso del preservativo per ogni rapporto sessuale a pagamento.

Conclusioni

L'analisi dei dati raccolti fornisce elementi che impongono alcune considerazioni: l'infezione da HIV nella popolazione di giovani donne nigeriane con breve storia di prostituzione è assai limitata (inferiore al 2%); ciò ben correla con l'assenza di altre MST e con dati recenti pubblicati in Italia (8); riteniamo che la limitata frequenza di infezione da HIV e di altre MST sia da ricondurre, in prima ipotesi, alla breve storia di prostituzione e al costante uso del preservativo.

Elemento da non trascurare è, inoltre, rappresentato dal fatto che si tratta di giovani donne sane, probabilmente “selezionate” all’origine da persone il cui interesse è quello di preservare queste donne da malattie che comprometterebbero il loro rendimento.

Bibliografia

1. WHO/UNAIDS Report 2003 *Bureau of Immigration and Customs Enforcement*. U.S. Dept. of Homeland Security. Report on march 1, 2003.
2. *Dossier Statistico Immigrazione*. Ministero dell’Interno aggiornamento al 31/12/2003.
3. Feld P, Power B. *Immigrants access to healthcare: findings and clinical picture from focus groups in 4 cities*. Washington D.C.: Kaiser Commission on Medicaid and the uninsured, Denver (2000).
4. Leighton KU, Freilich A. *Caring for Immigrants: Health-Care safety Nets in Los Angeles, New York, Miami and Houston*. New York: Kaiser Commission on Medicaid; 2001.
5. El-Hamad I, Scarcella C, Pezzoli MC *et al*. Patologie Infettive e Migrazione: risultati preliminari di una specifica indagine retrospettiva quindicennale Italiana. *J Infectious Diseases* 2004;10:s110-111.
6. Saracino A El-Hamad I, Prato R *et al*. Accesso alla terapia HAART in pazienti immigrati HIV-positivi: studio retrospettivo multicentrico SIMIT. Italian. *J Infectious Diseases* 2004;10:S112.
7. Center for Disease Control: 1994 Revision of the case definition of acquired immunodeficiency syndrome. *MMWR* 1994;4:373-74.
8. Prestileo T, Dalle Nogare ER, Di Lorenzo F, Sanfilippo A, Ficalora A, Barbaccia P., Colomba A.: Prevalenza di Patologie Infettive e Malattie Sessualmente Trasmesse (MST) in due differenti popolazioni di extracomunitari residenti in Palermo ed osservati nel quinquennio 2000-2004 *Recenti Progressi in Medicina* 2005;96(4):180-82.

ESPERIENZA DEL NAGA DI MILANO

Pierfranco Olivani

Associazione Volontaria di Assistenza Socio-Sanitaria e per i Diritti di Stranieri e Nomadi, NAGA, Milano

Introduzione

Il NAGA è una Associazione di Volontariato che dal 1987 si dedica alla salute delle popolazioni mobili nei settori in cui non arriva l'assistenza sanitaria nazionale. Quindi, fin dall'inizio, il NAGA si è dovuto interessare anche delle problematiche inerenti l'HIV e l'AIDS.

Per inquadrare tale azione, vedremo dapprima l'attività del NAGA in generale, quindi l'attività specifica nell'ambito dell'infezione da HIV e dell'AIDS.

Al 31 dicembre 2003, risultano a Milano 1.320.000 cittadini italiani, 165.000 stranieri regolari (12,5%) e circa 30.000 immigrati irregolari (dati dell'Osservatorio di Milano).

In Lombardia le norme che disciplinano, a livello locale, la tutela della salute dei cittadini stranieri, sono le seguenti:

- Circolare Regionale Lombarda del 12/9/2000 (H1.2000.00511048). Per quanto riguarda le persone straniere irregolari è carente in quanto non sono identificate le strutture che possano realizzare l'ambulatorio per la medicina di base (medicina essenziale), anche per anziani, malati cronici e infettivi. In tale circolare manca anche l'identificazione delle procedure per l'accesso alla medicina specialistica e l'individuazione della struttura che realizzi l'ambulatorio per la pediatria di base (6-18 anni);
- Circolare Regionale Lombarda del 28/3/01 (H1.2001.0021656). Norme sull'assistenza farmaceutica per le persone straniere prive di documenti;
- Circolare Regionale Lombarda del 25/10/02. Tale Circolare si rivolge persone straniere che hanno fatto domanda di sanatoria (possibilità di iscrizione al Servizio Sanitario Nazionale).

Per quanto riguarda le attuali "vie di accesso alle strutture sanitarie milanesi" per le persone straniere prive di regolare permesso di soggiorno, i servizi disponibili sono i seguenti:

- Pronto Soccorso (con farmaci ed esami);
- Ambulatori ospedalieri presenti solo in alcuni ospedali per la medicina specialistica (farmaci ed esami);
- Ambulatori e Consultori pediatrici, 0-6 anni (farmaci ed esami);
- Ambulatori pediatrici presenti solo in alcuni ospedali, 6-18 anni (farmaci ed esami);
- Ambulatori e Consultori ostetrici (farmaci ed esami);
- Ambulatori per patologie croniche. Ambulatorio malattie infettive per l'infezione da HIV/AIDS e per la prevenzione della tubercolosi (accesso diretto con farmaci ed esami);
- Ambulatori del volontariato per la medicina di base (medicina essenziale): NAGA, S. Francesco, S. Martino, S. Angelo, S. Fedele, Casa di Madre Teresa, Ambulatorio Medico Popolare. Si tratta di Ambulatori autosufficienti anche per l'effettuazione di esami e la distribuzione di farmaci.

L'attività del NAGA

Il nome NAGA deriva dal suo simbolo il *serpente della salute indiano*.

L'Associazione ha due sedi a Milano, la principale è sita in una filandra dismessa di proprietà del Comune di Milano (4 ambulatori, una biblioteca, una segreteria e alcune sale attese e riunioni). La sede distaccata è riservata al "Centro rifugiati politici e vittime della tortura "HAR".

Il NAGA è una Associazione di Volontariato impegnata nella promozione del diritto alla salute di immigrati e nomadi. L'obiettivo non è certo fornire una risposta assistenziale completa ed esauriente con le sole risorse del volontariato, né quello di coprire un vuoto legislativo o le carenze dei servizi pubblici.

Il NAGA riconosce nella salute un diritto inalienabile di ogni individuo. Scopo dell'Associazione è dare voce e dignità politica ai bisogni socio-sanitari di immigrati extracomunitari e nomadi, ai quali per motivi economici, culturali, di posizione giuridica, viene tuttora in parte negato in Italia il diritto alla salute. Lo stile di lavoro del NAGA si caratterizza per le risposte concrete ai bisogni di coloro che gli si rivolgono e per il contatto diretto e quotidiano con immigrati e nomadi che permette di interpretarne la domanda da tradurre in proposte, richieste, rivendicazioni nei confronti delle strutture sanitarie e delle autorità politiche che ne sono responsabili.

Le decisioni vengono prese dall'assemblea, che si avvale di un consiglio direttivo ed è rappresentata da un presidente. Attualmente vi lavorano 300 soci tutti volontari. Il bilancio pari a 140.000,00 euro/anno e frutto di donazioni e in misura minore di autofinanziamento con ricerche.

L'attività dell'Associazione si articola in diversi settori e gruppi di lavoro.

Storia del NAGA

L'Associazione è stata fondata nel 1987. Nel 1995 e nel 1998 sono stati organizzati due Congressi, rispettivamente, dal titolo "Giornata del diritto alla salute" e "All'ombra dei diritti".

Di seguito sono riportate le attività del NAGA: Ambulatorio per immigrati irregolari, Nomadi, "HAR" (centro vittime della tortura), Carcere, "Gruppo salute" (attività legislativa), Medicina di strada, Centralino antiespulsioni, Etnopsichiatria, Centro documentazione, Cabiria (prostituzione), Gruppo donne, Gruppo formazione, Gruppo finanziamento, Gruppo ricerca medica.

Ambulatorio

Vi collaborano: Gruppo Accoglienza, Gruppo Medici e Infermieri, Gruppo Farmacisti. Vi si effettuano una media di 80 visite/giorno, cioè più di 20.000 visite/anno per l'assistenza di base.

Dal lunedì al venerdì è attivo l'ambulatorio di medicina generale, (dalle ore 9 alle ore 12 e dalle ore 15 alle ore 18). In orari definiti sono inoltre garantite presenze di specialisti. Tutte le prestazioni sono gratuite.

Il NAGA offre gratuitamente anche i farmaci necessari per la cura delle patologie riscontrate e invia agli ambulatori pubblici per gli esami diagnostici. Si adopera, inoltre, a rispondere ai bisogni abitativi, lavorativi, sociali, quando sono parte integrante dell'intervento terapeutico. A

questo scopo il NAGA mantiene contatti con i servizi territoriali e segnala ai loro operatori le situazioni a rischio o di bisogno, facilitando il nomade e lo straniero nell'utilizzo delle strutture disponibili.

Gruppo accoglienza

L'incontro e l'ascolto dell'utente in una situazione di bisogno costituiscono un momento centrale nell'attività del NAGA: tutti i soci vi sono coinvolti. Un gruppo di lavoro ha però in questo il suo compito specifico. Due o più operatori sono sempre presenti in ambulatorio e si occupano delle seguenti attività:

- primo colloquio con l'immigrato;
- compilazione della cartella clinica per la parte sociale e anagrafica;
- orientamento all'uso dei servizi;
- attività specifiche di educazione sanitaria;
- informazione e prevenzione su gruppi particolari di utenti.

Il Gruppo accoglienza contribuisce in modo determinante a definire la qualità delle prestazioni sanitarie del NAGA, è in questa attività che il bisogno viene decodificato, orientato e preso in carico. Del Gruppo di Lavoro di Accoglienza fanno parte dagli 80 ai 100 volontari.

In concomitanza con le ripetute modifiche della legislazione in materia di permessi di soggiorno e di diritto all'assistenza sanitaria è continuato l'importante e oneroso lavoro di:

- informazione sulle nuove possibilità di accesso ai servizi pubblici;
- informazione sulle norme riguardanti la regolarizzazione e il permesso di soggiorno;
- accompagnamento (presso altre strutture sanitarie).

Il Gruppo accoglienza cura, inoltre, la redazione e la produzione di materiale informativo in lingua per gli stranieri relativo a:

- percorsi di accesso a servizi pubblici e ospedali;
- preparazione ed esecuzione di esami diagnostici;
- modalità di trattamento di comuni affezioni o problemi sanitari;
- malattie di interesse sociale e interventi di prevenzione.

Nomadi

Attualmente nell'ambito del Gruppo Medicina di Strada, a seguito della progressiva frammentazione degli insediamenti, il mutamento della composizione e il loro spostamento verso l'esterno della città, è in atto un ripensamento dell'attività.

Due le possibili alternative:

- spostare il fulcro dell'attività sui nomadi, procedendo parallelamente a una formazione specifica del gruppo sulle problematiche relative all'utenza Rom;
- cambiare la tipologia del servizio offerto (non più o non solo assistenza medica, ma attività formative, ricreative, di alfabetizzazione sul campo ecc.).

Centro vittime della tortura

Nel 1995 è stato costituito il Gruppo Rifugiati (Centro "HAR"). È un punto di riferimento, di assistenza e di incontro per i richiedenti asilo e rifugiati, risponde alle richieste di aiuto di chi ha

bisogno di curare i danni fisici e psicologici delle violenze subite e organizza momenti di socialità e formazione.

Ha continuato l'attività nel Progetto gestito dall'ICS "Programma di formazione per operatori e volontari di centri di accoglienza e di servizi legali – *Tortura, esilio, accoglienza: indicazioni e strumenti per gli operatori sociali*".

Il 26/6/2004 è stata organizzata la Giornata Internazionale a favore delle vittime della tortura.

Una parte dell'attività del Centro è finanziata dalle Nazioni Unite.

Carcere

Gli interventi rivolti ai detenuti stranieri, sviluppati nell'ambito del *Progetto Ekotonos* (Associazioni in rete) presso la Casa Circondariale di Milano - S. Vittore, sono stati essenzialmente di tre tipi: attività di segretariato sociale, attività di informazione legale e sanitaria, attività di riflessione attraverso cicli di "gruppi multietnici" volti al problema della convivenza tra persone di diverse culture. All'interno del gruppo si tengono incontri di autoformazione.

È proseguito per il terzo anno il *Progetto "Ekosalute"*, di durata triennale, per la limitazione dei danni e dei rischi correlati all'uso/abuso di sostanze e per favorire la possibilità di miglioramento delle condizioni di vita in carcere.

Si è continuato a seguire i casi del possibile rinnovo dei permessi di soggiorno scaduti individuando, con la collaborazione di altre realtà, possibilità di lavoro e di alloggio.

L'attività si è svolta, oltre che a S.Vittore, anche nel Carcere di Bollate ed nel Carcere Minorile Beccaria.

Gruppo "Legislazione"

Il Gruppo "Legislazione" è stato attivato nel 1995 e ha partecipato alla presentazione del disegno di legge su sanità e immigrazione; 9/1995 art.13 Decr. Dini (Min.Guzzanti). Successivamente ha fornito un contributo in merito a:

- Circolari ministeriali (Min.Bindi);
- Legge 40 6/3/1998 art. 32-34;
- Regolamento di applicazione L 389 31/8/1989 art.42-44;
- Circolare ministeriale n.5 24/3/2000;
- Telex ministeriale 1/4/2000;
- Guida pratica (4-01).

Nel 1998 il Gruppo "Legislazione" ha partecipato ai lavori della Commissione "Sanità e Immigrazione". Mentre nel 2003 il Gruppo ha fornito un contributo per la stesura della circolare interna per gli Enti Ospedalieri Lombardi e della Direttiva europea per il diritto alla salute per tutti 2003.

Le attività del Gruppo "Legislazione" includono anche il controllo dell'applicazione della legislatura attuale in campo sanità-immigrazione da parte degli ospedali anche mediante, l'organizzazione di corsi interni ospedalieri per la conoscenza e l'applicazione della legislatura attuale in tema, nonché attraverso una linea telefonica esclusiva, gestita dall'Accoglienza del NAGA, per il paziente che, inviato alla struttura pubblica per il prosieguo delle cure, dovesse riscontrare problemi. Inoltre, il Gruppo "Legislazione" partecipa alla "rete" fra le associazioni socio-sanitarie lombarde coordinate dalla Caritas Ambrosiana. Infine, il Gruppo ha presentato e

promosso una proposta di direttiva europea per il diritto alla salute per tutte le persone straniere presenti negli Stati dell'Unione Europea.

Medicina di Strada

Attivo da gennaio 2000 il servizio Medicina di Strada permette di praticare interventi "di strada", con un camper attrezzato. Gli interventi sono rivolti ai gruppi di immigrati più emarginati, difficilmente contattabili dall'ambulatorio e che sono raggiunti direttamente sulla strada o negli insediamenti abusivi o precari in cui vivono. L'attività comporta, inoltre, un continuo monitoraggio delle aree e della loro composizione abitativa, nonché l'informatizzazione e l'elaborazione dei dati relativi all'utenza. Per tale servizio sono stati predisposti depliant, stampati in varie lingue, relativi ai servizi accessibili presenti a Milano.

Durante la stagione invernale, per l'emergenza freddo, si avvia una raccolta di coperte.

SOS Espulsioni

Il "Centralino anti espulsioni", partito nel 2000 (con Macondo e Apolidia), si propone di verificare l'ottemperanza a quanto la legge prevede riguardo le espulsioni amministrative dei migranti, occupandosi a diversi livelli di tutti i casi di espulsione e/o trattenimento in un Centro di Permanenza Temporaneo. Il servizio SOS Espulsioni è attivo dal lunedì al venerdì, dalle ore 19.00 alle ore 21.00 e si avvale anche della collaborazione, volontaria, di un gruppo di avvocati. Il servizio ha attivato una rete di contatti a livello nazionale e promuove una formazione continua sia interna sia rivolta all'esterno.

SOS Espulsioni ha recentemente ampliato l'attività, presentando istanze al Tribunale dei Minori per regolarizzare i genitori di bambini iscritti a scuola e inseriti nel contesto italiano.

Etnopsichiatria

Questo gruppo di lavoro⁵ si occupa del disagio psichico degli immigrati che afferiscono al NAGA ed è nato dal desiderio di approfondire tematiche e culture «altre» rispetto all'intervento di cura psicoterapica. L'attività è proseguita con incontri di studio e di approfondimento di testi e con la presa in carico di pazienti. Attualmente il gruppo è anche impegnato ad organizzare, una serie di incontri mensili con l'obiettivo di offrire informazioni, chiarimenti e consigli per gli operatori che lavorano nel settore immigrazione e per la cittadinanza interessata.

Ha organizzato nel 2004 il 5° incontro internazionale di Etnopsichiatria a Milano.

Centro Documentazione

Il Centro Documentazione gestisce la Biblioteca aperta a tutti, la Pagina NAGA su Internet, la redazione del Nagazine (periodico mensile).

Raccoglie materiale prodotto in Italia e all'estero sulle caratteristiche e le dinamiche del mondo dell'immigrazione, su esperienze, studi, ricerche, atti di convegni inerenti a problemi

⁵ L'attività di etnopsichiatria è stata avviata dal dott. Piero Coppo, seguendo la tesi di Tobia Nathan.

sociali e sanitari, sulla legislazione e le normative relative. Oltre ad essere uno strumento per coloro che operano nell'Associazione, si propone come aiuto per tutti coloro i quali affrontano le problematiche culturali e socio-sanitarie degli immigrati, fornendo materiale bibliografico e revisioni critiche sui lavori significativi pubblicati. È inoltre promotore di dibattiti pubblici, incontri di aggiornamento culturale e scientifico e presentazione di libri su temi attinenti l'immigrazione.

Cabiria (prostituzione)

Il Progetto è nato nel 2002, come diretta continuazione di una serie di prese in carico da parte del NAGA di donne provenienti dalla tratta. Il servizio è rivolto a persone sfruttate ai fini sessuali, che vogliono affrancarsi dalla prostituzione coatta e offre sostegno nel percorso di uscita dalla tratta e nel reinserimento sociale (L.286/1998 ex art. 18). Il gruppo di lavoro è composto da mediatori, legali, psicologi e operatori volontari. Dal 2004, inoltre, il gruppo di lavoro ha avviato un'attività che comporta l'uscita su strada una sera la settimana, con l'obiettivo di fornire informazioni sull'AIDS e su altre malattie veneree. Sono stati predisposti appositi opuscoli in lingua e la distribuzione gratuita di anticoncezionali. Da questa attività *ad personam* potranno poi emergere significativi casi di sfruttamento sessuale a cui, se richiesto, daremo risposta.

Gruppo donne

Il Gruppo Donne del NAGA da anni si propone di creare un canale di comunicazione privilegiato con l'utenza femminile cercando di cogliere le domande e i problemi, molto spesso non espressi. Ogni giorno nell'accoglienza dell'ambulatorio medico sono presenti volontarie per colloqui privati inerenti alle problematiche femminili.

Gruppo di formazione

Forte è la richiesta di formazione da parte di operatori sanitari e sociali che si confrontano con la realtà dell'immigrazione. Sono perciò numerosi i convegni e le iniziative di aggiornamento del personale dei servizi sociali e sanitari cui il NAGA è chiamato a partecipare ogni anno: di ciò si fa carico il gruppo formazione. Cura inoltre il corso di formazione per gli aspiranti soci e le iniziative specifiche di formazione rivolte ai soci impegnati nell'Ambulatorio.

Gruppo di finanziamento

Il NAGA, come tutte le associazioni senza scopo di lucro che intendono perseguire la propria missione in modo autonomo e incondizionato, dovrebbe essere continuamente in grado di trovare strategie adeguate per la raccolta di risorse finanziarie. Da due anni si è riattivato il Gruppo di Finanziamento che si occuperà di coordinare e concretizzare i progetti di raccolta fondi. Il lavoro consiste in: comunicazione trasparente e puntuale dell'attività, campagna di informazione volta a sensibilizzare l'opinione pubblica; capillare ricerca di fondi attraverso bandi, banchetti e organizzazione di eventi, ricerca di sostenitori.

Gruppo di ricerca medica

Il Gruppo Ricerca ha l'obiettivo di analizzare gli interventi intrapresi dal NAGA nel corso del tempo, con particolare riguardo all'assistenza sanitaria. Cura l'archiviazione dei dati delle cartelle ambulatoriali, programma e realizza l'elaborazione dell'informazione e la diffusione dei risultati sia per permettere un controllo di qualità interno, sia per avviare studi di tipo epidemiologico.

Ha continuato ad organizzare riunioni informative/formative dei soci medici NAGA, relative a tematiche rilevanti per la salute degli immigrati (parassitosi, epatiti, infezione da HIV), con lo scopo di migliorare la qualità dell'assistenza.

L'attività del NAGA nell'ambito dell'infezione da HIV/AIDS

Il problema dell'infezione da HIV e dell'AIDS si presenta al NAGA durante lo svolgimento dell'attività ambulatoriale di base e della medicina di strada nell'ambito del Progetto prostituzione (Cabiria). Più raramente nell'ambulatorio di medicina di strada generale e nell'attività in carcere. In tutti questi casi, comunque, il NAGA funge da centro di allerta e di invio, in quanto si limita ad identificare i casi sospetti e ad inviarli alla Divisione di Malattie Infettive dell'Ospedale L. Sacco di Milano (Prof. Mauro Moroni), che costituisce il centro specializzato per la diagnosi e il trattamento dell'HIV/AIDS. A parte le enormi problematiche connesse alla diagnosi e al trattamento di questa patologia, che ne impedirebbero di fatto la realizzazione nei nostri ambulatori, è una scelta dell'Associazione di operare solo là dove la struttura sanitaria pubblica non è ancora arrivata, e per il resto di fungere solo da tramite con questa. In tale ottica, i servizi del NAGA, per quanto concerne l'infezione da HIV e l'AIDS, sono organizzati come di seguito riportato:

- nell'Ambulatorio di Medicina di Base del NAGA (20.000 visite/anno), vengono individuati i casi sospetti per questa patologia, e sono subito indirizzati al centro specialistico (Ospedale L. Sacco). È difficile quantizzare questi casi, anche perché la conferma diagnostica è coperta da segreto, e il paziente viene poi seguito nel centro specialistico stesso, senza quindi ritornare al nostro ambulatorio;
- nell'ambito dell'attività della Medicina di Strada rivolta alla prostituzione, ci si limita a un'attività di educazione sanitaria, per altro difficoltosa;
- nell'ambulatorio di Medicina di Strada generale, questa problematica è del tutto rara: l'attività sanitaria presso le aree dismesse, ove risiedono gli immigrati irregolari, è, per lo più, incentrata sulle patologie minori e occasionali;
- per quanto concerne l'attività all'interno delle carceri, il NAGA, riguardo al problema HIV/AIDS, svolge un'opera di educazione sanitaria, attraverso corsi e, all'occorrenza, colloqui individuali.

Il risultato dell'attività del NAGA per quanto concerne il problema HIV/AIDS è, a nostro parere, soddisfacente. La possibilità di inviare i pazienti a un centro specialistico quale l'Ospedale L. Sacco costituisce una garanzia sia per l'iter diagnostico e terapeutico, sia per il trattamento e la cura della persona con diagnosi di infezione da HIV.

A questa collaborazione contribuisce senza dubbio il fatto che alcuni nostri medici volontari lavorano come strutturati proprio in quella divisione.

CONCLUSIONI GENERALI

Salvatore Geraci
Area Sanitaria, Caritas Diocesana di Roma, Roma

Pregiudizio

Questa parola è echeggiata in mente più volte nel corso dei nostri lavori. L'AIDS è una malattia che ancora è legata ad uno stigma di "punizione", una malattia maledetta dovuta a comportamenti sbagliati, condannati e comunque socialmente non accettati. Essa, con una erronea e appunto "pregiudizievole" percezione, è la malattia degli altri: tossici, omosessuali, libertini, immigrati.

I temi sanitari legati all'immigrazione sono anch'essi legati al pregiudizio degli stranieri portatori di malattie infettive esotiche e comunque pericolosi: gli untori, i monatti della nostra epoca.

Unire i due temi significa entrare nel pregiudizio con lo scopo di identificare oggettivamente il problema, sgombrare il campo da equivoci, indicare strade di impegno, rispetto, tutela.

E quanto il pregiudizio sia radicato lo testimonia una nostra recente ricerca che ha analizzato i questionari (pre test) somministrati in ambito formativo in 39 corsi base di medicina delle migrazioni svolti in varie parti d'Italia tra il 1995 e il 2002 e che hanno visto la partecipazione complessivamente di quasi 1.400 operatori.

Le aspettative relative al problema sanitario sono state testate chiedendo agli interlocutori di segnalare qual è la malattia più diffusa tra gli immigrati in Italia, sottolineando proprio quella più frequente e non quella più grave.

Ai fini didattici, nel commentare i risultati del test (a risposte multiple), le malattie sono riunite in tre gruppi che comprendono quelle del disagio psico-sociale (depressione e psicosi), malattie infettive più o meno da importazione (tubercolosi, malaria, malattie veneree e AIDS) e infine malattie routinarie per la popolazione italiana (bronchiti, gastriti, tonsilliti). Ciò per evidenziare, con semplici calcoli a forte connotazione visiva (il dato viene subito commentato, in diretta, all'inizio dell'evento formativo) come inconsapevolmente siamo condizionati, pur essendo degli addetti ai lavori, da informazioni sbagliate che, quando veicolate ad un pubblico più vasto, generano preoccupazione, avversione e discriminazione.

Ripetendo con i dati in nostro possesso questo pur grossolano esercizio, risulta che quasi il 60% degli operatori ritiene le malattie infettive tra le patologie che più frequentemente colpiscono le persone straniere, seguono le patologie comuni o da degrado (risposta giusta) con il 26% e i disturbi psichiatrici indicati dal 14% dei rispondenti.

Facendo un'analisi più attenta, emerge come la prima malattia rappresentata sia la tubercolosi con il 42,6% delle risposte, 3 volte più rappresentata delle due che seguono: bronchiti al 14,2% e depressione al 13,1%.

Se sommiamo le prime tre risposte, nella graduatoria assoluta, l'AIDS e le malattie sessualmente trasmesse si affiancano alla bronchite e alla depressione. Come dire che se una malattia infettiva non è percepita dagli operatori al primo posto, certamente lo è tra le prime tre (Tabella 1).

Tabella 1. Risposte degli operatori sulla percezione delle malattie più frequenti tra gli immigrati

Risposte possibili	Prima risposta		Somma delle prime 3 risposte	
	frequenza	percentuale	frequenza	rango
Tubercolosi	480	42,59	707	1
Bronchite	160	14,20	433	2
Depressione	148	13,13	417	3
Gastrite	94	8,34	217	6
Malattie veneree	78	6,92	383	5
AIDS	77	6,83	394	4
Tonsillite	36	3,19	165	8
Malaria	34	3,02	217	7
Psicosi	12	1,06	120	9
Altro	8	0,71	21	10
Totale	1.127	100,00		

Fonte: Area sanitaria Caritas, Roma, 2005

Nonostante la disinformazione sui reali bisogni sanitari e l'enfasi posta sulle malattie infettive, la difficoltà indicata dagli operatori nel trattare con un immigrato malato (era un'altra domanda del test) non ha quasi mai riguardato il rischio di trasmissione dell'infezione, d'altro canto ci troviamo di fronte a professionisti della salute, ma alla incapacità della comprensione linguistica e culturale; una implicita richiesta ad affrontare il tema della comunicazione, della relazione e della mediazione in ambito formativo ma anche organizzativo e gestionale.

Emerge, comunque, con evidenza il tema dell'informazione, soprattutto quella mediata dalla stampa e dalla televisione. Se da una parte è vero che i mass media spesso semplificano e generalizzano messaggi articolati e complessi ("Le lebbra sbarca in Sicilia", "Aids: è malato un immigrato su tre", "Il ritorno della tubercolosi: la portano gli immigrati", "Prostitute immigrate: bombe batteriologiche" per citare solo alcuni titoli di noti quotidiani palesemente sbagliati e inutilmente smentiti in qualche trafiletto il giorno dopo), ci sembra fondamentale fare attenzione ai messaggi che partono dal mondo scientifico per una divulgazione di massa.

E il mondo scientifico si è incontrato in questa occasione e, nelle varie sessioni, sono emerse esperienze significative, una tecnologia ormai avanzata, del personale professionalmente preparato, dei dati se non ancora esaustivi, certamente indicativi di una realtà in evoluzione e tutto sommato adeguatamente monitorata.

A livello generale ci è sembrato emergesse un apprezzamento per le norme che tutelano la salute degli stranieri, anche di coloro affetti da AIDS e in condizione di irregolarità, ma di contro una preoccupazione per politiche di accoglienza e di integrazione deboli e disomogenee. Nel particolare delle singole esperienze presentate dal settore pubblico, dal volontariato e dalle altre organizzazioni non governative ciò che è parsa evidente è la ricchezza di un impegno dal punto di vista umano particolarmente significativo che coniugandosi con alta professionalità riesce a superare anche ostacoli burocratici ed, a volte, economici-gestionali.

Un limite di tutto ciò ci è parso il taglio fortemente individualistico delle varie esperienze: figli della nostra società, i tanti attori sono attori solisti, manca una regia unica, un pensare globale. Se da una parte è stato interessante ascoltare esperienze molto diverse per consistenza, per storia, per anzianità d'impegno, dall'altra un pò dispiace come non si riesca a condividere percorsi, scoperte e strategie.

Emerge chiaramente il ruolo strategico del *National Focal Point* italiano che forse proprio nel collegamento di percorsi ed esperienze specifiche può costruire quel background necessario

per passare dall'azione di tante individualità, sempre preziose, ad una condivisione di politiche e strategie operative.

Potremmo dire che è giunto il tempo di passare dai *pivot* al *team* con alcune attenzioni che nel dibattito del Meeting, purtroppo ridotto, sono emerse: i vari attori (pubblico, privato sociale e volontariato) hanno certamente ruoli diversi ma non rigidamente separati o definiti con stringenti gerarchie; il lavoro di rete e la progettualità comune possono essere il campo della collaborazione dove i concetti di pari dignità, sussidiarietà e reciprocità assumono concretezza. La sfida che si delinea è quella di valorizzare l'impegno individuale (dei singoli gruppi) in genere caratterizzato da disponibilità e fantasia, e nel contempo di amalgamarlo in un impegno collettivo che vada oltre ad una impostazione scientifica, sempre rigorosa e attenta, ma si traduca in strategia politica e culturale.

Non deve sorprendere questo passaggio proprio per l'impatto che i temi trattati hanno sull'opinione pubblica e nel dibattito socio-politico.

Parole chiave diventano quelle della formazione e della conoscenza: all'intercultura certamente ma anche alla relazione, al diritto, alla giustizia.

È necessario promuovere la comunicazione di messaggi efficaci, rigorosamente provati, contrastando facili sensazionalismi spesso legati ad esperienze limitate e parziali, consci che informazioni sbagliate o non sufficientemente chiare, vanno a rafforzare quei luoghi comuni che possono strutturare pregiudizi anche tra il personale sanitario e soprattutto possono condizionare scelte politiche spesso deleterie, nello specifico caso, per gli immigrati e in genere per le fasce più deboli della nostra società.

Un'ultima considerazione è sul piano organizzativo-gestionale, cioè su ciò che condiziona la quotidianità delle nostre azioni e dei nostri servizi.

Non possiamo aspettare di essere tutti formati all'intercultura o che ci siano politiche illuminate e lungimiranti: nel quotidiano l'immigrato è già la nostra società, popola le corsie degli ospedali, gli studi medici, i consultori. Nei fatti non possiamo trattarlo come cittadino di serie B per il motivo che non conosce la nostra lingua, le nostre abitudini, la nostra organizzazione. Come operatori della salute abbiamo il dovere di promuovere percorsi di salute e di cura per tutti, già oggi, con particolare attenzione a chi ha più bisogno: ognuno con il proprio ruolo e responsabilità, riappropriandosi dell'essenza del mandato professionale, che in genere per prima cosa è un mandato etico-deontologico, può, nel piccolo e/o nel grande, contribuire alla costruzione di una società/comunità in ambito sanitario che accoglie, ascolta e se necessario, cura.

Bibliografia

1. Diasio N, Geraci S. L'angelo triste. La percezione dello straniero tra gli operatori sociosanitari impegnati nel campo dell'immigrazione. In: M. Delle Donne (Ed), *Relazioni Etniche stereotipi e pregiudizi*. Roma: Edizione Università Popolare; 1998. p. 311-322.
2. Geraci S, Marceca M, Colasanti R. La Sindrome di Salgari. Immigrazione e diritto alla salute in Italia. Parma: AlfaZeta, n. 9, 1991. p 35:37.
3. Geraci S. *Argomenti di medicina delle migrazioni*. Busseto (Parma). Roma: Peri Tecnes; 1995.
4. Caritas Diocesana di Roma. *Approcci Transculturali per la Promozione della Salute*. Roma: Anterem; 2000.
5. Geraci S, Baglio G, De Benedictis A, Mazzetti M. Gli atteggiamenti di un campione di operatori sanitari italiani nei confronti dei pazienti stranieri. In: *Studi Emigrazione. Centro Studi Emigrazione*. Roma; anno XLII, marzo 2005, n. 157, p. 87:103.

6. Geraci S. La sindrome di Salgari ... 20 anni dopo. In: *Janus. Medicina: cultura, culture. Numero 21. Sanità meticcica*. Roma: Zadigroma Editore; 2006. p. 21-29.
7. Mazzetti M. *Strappare le radici. Psicologia e psicopatologia di donne e di uomini che migrano*. Torino: L'Harmattan Italia; 1996.
8. Mazzetti M. *Il dialogo transculturale. Manuale per operatori sanitari e altre professioni d'aiuto*. Roma: Carocci; 2003.
9. Stella GA. *L'orda. Quando gli albanesi eravamo noi*. Milano: Rizzoli; 2002.

*La riproduzione parziale o totale dei Rapporti e Congressi ISTISAN
deve essere preventivamente autorizzata.
Le richieste possono essere inviate a: pubblicazioni@iss.it.*

*Stampato da Tipografia Facciotti srl
Vicolo Pian Due Torri 74, 00146 Roma*

Roma, settembre 2006 (n. 3) 11° Suppl.